

Современные теории медицины

Ю. П. Лисицын

Ю. П. Лисицин

Современные теории медицины

*„Болезни цивилизации“
и их буржуазные теоретики*



ИЗДАТЕЛЬСТВО «МЕДИЦИНА»
МОСКВА · 1968

А Н Н О Т А Ц И Я

В монографии на основании изучения многочисленных работ отечественных и зарубежных ученых-медиков и представителей общественного здравоохранения дан анализ наиболее распространенных в современной медицине и здравоохранении общих теорий и концепций таких, как психосоматическая медицина, неогиппократизм, концепция стресс и синдром общей адаптации, этология, социальная дезадаптация, теория факторов и др. Автор характеризует факторы, определяющие возникновение этих теорий, в частности сдвиги в состоянии здоровья населения капиталистических стран, показывает связи теорий и концепций в медицине и здравоохранении с современными школами и течениями буржуазной философии и социологии (экзистенциализмом, прагматизмом, неопозитивизмом, психосоциологией, микросоциологией и др.).

Книга рассчитана на широкий круг медицинских работников различных специальностей, а также представителей общественных наук, психологов, биологов и др.

ПРЕДИСЛОВИЕ

В связи со все растущим научным и познавательным интересом, а также той ролью в идеологической борьбе, которую играют общие теоретические концепции в различных отраслях знаний, в последнее время значительно повысилось внимание к критическому анализу распространенных в капиталистических странах теорий медицины и здравоохранения. В публикациях на эту тему преимущественное внимание отводится критике идеалистических, реакционных тенденций ряда теорий медицины и здравоохранения; в этом отношении наибольшую активность проявляют философы, занимающиеся изучением методологических проблем медицины и биологии. В последние годы вышли в свет отдельные издания (монографии, учебные пособия, сборники), посвященные философским вопросам медицины, авторы которых, как правило, философы (С. С. Гурвич, А. М. Изуткин, Ф. Т. Михайлов, В. П. Петленко, Г. И. Царегородцев, Л. Л. Шепуто и др.), обосновывают положения диалектического материализма анализом фактического материала в области медицины, биологии и здравоохранения, критикуют идеалистические и метафизические теоретические концепции.

До сих пор испытывается серьезный недостаток в такого рода монографических работах, которые бы специально посвящались критическому анализу общих, т. е. имеющих отношение к различным отраслям медицины и здравоохранения, теорий и направлений. Исключение составляют пока еще очень редкие попытки исследова-

ния современных теорий и направлений отдельных медицинских дисциплин (психиатрии — В. М. Морозов)¹.

Существенным пробелом является отсутствие работ, авторы которых пытались бы связать характерные для настоящего времени сдвиги в состоянии здоровья, вызванные условиями жизни и труда населения капиталистических стран, с содержанием и направленностью общих медицинских теоретических концепций. Эта задача не ставилась и в посвященных исследованию демографических процессов и заболеваемости населения капиталистических стран трудах, вышедших несколько лет назад (Ю. А. Добровольский, А. Н. Рубакин и др.)².

В работах Б. Я. Смулевича, Д. И. Валентея и др. дан критический анализ некоторых буржуазных теорий народонаселения и медицинской социологии³. Однако труды упомянутых авторов не ставят своей целью изучение современных теорий в медицине и здравоохранении.

Критический анализ современных зарубежных теорий медицины и здравоохранения в связи с анализом состояния здоровья населения, типов (или профилей) патологии, меняющихся под воздействием социальных факторов, факторов «цивилизации», может рассматриваться как одна из важных задач социальной гигиены и организации здравоохранения.

Представленная вниманию читателей книга, написанная на основании изучения многочисленных литературных источников на разных языках и документов международных организаций, является попыткой восполнить пробел в обобщающих трудах, посвященных критическому анализу современных теорий медицины и здравоохранения, распространенных в капиталистических странах, с учетом сдвигов в состоянии здоровья населения.

¹ В. М. Морозов. О современных направлениях в зарубежной психиатрии и их идейных источниках. М., 1961.

² Ю. А. Добровольский. Очерки санитарного состояния капиталистических стран. Ашхабад, 1959; А. Н. Рубакин. Империализм и ухудшение здоровья трудящихся. М., 1959.

³ Б. Я. Смулевич. Критика буржуазных теорий и политики народонаселения. М., 1959; Критика современной буржуазной социальной гигиены и медицинской социологии. М., 1960; Народное здоровье и социология. М., 1965; Д. И. Валентей. Реакционные теории народонаселения периода общего кризиса капитализма. М., 1963.

Автор приносит благодарность профессорам И. В. Давыдовскому, О. В. Кербикову, С. В. Курашову, Б. Я. Смуглевичу, М. И. Барсукову, В. М. Жданову, Е. Я. Белицкой, П. Е. Заблудовскому, Н. А. Виноградову, М. П. Мультиановскому, Б. Д. Петрову, Г. И. Царегородцеву, замечания и пожелания которых были учтены при подготовке книги. Автор выражает признательность сотрудникам отдела зарубежного здравоохранения Института социальной гигиены и организации здравоохранения имени Н. А. Семашко и кафедры социальной гигиены и организации здравоохранения II Московского медицинского института имени Н. И. Пирогова, советами и помощью которых он пользовался при работе над данной монографией.

ВВЕДЕНИЕ

Послевоенный период (не говоря уже о более продолжительном отрезке времени в 50—60 лет) характеризуется существенными изменениями характера и степени распространенности болезней, что особенно относится к экономически развитым странам мира. В «век колоссального роста производительных сил и развития науки»¹, когда «человечество вступает в период научно-технического переворота, связанного с овладением ядерной энергией, освоением космоса, с развитием химии, автоматизацией производства и другими крупнейшими достижениями науки и техники»², видоизменяется и роль медицины, которая становится все более действенным орудием борьбы за здоровье людей. Успехи научных исследований и применение их в практике здравоохранения наряду с факторами экономического, социального и политического порядка, некоторые изменения в формах общественного здравоохранения, происшедшие под влиянием революционной борьбы трудящихся, не могли не сказаться на состоянии здоровья населения капиталистических стран³.

Резко изменились показатели естественного движения населения и картина заболеваний. Вместе с тем эко-

¹ Программа Коммунистической партии Советского Союза. Материалы XXII съезда КПСС, стр. 323.

² Там же, стр. 339.

³ Учитывая цели работы, заключающиеся в критическом анализе теорий медицины и здравоохранения, распространенных в капиталистических странах, мы приводим лишь данные о состоянии здоровья населения и его сдвигах в этой группе стран, без материалов, касающихся социалистических государств.

номические, социальные, политические, технические и культурные изменения породили условия для возникновения новых или еще большего распространения известных заболеваний. Здесь в первую очередь следует упомянуть об интенсификации труда, связанной с автоматизацией и другими техническими преобразованиями, которая в условиях капиталистического производства до предела изматывает физические и духовные силы трудящихся. Реорганизация промышленного и сельскохозяйственного производства в период обострения и углубления общего кризиса капитализма, помимо быстрой изнашиваемости организма, чревата усилением страха безработицы, нищеты и неуверенности в будущем.

К этому добавляется насаждаемая правящими кругами империалистических стран обстановка военного психоза, расизма и шовинизма, которая вместе с повседневным воздействием буржуазной литературы, искусства, пропаганды, призывающих к разгулу животных страстей, войне, разрушению, не может не сказаться на здоровье людей. Прежде всего возрастает так называемая нервно-психическая напряженность — благоприятная почва для возникновения психозов, неврозов и различных соматических страданий. Усиливается влияние и массы других факторов более частного порядка, оказывающих, однако, отрицательное воздействие на здоровье населения. К ним может быть отнесено загрязнение атмосферного воздуха, воды и почвы промышленными отбросами, а также инсектицидами, гербицидами и другими продуктами химии. Немаловажное значение приобретают изменившиеся рационы питания, различные пищевые суррогаты и особенно так называемые пищевые добавки. Все более явно сказывается вредное влияние искусственной радиации, тем более опасной, чем шире развивается промышленность, связанная с использованием расщепляющихся веществ.

Решающее влияние на здоровье населения многообразных факторов, связанных с современным образом жизни, его напряженностью, признают и подчеркивают сами буржуазные деятели здравоохранения и медицины.

В подготовленном специальной комиссией ЮНЕСКО труде «История науки и культуры в человеческом обществе» в главе о здравоохранении дается следующее заключение о влиянии условий жизни на здоровье насе-

ления экономически развитых стран: «...Современное общество принесло с собой свои опасности. Не считая потерь во время разрушительной войны и увеличение случаев хронических заболеваний, таких, как гипертония и болезни сердца, многие стороны современной жизни создают опасность для жизни и здоровья»¹. Авторы называют в числе этих опасностей вредное влияние на здоровье продуктов химической промышленности, загрязняющих воздух, воздействие радиации, возрастающий дорожный травматизм, нервное напряжение и др.

Подобные заявления встречаются весьма часто как в документах международных организаций, так и в произведениях различных авторов. «В первой половине XX века главными факторами в болезни человека считали напряжение, условия жизни, включая взаимочличные отношения»² — пишет Wolff (США). «Среди наиболее распространенных в настоящее время и еще недооцениваемых факторов патогенеза следует выделить новые условия жизни, явившиеся результатом технической цивилизации, а именно: исчезновение настоящего отдыха, переутомление самого разного порядка, постоянное психическое воздействие факта интенсификации человеческих отношений, а также понижение биологических ценностей пищевых продуктов»³, — утверждает Delore, представитель общественного здравоохранения и социальной медицины (Франция), в книге под весьма характерным названием «От клинической медицины к медицине социальной».

В зарубежных публикациях обращается внимание на то, что последнее время озаменовано чрезвычайно быстрыми темпами социальных изменений. «Решающим десятилетием было последнее, — замечает деятель общественного здравоохранения США Rogers. — Изменение среды, частично произведенное человеком, сейчас бросает вызов жизни». Далее он пишет: «После второй мировой войны появился такой фактор, как «взрыв населения», новые средства коммуникации, борьба за

¹ History of the Scientific and Cultural Development of Mankind. VI. Chapter XIV—Health. Paris, 1958, p. 88.

² H. C. Wolff. A Concept of Disease in Man. Psychosomatic Medicine, 1962, v. XXVI, No 1, p. 25.

³ P. Delore. De la médecine clinique à la médecine sociale. Paris, 1961, p. 9.

права человека — антиколониализм и антиимпериализм. Коммунизм как мировая сила, расщепление ядра, космические полеты и подводные исследования — это все означает мир революции для человека и его среды. Шестидесятые годы XX века начались как 13-й год атомной эры и 3-й год космической эры. Если раньше эры отмечались в течение столетий, то теперь новые эры отмечаются десятилетиями или годами»¹. И хотя здесь в одном высказывании названы самые различные социальные, экономические, политические, научные и другие явления, они отражают некоторые важнейшие изменения нашего времени. Rogers связывает упомянутые общие перемены со столь же быстрыми темпами изменений не только демографических процессов, но и факторов внешней среды: загрязнением воздуха, широким применением химических веществ в пищевых продуктах, радиацией и др., оказывающими воздействие на здоровье, вызывающими известные и еще мало изученные болезни.

Меняющаяся картина распространенности и характера болезней под воздействием современных условий жизни заставляет обращать все более пристальное внимание на факторы внешней среды, и прежде всего зависящие от промышленного, технического прогресса, условий труда и быта, т. е. социальные факторы. Поэтому особенностью работ многих зарубежных теоретиков медицины нашего времени является признание возрастающего значения социальных условий и факторов для здоровья людей. Все чаще раздаются голоса, что современная медицина становится наукой социальной. Об этом свидетельствуют не только высказывания отдельных ученых и практиков здравоохранения, но и многочисленные материалы международных организаций. Так, в изданиях ВОЗ подчеркивается: «Медицина становится наукой социальной; студентов следует обучать основам медицинской практики в общине, а также потребностям личности в медицинском обслуживании. Студенты должны знать о самых широких профилях медицинской практики, а не об узких отраслях специалистов»².

Особенно много подобных высказываний было на так называемой технической дискуссии 16-й Всемирной

¹ F. B. Rogers. Historical Perspectives. American Journal Public Health and National Health, 1961, v. 51, No. 11, p. 1638.

² WHO Technical Reports Series, N 239. WHO, Geneva, 1962.

ассамблеи здравоохранения в 1963 г., специально посвященной вопросу о социальных и профилактических аспектах в клинической медицине. Лейтмотивом дискуссии стало утверждение о необходимости переориентировки клинической медицины в сторону изучения социальных условий жизни больного и развития профилактических служб. Подчеркивалась целесообразность изучения социальных аспектов болезни.

В речи Генерального председателя дискуссии Shousha ставилась задача подготовки врачей таким образом, чтобы они «были бы способны взяться за разрешение комплекса проблем здоровья общества в целом, где предметом их деятельности является не только больной или здоровый человек, а также больное или здоровое общество как целое». Он же подчеркивал, что «в любом случае прежде всего необходимо определить и оценить все социальные факторы, влияющие на здоровье или болезни в данной ситуации». Как выразился Shousha, нужно «уметь ставить социальный диагноз, а также находить возможность решать проблемы здравоохранения в зависимости от разрешения социальных факторов, т. е. уметь проводить социальную терапию».

Растущая убежденность в первостепенной значимости социальных факторов внешней среды является одной из важнейших причин, влияющих на характер общих теорий медицины и здравоохранения. Теоретики медицины, пытаясь вскрыть универсальные закономерности, которые определяют состояние здоровья человека (или группы людей, коллектива), обращаются в первую очередь к наиболее массовым явлениям, в частности к заболеваниям, составляющим особенно актуальные, первостепенные проблемы здравоохранения в экономически развитых странах — к «болезням цивилизации».

В то же время на характер и направленность современных теоретических медицинских концепций влияют многие другие причины и прежде всего господствующая философия и социология.

В период общего кризиса капитализма над многими зарубежными учеными властвует идеалистическая философия и социология. Современная буржуазная философия находится в тупике, старательно уходит от решения крупных проблем в сторону мелких и частных тем, пы-

тается отрицать основной философский вопрос, отрицать борьбу идеализма с материализмом, ищет какое-то третье, нейтральное направление. «В настоящее время в буржуазной философии происходит страшное измельчание проблематики и, можно сказать, вырождение методологических принципов. Если в прошлом она еще претендовала на какой-то синтез мировоззренческого характера, то сейчас представители буржуазной философии, особенно позитивисты, ушли в частные, узкоспециальные вопросы, отказались от общемировоззренческих проблем и попыток создания общего метода»¹.

В. И. Ленин указывал, что идеализм возникает на живом древе человеческого познания, при отрыве мысли от объекта познания и превращения ее в абсолют. Он писал, что «реакционные поползновения порождаются самим прогрессом науки»².

Общий кризис капитализма и кризис буржуазной идеологии как его отражение создают благоприятные условия для возникновения различных антинаучных теорий.

Ныне буржуазной философии присущ иррационализм, дух упадничества и регресса как отражение настроений безысходности, бесперспективности человеческого существования в капиталистическом обществе, признания потери какой-либо социальной значимости индивидуума, подавления личности цивилизацией и т. п. Даже сами буржуазные философы, такие, как Hübschner, вынуждены отмечать ее глубокий и прогрессирующий распад, называть философией ужаса к гибели³. Естественно, что такая философия приводит к обоснованию неизбежности разрушительных войн и других несчастий, источником которых якобы выступают иррациональные, темные силы внутреннего мира человека.

Обращение к внутреннему миру человека — его субъективно-психологическим процессам, чаще всего к инстинктивным, бессознательным влечениям и побуждениям — прием, к которому все чаще прибегает бур-

¹ П. Н. Федосеев. Диалектический материализм — всеобщая методология научного познания. Методологические проблемы науки, М., 1964, стр. 198.

² В. И. Ленин. Сочинения. Изд. 4-е, т. 18, стр. 326.

³ А. Хюбшнер. Мыслители нашего времени (62 портрета). Пер. с нем. М., 1962, стр. 14.

жуазная философия для построения своих концепций. При этом намечается тесное слияние с субъективно-идеалистическими школами психологии и особенно с фрейдизмом и неопрейдизмом, общий характер и направленность которых, как будет показано далее, целиком отвечают духу современной буржуазной философии.

Подобно философии, глубокий кризис охватил и буржуазную социологию, из которой черпают идеи и установки многие теоретики медицины и здравоохранения капиталистических стран.

В настоящее время имеется множество течений буржуазной социологии, в том числе такие распространенные, как религиозные, неотомистские концепции, возрождающие средневековую идеологию, микросоциология, подменяющая социально-экономические отношения отношениями внутри маленьких групп людей, индустриальная социология, абсолютизирующая роль техники в общественной жизни, геополитика, преувеличивающая роль географической среды, социал-дарвинизм, подменяющий общественные отношения биологическими, неокантианство, рассматривающее историю общества как результат развития человеческого духа и др. По единодушному признанию советских социологов и философов, одним из самых распространенных и модных направлений современной буржуазной социологии ныне является психологическое — психосоциология.

Представители этого направления объявляют субъективные представления людей движущей силой истории, социологические исследования подменяются ими анализом психологических реакций и понятий, все поступки и процессы общественного развития объясняются обычно иррациональными, подсознательными, инстинктивными силами. Психологическое направление в этом отношении смыкается с фрейдизмом.

В защите классовых интересов современной монополистической буржуазии, в антикоммунизме заключается реакционная роль буржуазной философии и социологии. Последние не могут не оказывать влияния и на общие теории отдельных научных дисциплин и отраслей знаний, поскольку их создатели и сторонники выходят за рамки своих специальностей и часто предпринимают экскурсы в область социальных отношений и проблем философии.

Борьба с реакционными, идеалистическими проявлениями в ряде теорий медицины и здравоохранения приобретает особое значение и должна рассматриваться как борьба с идеологической диверсией империализма. Но наряду с «отсечением» реакционных тенденций нужно уметь видеть и те положительные стороны, те рациональные зерна в критикуемых теоретических концепциях, которые должны быть приняты на вооружение учеными и практиками здравоохранения нашей страны. Вместе с тем при оценке теорий в медицине, здравоохранении и народонаселении, принадлежащих буржуазным ученым, иногда имеет место лишь одна сторона критического анализа — критика, отбрасывание ошибочных, антинаучных положений. Но иногда замалчивались или даже зачеркивались положительные, полезные суждения и наблюдения. Понятно, что это наносило ущерб не только развитию нашей науки, но и всему делу борьбы с буржуазной идеологией, важность и актуальность которой с новой силой были подчеркнуты в решениях XXIII съезда КПСС.

НЕПОЛНОТА РЕГИСТРАЦИИ

При анализе сдвигов в состоянии здоровья населения капиталистических стран сразу же сталкиваешься с тем, что весьма трудно, а порой невозможно судить не только о распространенности заболеваний, но даже о демографических процессах из-за несовершенства либо отсутствия статистической службы (особенно в экономически слаборазвитых странах). В этом отношении характерно сообщение Бюллетеня народонаселения ООН, согласно которому удовлетворительная регистрация актов гражданского состояния может быть отмечена лишь среди 36% населения мира. По данным журнала, страны Латинской Америки охвачены подобной регистрацией на 42%, государства Азии (исключая Азиатскую часть СССР и другие социалистические страны) — на 7%, Африки — всего на 4%¹. Не лучше обстоит дело и с регистрацией случаев заболеваний. О плохой регистрации говорится и в других изданиях ООН и ее специализированных организаций. Так, первый и второй доклады Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) о здравоохранении в мире признают недостаточное развитие статистической службы либо ее полное отсутствие более чем в половине государств мира. Даже показатель общей смертности мог быть точно или приблизительно вычислен лишь за десятилетие, с 1950

¹ Population Bulletin of the United Nations, 1962, No. 6.

по 1959 г. Статистические данные по другим странам не могли быть включены в обзор из-за недостатка сведений¹.

В дополнении ко второму докладу о здравоохранении мира ВОЗ, составленному в 1964 г., указывается, что из стран, посылающих в эту организацию статистическую информацию о состоянии здоровья населения и демографических процессах, лишь 15% из них располагают действительно надежными и полными данными. К ним относятся страны Европы и Северной Америки².

Таким образом, учитывая цель нашего исследования и неудовлетворительную регистрацию актов гражданского состояния и болезней во многих странах мира, мы будем оперировать преимущественно данными капиталистических государств Европы и США. Одако и здесь следует иметь в виду неполноту и неточность ряда статистических сведений, особенно касающихся регистрации заболеваний. Поэтому наши материалы носят подчас лишь приблизительный характер. Нам особенно важно определить общие тенденции изменения картины патологии, т. е. прежде всего заболеваемости и смертности населения от наиболее распространенных форм³.

ОТСТУПЛЕНИЕ ИНФЕКЦИОННЫХ И ПАЗАРИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Инфекционные и паразитарные заболевания, имевшие массовое распространение и составлявшие в недалеком прошлом главную причину смертности населения экономически развитых государств, ныне отступили на задний план. Еще до второй мировой войны, а в некото-

¹ Второй обзор состояния здравоохранения в мире (1957—1960). ВОЗ, Женева, 1963, стр. 8—9.

² Supplement to the Second Report on the World Health Situation, 1961—1962. Part 1. WHO, Geneva, 1964, p. 4—5.

³ Этим объясняются форма и последовательность изложения материала, отличающиеся от общепринятых трафаретов, когда вначале излагаются сведения о населении — демографические данные, затем уже заболеваемость и смертность по причинам и сведения о физическом развитии. Не ставя своей задачей сколько-нибудь подробно изложить эти последние разделы, мы будем их касаться в конце главы, поскольку они влияют на общую картину патологии — заболеваемость и смертность населения вследствие наиболее распространенных болезней.

рых странах и раньше, ликвидированы особо опасные эпидемические заболевания — чума, оспа, холера и др. В дальнейшем были сведены на нет паразитарные тифы, практически ликвидирована малярия, значительно сократилась заболеваемость другими бактериальными и паразитарными формами, в том числе детскими инфекциями. Снизилась смертность от туберкулеза. Но туберкулез и венерические заболевания все еще остаются серьезной проблемой здравоохранения. Лишь вирусные поражения не проявляют тенденции к сокращению. Более того, отмечается рост заболеваемости некоторыми формами (аденовирусные поражения, инфекционный гепатит и пр.). Таково общее положение. Постараемся проиллюстрировать его некоторыми примерами.

Согласно национальным и международным источникам информации, в последние годы удельный вес смертных случаев от инфекционных и паразитарных болезней является сравнительно небольшой величиной. Во многих экономически развитых странах большинство этих заболеваний даже не упоминается в числе первых десяти причин смерти населения. Исключения составляют туберкулез, грипп и пневмонии (для Великобритании и некоторых других стран — бронхиты). Если обратиться к отдельным капиталистическим странам Европы и США, то смертные случаи от инфекционных и паразитарных болезней (исключая туберкулез, пневмонии, а в годы эпидемий — грипп и некоторые другие) исчисляются десятками или сотнями, в то время как до второй мировой войны смертность от этих болезней составляла десятки тысяч случаев.

В последние годы сообщается лишь об отдельных смертных случаях вследствие некоторых инфекционных заболеваний. Так, французский бюллетень Института гигиены сообщает о 44 случаях смерти от тифов в 1961 г., 22 — от дифтерии, 7 — от скарлатины, 123 — от полиомиелита, 169 — от кори, 206 — от коклюша, 70 — от цереброспинального менингита и т. д. В то же время высоко число смертных случаев от гриппа: 6739 в 1959 г., 10 722 — в 1960 г. и 2339 — в 1961 г.¹ В отчете главного врача Министерства здравоохранения Великобритании

¹ Statistiques de mortalité (1961). Bulletin de l'Institut National de l'Hygiène, 1962, No. 3

за 1960 г. сообщается лишь о 5 случаях смерти от дифтерии, 37 — от коклюша, 95 — от менингококковых инфекций, 23 — от полиомиелита, 31 — от кори¹.

Однако неправильно было бы думать, что инфекционные заболевания не распространены в экономически развитых капиталистических государствах.

Согласно официальным сведениям, присланным органами здравоохранения различных государств в ВОЗ, в 1961—1962 гг. было зарегистрировано следующее число новых случаев инфекционных заболеваний (табл. 1).

Распространенность инфекционных, особенно острых, заболеваний может быть подтверждена и другими примерами. Так, с июля 1961 г. по июнь 1962 г. в США было проведено обследование около 38 000 семей, или 125 000 человек, на предмет выявления среди гражданского населения острых заболеваний. Это обследование позволило утверждать его организаторам, что в год в стране имело место примерно 402 000 000 случая острых заболеваний, потребовавших врачебной помощи и вызвавших временную нетрудоспособность не менее чем на один день. На первом месте по распространенности оказались болезни дыхательной системы, на втором — травмы и на третьем — инфекционные и паразитарные болезни. При этом нужно учесть, что болезни дыхательной системы включают и инфекционные поражения — грипп и др. Таким образом, общее число острых инфекционных заболеваний значительно больше того, что указывается в группе соответствующих поражений. Для иллюстрации приведем некоторые данные результатов обследования в тысячах случаев²:

Все острые заболевания	401 851
I. Инфекционные и паразитарные заболевания	49 123
1) Обычные детские болезни	16 110
2) Вирусные болезни носоглотки	24 979
3) Прочие инфекционные и паразитарные болезни	8 035

¹ The Public Health in 1960. Report of Chief Medical Officer. The Hospital, 1962, v. 58, No. 1.

² Acute Conditions, Incidence and Associated Disability: United States, July 1961—June 1962. Vital and Health Statistics U. S. Department of Health, Education and Welfare. Washington, May 1963.

II. Болезни дыхательных путей	230 805
1. Болезни верхних дыхательных путей	140 844
а) «Простудные заболевания»	111 653
б) Прочие болезни дыхательных путей	29 191
2. Грипп	81 317
а) Грипп с нарушением пищеварения	7 281
б) Прочие формы гриппа	74 035
3. Прочие болезни дыхательных путей	8 645
а) Пневмония	2 393
б) Бронхит	3 993
в) Прочие острые болезни дыхательных путей	2 328

Далее приводятся данные об острых болезнях пищеварительной системы (22 394 тыс. случаев), травмах (52 181 тыс. случаев), прочих острых заболеваниях (47 348 тыс. случаев). Приведенный материал из обследования острых заболеваний США свидетельствует, как отмечалось, о большом распространении вирусных заболеваний, особенно гриппа.

Известно, что статистическая служба не дает полных сведений о заболеваемости гриппом, катаром верхних дыхательных путей и другими вирусными поражениями. По общим приблизительным расчетам ежегодно в мире болеет гриппом 150—200 млн. людей, а в пандемическом 1957 г. больных гриппом было более 1 млрд. Число больных корью составляет 50—60 млн., а гепатитом — 15—20 млн.¹ В отличие от других инфекционных заболеваний (кроме туберкулеза) грипп и пневмония, как отмечалось, входят в число десяти основных причин смерти в большинстве экономически развитых капиталистических стран, что также свидетельствует об их большом распространении. Для иллюстрации сказанного приводим данные о смертности от гриппа и пневмонии в некоторых странах в 1954—1960 гг. (табл. 2).

В 10 странах смертность от гриппа и пневмонии колеблется в пределах 23—67 на 100 000 населения, составляя 3—6% во всей структуре смертности и занимая 4—6-е место среди ведущих причин смерти.

¹ В. М. Жданов. Предупреждение и борьба с вирусными заболеваниями. Конференция ООН по вопросу о применении научных и технических знаний для удовлетворения потребностей менее развитых районов. E/CONF. 39/7/88 Summary 23. X. 1962. Original: Russian.

**Вновь зарегистрированные инфекционные заболевания
в некоторых капиталистических странах
в 1961-1962 гг.¹**

Болезнь	США ²		Великобритания ³		Франция ^{2,4}		Швейцария ⁵	
	абс. число	на 100 000	абс. число	на 100 000	абс. число	на 100 000	абс. число	на 100 000
Корь	523 919	287	184 757	330	16 449	36	26 065	359
Скарлатина ⁵	338 410	185	15 303	29	5 674	12,4	4 124	54
Коклюш	11 468	6,26	8 347	15,7	5 516	12,0	8 004	106
Дифтерия	617	0,33	16	0,03	726	1,5	14	0,18
Тифы	860	0,47	127	0,24	2 102	4,6	— ⁶	— ⁶
Цереброспинальный менингит	2 232	1,22	— ⁶	— ⁶	556	1,2	429	5,85
Полиомиелит	1 312	0,71	270	0,51	1 513	3,3	124	1,64

¹ Supplements to the Second Report on the World Health Situation, 1961—1962. WHO, Geneva, p. 125, 184, 189. Расчет на коэффициент (на 100 000) наш. — Ю. Л.

² Данные за 1961 г.

³ Данные за 1962 г.

⁴ Statistiques épidémiologiques annuelles pour la France entière. Nombre de Cas et indice de morbidité 1960—1961. Bulletin de l'Institut National de l'Hygiène, 1962, No. 2, p. 303.

⁵ Вместе со стрептококковыми заболеваниями горла.

⁶ Нет данных в использованных источниках.

Таблица 2

**Смертность от гриппа и пневмонии в 1954—1960 гг.
на 100 000 населения и по отношению ко всем случаям
смерти (в процентах)¹**

Страна	Коэффициент на 100 000 населения			‰ ко всем случаям смерти			Место среди причин смерти населения
	1954 1956	1957— 1959	1960	1954— 1956	1957— 1959	1960	
Франция . . .	58,0	55,2	62,6	4,8	4,8	5,5	5
Великобритания	51,7	66,6	55,6	4,5	5,7	4,8	4
ФРГ	45,6	49,3	59,7	4,2	4,5	5,2	5
Швеция	44,3	51,8	52,7	4,6	5,4	5,3	4
Норвегия . . .	43,7	50,5	54,2	5,1	5,7	6,0	5
Япония	35,1	39,8	40,0	4,4	5,2	5,3	6
Канада	34,7	39,1	33,2	4,2	4,9	4,2	5
Нидерланды .	27,5	28,8	31,9	3,6	3,8	4,2	5
США	26,9	33,4	37,3	2,9	3,5	3,9	5
Дания	23,5	28,8	33,5	2,7	3,1	3,5	5

¹ Epidemiological and Vital Statistics Report. WHO, Geneva, 1963, v. 16, No. 1.

Следует особо отметить, что инфекционная заболеваемость остается в значительной степени проблемой детского здравоохранения. Трудно говорить об удельном весе инфекционных заболеваний детей среди всех случаев этих болезней. Но уже приводимые выше примеры свидетельствуют о том, что удельный вес детских инфекций превышает половину всех случаев инфекционных и паразитарных болезней.

И хотя смертность и в меньшей степени заболеваемость от туберкулеза снизились, все же нужно учесть, что сведения о его распространенности (равно как и некоторых других инфекционных заболеваний) подчас неполны и неточны вследствие недостатков выявления больных и их регистрации. Действительная заболеваемость значительно выше. Это вынуждены констатировать представители здравоохранения в самих капиталистических странах. Например, Верпаг в статье «Туберкулезная опасность во Франции» признает, что официальные данные, основанные на сведениях диспансеров, гораздо ниже истинных. Так, цифра в 43 200 заболева-

ний туберкулезом, по его словам, весьма занижена. Даже сведения о 59 838 заболевших в 1960 г. среди застрахованных «не отражают правильно заболеваемость туберкулезом по всей стране». Он замечает, что, по видимому, заболеваемость в 10 раз больше смертности¹. В таком случае во Франции коэффициент заболеваемости на 100 000 населения в 1960 г. составлял бы примерно 221,0, что соответствовало цифре, превышающей 100 000 заболеваний².

Если рассуждения Bergard верны, то надо чуть ли не в 2 раза увеличить цифры заболеваемости туберкулезом и в других странах.

Значение туберкулеза подчеркивается и тем обстоятельством, что смертность от него в настоящее время превышает смертность от всех других инфекционных и паразитарных болезней в развитых капиталистических странах.

Хотя показатель смертности не имеет абсолютного значения при характеристике состояния здоровья населения и особенно распространенности болезней, тем не менее он является важным, а иногда чуть ли не единственным мерилом, поскольку сведения о заболеваемости либо отсутствуют, либо очень неполны. В этой связи хотелось бы вернуться к данным об удельном весе смертности от инфекционных болезней среди других причин смертных случаев.

Как отмечено в последнем десятилетии, особенно после введения в практику медицины сульфаниламидов, антибиотиков и других высокоэффективных лекарственных средств, смертность от инфекционных и паразитарных заболеваний в развитых капиталистических странах значительно сократилась. Мы располагаем суммарными данными относительно абсолютного числа смертных случаев и коэффициентов смертности (на 100 000 населения) от инфекционных и паразитарных болезней. Не занимаясь отдаленным прошлым, отметим, что и в последние годы смертность от инфекционных и паразитарных заболеваний продолжает сокращаться (табл. 3).

¹ E. Bernard. Le péril tuberculeux en France. Revue officielle de la Croix Rouge française «Vie et Bonte», 1962, No. 130.

² Смертность на 100 000 населения в 1960 г. во Франции составляла 22,1, а численность населения — 46 млн. человек. — Ю. Л.

Таблица 3

Смертность от инфекционных и паразитарных болезней, кроме туберкулеза (на 100 000 населения)¹

Страна	1955 г.	1956 г.	1957 г.	1958 г.	1959 г.	1960 г.
Нидерланды	13,7	12,3	10,3	9,8	9,1	7,2
Канада . . .	15,7	14,6	12,6	10,8	10,8	9,6
Швеция . . .	14,6	13,3	12,3	11,4	10,9	11,3
США	16,2	15,2	14,2	13,5	12,7	11,6
Англия и Уэльс	21,8	18,5	17,2	15,2	13,5	12,3
ФРГ	27,2	25,9	25,2	22,4	21,9	21,4
Бельгия . . .	34,5	31,2	28,5	25,4	23,8	23,0
Австрия . . .	43,2	39,6	38,0	34,2	33,5	29,3
Италия	35,9	35,1	33,6	32,8	29,5	—
Франция . . .	42,2	39,3	37,6	32,9	32,2	29,6

¹ Epidemiological and Vital Statistics Report, 1962, v. 15, No. 8, p. 467—470.

Как видно из этой таблицы, в 1960 г. в развитых капиталистических странах число смертных случаев от инфекционных и паразитарных болезней на 100 000 населения составляло 7—30¹. Примерно такие же данные приводятся в докладе Генерального секретаря конференции ООН по вопросу о применении научных и технических знаний для удовлетворения потребностей менее развитых районов, состоявшейся в 1962 г. В докладе отмечается, что «согласно информации 24 европейских стран, почти в половине из них смертность от инфекционных заболеваний колебалась от 10 до 29 человек на 100 000 населения»².

Для того чтобы иметь более точное представление об удельном весе смертных случаев от инфекционных и паразитарных заболеваний среди всех причин смертей, можно рассчитать смертность от этих болезней в процентах. Так, на основании сведений второго обзора о

¹ Сюда, как отмечалось, не входит также смертность от гриппа и пневмонии, о которой было сказано раньше.

² Инфекционные заболевания в разных странах. Основные меры борьбы, включая эпидемиологию, иммунизацию и химиопрофилактику. Влияние зоонозов на здоровье и благополучие человека. Конференция ООН по вопросу о применении научных и технических знаний для удовлетворения потребностей менее развитых районов. E/Conf. 39 GR 23, 1962, p. 1.

состоянии здравоохранения в мире, дополнения к нему от 1964 г. и докладов об эпидемиологической и демографической статистике ВОЗ, об общем числе смертных случаев в странах от всех причин и данных о смертности от инфекционных и паразитарных болезней получаем следующие величины удельного веса указанных заболеваний в процентах (табл. 4).

Таблица 4

Случаи смерти от инфекционных и паразитарных болезней (без туберкулеза) по сравнению с общим числом смертей в 1959—1961 гг.¹

Страна	Примерное среднее число всех случаев смерти в 1959—1961 гг.	Примерное среднее число случаев смерти от инфекционных болезней в 1959—1961 гг.	Смертность от инфекционных и паразитарных болезней в % по отношению ко всем смертям
Англия и Уэльс	548 000	56 300	1,04
Нидерланды	85 700	1 040	1,1
Швеция	7 400	840	1,1
Канада	140 500	1 700	1,1
США	1 676 200	21 200	1,25
Бельгия	110 600	2 100	1,9
ФРГ ²	570 952	11 543	2,0
Франция	517 700	13 500	2,3
Австрия	87 600	2 100	4,2
Италия ²	454 731	16 413	3,6

¹ Второй обзор состояния здравоохранения в мире (1957—1960). ВОЗ, Женева, 1963. Supplement to the Second Report on the World Health Situation, 1961—1962, p. 1. Country Reviews. WHO, Geneva, 1964; Epidemiological and Vital Statistics Report. WHO, Geneva, 1962, v. 15, No. 8.

² Данные за 1959 г.

Как видно из табл. 4, удельный вес смертей от инфекционных и паразитарных болезней небольшой и колеблется в экономически развитых государствах Европы и Северной Америки в пределах 1—4%.

Как указывалось, смертность от всех инфекционных и паразитарных болезней в развитых капиталистических странах ниже смертности от туберкулеза. Если по тому же способу подсчитать удельный вес смертности от туберкулеза по отношению ко всем причинам смерти, то в упомянутых странах он будет составлять 3% и более, т. е. значительно превышать уровень смертности от всех прочих инфекционных и паразитарных болезней.

Таким образом, смертность от инфекционных и паразитарных болезней, включая туберкулез, не находится среди первых причин смертности. Указанное обстоятельство говорит о существенных сдвигах в состоянии здоровья и картине патологии населения экономически развитых капиталистических стран, где раньше — до первой, а подчас и второй мировой войны — смертность от этих заболеваний была в числе главных причин смертности населения. Так, в США в 1900—1904 гг. среди причин смертности туберкулез составил 11,8%, диарея и энтерит — 7%, детские инфекции, тифы и паратифы — 6,4%¹ (всего эти причины составили 26,1% вместо 4,35 в 1959—1961 гг.), а вообще, по данным национальных статистических справочников, смертность от инфекционных и паразитарных заболеваний в развитых капиталистических странах до первой мировой войны составила 20—30% всей смертности населения.

По подсчетам сотрудников Института социальной гигиены и организации здравоохранения имени Н. А. Семашко (Э. И. Дейчман и др.) смертность от инфекционных и паразитарных заболеваний к 1953—1955 гг. по сравнению с 1900 г. сократилась в десятки и сотни раз: от дифтерии, например, в Англии — в 400 раз, Швеции — в 170, США — в 160, Франции — в 40 раз; от брюшного тифа в Англии — в 300 раз, США — в 250, Голландии, Дании, Швеции — в 40 раз и т. п.²

«ЭПИДЕМИЯ» ХРОНИЧЕСКИХ НЕЭПИДЕМИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ И ТРАВМАТИЗМА

Переходя к краткой характеристике распространенности неэпидемических, хронических и, в частности, сердечно-сосудистых заболеваний и злокачественных новообразований, следует отметить почти полное отсутствие достоверных статистических данных о заболеваемости сердечно-сосудистыми расстройствами и весьма неполную статистику злокачественных новообразований среди всего населения. Общенациональная статисти-

¹ А. М. Мерков. Демографическая статистика. М., Медгиз, 1959, стр. 103.

² Санитарно-демографические материалы зарубежных стран. Причины смерти населения с 1900 по 1955 г. Под ред. А. М. Меркова. М., Медгиз, 1961.

ка заболеваемости этими формами даже в экономически развитых капиталистических странах не существует. Лишь иногда предпринимаются попытки отдельных выборочных исследований, охватывающих, как правило, ограниченные контингенты лиц. Поэтому практически единственным критерием распространенности этих заболеваний остается уровень смертности от них.

Удельный же вес смертности от сердечно-сосудистых расстройств и злокачественных опухолей в развитых капиталистических странах занимает преобладающее место в структуре смертности, достигая к настоящему времени 70% всех смертных случаев. В этом смысле справедливо заключение, к которому приходят авторы Второго обзора о состоянии здравоохранения в мире и главы III доклада о мировом социальном положении ООН, по поводу смертности от этих поражений и травматизма. В странах с налаженным аппаратом для полной регистрации причин смерти (экономически развитых. — Ю. Л.), говорится в этих документах, «...болезни сердца являются причиной одной четверти (и даже иногда более одной трети) общей смертности. Злокачественные новообразования являются второй наиболее частой причиной смерти, и процент смерти от них в общей смертности колеблется от 14 до 22. Сосудистые поражения центральной нервной системы являются третьей наиболее частой причиной смерти, на долю их приходится от 11 до 16% общей смертности. Следующей наиболее частой причиной являются несчастные случаи, составляющие от 4 до 7% общей смертности. В течение последнего десятилетия значение каждой из этих причин смерти увеличилось. В развитых странах эти причины смерти представляют важнейшие области, в которых нужно бороться за жизнь людей, и они должны привлекать наибольшее внимание органов здравоохранения»¹

Прежде чем говорить о смертности и заболеваемости от болезней сердца и сосудов, следует отметить, что до недавнего времени (а в некоторых странах до сих пор) не было четкости в определении этих расстройств, не

¹ Второй обзор состояния здравоохранения в мире (1957—1960). ВОЗ, Женева, 1963. Официальные документы ВОЗ, № 122, стр. 9.

То же. Доклад о мировом социальном положении. Подготовлен ООН. Глава III—Вопросы здравоохранения. E/CN. 5/375/Add. I. Russian, p. 110.

было общепризнанной классификации. Указанные причины, разумеется, не могли не сказаться на качестве статистики, отрицательно влияли на возможность сравнения данных и т. п. Однако в последнее время все большее число государств, в том числе СССР, руководствуется Международной классификацией (номенклатурой) болезней, травм и причин смерти, принятой ВОЗ¹.

По указанным причинам сообщается, например, о значительно отличающихся цифрах удельного веса смертности от сердечно-сосудистых расстройств среди всех других причин смерти в США в 1900 г. В соответствии с данными одного источника² можно думать, что в этот период она не превышала 9% всей смертности населения и увеличилась до 25% лишь в период с 1936 по 1945 г.

Источники, на которые ссылается С. В. Курашов в своей книге³, утверждают, что в 1900 г. в США смерть от сердечно-сосудистых заболеваний составляла примерно 12% всех случаев смертей; в другом источнике говорится, что в 1900 г. $\frac{1}{5}$ всех смертей, имевших место в этой стране, приписывалась сердечно-сосудистым заболеваниям (включая поражения почек)⁴.

И все же, несмотря на несовершенную регистрацию, можно утверждать о довольно высокой смертности от сердечно-сосудистых заболеваний уже 50—60 лет тому назад. По данным ВОЗ и национальным сведениям, в 1900 г. смертность от этих болезней колебалась примерно в пределах 130—300 на 100 000 населения:

Норвегия	— 136,5	Англия	— 213,0
Австрия	— 165,0	Бельгия	— 218,5
Дания	— 173,1	Швейцария	— 245,1
Германия	— 205,7	Италия	— 286,5
Япония	— 207,7	Франция	— 300,8 ⁵

¹ В нашей работе мы также будем основываться на этой классификации.

² Public Health Report, 1953, v. 63, No. 33.

³ С. В. Курашов. Организация борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями. М., 1960, стр. 29.

⁴ Recent Patterns in Heart Disease. Health Information Foundation, November—December, 1962, v. XI, No. 5.

⁵ Э. И. Дейчман. Доклад о распространенности сердечно-сосудистых заболеваний и необходимых мероприятиях по борьбе с ними. Ротатор Института им. Н. А. Семашко, 1964, стр. 2.

К настоящему времени эти показатели для большинства стран возросли в 2—3 раза, что свидетельствует о значительном увеличении распространенности заболеваний сердца и сосудов. В соответствии с исследованиями de Haas (Голландия) повышение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, особенно среди мужчин в возрасте 40 лет и старше, в Великобритании началось в течение или перед второй мировой войной, в США — с 30-х годов¹.

Для уяснения тенденций изменения картины смертности целесообразно не только ознакомиться с общими показателями, но и посмотреть, какова картина смертности в возрастном-половом разрезе (табл. 5).

Материалы этой таблицы свидетельствуют о высоком уровне смертности от болезней сердца и сосудов, составляющей для большинства экономически развитых стран 400—600 на 100 000 населения. Значение этих цифр становится особенно ощутимо, если учесть весьма заметное сокращение общей смертности населения (в 1½—2 раза за последние 50—60 лет). Такие показатели составляют половину или более всей смертности населения. Некоторое исключение представляет Япония, где смертность от сердечно-сосудистых заболеваний гораздо ниже, чем в других странах (257,7 в 1958—1960 гг). Эта страна, как будет показано далее, дает своеобразную картину смертности от сердечно-сосудистых болезней.

Приведенные данные говорят о большей величине смертности среди мужчин, чем женщин, в преобладающем числе стран, особенно в США, Австралии, Бельгии. Резкая разница имеется в возрастных группах. Настоящий скачок в сторону значительного повышения смертности происходит начиная с возрастной группы в 45—54 года (увеличение по сравнению с предыдущей группой 35—44 года в 3—4 раза). В дальнейшем показатель смертности интенсивно возрастает, достигая максимума в возрастной группе 75 лет и старше. Здесь он в 300—400 раз больше, чем в первой возрастной группе, в 10 раз, а то и более превышает показатель возрастной группы в 35—44 года и даже примерно в 3 раза больше соответствующего показателя предыдущей возрастной

¹ J. H. de Haas. Changing Mortality and Cardiovascular Disease. Haarlem, 1964, p. 57.

группы. Следует отметить, что в возрасте 45—54 года и в более старших возрастах все отчетливее различия в показателях смертности мужчин и женщин: смертность мужчин становится выше. Табл. 5 ясно указывает на то, что ввиду преобладания смертности от сердечно-сосудистых заболеваний среди лиц преклонного возраста смертность от этих причин будет возрастать с увеличением в структуре населения числа людей старших возрастных групп. Действительно, именно это обстоятельство рассматривается в качестве главной причины возрастания смертности населения от сердечно-сосудистых заболеваний.

Нужно отметить, что это увеличение происходит главным образом за счет особенно резко возросшей смертности от атеросклеротических и дегенеративных болезней сердца и в меньшей степени — от сосудистых поражений центральной нервной системы.

В качестве иллюстрации сказанному можно привести данные по США, где смертность от болезней сердца (атеросклеротические и дегенеративные процессы) даже при стандартизации показателей, нивелирующей возрастно-половые различия, в 1960—1961 гг. была примерно на 60% выше, чем в 1900—1901 гг. (265,0 на 100 000 против 169,2). Вместе с тем только за 10 лет в этой стране (с 1950 по 1959 г.) смертность от ревматических поражений сердца снизилась с 14,8 до 10,4 на 100 000 населения¹.

Для определения значения отдельных расстройств в смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в 1954—1956 гг. ВОЗ организовала исследование, охватившее две страны Северной Америки (США и Канада), три европейские страны (Дания, Нидерланды и Великобритания) и два государства западной части Тихого океана (Австралия, Япония). Результаты свидетельствуют о том, что атеросклеротические и дегенеративные болезни сердца являются причиной более чем половины смертей от всех сердечно-сосудистых заболеваний (от 47,7% в Нидерландах до 58,8% в США). Правда, как уже говорилось, Япония явилась исключением: в ней удельный вес смертности от этих поражений составил

¹ Recent Patterns in Heart Disease. Health Information Foundation, 1962, v. XI, No. 5.

Смертность от сердечно-сосудистых болезней на 100 000 населения в 1954—1956 и 1958—1960 гг.¹

Страна	Всех возрасты						0—34 года		35—44 года		45—54 года		55—64 года		65—74 года		75 лет и старше	
	1954—1956		1958—1960		1954—1956		1958—1960		1954—1956		1958—1960		1954—1956		1958—1960		1954—1956	
	1954—1956	1958—1960	1954—1956	1958—1960	1954—1956	1958—1960	1954—1956	1958—1960	1954—1956	1958—1960	1954—1956	1958—1960	1954—1956	1958—1960	1954—1956	1958—1960	1954—1956	1958—1960
Япония	всего	235,7	257,7	21,5	18,2	75,6	64,9	257,1	233,2	750,7	727,7	2068,5	2105,8	4117,8	4878,6			
	М.	246,7	273,0	21,7	19,1	81,9	76,1	291,8	278,4	894,3	897,5	2425,5	2493,6	4711,4	5657,4			
	Ж.	225,0	242,0	21,4	17,3	70,2	55,7	223,1	191,5	608,9	551,6	1777,6	1775,4	3762,8	4423,7			
Канада	всего	401,9	397,9	17,7	16,4	72,6	70,3	270,0	270,0	817,3	800,9	2217,3	2282,8	7014,3	7125,7			
	М.	458,8	456,2	19,7	18,4	100,9	102,4	371,0	388,0	1083,7	1097,2	2637,1	2674,5	7327,1	7496,4			
	Ж.	343,5	337,8	15,6	14,3	44,0	38,1	162,3	144,5	544,1	497,6	1778,7	1696,4	6724,9	6788,1			
Италия	всего	405,3	409,2	21,2	18,7	61,4	52,6	188,9	174,1	609,0	574,9	2068,5	1919,5	6983,4	6770,6			
	М.	402,7	410,4	21,9	19,5	68,6	62,5	228,0	216,2	739,6	727,5	2249,0	2186,8	7224,6	7151,6			
	Ж.	407,7	408,0	20,6	17,8	54,5	43,3	151,8	134,1	532,4	445,7	1925,6	1718,4	6792,0	6486,0			
Франция	всего	439,5	415,7	18,5	15,9	54,9	41,6	178,8	150,4	516,2	459,3	1585,1	1411,4	5051,5	4962,6			
	М.	436,8	403,4	20,1	17,4	65,8	52,8	229,1	198,2	688,5	622,2	2027,8	1828,9	5778,2	5719,5			
	Ж.	441,9	427,3	16,9	14,4	44,1	30,4	129,8	103,9	380,7	318,0	1296,1	1147,7	4638,1	4563,9			
Швейцария	всего	470,7	450,8	14,4	13,4	46,4	40,5	173,3	151,7	572,6	526,8	2023,5	1777,3	7384,3	6993,2			
	М.	454,7	439,2	17,2	15,7	58,0	54,2	219,8	204,6	712,6	684,3	2255,9	2067,0	7604,4	7119,9			
	Ж.	485,8	461,6	11,5	11,1	35,0	26,7	130,2	99,9	455,0	389,2	1843,9	1558,0	7239,2	6910,5			

Продолжение

Страна	Все возрасты						0—34 года		35—44 года		45—54 года		55—64 года		65—74 года		75 лет и старше			
	1954—1956		1958—1960		1954—1956		1958—1960		1954—1956		1958—1960		1954—1956		1958—1960		1954—1956		1958—1960	
	1954	1956	1958	1960	1954	1956	1958	1960	1954	1956	1958	1960	1954	1956	1958	1960	1954	1956	1958	1960
Австралия	476,9	464,9	16,7	16,3	75,6	73,0	294,0	284,0	897,8	873,9	2478,0	2382,1	7770,7	7589,7						
	510,9	499,6	18,7	17,9	93,1	93,3	378,3	384,5	1209,8	1188,9	3097,0	3078,8	8445,9	8356,7						
	442,1	429,5	14,5	14,6	57,3	51,9	202,5	176,9	609,6	571,4	1945,5	1813,7	7292,8	7078,5						
Бельгия	490,0	499,7	16,7	16,1	55,7	45,7	202,2	183,5	640,8	608,8	1986,0	1894,1	5627,7	5777,6						
	514,6	526,8	18,6	17,8	67,9	59,9	268,4	259,0	843,2	822,3	2330,6	2308,5	6152,3	6354,3						
	466,1	473,5	14,7	14,4	43,3	31,2	137,8	109,8	465,3	419,0	1767,9	1574,2	5251,4	5379,3						
Швеция	498,6	509,4	12,0	11,2	39,2	33,7	161,2	142,7	577,3	529,3	1977,5	1853,8	6978,6	6960,0						
	501,7	521,1	13,3	12,7	45,7	42,1	200,0	183,9	712,8	691,8	2178,7	2125,8	7056,6	7143,4						
	495,6	497,7	10,6	9,6	32,5	25,2	122,7	101,2	451,2	376,1	1180,1	01618,2	6913,7	6811,0						
США	502,7	521,8	19,6	18,9	102,2	99,2	352,4	339,1	957,8	942,9	2468,3	2547,2	7424,3	7612,2						
	573,8	591,4	21,8	20,9	139,4	138,8	496,2	493,8	1308,5	1313,2	3054,8	3241,1	7931,1	8224,7						
	433,6	454,1	17,4	16,9	66,8	61,6	212,1	191,2	623,1	599,0	1938,2	1943,0	7022,4	7150,4						
Великобритания, (Англия и Уэльс)	601,7	605,4	15,4	14,6	62,7	62,4	219,8	220,3	708,2	703,5	2265,6	2162,5	7721,8	7415,4						
	603,9	601,4	16,7	16,2	77,6	82,2	293,6	306,9	964,7	977,6	2828,2	2762,7	8594,3	8169,7						
	599,6	609,5	14,0	13,0	48,3	43,2	149,2	137,0	501,6	472,5	1869,7	1752,7	7210,6	7001,3						

1 Источник: Epidemiological and Vital Statistics Report, 1963, в. 16, No. 2.

всего 18,6% среди всех причин смерти от сердечно-сосудистых заболеваний. Вместе с тем смертность от сосудистых поражений центральной нервной системы в этой стране занимает первое место среди указанных причин, достигая 59%. Эти заболевания вместе с атеросклеротическими и дегенеративными болезнями сердца в среднем в исследуемых странах составили 78% всех смертей, вызываемых сердечно-сосудистыми расстройствами. Гипертоническая болезнь явилась причиной от 4,4% (в Нидерландах) до 21,1% смертности (негритянское население США) и в среднем, по подсчетам специалистов ВОЗ, 5,5% всех смертных случаев от сердечно-сосудистых заболеваний. Ревматические поражения сердца привели к смерти в 1,7—3,2% случаев среди всех заболеваний сердца и сосудов, а острый ревматизм, по данным ВОЗ, явился причиной смерти всего в 0,2% случаев¹.

Значение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в старших возрастных группах весьма ярко демонстрируется при сравнении стандартизованных показателей общей смертности и смертности от основных сердечно-сосудистых заболеваний в США в 1900—1901 и 1960—1961 гг. Если в 1900—1901 гг. показатель общей смертности составлял 1750 на 100 000 населения, а показатель смертности от сердечно-сосудистых заболеваний — 421,5, то спустя 60 лет эти цифры сократились до 760 и 380². Иначе говоря, общая смертность уменьшилась более чем в 2 раза, а смертность от сердечно-сосудистых заболеваний сократилась всего на 14%. Если 60 лет назад она составляла менее четверти всей смертности населения, то в 1960—1961 гг. — половину ее. Эти расчеты показывают, что таких изменений не было бы при условии стабильности возрастно-полового состава населения США (на уровне 1900—1901 гг.). Но ввиду того что с тех пор произошло значительное «постарение» населения, обычный показатель смертности (на 100 000) резко возрос.

Более того, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в экономически развитых капиталистических

¹ Второй обзор состояния здравоохранения в мире (1957—1960). ВОЗ, Женева, 1963, стр. 15—16.

² Recent Patterns in Heart Disease. Health Information Foundation, 1962, v. XI, No. 5.

странах, как было показано выше, не сокращается, а в ряде стран продолжает расти.

Используя последующую информацию ВОЗ, мы подсчитали, что удельный вес смертности от основных сердечно-сосудистых заболеваний (артериосклеротические и дегенеративные заболевания сердца, поражения центральной нервной системы, гипертония, артериосклероз сосудов, острый и хронический ревматизм) в экономически развитых капиталистических странах в 1961—1962 гг. составил примерно от 41 до 52% к общей смертности населения (табл. 6).

Таблица 6

Процент смертей от сердечно-сосудистых заболеваний по отношению к общему числу смертей в 1961 г.¹

Страна	Общее число смертных случаев (абс. цифры)	Число смертей от сердечно-сосудистых заболеваний (абс. цифры)	Смерти от сердечно-сосудистых заболеваний в % к общему числу смертей
Нидерланды ² . . .	87 923	36 030	41,0
Бельгия ¹	106 985	42 957	42,5
Канада	140 985	66 576	47,5
США	1 701 522	878 053	51,6
Швеция	73 555	38 444	52,2

¹ Supplement to the Second Report on the World Health Situation 1901—1962. WHO, Geneva, 1964.

² Без ревматических поражений сердца.

Смертность населения от сердечно-сосудистых заболеваний, которая в последние годы достигает или даже превышает 50% всей смертности в ряде экономически развитых капиталистических стран, в известной степени служит показателем распространенности заболеваний сердца и сосудов. Она свидетельствует о большом числе людей, особенно старшего возраста, страдающих сердечно-сосудистыми расстройствами. Однако статистика стран и международных организаций не располагает, как отмечалось, сведениями о заболеваемости этими страданиями такой же степени точности, как данные о смертности. Поэтому мы можем привести результаты некоторых выборочных обследований и приблизительные расчеты, предположения.

Так, по данным выборочного обследования городского и сельского населения США в 1957—1959 гг., охватившего 235 000 человек, болезни сердца были зарегистрированы у 29,5 на 1000 городского населения и у 28,0 — сельского; гипертония — у 31,6 городского и у 27,1 — сельского, т. е. было выявлено 60,1 больного этими болезнями на 1000, или 6% всего населения. На основе этих результатов был сделан вывод, что примерно 10 млн., или один из каждых 17 американцев, страдает гипертонией или болезнью сердца. Эти цифры заболеваемости примерно в 10 раз превышают показатель смертности от всех сердечно-сосудистых заболеваний. Однако, как пишут сами американцы, выборочные медицинские (экспертные. — Ю. Л.) обследования отдельных групп населения выявляют заболеваемость, которая примерно в 3 раза выше¹. Таким образом, если принять в расчет эти обследования, то число лиц с расстройствами сердечно-сосудистой системы нужно значительно увеличить (17—18% всего населения). Кстати, аналогичные данные получены при выборочных обследованиях отдельных групп населения и в других странах. На основании этих и других сведений, а также данных о смертности можно полагать, что преобладающее место занимают атеросклеротические и дегенеративные заболевания сердца (особенно так называемая коронарная болезнь) и гипертония. Сравнительно распространены ревматические поражения сердца, о чем говорят данные ряда стран. Так, информационная служба ВОЗ сообщила, что в США 10 млн. человек больны ревматизмом. Во Франции ревматизм составляет 10% всех причин потери трудоспособности и такой же процент инвалидности². Близкие к этим сведения приводит бюллетень Панамериканской организации здравоохранения, сообщая, что в Англии 2 млн. человек, или 4% всего населения, в США — более 7,5 млн., или 5% населения, и в Дании 8% всего населения поражены ревматизмом. В Великобритании ревматизм является причиной $\frac{1}{6}$ всей инвалидности³.

¹ Heart Conditions and High Blood Pressure. Series B., No. 13, February 1960; Recent Patterns in Heart Disease. Health Information, Foundation 1962, v. XI, No. 5.

² Press Release WHO/9, 7 February 1962.

³ Reumatismo y Cardiopatias. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1958, v. XLIV, No. 1, p. 59.

Вообще сердечно-сосудистые заболевания представляют главную причину инвалидности, что также свидетельствует об их большой распространенности. В ФРГ, например, заболеваемость с временной утратой трудоспособности вследствие болезней сердца и сосудов составила (на 1000 застрахованных) в 1954 г. у мужчин 23,0, а в 1956 г. — 35,0; среди женщин соответственно 30,0 в 1954 г. и 52,0 — в 1956 г. Как причина инвалидности сердечно-сосудистые заболевания занимают в этой стране первое место, составляя среди рабочих: у мужчин $\frac{1}{3}$, у женщин почти $\frac{1}{2}$ всех случаев, а среди служащих (обоих полов) — около 45%¹.

Итак, распространенность сердечно-сосудистых заболеваний в экономически развитых капиталистических странах, судя по смертности населения от них и некоторым данным о заболеваемости, стала массовым явлением и одной из главнейших проблем здравоохранения, а если ориентироваться на смертность, то основной проблемой. Понятно, что это явление требует объяснения, усиленных поисков причин возникновения и высокой смертности от сердечно-сосудистых болезней. И действительно, большое число исследователей обратилось к изучению этого вопроса. К настоящему времени накоплены тысячи экспериментальных, клинических, статистических (на Западе их обычно называют эпидемиологическими) работ об этиологии заболеваний сердца и сосудов.

Здесь нет возможности, да и необходимости подробно анализировать многие исследования по этому поводу. Достаточно обратиться к некоторым обзорам и документам ВОЗ, суммирующим коллективную мысль ученых, чтобы увидеть сложившуюся в последнее время общность взглядов. Несмотря на различия в оценке роли отдельных факторов в происхождении болезней сердца и сосудов, большинство исследователей считает, что существуют определенные причины указанных заболеваний. К ним чаще всего относят влияние наследственности и факторов внешней среды, которым придается все большее значение. Среди них обычно называют влияние питания (особенно пищи, богатой животными жирами),

¹ В. С. Гражувль. Федеративная Республика Германия. БМЭ, изд. 2-е, 1963, т. 3.

курения, злоупотребления алкоголем, недостаточной физической нагрузки, психоэмоциональных реакций. Особое значение указанным факторам придается при объяснении возникновения таких важнейших сердечно-сосудистых поражений, как атеросклероз (коронарная болезнь, ишемия миокарда и др.) и гипертоническая болезнь.

Многие исследователи любят ссылаться на высказывание известного клинициста Osler: коронарная болезнь — это «возмездие, посредством которого Природа осуществляет карательное правосудие за нарушение ее законов»¹. Нетрудно догадаться, что здесь имеется в виду влияние современного образа жизни или той «цивилизации», которая, по мнению многих ученых, нарушила естественный, природный уклад жизни и явилась причиной заболеваний.

Влияние «факторов цивилизации» признается и, более того, подчеркивается при попытках выяснить этиологию гипертонической болезни. «Гипертония — это расплата за цивилизацию», — говорилось на совместном симпозиуме ВОЗ и Чехословацкого кардиологического общества по патогенезу гипертонии в 1961 г.² Среди этиологических факторов особенно выделяют роль нервно-эмоционального напряжения, вызванного внешними воздействиями.

* * *

Переходя к распространенности злокачественных новообразований, нужно сказать, что, как и для сердечно-сосудистых заболеваний, в большинстве экономически развитых капиталистических стран обычно нет достоверных, полных статистических данных о заболеваемости (отсутствует обязательная регистрация случаев заболеваний), поэтому приходится судить о ней главным образом на основании сведений о смертности.

Существует мнение, что ежегодно от рака в мире умирает не менее 2 млн. людей. Только в 10 странах в

¹ W. Dock. Why are Men's coronary Arteries so sclerotic? J. A. M. A., 1959, v. 170, No. 2, p. 156.

² Гипертония. Совместный симпозиум ВОЗ и Чехословацкого кардиологического общества по патогенезу гипертонии. Прага, 1961. См. Хроника ВОЗ, 1963, т. 15, № 10, стр. 360.

1960 г. было зарегистрировано 811 444¹ смертных случаев от злокачественных новообразований, из них в:

США	— 267 627	Италии	— 74 178
ФРГ	— 110 927	Канаде	— 23 181
Велико-		Бельгии	— 20 701
британии	— 98 788	Австрии	— 17 673
Японии	— 93 773	Швеции	— 13 889
Франции	— 89 607		

Одно это уже свидетельствует о большом распространении злокачественных новообразований. Все исследователи единодушны в том, что распространенность этих заболеваний значительно возросла и имеет тенденцию к дальнейшему росту; при этом нужно учитывать не только улучшившуюся диагностику и относительное увеличение в составе населения лиц старших возрастных групп, у которых злокачественные новообразования бывают чаще, но истинное увеличение заболеваемости и смертности, особенно от рака легких и крови.

Таблица 7

Смертность от злокачественных новообразований на 100 000 населения в 1910, 1940, 1945, 1950, 1955 и 1960 гг.¹

Страна	1910 ²	1940	1945	1950	1955	1960
Англия и Уэльс	96,7	172,3	193,3	193,7	205,5	215,9
Франция . . .	79,2	233,3	153,2	173,5	183,9	196,8
ФРГ ³	79,0	—	—	169,6	186,5	207,8
США	76,2	120,0	134,4	139,8	146,5	149,2
Бельгия	63,0	118,7	125,5	146,1	203,7	226,2

¹ Epidemiological and Vital Statistics Report, 1952, No. 1—2; 1956, No. 5; 1963, No. 7—8; Annual Epidemiological and Vital Statistics 1960. WHO. Geneva, 1963; Санитарно-демографические материалы в зарубежных странах. М. Медгиз, 1961.

² Данные весьма приблизительные, учитывая уровень диагностики и состояние статистической службы.—Ю. Л.

³ С 1950 г., до этого—Германия.—Ю. Л.

О величине роста коэффициента смертности от злокачественных новообразований в некоторых странах дает представление табл. 7, составленная на основе ис-

¹ Подсчитано на основе данных Annual Epidemiological and Vital Statistics 1960. WHO, Geneva, 1963, p. 312—334.

пользования различных источников (преимущественно информации ВОЗ).

Из этой таблицы видно, что смертность за 50 лет увеличилась примерно в 2—3 раза.

Характерно, что смертность от злокачественных новообразований растет не только за счет старения населения. По данным А. М. Меркова, в США стандартизованный показатель смертности от злокачественных новообразований в 1947 г. был заметно выше показателя 1937 г. (140 против 126 на 100 000 населения); выше были и показатели в Германии в 1932—1934 гг. по сравнению с 1892—1894 гг. (79 против 63)¹.

По подсчетам Э. И. Дейчмана также отмечается увеличение стандартизованных показателей в 1953 г. по сравнению с 1900 г., в Англии и Уэльсе — с 159,4 до 199,3 (на 21%), в США — с 105,6 до 144,7 (на 42%), во Франции — с 124,2 до 175 (40%). Лишь для Швейцарии увеличение составило 1% (с 188,2 до 190,1)². Столь существенный рост стандартизованных показателей, особенно за 50 лет с лишним, может быть отнесен не только к улучшившейся диагностике и определению причин смерти.

В большинстве экономически развитых стран смертность от злокачественных новообразований, занимая второе место после сердечно-сосудистых заболеваний, составляет примерно 16—23% всех причин смертных случаев, причем удельный вес смертности в последние годы несколько повышается (в 1953—1955 гг. он колебался в пределах 14—21%) (табл. 8).

Возрастание смертности от злокачественных новообразований особенно заметно с увеличением возраста (табл. 9). Эта таблица, содержащая сведения за 4—5 лет, показывает, что во всех странах, несмотря на различие в показателях смертности, она резко повышается в возрастной группе 45—64 года (в 10 раз и более по сравнению с предыдущей группой в 35—44 года) и особенно высока в старшей группе — 75 лет и старше.

¹ А. М. Мерков. Демографическая статистика. М., Медгиз, 1959, стр. 104.

² Санитарно-демографические материалы зарубежных стран. Причины смерти населения с 1900 по 1955 г. М., Медгиз, 1961, стр. 11.

Таблица 8

Смерть от злокачественных новообразований по отношению ко всем смертям населения в абсолютных числах и в процентах в 1961 г. и в процентах в 1953—1955 гг.¹

Страна	Всего смертных случаев (абс. число)	Смертные случаи от злокачественных новообразований (абс. число)	Смерти от злокачественных новообразований в % ко всей смертности	
			1961	1953—1955
Нидерланды	87 923	19 933	22,7	20,5
Австрия	85 673	17 733	20,7	18,9
Бельгия	106 985	20 749	19,4	17,2
Швеция	73 555	13 861	18,9	16,9
Франция	496 896	91 137	18,3	14,6
Великобритания ²	557 636	101 608	18,2	17,6
Канада	140 985	23 650	16,7	—
США	1 701 522	273 502	16,07	—

¹ Supplement to the Second Report on the World Health Situation 1961—1962. Geneva, 1964.

² International Meeting on chronic Diseases in Amsterdam. Press Release WHO, EURO/59. Copenhagen, 24. IX, 1957.

² Данные за 1962 г.

Значительно возросла смертность от рака легких, особенно в возрасте 55 лет и старше, преимущественно у мужчин. По подсчетам ВОЗ, средние показатели смертности от рака легких лиц в возрасте 55 лет и старше и их динамика за 10 лет по ряду стран (США, Великобритания, Франция, Япония, Австралия, Израиль, Чили) показаны в табл. 10.

Высокие показатели смертности мужчин данных возрастных групп за период с 1950 по 1960 г. увеличились почти в 2 раза, в то время как показатели у женщин значительно отличаются от показателей у мужчин (в 5 раз меньше по сравнению с показателем у мужчин с 1950 г. в возрастной группе 55—64 года, в 4 раза — в возрастной группе 65—74 года и в 3 раза меньше в группе 75 лет и выше). Они мало изменились и стали в 1960 г. еще меньше соответствующих показателей у мужчин (почти в 9 раз в первой возрастной группе, в 7 раз — во второй и почти в 5 раз — в последней).

В некоторых сводках ВОЗ подъем смертности от злокачественных новообразований органов дыхания сравни-

Таблица 9

Смертность от рака в 1954—1956, 1957, 1958 и 1959 гг.¹
на 100 000 населения

Страна	1954—1956	1957	1958	1959
Англия и Уэльс				
все возрасты	205,6	209,4	212,4	214,0
1—4	10,8	9,5	10,7	10,2
5—14	6,2	5,6	6,6	6,5
15—44	31,0	30,4	30,4	30,9
45—64	307,5	311,2	311,8	313,3
65 и старше	992,0	993,4	1008,2	1009,8
ФРГ				
все возрасты	190,4	202,3	199,1	204,0
1—4	9,9	9,2	9,9	9,7
5—14	6,0	6,1	6,3	6,3
15—44	27,2	27,4	26,8	26,0
45—64	275,0	286,6	284,4	286,3
65 и старше	1070,2	1119,1	1077,3	1100,2
Франция				
все возрасты	184,2	189,6	191,9	193,5
1—4	9,9	10,4	9,6	9,3
5—14	6,0	6,1	6,3	6,7
15—44	23,1	22,6	22,5	22,0
45—64	259,3	272,6	271,9	275,2
65 и старше	912,5	978,5	959,1	967,0
Швеция				
все возрасты	163,7	169,9	174,5	178,8
1—4	10,7	10,8	11,1	14,9
5—14	5,9	7,3	7,2	6,6
15—44	26,4	24,6	25,2	25,9
45—64	220,6	224,4	229,4	221,5
65 и старше	918,6	911,6	922,4	953,7
США				
все возрасты	145,6	148,7	146,9	147,4
1—4	11,2	11,1	10,9	+
5—14	6,9	6,7	6,7	+
15—44	30,2	29,7	29,8	+
45—64	270,2	271,7	266,3	+
65 и старше	894,7	911,2	901,1	+

¹ Epidemiological and Vital Statistics Report, 1962, v. 15. No. 1

Т а б л и ц а 10

Средние показатели смертности от рака легких по ряду стран на 100 000 населения¹

Возраст в годах	Мужчины		Женщины	
	1950 г.	1960 г.	1950 г.	1960 г.
55—64	77	120	13	14
65—74	94	179	22	26
75 и более	77	144	27	32

¹ Epidemiological and Vital Statistics Report. WHO, Geneva, 1963, v. 16, No. 7—8; Press WHO, 25/X 1963.

вается даже с эпидемией. «В течение последних десятилетий, — читаем во „Втором обзоре о состоянии здравоохранения в мире“, — во многих странах отмечается увеличение смертности от злокачественных новообразований органов дыхания. В некоторых странах, в частности в Англии и Уэльсе, имеются патологоанатомические данные, которые дают возможность предположить, что подъем смертности начался по крайней мере 40 лет назад; в других странах, таких, как Чили и Япония, этот факт отмечается лишь в течение последних 10—15 лет»¹.

Столь большая смертность от рака легких и высокие темпы ее роста вызывают беспокойство не только медиков, но и общественных кругов ряда стран, особенно Великобритании, где смертность от этой причины особенно велика. По сообщению газеты «Дейли Уоркер» от 17 июля 1963 г., выступивший в Палате лордов лорд Ньютон с тревогой заявил, что в Англии каждые 20 минут умирает от рака легких один человек, или около 500 за неделю. За период с 1920 по 1962 г. число смертных случаев от рака легких возросло с 592 до 26 383. Высокую смертность (и соответственно заболеваемость) не без оснований связывают со все более распространяющимся курением и загрязнением атмосферы промышленными отходами. Недаром в той же статье «Дейли Уоркер» сообщается об увеличении продажи сигарет с

¹ Второй обзор состояния здравоохранения в мире (1957—1960). ВОЗ, Женева, 1963, стр. 13.

36 млрд. в 1920 г. до 110 млрд. в 1962 г. На роль курения указывается и в отчете главного врача Министерства здравоохранения Великобритании за 1960 г. Отмечая, что в 1960 г. смертность от рака легких на 100 000 населения составляла 85,6 у мужчин и 13,2 у женщин против 20,6 и 4,9 в 1940 г., в отчете обращается внимание на особенно высокую смертность на острове Джерси, где больше, чем в других местах, потребляют табака на душу населения¹.

Известно, что вопрос о вредных последствиях курения, в частности о его влиянии на возникновение рака легких, был также предметом специального обсуждения в парламенте США в 1963 г.

Помимо рака легких, в последнее время все чаще обращается внимание на возрастание распространенности (смертности) так называемого рака крови (лейкемии, алейкемии и др.). Так, материалы ВОЗ свидетельствуют о тенденции к увеличению смертности от этих заболеваний: показатели смертности на 100 000 населения в 1959 г. возросли по сравнению с 1950 г. в США с 5,9 до 7,0, в Канаде — с 4,6 до 5,7, в Чили — с 1,6 до 3,1².

* * *

Третье место среди причин смертности населения большинства экономически развитых капиталистических стран занимает травматизм.

Как видно из табл. 11, удельный вес смертных случаев от травматизма в указанных странах колеблется от 3 до 7% смертности населения. По некоторым другим странам травматизм в 1960 г. был причиной смерти: в Дании — в 4,7% случаев, во Франции — в 5,2%, в ФРГ — в 5%, Норвегии — в 6%, Швейцарии — в 6,2%, Японии — в 5,5% случаев³.

Травматизм является главной причиной смертности детей, подростков и лиц юношеского возраста. По этому поводу ВОЗ сообщает следующие результаты подсчетов: «Можно утверждать, что среди детей, за исключе-

¹ British Health in 1960. J. A. M. A., 1962, v. 180, No. 1.

² Второй обзор о состоянии здравоохранения в мире (1957—1960). ВОЗ, Женева, 1963, стр. 14.

³ Epidemiological and Vital Statistics Report, 1963, v. 16, No. 1.

Таблица 11

Смерть от травматизма в 1961 г. по сравнению со всеми смертями¹

Страна	Всего смертных случаев (абс. число)	Смертные случаи от травматизма (абс. число)	Смерти от травматизма в % ко всем смертям
Канада	141 985	9 640	6,8
США	1 701 522	92 892	5,45
Австрия	85 673	4 639	5,4
Нидерланды	87 923	4 565	5,2
Бельгия	106 985	4 893	4,6
Швеция	73 555	3 389	4,6
Великобритания ²	557 636	17 999	3,24

¹ Supplement to the Second Report on the World Health Situation 1961—1962. WHO, Geneva, 1964.

² Данные за 1962 г.

нием детей первого года, несчастные случаи являются главной причиной смерти. Это утверждение остается в силе даже для детей в возрасте от 1 года до 4 лет, среди которых смертельные исходы от несчастных случаев в большинстве развитых стран составляют 30% смертей от всех других причин. Несчастные случаи остаются главной причиной смерти в следующей возрастной группе, в которую входят дети в возрасте от 5 до 14 лет. Относительное значение смерти от несчастных случаев возрастает, так как они являются причиной 38% всех смертей в этот период жизни»¹.

Хотя нет единой классификации травматизма, чаще всего говорят о его трех видах: транспортном, бытовом, производственном. Особую тревогу вызывает транспортный травматизм, весьма увеличившийся в последние годы. По данным ВОЗ, смертность от него в разных странах составляет 40—50% всей смертности от несчастных случаев (41,1% в Великобритании, 43,6% в Дании, 45% в США, Канаде, Японии, 52% в Нидерландах в 1960 г.)². Показатель смертности в результате несчастных

¹ La Sante du Monde. Un nouveau Rapport Statistique public par L'OMS. Communiqué OMS/13. 111. 1960; Annual Epidemiological and vital Statistics 1960. WHO, Geneva, 1963.

² Epidemiological and Vital Statistics Report. 1963, v. 15, No. 3.

случаев только на автотранспорте на 100 000 населения в США, ФРГ, Франции, Великобритании, Бельгии и Швеции составляет 13—25.

По сообщению ВОЗ, в результате дорожных катастроф за один год (1960) во всем мире погибло 100 000 людей, из них 36 000 — в США¹.

Одна из причин этого бедствия заключается в увеличении моторного транспорта. Только с 1938 по 1959 г. количество автомашин во Франции увеличилось с 2,25 до 5,65 млн., а в США — с 29 до 70,5 млн.

Большое, не уменьшающееся число смертных случаев регистрируется и в результате производственного и бытового травматизма. Известно, что в 1939—1945 гг. в США и Великобритании от производственного травматизма погибло больше людей, чем в результате войны. В США в 1960 г. от производственного травматизма погибло 14 000 человек, за 10 последних лет в Японии и ФРГ — более 50 000 человек. В 1959 г. на травматизм, не связанный с производством и транспортом, приходилось 43 500 смертных случаев, а производственный и транспортный травматизм привел к 50 000 смертей².

На основе данных выборочного обследования частоты острых заболеваний, проводимого в США в 1961—1962 гг. и охватившего 125 000 человек, рассчитано, что в стране за год имело место 52 млн. случаев травм (табл. 12).

Травмы привели за этот период к 273 143 000 дней потери трудоспособности и явились причиной 10 745 000 пропусков школьных занятий.

В разных источниках сообщается о миллионах случаев травм в других странах (около 2 млн. случаев транспортных травм во Франции, более 1 млн. в ФРГ и т. п.).

Не считая необходимым далее продолжать перечень сведений о случаях травм, отметим, что в большинстве экономически развитых капиталистических стран травматизм вырос в большую социальную и экономическую проблему, связанную с современным образом жизни, бурным развитием средств транспорта, интенсифика-

¹ Press Release WHO/7.2 February, 1962.

² Informations Materials of WHO 61/2 a, WHO 61/4, WHO 61/8.

Таблица 12

Травматизм в США в период с июня 1961 г. по май 1962 г.¹

Виды травмы	Число случаев в тыс.			В ‰ ко всем острым болезням			На 100 человек в год		
	о. п.	м.	ж.	о. п.	м.	ж.	о. п.	м.	ж.
Все виды	52 182	29 625	22 557	13,0	16,3	10,3	28,9	33,8	24,2
Переломы, смещения, растяжения	12 925	7 303	5 622	3,2	4,0	2,6	7,1	8,3	6,0
Открытые и равные раны	14 723	8 880	5 843	3,7	4,9	2,7	8,1	10,1	6,3
Контузии и поверхностные травмы	11 294	5 873	5 421	2,8	3,2	2,5	6,2	6,7	5,8
Прочие повседневные травмы	14 240	7 569	6 671	3,3	4,2	2,6	7,3	8,6	6,1

¹ Acute Conditions Incidence and Associated Disability. U. S. July 1964—June 1962. Vital and Health Statistics U. S. Department of Health, Education and Welfare. Washington, May 1963.

К сходным результатам в отношении числа травм пришли авторы, проводившие массовое выборочное обследование состояния здоровья населения США в 1957—1959 гг., охватившее 235 000 человек.

цией труда, физическим и нервно-психическим переутомлением, отсутствием надлежащих средств охраны и безопасности трудовых процессов и другими причинами.

ПРОБЛЕМА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ № 1— ПСИХИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

«Огромное социальное значение психических болезней с давних пор отмечалось в истории человечества, но никогда эта проблема не достигала таких размеров, как за последние десятилетия», — говорится в обзоре деятельности ВОЗ в области психогигиены¹. В другом документе этой организации также указывается: «Во многих странах психические заболевания являются тяжелым бременем и остаются важнейшей проблемой здравоохранения»². Подобные заявления можно слышать и в устах представителей здравоохранения отдельных капи-

¹ WHO and Mental Health, 1949—1961. WHO, Geneva, 1962, p. 45.

² Второй доклад о здравоохранении в мире (1957—1961). ВОЗ, Женева, 1963, стр. 27.

талистических стран. Уже давно медики США называют психические заболевания национальной проблемой общественного здравоохранения № 1¹, так как значительная часть населения поражена ими. Однако в отличие от ряда других заболеваний до сих пор нет сколько-нибудь достоверных данных о распространенности психических и нервно-психических страданий в странах и в мире. Причина этого в отсутствии четкой договоренности относительно самого понятия «психическая болезнь», критериев его определения, общепризнанной и общепринятой классификации психических расстройств, единой в международном или даже в национальном масштабе системы регистрации заболеваний, в невозможности с достаточной степенью достоверности судить об их распространенности и заболеваемости в странах по отдельным данным госпитализации, обращаемости в некоторые медицинские учреждения и к частным врачам и др.

В этом смысле прав автор статьи «Эпидемиология будущего», опубликованной в журнале Американской медицинской ассоциации, когда он писал, что: «...психические заболевания являются единственной крупной проблемой общественного здравоохранения, в отношении которой отсутствует соответствующая регистрация, вследствие чего затрудняется оценка заболеваемости и распространенности...».

В различных материалах по вопросам психического здоровья населения можно черпать многочисленные примеры самых различных расстройств. Так, в сводке о роли эпидемиологии в психиатрии Цунг-и-Лин и К. К. Стэндли сообщают о том, что при изучении данных большого числа врачей, занимавшихся групповой практикой в Лондоне, у 9% больных были установлены нервно-психические нарушения. Однако авторы исследования не уверены в полноте сведений, так как, по их мнению, это число нужно увеличить не менее чем на 50%, если включить сюда так называемые психосоматические болезни и «реакцию на стресс»². Фактически лишь 10% и даже

¹ J. A. M. A., 1954, No. 4, p. 327.

² Цунг-и-Лин, К. К. Стэндли. Роль эпидемиологии в психиатрии. Тетради общественного здравоохранения № 16. ВОЗ, Женева, 1962.

менее психических расстройств представляют собой то психическое заболевание, которое законом определяется как «дефект психики, при котором человек не понимает, что он делает, или если он и понимает, то не сознает, что это действие является неправильным. Большинство психических расстройств являются расстройствами эмоций, а не разума, дефектами любви, ненависти, страхов и подозрения»¹.

Такой подход к психическим расстройствам весьма затрудняет определение понятия «случай» психического заболевания. Нередки примеры, когда к «случаям» относили пациентов на основании справок психиатров, характеристик преподавателей учебных заведений, определений самих пациентов и др.

Данные так называемой госпитальной заболеваемости обычно не охватывают многих больных, которые не могли или не хотели попасть в больницу; кроме того, эти данные годны, если в стране достаточное количество стационарных учреждений, удовлетворяющих потребности всего населения. Статистика обращаемости к частным врачам очень разрознена, неполна, а амбулаторные учреждения и диспансеры в ряде стран способны обслужить лишь часть больных, следовательно их данные также весьма неполны. Гораздо большее значение имеют специальные выборочные исследования, но они ценны лишь тогда, когда охватывают достаточные по величине и характеру (репрезентативные) контингенты населения. Однако таких обследований проводится очень немного и по ним обычно трудно составлять правильное представление о распространенности психических заболеваний во всей стране. Иногда прибегают к изучению состояния здоровья лиц определенной группы населения на протяжении жизни. Но понятны трудности, долговременность и ограниченность таких исследований, охватывающих обычно небольшие в количественном отношении группы и применяемых преимущественно с целью выяснения этиологических факторов, в частности роли наследственности.

Поэтому для уяснения вопроса о распространенности психических и нервно-психических заболеваний следует

¹ A. Torrie. Can we prevent Mental Illness? *Medicine Today and Tomorrow*, 1962, v. 14, No. 5, p. 7.

по возможности учитывать данные, полученные с помощью разных методов и из различных источников. Это позволяет сделать вывод не только о большой степени пораженности населения психозами и неврозами, но и о значительно возросшем числе подобных заболеваний.

Следует отметить, что даже больничная статистика не дает полных материалов о числе госпитализированных психически больных; кроме того, разные источники сообщают неодинаковые сведения. С учетом сказанного нужно подходить к табл. 13, которая на основе использования различных источников дает примерное представление о числе госпитализированных психически больных в некоторых странах.

Т а б л и ц а 13

Число госпитализированных психически больных¹

Страна	1910	1940	1945	1950	1955	1960
США	187 791	461 358	510 661	655 932 ¹	707 162	755 000
	207,2	351,0	365,8	375,8	428,0	420,0
Англия и Уэльс	131 058	157 178	146 258	147 288	152 084	197 510 ²
	368,0	358,0	357,0	336,0	343,0	430,0
Франция	67 977	103 865	62 786	85 500	105 492	112 709
	168,9	251,0	160,5	205,0	243,4	248,5

П р и м е ч а н и е. В числителе указано абсолютное число госпитализированных, в знаменателе—коэффициент на 100 000 населения.

¹ Данные за 1949 г.

² Данные за 1961 г., которые включают 136 346 больных психозами и психопатиями и 61 164 так называемых субнормальных в психическом отношении.

Таблица показывает особенно интенсивный рост госпитализированных больных в США и известную стабильность в Великобритании (кроме периода с 1955 по 1961 г.), где уже к 1910 г. был большой удельный вес психически больных.

Но как бы ни был поставлен учет, на примере США видно резкое возрастание числа больных, госпитализированных по поводу психических расстройств. Приведенные выше цифры показывают, что за 50 лет число больных в госпиталях увеличилось в 4 раза, в этот же период население США выросло в 2 раза.

Возросло число больных в госпиталях и других стран: с 23 666 в 1950 г. до 26 397 в 1960 г. в Бельгии¹, с 44 748 в 1955 г. до 46 686 в 1961 г. в Швеции² и т. д.

Материалы ряда стран показывают ежегодное возрастание числа госпитализированных, как первичных (что особенно важно), так и повторных. Вместе с тем отмечается некоторое сокращение числа больных, остающихся к концу года (так сказать, постоянных). Это объясняется более интенсивно увеличивающимся количеством выписываемых больных вследствие благоприятного эффекта новых методов лечения (психофармакология и пр.).

И по отношению к психическим заболеваниям отмечается тенденция возрастания числа госпитализированных с увеличением возраста (табл. 14).

Таблица 14

Первичные поступления больных в общественные психиатрические больницы США в 1939, 1955 и 1958 гг. (в абсолютных цифрах и показателях на 100 000 населения в возрастных группах)¹

Год	Всего	До 15 лет	15—24 года	25—34 года	35—44 года	45—54 года	55—64 года	65 лет и старше
1939	88 868	737	10 209	16 509	16 481	14 279	11 112	16 009
	80,6	6,2	42,9	69,3	78,0	93,1	106,0	182,7
1955	119 321	1487	11 840	20 860	21 039	17 239	13 530	32 615
	94,1	11,1	59,0	89,0	93,3	91,4	93,0	231,8
1958	134 048	2 656	15 034	22 219	23 069	20 274	15 322	35 474
	100,3	17,0	68,7	97,8	99,5	101,2	101,3	235,8

Примечание. В числителе указано абсолютное число, в знаменателе — коэффициент на 100 000 населения

¹ Surgeon General Central Public Health Service. U. S. Department Health, Education and Welfare, 1961.

Из табл. 14 видно значительное увеличение числа поступлений больных в 1958 г. по сравнению с 1939 г. как в абсолютных числах, так и в показателе на 100 000 на-

¹ Annuaire statistique de la Belgique, 1961.

² Allman Halso—och Sjuhvard, 1961, 34.

селения. Это относится ко всем возрастным группам, кроме группы в 55—64 года, где в 1958 г. по сравнению с 1939 г. число поступлений в расчете на 100 000 населения несколько сократилось (с 106,0 до 101,3), хотя в абсолютных числах количество поступлений больных возросло (с 11 112 до 15 322). Из этой таблицы видно, как увеличивается число больных, начиная от группы в 15—24 года (в 5—7 раз больше, чем в возрасте до 15 лет) и в последующих возрастных группах, особенно с 65 лет и выше (в 2 раза с лишним больше в 1955 и 1958 гг. по сравнению с предшествующей группой в 55—64 года и в десятки раз больше, чем у детей).

Таблица показывает также не только резкий рост числа госпитализированных в старших возрастных группах по сравнению с возрастом до 34 лет, но и значительное увеличение госпитализированных стариков (старше 65 лет) в 1955 и 1958 гг. по сравнению с 1939 г. (почти в 2 раза в абсолютных цифрах и весьма существенно в показателе на 100 000 населения). Это же указывает на увеличение числа хронических больных, продолжительное время находившихся в госпиталях.

Данные о так называемой госпитализированной заболеваемости подтверждаются и сведениями о количестве коек, предназначенных для психически больных. Это же в известной степени указывает на остроту проблемы борьбы с психическими расстройствами. В документе ООН о социальном и экономическом положении в мире (1963) сказано: «В передовых странах Запада нередко случается, что приблизительно одна треть или половина всех больничных коек отводится душевнобольным и дефективным. Такая перегрузка больниц приняла более острые формы в последние годы в результате увеличения продолжительности жизни и вытекающего из этого увеличения числа случаев старческого психоза»¹. Не вступая в полемику с авторами этого высказывания о причинах роста психозов (так как не только старение населения, но и другие факторы влияют на этот рост), приведем цифры, показывающие число коек в психиатрических учреждениях некоторых стран в соответствии с наиболее свежей информацией ВОЗ (табл. 15).

¹ Доклад о мировом социальном положении. Подготовлен ООН, 1963. E/CN. 5/375/Add. 1. Russian, p. 115.

Таблица 15

**Количество коек в психиатрических больницах
по отношению ко всему коечному фонду в 1960 г.¹**

Страна	Общее число коек	Число коек для психически больных	Число коек для психически больных в %, по отношению ко всем койкам
США	1 657 970	789 101	47,6
Канада	199 812	69 797	34,9
Великобритания	479 454	152 419	31,8
Швеция	116 681	32 940	28,2

¹ Annual Epidemiological and Vital Statistics. WHO, Geneva, 1963.

Можно думать, что в табл. 15 указаны не все койки, предназначенные для психически больных, а только в специальных учреждениях, в противном случае удельный вес (%) коек для психически больных был бы больше, как это иногда и явствует из некоторых публикаций.

Как отмечалось выше, другие методы выявления психических заболеваний, помимо госпитализированной заболеваемости, также неточны и главное применяются очень редко. Поэтому можно говорить об отдельных примерах распространенности и заболеваемости, лишь приблизительно верно отражающих истинное положение.

На основе данных врачей общей практики Техаса (США), из 8 млн. человек, обследованных в течение 2 лет, психические заболевания, обнаруженные впервые, были у 11 298 пациентов, что составило на 1960 г. показатель ежегодной заболеваемости 73,3 на 100 000 населения. Ряд выборочных исследований дал следующие цифры распространенности психических заболеваний: 1,5% с тяжелыми психическими расстройствами из обследуемой группы 623 993 человека в Японии (1954 г.); 37% взрослого населения одного из городов США и из группы в 172 00 человек в Нью-Йорке (1956, 1957 гг.), которые страдают психическим расстройством в течение того или иного периода жизни; 10% городского населения по сведениям комплексного исследования, в кото-

ром участвовали различные специалисты, 12 000 жителей Балтимора (США)¹. Как мы видим, данные самые различные, хотя все они свидетельствуют о большом распространении психических заболеваний.

Если же к психозам присоединить неврозы и так называемые психосоматические заболевания, то общее число страданий значительно возрастет. По данным обследования, в Балтиморе психоневрозов было в 12 раз, а психосоматических расстройств в 8 раз больше, чем психозов². Согласно другому источнику, в Великобритании за последние 10 лет 5 человек из 1000 нуждались в помощи психиатрической службы и, кроме того, 3 человека были дефективными³. По данным французских диспансеров, число пациентов, обслуживаемых ими, возросло с 88 416 в 1954 г. до 238 000 в 1959 г.⁴. Высокая заболеваемость психическими расстройствами подкрепляется и сведениями о числе уволенных из армии по медицинским причинам. Так, журнал Американской медицинской ассоциации приводит сведения «Отчета о состоянии здравоохранения», опубликованного военным ведомством, согласно которому половина всех уволенных из армии по медицинским причинам страдала психическими нарушениями, что составляло 4,4 на 1000 военнослужаших⁵.

Данные о большой распространенности психических и нервно-психических заболеваний в капиталистических странах подкрепляются общими подсчетами, к которым иногда прибегают не только медики, но и политические деятели.

Не без оснований, например, полагают, что в ФРГ нервно-психическими расстройствами поражено не менее 10% всего населения (2% страдает выраженными психозами), в США, по официальным сведениям Департамента здравоохранения, образования и благосостояния, имеется не менее 17 млн. больных нервно-психичес-

¹ Цунг-и-Лин и К. К. Стендли. Роль эпидемиологии в психиатрии. ВОЗ, Женева, 1962.

² Там же.

³ Health and Welfare. The Development of Community Care. London, 1963, p. 24.

⁴ Organisation de la lutte contre les maladies en France. L'Information psychiatrique, 1962, No. 1.

⁵ Medical Discharge from the Army. J. A. M. A., 1958, v. 167, No. 10.

кими заболеваниями (около 10% населения)¹. Согласно другому источнику, в этой стране каждый 16-й страдает острыми психическими расстройствами². Как известно, неоднократно президенты США говорили о неблагоприятном психическом здоровье населения. Еще недавно Дж. Кеннеди в послании Конгрессу (февраль 1963 г.) указывал, что умственная отсталость и психические заболевания являются для США «одной из основных медицинских, социальных и экономических проблем». Эта проблема, по его словам, превращает в инвалидов в 10 раз больше людей, чем диабет, в 20 раз больше, чем туберкулез, и в 600 раз больше, чем детский паралич.

Большая распространенность психических заболеваний признается и в документах ВОЗ. Указывая на острую нехватку психиатров во всем мире, число которых нужно было бы даже в развитых странах увеличить в 10 раз, ВОЗ считает общепризнанным, что «5—10% населения развитых стран нуждаются в психиатрической помощи», т. е. страдают теми или иными психическими расстройствами³.

В ряде материалов и, как мы видели, не без оснований отмечается непрерывный рост психических заболеваний. Весьма демонстративен пример, приводимый Astrup, относящийся к росту психических заболеваний в Норвегии за 100 лет: в 1826 г. в этой стране было примерно 156 психически больных на 100 000 населения, в 1865 г. эта цифра увеличилась до 186, в 1920 г. она равнялась 325 и в 1930 г. составляла 405 случаев⁴. Конечно, трудно судить, идет ли здесь речь об истинной распространенности психозов или о числе госпитализированных больных (что вернее), однако данные говорят о явной тенденции возрастания психических расстройств.

Непосредственно к психическим расстройствам при-
мыкает, а иногда является причиной психозов алкоголизм. Поэтому некоторые сведения о его распространенности дополняют материалы о психических заболеваниях. Во многих развитых капиталистических странах не утихает тревога по поводу неумещающегося распро-

¹ Public Health Reports, 1960, v. 75, p. 420.

² Archiv Enveroment Health, 1962, v. 4, No. 3.

³ Autour du Monde. Press OMS/22. 27. IV. 1962.

⁴ С. Astrup, Nervöse Erkrankungen und Soziale Verhältnisse. Berlin, 1956.

странения этого социального зла. Особенно остра она во Франции, которая, как известно, стоит на первом месте в мире по употреблению алкоголя на душу населения (во Франции употребляют в год чистого алкоголя на одного человека 34 л, в Италии — 18 л, Швейцарии — 16 л, Бельгии — 12 л, США — 8 л, Великобритании и ФРГ — 6 л, Швеции — 4,5 л¹). Считают, что во Франции около 7 млн. взрослых потребляют приблизительно 1 л вина в день (т. е. 36 л чистого алкоголя в год), 4 млн. — от 1 до 2 л, 2 млн. взрослых — более 2 л, 600 000 человек употребляют более 3 л вина в день, а 200 000 — свыше 4 л². Понятно, что такое положение приводит к большому числу алкогольных психозов. Действительно, из 69 360 первичных поступлений в психиатрические больницы Франции в 1959 г. 16 868, или 24,3% всех больных, госпитализировано по поводу алкогольных психозов³. Естественно, что во много раз больше алкоголиков не попадает в психиатрические учреждения; таким образом, общей, полной статистики алкоголизма не существует.

По сообщению журнала «Ланцет», в США, где проблема алкоголизма стоит весьма остро, насчитывается примерно 4—5 млн. алкоголиков с психическими и физическими недостатками; в Великобритании, несмотря на более строгие меры борьбы с алкоголизмом, чем в других странах, число алкоголиков составляет 350 000 — 500 000⁴.

Приведенные выше данные, касающиеся психических расстройств, несмотря на их неточность, неполноту, фрагментарность, в совокупности убедительно свидетельствуют о большой распространенности этих страданий и о явной тенденции ее к увеличению, проявившейся уже давно.

Понятно, что такое положение, когда по мере развития капиталистического общества и государства проблема психических заболеваний становилась одной из важнейших в здравоохранении, не могло не заставить все

¹ L'Alcoolisme. Revue officielle de la Croix Rouge française «Vie et Bonté», 1962, No. 130.

² Ibid.

³ Alcool: les chiffres parlent. Techniques hospitalières, 1962, No. 200.

⁴ Alcoholism. Lancet, 1962, No. 7240, 7241.

больше связывать причину этих расстройств с современным образом жизни, с прогрессом так называемой цивилизации. И действительно, теперь мы встречаемся с почти единодушным признанием буржуазными учеными и практиками здравоохранения наряду со значением возрастных сдвигов населения, наследственности, инфекционных и других физико-химических и биологических моментов первостепенной роли социальных факторов, приводящих к нервно-психическому, нервно-эмоциональному напряжению и к психическим заболеваниям.

«Все возрастающая сложность современной жизни и связанные с этим напряжения все чаще начинают рассматриваться как главная причина психических болезней», — говорится в обзоре ВОЗ по психогигиене¹.

Наиболее крупные психиатры и деятели общественного здравоохранения, собиравшиеся на заседания комитетов экспертов ВОЗ, признают, что «сложность современной жизни», вызывающая нервно-психическую напряженность, связана с конкретными факторами развития цивилизации. «Актуальность проблем психического здоровья усиливает такие факторы, как социальные и экономические сдвиги в жизни общества, рост промышленности и городов, что вызывает изменения всего ритма человеческого бытия»². «Отсюда, — указывают представители ВОЗ, — нужно стремиться к тому, чтобы все психиатры уяснили важность социальных факторов в этиологии психических заболеваний»³.

В зарубежных публикациях не могут скрывать той роли, какая придается страхам и нервно-эмоциональному напряжению в связи с пропагандой войны, обстановкой военной истерии. Это подкрепляется и фактами особенно большого числа психических расстройств у участников войны. Так в числе 2 млн. членов американской организации ветеранов войны, получающих пенсии и пособия по болезням, $\frac{1}{5}$ ветеранов второй мировой войны и $\frac{1}{3}$ ветеранов корейской войны страдают психозами⁴.

¹ Место эпидемиологии в психиатрии. Хроника ВОЗ, 1963, т. 17, № 1, стр. 9.

² Программа по психогигиене в планах общественного здравоохранения. Хроника ВОЗ, 1962, т. 16, № 8, стр. 301.

³ Там же, стр. 305.

⁴ H. Tompkins. Korean Veterans with Psychiatric Disabilities. Military Medicine, 1955, v. 117, No. 1.

Ряд сотрудников ВОЗ и специалистов-психиатров считает, что война оказывает также неблагоприятное воздействие на психику, как и экономическая депрессия¹.

Весьма важны некоторые исследования, свидетельствующие о влиянии социального, имущественного положения на распространенность психических расстройств. На основании обследования 5% из 250 000 жителей Нью-Хавена (1950) было отчетливо выявлено, что чем ниже «социальный класс» (условно выделяемая группа людей в зависимости от величины годового дохода), тем большая заболеваемость психозами. К таким же выводам пришли авторы обследования жителей Нью-Йорка в 1957 г.: на основании изучения 1660 человек, произвольно выбранных из 110 000 жителей города, авторы делают заключение, что чаще всего психические расстройства наблюдались у представителей «низких классов» (симптомы психических нарушений были выявлены в 13% случаев, тогда как у представителей наиболее обеспеченных слоев населения — всего в 4% случаев)².

Таким образом, роль социальных условий, связанных с современным образом жизни населения капиталистических стран, при возникновении и большом распространении психических заболеваний не вызывает сомнения у представителей медицины и здравоохранения этих стран.

СТРУКТУРА СМЕРТНОСТИ

Выше на конкретных примерах было показано, что к настоящему времени неэпидемические заболевания, особенно хронически протекающие, и в первую очередь нервно-психические расстройства, сердечно-сосудистые заболевания, злокачественные новообразования стали важнейшими проблемами здравоохранения экономически развитых капиталистических стран. Именно сердечно-сосудистые поражения, злокачественные опухоли и травмы являются сейчас главными причинами смертности населения этих стран. Все остальные причины, в том числе инфекционные и паразитарные болезни, как

¹ Цунг-и-Лин и К. К. Стендли. Роль эпидемиологии в психиатрии. ВОЗ. Женева, 1962, стр. 78.

² Там же, стр. 37, 39.

было показано, отошли на задний план. Мы считаем целесообразным привести здесь сводную таблицу, показывающую удельный вес основных причин смерти населения в ряде капиталистических стран в соответствии с Международной классификацией болезни, травм и причин смерти.

Данные табл. 16 в основном соответствуют нашим расчетным цифрам (в %) смертности от отдельных причин (см. соответствующие таблицы). Некоторые расхождения объясняются различием года (у нас 1961 г.), а также тем, что в табл. 16 приведены данные не по всем сердечно-сосудистым расстройствам, а лишь по наиболее распространенным: атеросклеротическим и дегенеративным болезням сердца и поражениям сосудов центральной нервной системы; другие сердечно-сосудистые заболевания, в том числе гипертония, ревматизм, пороки развития и пр., не учтены. Если же учесть и эти заболевания, то, естественно, удельный вес смертности от сердечно-сосудистых поражений заметно возрастет (для Великобритании и ФРГ, например, около 5%, Франции — около 4% и т. д.).

Но уже и без этих корректив видно, что заболевания сердца, злокачественные новообразования, сосудистые поражения центральной нервной системы, травмы, грипп, пневмония составляют в большинстве экономически развитых капиталистических стран значительно больше половины всех смертных случаев, а в таких странах, как Великобритания, США, Швеция, Швейцария, Дания, Канада, Нидерланды, — почти $\frac{3}{4}$ всей смертности. Если, как сказано, учесть все смертные случаи от сердечно-сосудистых заболеваний, то смертность достигнет 75—80%¹.

Если для таких стран, как США, Великобритания, Канада, Швеция, Нидерланды, Австрия, где отмечаются высокие цифры смертности от атеросклеротических и дегенеративных болезней сердца и злокачественных новообразований, а также для Франции, Италии, ФРГ, в

¹ В число прочих причин смерти входят другие виды сердечно-сосудистых расстройств, туберкулез, инфекционные и паразитарные болезни (составляющие, как мы видели, 4—5% смертности), заболевания желудочно-кишечного тракта (3—4% смертности), врожденные пороки (1—2%), нефриты, нефрозы (1—2%), родовые травмы, асфиксии, ателектазы при родах (1—2%) и др.

**Важнейшие причины смерти на 100 000 населения в процентах по отношению
ко всей смертности в 1960 г.¹**

Причина смерти	Страна	Англия и Уэльс	ФРГ	Франция	Швеция	Швейцария	США	Дания	Канада	Нидерланды	Япония
Все причины		1150,2	1140,2	1136,2	1003,9	971,5	954,7	953,5	784,2	762,1	757,0
		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Болезни сердца		380,9	229,4	213,6	338,6	300,5	369,0	310,4	276,4	208,6	81,5
		33,1	20,1	18,8	33,7	30,9	38,7	32,6	35,2	27,4	10,8
Злокачественные новообразования (в том числе лимфатических и кроветворных органов)		215,9	208,4	196,8	185,7	187,7	149,2	209,5	130,1	168,4	100,5
		18,8	18,3	17,3	18,5	19,3	15,6	22,0	16,6	22,1	13,3
Поражения сосудов центральной нервной системы		166,6	174,5	136,8	134,7	109,9	108,0	116,2	86,6	92,9	160,8
		14,5	15,3	12,0	13,4	11,3	11,3	12,2	11,0	12,2	21,2
Травмы		38,7	56,5	59,0	46,4	60,2	52,3	44,8	52,8	36,7	41,7
		3,4	5,0	5,2	4,6	6,2	5,5	4,7	6,7	4,8	5,5
Грипп и пневмония		55,6	59,7	62,6	52,7	48,0	37,3	33,5	—	31,9	40,0
		4,8	5,2	5,5	5,3	4,9	3,9	3,5	—	4,2	5,3
Прочие причины		282,5	411,7	467,6	245,8	265,2	238,9	239,1	238,3	223,6	332,5
		25,4	34,1	41,8	24,5	27,4	25,0	25,0	30,5	29,3	43,9

Примечание. В числителе указан коэффициент, в знаменателе — процент.

¹ Источник: Epidemiological and Vital Statistics Report, 1963, v. 16, No. 1.

которых эти цифры меньше, вычислить общие средние величины (в %) удельного веса этих причин смерти, травматизма и сосудистых поражений центральной нервной системы, то они дадут приблизительно следующие результаты (для 1959—1960 гг.).

Атеросклеротические, дегенеративные болезни сердца	38,1
Злокачественные новообразования	16,7
Травмы	5,0
Итого	59,8

Для наглядности все эти данные представлены на диаграмме 1.

При расчете суммировались все случаи смерти в этих странах за год и случаи смерти от соответствующих причин, затем подсчитывался удельный вес в процентах

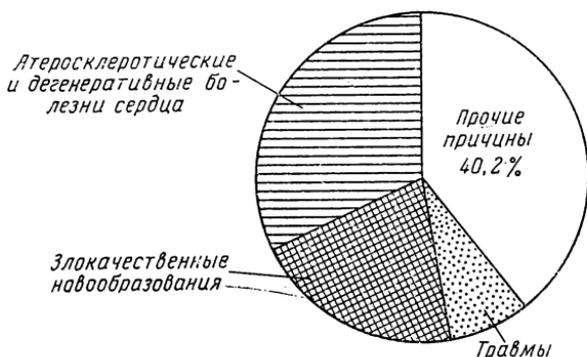


Диаграмма 1. Площадь круга составляет все причины смерти (100%).

смертей от этих причин по отношению ко всей смертности, который, таким образом, является подлинно средней величиной¹. Все это лишний раз подтверждает положение о первостепенной роли сердечно-сосудистых расстройств, злокачественных новообразований и травм, ставших главными причинами смертности населения экономически развитых капиталистических стран.

¹ Источниками послужили материалы ВОЗ, в частности Второй доклад о состоянии здравоохранения в мире (1957—1960). ВОЗ, Женева, 1963,

«ПОСТАРЕНИЕ» НАСЕЛЕНИЯ

Выше отмечалось, что одной из причин возросшей распространенности указанных заболеваний, а также психических расстройств является изменение возрастного состава населения и в первую очередь увеличение числа лиц старших возрастов. Считаю целесообразным в дополнение к тому, что уже говорилось по данному поводу, привести некоторые сведения о «постарении» населения, поскольку это, как мы видели, существенно отражается на картине (типе, профиле) патологии и представляется важной проблемой народонаселения и здравоохранения.

Повсеместно в экономически развитых странах отмечается увеличение числа лиц старших возрастов (60—65 лет и более). «Пресс медикаль» в 1960 г. опубликовала данные о проценте людей в возрасте 60 лет и старше в ряде стран: для развитых государств процент колебался от 10,5 до 16.

Англия и Уэльс	— 15,9	Новая Зеландия	— 13,2
Франция	— 15,9	Австралия	— 12,3
Австрия	— 15,6	США	— 12,2
Бельгия	— 15,6	Канада	— 11,4
Швеция	— 15,0	Нидерланды	— 10,7 ¹

По данным Комитета экспертов по психогигиене ВОЗ, в 50-е годы в индустриальных странах Европы (Великобритания, ФРГ, Франция и др.) пропорция людей 60 лет и старше еще выше названных цифр и в среднем составляла 16,1%². Согласно тому же источнику, в Западной Европе происходит, особенно с 1900 г., неуклонный процесс увеличения удельного веса лиц старших возрастов и сокращение числа лиц молодого возраста (табл. 17). Как мы видим, с 1870 по 1950 г. пропорция лиц старше 60 лет увеличилась с 9 до 13,8%, а лиц в возрасте 0—19 лет уменьшилась с 41,4 до 32,6%.

Есть все основания предполагать, что для государств Западной Европы этот процесс будет продолжаться и к 1980 г. процент старших возрастов (60 лет и более) увеличится примерно до 18. О тенденции «постарения»

¹ Longévité Mondiale. La Presse Médicale, 1960, No. 16.

² M. Roth. Mental Health Problems of Aging and the Aged. WHO (MENT) 133, 25. III. 1958.

Т а б л и ц а 17

Состав населения (в процентах) в Западной Европе в 1870—1950 гг.¹

Возраст в годах	1870 г.	1900 г.	1930 г.	1950 г.
0—19	41,4	42,2	33,6	32,6
20—59	49,6	48,6	54,7	53,6
60 и старше	9,0	9,2	11,7	13,8

¹Une Politique de la Vieillesse. Le Concours médicale, 1962, No. 22.

населения, сокращения удельного веса лиц производительных возрастов, детей и подростков пишут во многих специальных и общих публикациях различных капиталистических стран. Так, в статье, посвященной демографической статистике, «Пресс медикаль» отмечает, что, увеличиваясь в абсолютных цифрах, активное население (20—59 лет) относительно будет снижаться за счет общего постарения населения — людей пожилого возраста¹.

Действительно, с 1901 по 1962 г. удельный вес детей и молодых людей (0—19 лет) во Франции уменьшился с 34,6 до 33%, лиц в возрасте 20—59 лет сократился с 52,9 до 50%, а старших возрастов (60 лет и выше) возрос с 12,5 до 17% населения страны².

При анализе изменений возрастного состояния населения обращается особое внимание на число лиц 65 лет и старше. Одна из причин этого заключается в том, что этот возраст во многих странах считается пенсионным и нетрудоспособным. Эта группа людей является также весьма многочисленной и ее удельный вес продолжает возрастать. Отмечается, что особенно «постарела» Франция: за 100 лет число лиц в возрасте 65 лет и старше увеличилось на 3 млн. и составляло в 1954 г. 5 184 000 человек, а на 1 января 1961 г. возросло до 5,3 млн. (из них в возрасте 65—69 лет было 1 846 000, 70—74 года — 1 487 000, в возрасте 75 лет и старше—1 304 000). По расчетам французских демографов, к 1981 г. число «преста-

¹ Statistique sur la Population. La Presse Médicale, 1963, v. 71, No. 12.

² La situation démographique. Population, 1962, No. 3.

релых» (старше 65 лет) достигнет 6,6 млн. или почти 19% населения страны в возрасте 20 лет и старше, процент же лиц 60—64 лет даже несколько сократится. Почти такое же положение ожидает и Великобританию, где в 1960 г. возрастной состав населения был следующий: до 15 лет — 23,3%, 15—64 года — 65,1%, 65 лет и старше — 11,6%. Предполагается, что в течение 1960—1975 гг. численность пожилого населения (старше 65 лет) увеличится более чем на 1,5 млн. человек, население же так называемых трудоспособных возрастов будет расти очень медленно¹.

Как известно, и в США насчитывается более 15 млн. (более 8% населения) в возрасте 65 лет и старше.

Таким образом, приведенные примеры иллюстрируют известное положение о тенденции «постарения» населения.

Как известно, к настоящему времени в развитых капиталистических странах средняя продолжительность жизни достигла 65—70 лет для мужчин и 70—75 лет для женщин. В течение 100 и более лет имело место постепенное, но неуклонное повышение этого показателя, что можно иллюстрировать на примере Великобритании и Франции, где регистрация происходила уже в первой половине XIX столетия (табл. 18).

Аналогичные изменения средней продолжительности жизни можно было бы привести и для других стран. В Швеции, например, в 1851—1855 гг. она составляла для мужчин 40,55 года, а спустя 100 лет возросла до 69,04 года, для женщин — соответственно 44,64 и 71,58 года. В Голландии за 100 лет, с 1859 по 1959 г., она поднялась с 36,44 года для мужчин и 38,21 для женщин до 71,0 и 73,9 года соответственно и т. д.

Как известно, повышение средней продолжительности жизни произошло главным образом за счет сокращения смертности населения (общей и особенно детской). Важнейшей причиной снижения общей смертности является резкое сокращение числа смертей от инфекционных и паразитарных заболеваний, что было продемонстрировано выше. Другой причиной можно считать сокращение рождаемости населения в экономически развитых капи-

¹ Britain. An Official Handbook. Ed. Central Office of Information. London, 1962, p. 12.

Таблица 18

Средняя продолжительность предстоящей жизни
в Великобритании и Франции¹

	1838—1851	1871	1901	1921	1930—1932	1950	1960
Англия и Уэльс							
	М. Ж.	39,31 41,35	40,4 43,5	45,9 49,8	55,5 59,5	58,74 62,88	66,5 74,0
Франция							
	М. Ж.	39,30 41,00	39,10 40,55	45,31 48,69	52,19 56,09	55,94 61,64	63,6 73,5

¹ Санитарно-демографические материалы зарубежных стран. Под ред. А. М. Меркова. М., 1959.

талистических странах, повлиявшее на снижение детской смертности.

В большинстве экономически развитых государств общая смертность оставалась относительно высокой (20—30 на 1000 населения) вплоть до конца XIX века, после чего она стала заметно снижаться, сохраняя, однако, стабильность в последние годы (табл. 19).

Непонижающаяся смертность до конца XIX века объясняется, по-видимому, не столько истинной стабильностью этого процесса, сколько улучшающейся службой регистрации.

Повышение показателя смертности в 1940 г. связано с начавшейся второй мировой войной, в течение которой общая смертность в большинстве воюющих стран повысилась. Но, несмотря на это, табл. 19, как и данные по другим странам, явственно свидетельствует о сокращении в 2 раза и более общей смертности за 100 лет. При этом такое сокращение смертности произошло уже к 20—30-м годам. Позже, вплоть до настоящего времени, сокращения либо не было, либо оно происходило гораздо более медленными темпами, а последние годы отмечаются стабилизацией указанного процесса.

Особенно заметно уменьшалась детская смертность, что значительно повлияло на общую смертность и,

Общая смертность (на 1000 населения) в 1850—1962 гг. в некоторых странах¹

Страна	1850 г.	1860 г.	1870 г.	1880 г.	1890 г.	1900 г.	1910 г.	1920 г.	1930 г.	1940 г.	1950 г.	1955 г.	1960 г.	1961 г.	1962 г.
Австрия	29,8	26,8	29,4	29,7	29,1	25,2	18,3	18,1	13,5	14,8	12,4	12,2	12,7	12,1	—
Англия и Уэльс	20,8	21,2	22,9	20,5	19,5	18,2	13,5	12,4	11,4	14,4	11,6	11,7	11,5	12,0	11,9
Франция	21,4	21,4	18,4	23,0	22,8	21,9	17,7	17,2	15,6	18,4	12,8	12,2	11,4	10,9	11,5
Германия	25,6	23,2	27,4	26,0	24,3	22,1	16,2	15,1	11,0	12,7	10,3	10,8	11,4	11,0	11,1
Бельгия	21,2	19,9	23,6	22,3	20,80	19,3	14,9	13,8	13,4	15,1	12,5	12,2	12,4	11,7	12,5
Швеция	19,8	17,7	19,8	18,1	17,1	16,8	14,0	13,3	11,7	11,4	10,0	9,4	10,0	9,8	10,1
США . . .	14,0	16,3	15,0	16,7	18,3	18,0	15,0	13,0	11,5	10,8	9,6	9,3	9,5	9,3	9,5

¹ Санитарно-демографические материалы зарубежных стран. Под ред. А. М. Меркова. М., 1959; Demographic Yearbook, 1958, 1962; Epidemiological and Vital Statistics Report, 1962, v. 15 No. 6; Annual Epidemiological and Vital Statistics, 1960. WHO, Geneva, 1963.

² За этот год и далее—ФРГ.

следовательно, на среднюю продолжительность жизни (табл. 20).

Весьма интенсивное снижение детской смертности происходило после 40-х годов, когда стали применяться сульфаниламиды и затем антибиотики, значительно повлиявшие на смертность от инфекционных заболеваний. В качестве важнейших причин детской смертности остаются послеродовая асфиксия и ателектаз, недоношенность, врожденные уродства, родовые травмы и пневмония. Преобладание указанных причин доказывалось и тем, что особенно резко снизилась смертность детей в возрасте от 1 месяца и старше (постнатальный период), которая составляет менее $\frac{1}{3}$ детской смертности. Так, в США в 1962 г. она составляла 6,8 на 1000 живорожденных против 55,5 в 1915 г.¹ Ранняя детская смертность (в течение первого месяца жизни) во многих развитых капиталистических странах преобладает, достигая подчас $\frac{3}{4}$ смертности детей от 1 года (18,6 — в США, 16,9 — во Франции, 21,2 — в ФРГ в 1962 г., 12,8 — в Швеции в 1961 г. и т. д.)².

В этой связи особенно актуальной стала проблема перинатальной смертности (мертвоорождаемость и смертность детей на первой неделе жизни), которая в странах с относительно низкой детской смертностью составляет примерно $\frac{2}{3}$ ее и не проявляет заметной тенденции к снижению. В США, например, перинатальная смертность в 1915 г. составляла $\frac{1}{3}$ детской смертности, а в 1961 г. — уже $\frac{2}{3}$. В этой стране в течение первой недели умирает в 8 раз больше новорожденных, чем в течение остального времени первого месяца жизни, в 30 раз больше, чем в течение первых 6 месяцев, и в 85 раз больше, чем на протяжении года.

Столь высокий удельный вес ранней детской и перинатальной смертности в структуре детской смертности объясняется тем, что по мере сокращения смертности от инфекционных и паразитарных болезней на первый план все более выступают смертные случаи от недоношенности, послеродовой асфиксии, врожденных пороков, родовых травм и других причин.

¹ Hazards of Infancy again Diminshing. Health Information Foundation. The University of Chicago, 1962, v. XI, No. 4.

² Demographic Yearbook, 1962.

Детская смертность (смертность до года жизни на 1000 живорожденных)
в 1850—1962 гг. в некоторых странах¹

Страна	1850— 1860 гг.	1870 г.	1880 г.	1890 г.	1900 г.	1910 г.	1920 г.	1930 г.	1940 г.	1950 г.	1960 г.	1961 г.	1962 г.
Австрия	244,0	256,0	—	236,0 ²	209,0 ³	184,0	157,0	104,0	74,0	66,1	45,6	35,7	—
Англия и Уэльс	154,0	160,0	153,0	151,0	154,0	105,0	80,0	60,0	57,0	29,9	25,0	22,5	22,1
Франция	162,0 ⁴	190,0	180,0	177,0	161,0	111,0	99,0	78,0	92,0	52,0	38,6	27,4	25,9
Германия	—	251,0 ⁵	235,0	223,0	226,0	162,0	130,0	85,0	64,0	55,5 ⁶	44,4	33,8	31,7
Бельгия	155,0	154,0	193,0	175,0	142,0	134,0	104,0	93,0	93,0	53,4	40,8	31,2	28,3
Швеция	146,0 ⁷	132,0	121,0	103,0	88,0	75,0	63,0	55,0	39,0	21,0	17,4	16,6	15,3
США . . .	—	—	162,6 ⁸	159,6	—	—	86,0	65,0	47,0	29,2	27,0	26,0	25,4

¹ Санитарно-демографические материалы зарубежных стран. Под ред. А. М. Меркова, М., 1959; Demographic Yearbook, 1958, 1962; Epidemiological and Vital Statistics Report, 1962, v. 15, No. 16; Annual Epidemiological and Vital Statistics, 1960. WHO, Geneva, 1963.

² За 1890—1900 гг.

³ За 1901 г.

⁴ За 1846—1850 гг.

⁵ За 1872 г.

⁶ За этот год и далее—ФРГ.

⁷ За 1850 г.

Штат Массачусетс.

Возрастающее значение ранней детской и перинатальной смертности заставляет ученых обращать внимание на организм матери и ребенка, его особенности, адаптивные реакции, возраст родителей, количество родов и другие биологические и демографические факторы, а также все в большей степени учитывать значение социальных условий. Зарубежные медики не могут не видеть влияния благосостояния (доходов семьи), жилищных условий, питания, положения женщин, организации родовспоможения, законодательства не только на детскую смертность вообще, но и на раннюю детскую и перинатальную смертность. В зарубежных публикациях приводятся данные о различии мертворождаемости, перинатальной и ранней детской смертности у различных социальных слоев населения, у законнорожденных и незаконнорожденных, у белого и так называемого цветного населения и т. п. Здесь нет необходимости приводить эти сведения, важно лишь подчеркнуть, что, как и в случаях заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых расстройств, злокачественных новообразований, травматизма, нервно-психических нарушений, на примере детской смертности все более явственно обнаруживается значение адаптивных реакций организма и социальных факторов для здоровья населения.

Помимо детской смертности, на общую смертность населения, возрастную структуру и среднюю продолжительность жизни существенно повлияло и снижение рождаемости. В снижении общей смертности и рождаемости наблюдается известный параллелизм. Рождаемость в развитых капиталистических странах, как и смертность, стала заметно падать в конце XIX и особенно с начала XX века. Весьма значительное падение рождаемости наблюдалось в годы экономического кризиса (1929—1932) и во время первой и второй мировых войн (табл. 21).

В последние годы отмечается известная стабилизация или некоторое снижение рождаемости. Падение ее повлияло также и на детскую смертность. Таким образом, снижение рождаемости повлекло за собой сокращение общей и детской смертности; падение детской смертности, со своей стороны, воздействовало на снижение общей смертности. В итоге имел место не только истинный процесс снижения общей смертности населе-

Рождаемость (на 1000 населения) в 1850—1962 гг. в некоторых странах¹

Страна	1850 г.	1860 г.	1870 г.	1880 г.	1 90 г.	1900 г.	1910 г.	1915 г.	1920 г.	1930 г.	1940 г.	1945 г.	1950 г.	1955 г.	1960 г.	1961 г.	1962 г.
Австрия	39,6	38,2	39,8	37,5	36,2	35,0	25,2	17,7	21,3	16,8	21,8	14,9	15,6	15,5	17,8	—	—
Англия и Уэльс	33,4	34,3	35,2	34,2	30,2	28,7	25,1	21,8	25,5	16,3	14,1	15,0	15,9	15,0	17,5	17,9	18,3
Бельгия	30,0	31,0	32,7	31,0	29,0	28,9	23,7	16,1	22,2	18,8	13,3	15,5	16,9	16,8	16,9	17,0	16,8
Франция	26,8	26,2	25,5	24,6	21,8	21,4	19,9	11,8	21,4	18,0	13,8	16,4	20,6	18,5	18,8	18,2	17,8
Германия	37,1	36,3	38,5	37,6	35,7	35,6	29,8	20,4	25,9	17,6	20,0	16,4 ²	16,2 ³	15,7	17,8	18,3	18,1
Швеция	31,9	34,8	28,8	29,4	28,0	27,0	24,7	21,6	23,6	15,4	15,1	20,4	16,4	14,8	13,7	13,9	14,2
США	20,4 ⁴	26,0 ⁴	24,2 ⁴	22,2 ⁴	23,3	22,6 ¹	30,1	29,5	27,7	21,3	17,9	19,6	23,5	24,6	23,7	23,3	22,4

¹ Санитарно-демографические материалы зарубежных стран. Под ред. А. М. Меркова, М., 1959. Demographic Yearbook, 1958, 1962; Epidemiological and Vital Statistics Report, 1962, v. 15, No. 16; Annual Epidemiological and Vital Statistics, 1960. WHO, Генева, 1963.

² За 1946 г.

³ Этот год и далее—ФРГ.

⁴ Штат Массачусетс.

ния, прежде всего за счет падения смертности от инфекционных и паразитарных болезней, но и кажущийся процесс — за счет сокращения рождаемости.

Более точным показателем, нивелирующим показатель смертности детей до 1 года, является смертность лиц старше этого возраста. Этот показатель сокращался не столь интенсивно, как показатель общей смертности. Так, за 50 лет (1900—1950) этот показатель уменьшился в Англии и Уэльсе с 12,2 на 1000 населения до 11,4, или на 6,6%, в то же время показатель общей смертности (см. табл. 19) сократился на 36,2%. В Австрии соответствующие показатели сократились на 30,8 и 44,2%, во Франции — на 29 и 41,4%, в Бельгии на 10 и 35,3%¹.

Таким образом, снижение смертности не столь существенно, как это явствует из официальных данных, сообщающих о показателях общей смертности. Кроме того, следует учитывать рост смертности от злокачественных новообразований, сердечно-сосудистых расстройств, травматизма и других заболеваний, особенно высокий у людей старших возрастов, о чем говорилось выше. Снижение смертности у лиц старше года более медленными темпами по сравнению со снижением общей смертности и известная стабилизация смертности в последнее время являются косвенным свидетельством возрастающей роли старших возрастов (возрастание численности и удельного веса смертности этой группы населения).

Одним из доказательств подобного процесса и одним из показателей, характеризующих состояние здоровья населения, может служить так называемый пропорциональный коэффициент смертности, как отношение числа людей, умерших в возрасте 50 лет и старше, к общему числу смертных случаев, выраженное в процентах.

В соответствии с данными доклада ООН о социальном положении в мире (1963) пропорциональный коэффициент смертности составил для Австрии в 1950—1952 гг. 79,6, а к 1960 г. он повысился до 85,9. Для Канады за те же годы этот коэффициент равнялся 71,8 и

¹ Расчеты произведены нами на основании данных табл. 19 и таблиц из книги «Санитарно-демографические материалы зарубежных стран». Под ред. А. М. Меркова. М., 1959.

70,7¹. Аналогичные цифры можно получить и для других экономически развитых стран. Понятно, что чем большее число людей умирает в возрасте 50 лет и старше, тем больше коэффициент. Если бы никто не умирал до 50 лет, этот коэффициент равнялся бы 100.

Учитывая, что все большее значение в структуре смертности населения приобретают старшие возрастные группы (65 лет и выше), мы произвели расчет несколько модифицированного пропорционального коэффициента



Диаграмма 2. Столбцы означают всю смертность населения (100%), заштрихованная часть — смертность людей 65 лет и старше.

смертности, т. е. рассчитали в процентах отношение числа смертных случаев в возрасте 65 лет и старше к общему числу смертных случаев в некоторых странах. Располагая данными о возрастном-половом составе населения и показателями смертности населения различных возрастнo-половых групп, мы подсчитали, что этот пропорциональный коэффициент смертности мужчин составлял для Англии и Уэльса в 1861 г. 16,5%, а в 1955 г. — 66%, для Франции в 1850—1852 гг. — 24,6%, а в 1950—1954 гг. — 64,4%, для США в 1900 г. — 21%, а в 1955 г. — 51%. Для большей наглядности эти цифры можно представить на диаграмме 2.

Таким образом, за 100 лет для Англии и Франции и за 50 лет для США пропорциональный коэффициент

¹ Доклад о мировом социальном положении. Подготовлен ООН, 1963. Вопросы здравоохранения. E/CN. 5/375 (Add. I Russian, p. 79).

смертности (в нашей модификации) значительно увеличился, составляя более 50%. И хотя мы не можем согласиться с мнением, высказываемым экспертами ВОЗ, о том, что пропорциональный коэффициент смертности является таким же обобщающим стандартом оценки состояния здоровья населения, как средняя продолжительность предстоящей жизни, потому что исходит только из характеристики соотношений возрастной смертности, он дает наглядное представление о сдвигах в структуре смертности и в определенной мере свидетельствует об изменениях в возрастной структуре населения. Коэффициент дополнительно иллюстрирует положение о возросшем значении заболеваний, являющихся основными причинами смерти лиц старших возрастов, в первую очередь сердечно-сосудистых расстройств, злокачественных новообразований, о которых говорилось выше. Поскольку происходит возрастание заболеваемости и смертности от этих поражений, то пропорциональный коэффициент (модифицированный) в последние годы также вырос, составляя величину, близкую для ряда стран к 70%.

Таковы некоторые стороны изменившейся картины патологии в экономически развитых капиталистических странах. Они свидетельствуют о резких переменах в структуре заболеваемости и особенно смертности населения, находящихся в тесной связи с развитием современного капиталистического общества, о первостепенной роли социальных условий в уровне и состоянии здоровья населения, в демографических процессах. Это говорит о все возрастающем значении неэпидемических болезней, особенно тех, которые обусловлены воздействием среды на нервно-эмоциональную сферу, — прежде всего психических расстройств, сердечно-сосудистых заболеваний, а также о роли злокачественных новообразований, травм и других так называемых болезней цивилизации. Если позволено определить каким-то одним словом характер типа или картину патологии этой группы стран, то подходящим может быть термин «неэпидемический»¹.

¹ Понятие неэпидемического типа или профиля патологии, разумеется, относится и к социалистическим странам, однако в данной работе не ставилась задача анализа состояния здоровья населения в СССР и других социалистических странах.

Понятно, что такая картина патологии требует от теоретиков поисков общих закономерностей, которые заключаются в первую очередь в особенностях самого организма, его реакциях приспособления, адаптации к внешней среде и особенно к ее социальным факторам.

Разумеется, помимо указанного типа патологии, характерного для экономически развитых стран, во многих районах мира, особенно где колониализм и его последствия привели к отсталости экономики и культуры, имеет место совершенно другая картина патологии, характеризующаяся особенно высоким распространением инфекционных и паразитарных болезней, высокой рождаемостью, общей и особенно детской смертностью. В нашей работе не ставится задача ее характеристики, тем более что в ряде публикаций¹ содержатся достаточные сведения на этот счет.

О ПАТОЛОГИИ «СОЦИАЛЬНЫХ КЛАССОВ»

В заключение необходимо сказать о весьма заметном различии в состоянии здоровья обеспеченных и малообеспеченных слоев населения капиталистических стран.

В одной из работ английских авторов отмечается, что, не говоря об инфекционных и паразитарных заболеваниях, рак легкого и язва двенадцатиперстной кишки, в отношении которых 20 лет назад особых различий в социальных слоях населения не наблюдалось, теперь вызывают постоянно увеличивающуюся смертность от так называемого I социального класса² к V классу³. В этой же работе указаны существенные различия у «социальных классов» в заболеваемости психическими расстрой-

¹ См., например, А. Н. Рубакин. Империализм и ухудшение здоровья трудящихся. М., 1959; В. С. Гражуль и Ю. П. Лисицын. Колониализм и здравоохранение в Африке. М., 1961; Ю. П. Лисицын. Здравоохранение и медицина в СССР и в капиталистических странах. М., 1964; и др.

² В Великобритании все население в зависимости от размеров доходов семьи условно разделено на пять социальных групп или, как их любят называть социологи, социальных классов. К I классу относят наиболее обеспеченную часть населения (высшие слои специалистов и промышленники), к последнему — V — наименее обеспеченную часть населения (неквалифицированные рабочие). Подобное подразделение ведется в соответствии с антимарксистской «теорией» социальной стратификации.

³ Health and Social Class. Lancet, 1959, No. 7069.

ствами, в частности шизофренией и другими болезнями: на 100 000 мужчин в возрасте 20 лет и старше в психиатрические больницы страны поступило лиц, относящихся к I социальному классу, — 51, ко II — 57, к III — 93, к IV — 103 и к V социальному классу — 229 человек. Бóльшая пораженность психическими расстройствами менее обеспеченных слоев населения выявлена при выборочных обследованиях и в других странах.

Как указывается в меморандуме «Политика здравоохранения», подготовленном Национальным комитетом здравоохранения Коммунистической партии Великобритании, несмотря на введение государственной службы здравоохранения, «бедное население имеет больше шансов заболеть и умереть, чем богатое». В меморандуме приводятся данные отчета главного статистика Великобритании, согласно которым неквалифицированные рабочие в 2 раза чаще умирают от туберкулеза и в 4 раза чаще от пневмонии, чем так называемые специалисты («I социальный класс»). Дети этих рабочих в возрасте до 1 года в 5 раз чаще умирают от пневмонии и в 8 раз чаще от гастроэнтеритов, чем дети «специалистов» того же возраста. Смертность детей I класса от ревматических заболеваний сердца составила 11 на 100 000, а V класса — 24. Даже рак убивает больше людей V класса, чем I (200 и 144 на 100 000 населения). «Эта закономерность, — подчеркивается в меморандуме, — практически не изменилась с 1920 г.»

В меморандуме называются конкретные условия, приводящие к столь резким различиям в состоянии здоровья лиц разных социальных слоев: плохие жилищные условия, загрязнение воздуха в промышленных районах, недостаточное питание и пр. Делается справедливый вывод, что в большинстве случаев смерть лиц низших классов удалось бы предупредить независимо от успехов медицины путем улучшения условий жизни¹.

На различия в состоянии здоровья разных профессиональных групп населения указывает Bastide в статье «Жизнь человека и ее пределы во Франции»². В 1955 г. смертность чернорабочих в возрасте 25—54 лет состави-

¹ A Policy for Health. Memorandum prepared by National Health Committee of the Communist Party. London, 1955.

² H. Bastide. La vie humaine et ses limites en France. Vie médicale, 1961, No. 2.

ла 76 на 100 000 населения, в то время как у лиц свободных профессий (наиболее обеспеченных) и чиновников она равнялась 31—32. Детская смертность в 1950—1951 г. среди детей чернорабочих равнялась 62 на 1000 живорожденных, у детей квалифицированных рабочих — 43, у детей лиц так называемых свободных профессий — 19. На основании различных показателей смертности у лиц разных профессий (различных социальных групп) ожидаемая продолжительность жизни для новорожденных мальчиков исчислялась в 1955 г. в семьях шахтеров в 58—61 год, в семьях чернорабочих — 60—62 года, в семьях других рабочих — 63—65 лет, в семьях коммерсантов — 65—67 лет, в семьях служащих — 68—70 лет, в семьях лиц свободных профессий — 72—74 года.

Генеральный директор Международного детского центра в Париже сообщил, что, по данным обследования детской смертности в двух департаментах Франции, коэффициент детской смертности тем выше, чем ниже социальный класс родителей. В семьях, где отцы принадлежат к «классу специалистов», детская смертность составляла 17 на 1000 живорожденных, а в семьях неквалифицированных рабочих — 61¹.

Характерно соотношение детской и ранней детской смертности в Великобритании у разных социальных классов, изучаемое в 1930—1932 и 1949—1953 гг. (табл. 22).

Как видно из этой таблицы, хотя смертность за 20 лет во всех социальных классах сократилась, но различия между классами по отношению к смертности детей в возрасте от месяца до 1 года остались в 1949—1953 гг. столь же внушительными (в 3 раза выше в V социальном классе по сравнению с I классом), а по отношению к ранней детской смертности различия даже усилились (63% против 50% в 1930—1932 гг.).

* * *

Итак, приведенный в данной главе фактический материал говорит об определенных тенденциях в меняющейся картине патологии и тесно связанных с ней демографических процессов. В экономически развитых капита-

¹ Health and Social Class. Lancet, 1959, No. 7067.

Таблица 22

Показатели детской и ранней детской смертности на 1000 живорожденных у пяти социальных классов Великобритании, 1930—1932 и 1949—1953 гг.¹

Время	Класс					Превыше- ние в % по- казателя V класса над I	
	I	II	III	IV	V		
Смертность детей в течение первого месяца жизни:							
	1930—1932 гг.	21,7	27,2	29,4	31,9	32,5	50
	1949—1953 гг.	14,0	15,6	18,3	20,0	22,8	63
Смертность детей в возрасте от месяца до 1 года:							
	1930—1932 гг.	11,0	17,8	28,2	34,9	44,6	305
	1949—1953 гг.	4,7	6,0	10,4	13,7	18,0	283

¹ Health and Social Class, Lancet, 1959, No. 7067.

листических странах характерными особенностями типа (профиля) патологии являются неэпидемические, хронические (или, как их иногда называют, дегенеративные) болезни и в первую очередь сердечно-сосудистые заболевания, злокачественные новообразования, нервно-психические поражения, а также травмы и вирусные заболевания. Именно сердечно-сосудистые расстройства, злокачественные опухоли и травматизм составляют основной процент смертных случаев, по сравнению с которыми все остальные заболевания отходят на задний план. Указанная картина сочетается со значительным увеличением удельного веса в структуре населения старших возрастных групп, ростом средней продолжительности жизни населения наряду со снизившимися общей и детской смертностью и рождаемостью.

В экономически менее развитых капиталистических странах, особенно находящихся в колониальной зависимости от империалистических держав, сохранился старый тип патологии. Он характеризуется преобладанием инфекционных и паразитарных болезней, по-прежнему составляющих основную причину смертности населения,

особенно большой распространенностью желудочно-кишечных расстройств и болезней новорожденных, все еще высокой общей и детской смертностью, низкой продолжительностью жизни, высокой рождаемостью.

Столь явные изменения в патологии населения требуют объяснения. В настоящее время большое число ученых и практиков здравоохранения капиталистических государств связывают перемены в картине болезней и смертности населения в первую очередь с воздействием изменений в социальной жизни, влиянием социальных факторов среды и необходимостью приспособления организма человека к условиям современной «цивилизации». Понятно, что такие взгляды, поддерживаемые многими медиками, не могут не служить почвой или предпосылкой для возникновения и формирования соответствующих теорий медицины и здравоохранения.

2

«БОЛЕЗНИ ЦИВИЛИЗАЦИИ» И ТЕОРИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ

ВНИМАНИЕ К СОЦИАЛЬНЫМ ФАКТОРАМ ЦИВИЛИЗАЦИИ

В предыдущей главе приведены высказывания и материалы, принадлежащие буржуазным теоретикам и практикам здравоохранения и медицины, которые подчеркивают решающую роль социальных факторов в происхождении и распространении заболеваний, характеризующих наиболее типичную современную картину патологии. Однако эти материалы касались преимущественно роли социальных воздействий при возникновении ряда болезней (сердечно-сосудистых, психических и пр.).

Вместе с тем в зарубежной литературе встречается все больше публикаций, авторы которых склонны приписать универсальное значение в развитии патологических процессов социальным факторам. Такой подход представляет уже определенный шаг по пути выявления общих закономерностей, определяющих состояние здоровья индивидуума или группы лиц, т. е. претендует на формулирование определенной теории здравоохранения. Подчас взгляды о значении социальных факторов среды для здоровья отдельного человека или всего общества весьма нечетки, не идут дальше самых общих представлений о влиянии среды на организм или коллектив и ответных реакциях на эти воздействия. Но в этих воззрениях отражены стремления к поиску причин и механизмов болезней.

До рассмотрения вопросов о вполне оформленных и определенных (имеющих обычно специфическое наименование) теорий медицины и здравоохранения целесообразно остановиться на этих общих представлениях. Понятно, что слишком общий характер, отсутствие развернутых, не говоря уже о законченных, концепций или каких-то систематических взглядов затрудняет их изучение и критическое изложение.

Смысл анализируемых теорий сводится к утверждению о цивилизации (совокупном понятии экономических, технических, социальных, культурных и других изменений в современном развитом обществе) как наиболее общей причине и условия возникновения и распространения сердечно-сосудистых, нервно-психических заболеваний, злокачественных новообразований, травматизма и других болезней, характерных для индустриальных капиталистических стран.

Каким же образом, по мнению сторонников подобных теорий, современная цивилизация приводит к возникновению и распространению болезней? Каков механизм воздействия социальной среды, так называемой цивилизации, на организм.

Не углубляясь в физиологические и патофизиологические механизмы патогенеза, так как это не входит в нашу задачу, отметим, что весьма популярным утверждением является то, которое ведущее значение отводит психологическим, психоэмоциональным реакциям, так называемому нервно-психическому или нервно-эмоциональному напряжению, вызываемому воздействием современного образа жизни, современной цивилизации. В предыдущих разделах работы были приведены высказывания буржуазных ученых и практиков здравоохранения относительно роли нервно-психического напряжения в происхождении и распространении отдельных заболеваний (серечно-сосудистых, психических и др.). Здесь же хотелось бы подчеркнуть, что психологические реакции на факторы внешней среды и прежде всего социальные, факторы цивилизации, приобретают всеобщее значение, роль общетеоретической установки (посылки). Это проявляется также в утверждениях о необходимости соединения, интеграции медицины, здравоохранения с психологией и социологией. Понятно, что широкое хождение получает такое распространенное (может быть,

даже самое распространенное) направление буржуазной социологии, как психологическая социология, или социопсихология. Используя буржуазную концепцию «человеческих отношений», психосоциология рассматривает их с позиций субъективной психологии, весьма охотно прибегая к фрейдистским построениям, т. е. подменяет научный классовый анализ производственных отношений апологетическими рассуждениями, исходящими из положения о незыблемости, вечности социальных институтов капиталистического общества.

Особенно часто говорят об интеграции социологии и психологии с медициной для уяснения путей развития науки и практики здравоохранения и изменений в состоянии здоровья населения, картине патологии представители социальной гигиены и медицинской социологии. Здесь нет необходимости подробно останавливаться на этом вопросе, поскольку в книгах Б. Я. Смулевича¹ и других авторов он получил достаточное освещение.

Исходя из признания большого значения социальных факторов, теоретики здравоохранения и медицины пытаются представить более конкретно те общие реакции и механизмы, которые приводят к заболеваниям вследствие соприкосновения, взаимодействия человека (человеческого коллектива, общины, общества) с цивилизацией, с многочисленными социальными факторами среды, воздействующими через психоэмоциональные (психологические) и физиологические аппараты человека.

В этой сложной проблеме существуют различные теоретические концепции. О некоторых из них речь пойдет в последующих разделах. Здесь же хотелось бы обратить внимание на весьма распространенные и по существу характерные для многих теорий общие представления о социальной дезадаптации или инадаптации.

Уже одни эти термины дают представление о характере подобных взглядов: болезнь — результат нарушенного приспособления к социальной среде. Такая или аналогичная посылка является общей для различных попыток рассмотреть вопрос о том, каким образом происходит эта социальная дезадаптация.

¹ Б. Я. Смулевич. Критика буржуазных теорий и политики народонаселения. М., Соцэкгиз, 1959; Критика современной буржуазной социальной гигиены и медицинской социологии. М., Медгиз, 1961.

ДИСГАРМОНИЯ БИОЛОГИЧЕСКИХ И СОЦИАЛЬНЫХ РИТМОВ. ТЕОРИЯ ДЕГЕНЕРАЦИИ

В настоящее время можно уже говорить об особой концепции, которая основную причину социальной дезадаптации видит в диспропорции, несоответствии социальных условий существования человека в привычной ему традиционной среде и в той, которая типична для современного образа жизни, — диспропорция ритмов, темпов социальной жизни (цивилизации) и ритмов, свойственных человеку как биологическому виду, как анатомо-физиологическому и психическому целому.

Довольно подробно этот вопрос рассмотрен в докладе Dubuot, который утверждает, что промышленное развитие хотя и способствует поднятию общего уровня жизни, но оно вместе с урбанизацией искусственно вырывает человека из природной, привычной среды.

Такое «выделение человека из природы», по мнению Dubuot, ведет к дисгармонии жизни человека в современном индустриальном обществе с «естественными ритмами», свойственными человеку как биологическому виду, а это приводит к физиологическим нарушениям, к болезни: «Тот факт, что индустриализация и урбанизация неизбежно отделяют жизнь человека от природных процессов, влиянию которых он подвергался в процессе своей биологической эволюции, также обещает стать источником физиологических нарушений. Современный человек все более и более приобретает склонность жить, не считаясь с „естественными ритмами“, которые стали физиологической необходимостью его организма»¹.

Итак, налицо довольно четкая концепция относительно общего механизма заболеваний, вызванных цивилизацией, — дисгармония ритмов. Как и многие другие ученые и теоретики, Dubuot весьма детально разбирает конкретные факторы внешней среды, связанные с индустриализацией и урбанизацией и воздействующие на человека и его здоровье. Здесь он повторяет уже ставшие традиционными утверждения о первостепенном значении продуктов химической промышленности, в особенности инсектицидов и гербицидов, ядовитых веществ,

¹ Р. Дюбо. Человек и окружающая среда. Конференция ООН по вопросу о применении научных и технических знаний для удовлетворения потребностей менее развитых районов. 1962.

проникающих в воздух, воду и поглощаемых человеком с пищей, радиации т. п. Немаловажную роль он придает также воздействию на психику человека факторов внешней среды, вызванных увеличением регламентации повседневной жизни и скукой, возникающей в результате автоматизации процессов производства. Dubuot подчеркивает, однако, что эти и другие изменения внешней среды и связанные с ними болезни, «порожденные индустриализацией и урбанизацией», имеют преимущественное значение лишь там, где решены проблемы питания и борьбы с инфекционными заболеваниями. В экономически менее развитых странах, как в Европе и Северной Америке 100 лет назад, «недоедание и инфекция являются двумя наиболее важными причинами болезни и смерти». Тем не менее, по словам Dubuot, и в развивающихся странах воздействие урбанизации и индустриализации (цивилизации) приводит или может привести к таким же последствиям, как и в экономически развитых государствах.

Таким образом, общие причины возникновения и распространения так называемых новых болезней, т. е. вызванных цивилизацией (хронические, неэпидемические — психические, сердечно-сосудистые, злокачественные новообразования, обменные и др.), едины, универсальны, относятся якобы ко всему человечеству. Дисгармония ритмов природной жизни человека и ритмов, создаваемых новым образом жизни цивилизованного общества, — вот наиболее универсальный механизм и наиболее общее проявление патологических состояний. Более того, указывает Dubuot, существует мнение, что цивилизация, в частности урбанизация, городская жизнь, «часто приводила в прошлом к физическому вырождению человека».

Не останавливаясь далее на анализе высказываний Dubuot, поскольку мы к ним еще вернемся, хотелось бы отметить, что очень близкие мысли содержатся и в других трудах. Так, весьма подробное изложение взглядов о социальной инадаптации и дисгармонии ритмов мы находим в книге Huant и Dussert (Франция) под весьма характерным названием «Болезни нашего общества» (1961).

Авторы рассматривают заболевания вообще как выражение не приспособленности к среде существования.

Так же как и другие исследователи, они подробно анализируют различные факторы среды, к которым приспосабливается организм. Специальные главы книги посвящены формированию и условиям так называемой естественной среды, к которой у человека в процессе эволюции выработались механизмы адаптации и нарушение которых (инадаптация) приводит к различным заболеваниям.

Примечательно, что авторы рассматривают не только природные, но социальные факторы этой среды; они даже говорят о болезнях, которые вызываются «чрезмерной эксплуатацией естественной среды». Таким образом, природная и социальная среды могут быть «естественными» и тогда заболевания выражаются в процессах инадаптации, в том числе социальной инадаптации. Такое состояние, по мнению Huant и Dussert, имело место, пока эта среда была «нормальной», естественной, т. е. до момента, когда в ней произошли изменения, являющиеся результатом «гипертрофированной или бесконтрольной физической и социальной деятельности человека». Тогда резко изменяется общая природа заболеваний: вместо заболеваний, являющихся следствием обычной «социальной инадаптации», возникает все большее число расстройств из-за так называемой обратной социальной инадаптации. Итак, авторы вводят новый термин — обратная социальная ин(дез)адаптация. По существу большей оригинальностью он не отличается, а лишь подчеркивает значение социальных, технических и иных изменений, произведенных человеком и создавших совершенно новую и непривычную для физиологических процессов человеческого организма среду существования. Это происходит, когда «бесконтрольная физическая и социальная деятельность человека» сменяет исторические периоды, называемые авторами «фазами развития буржуазной торговли» и «первыми стадиями промышленного развития». Нужно думать, что обратная социальная инадаптация — признак современного периода развития буржуазного общества. Когда Huant и Dussert говорят об обратной инадаптации, они имеют в виду не только приспособление организма человека к среде существования, но также обратный процесс — приспособление среды к жизнедеятельности человека. В этом смысле обратная социальная инадаптация проявляется

в том, что чем больше развивается современная цивилизация, тем значительнее возникающее несоответствие, дезадаптация, отчужденность социальной среды по отношению к человеку и человечеству.

Вместе с тем указанные авторы (кстати, клиницисты) пытаются более детально представить проявления и признаки социальной инадаптации. Они исходят из положения о дисгармонии ритмов: «Именно социальные ритмы или, точнее, их неупорядоченные лихорадочные эквиваленты становятся неприемлемы для человека».

Положение о неприемлемости новых социальных ритмов — одно из важнейших во всей концепции Huant и Dussert. Опираясь на него, они пытаются определить, кто подвержен социальной инадаптации, а кто более стоек к ней, а также дать картину развития этого процесса. «Парадоксально, но факт, — пишут они, — что человек нервный, неуравновешенный, с аритмичной или патологически напряженной нервной системой будет менее ощущать разлад со средой, поскольку сам находится в состоянии функциональной аритмии. Напротив, здоровый человек, особенно чувствительный, восприимчивый, в силу богатства или утонченности своего восприятия и его психологической глубины будет больше страдать от обратной инадаптации»¹. Следовательно, невротики, вообще больные люди, более стойки к неумолимому воздействию факторов среды, лучше противостоят социальной инадаптации.

Сторонники этой концепции пытаются начертить общие стадии развития социальной инадаптации, которая предрасполагает к возникновению заболеваний различной природы и сама является болезнью. Первая стадия, или первый период, — это латентный период или скрытое болезненное состояние, которое, однако, не безразлично для человека, так как является фоном для возникновения различных заболеваний.

Они говорят о возникновении комплексов «социологической напряженности», «агрессивной эйрофии» и других психопатологических проявлениях социальной инадаптации. Происходит как бы отчуждение личности и социаль-

¹ E. Huant et A. Dussert. Les maladies de notre société. Paris, 1961, p. 69.

ной среды, окружающего человека мира. Но это, так сказать, психологическая, вернее психопатологическая, сторона социальной инадаптации.

Гораздо важнее подчеркнуть ту тенденцию, которую намечают авторы вследствие социальной инадаптации людей. Развивая представления о стадиях обратной социальной инадаптации, они говорят о том, что для многих «дело заканчивается вырождением личности». Это замечание не случайно, так как утверждается, что обратная социальная инадаптация подобна «селекции наоборот», ведущей к устранению здоровых, оставляющая только имеющих способность к «поливалентной реакции», которая позволяет им сопротивляться в процессе борьбы, и прежде всего ведущая к увеличению числа лиц с неустойчивой нервной системой, с функциональными расстройствами. Свое сравнение с обратной селекцией авторы поясняют на примере войн «в духе прошлого времени» и современных «организованных убийств». «Первые, — продолжают они, — уничтожали некоторое количество слабых и неприспособленных к битве и вели к сохранению лучших. Вторые, напротив, уничтожают смелых и храбрых, наиболее подверженных риску, и сохраняют соответственно трусов, больных, хитрецов и покорных»¹.

Таким образом, социальная инадаптация неизбежно приводит к вырождению людей — устранению здоровых и сохранению больных, поскольку их ритмы столь же неуравновешены, как и ритмы социальной жизни, или же людей, обладающих способностью к «поливалентной реакции».

К числу таких людей авторы относят тех немногих, сильных индивидуумов с «достаточно богатым душевным миром и разносторонними интересами» и «прочными органо-психическими функциональными ритмами», которые в состоянии сами преодолеть дисгармонию ритмов и установить равновесие.

Собственно, это положение о личности с «поливалентной реакцией» является единственным пунктом, в котором Huant и Dussert видят выход из создавшейся ситуации.

¹ E. Huant et A. Dussert. Les maladies de notre société. Paris, 1961, p. 70.

Такова в общих чертах концепция социальной инадаптации, претендующая на роль не только универсальной теории патологии, но и социологической теории выживания, дегенерации человечества.

Если Huant и Dussert не видят иного выхода из необратимого процесса так называемой обратной социальной инадаптации, кроме нравственного и интеллектуального усовершенствования для лучшего приспособления к лихорадочным и нервным ритмам социальной жизни, или же говорят об уходе в болезнь как форме адаптации, то Dubuot и другие теоретики пытаются дать более развернутый и обширный реестр способов избежать социальной дезадаптации.

Для экономически развитых стран, где достигнут высокий уровень социальной жизни, развита наука и техника, решены проблемы питания и борьбы с инфекциями, преодоление неблагоприятного влияния социальной инадаптации, по Dubuot, заключается в решении ряда научных и технических проблем. Прежде всего нужно «расширить сферу научных исследований за пределы традиционных проблем медицины», т. е. обратить больше внимания на исследование причин и механизмов болезней цивилизации, а также тех состояний, которые приводят к развитию заболеваний. Dubuot считает, что очень важно учитывать «замедленное проявление болезней» под воздействием химических загрязнений, радиации, изменений образа жизни человека в целом. Он призывает использовать достижения техники и естествознания для разработки методов улавливания воздействия на организм новых факторов окружающей среды, говорит о необходимости широкого применения на практике достижений в области санитарной техники, синтетической химии, в частности для улучшения состава пищи и т. п. Dubuot рекомендует ряд нововведений в систему организации медицинской помощи с целью лучшей приспособляемости ее к потребностям населения, в частности предлагает создавать серию контрольных постов, находящихся в ведении служб общественного здравоохранения каждого района, которые «сообщали бы о нарушениях нормальной жизни населения и указывали бы таким образом на неэффективность некоторых мер по осуществлению контроля

или на появление новых вредных для здоровья факторов, которые оставались незамеченными»¹.

Разумеется, трудно не согласиться с этими и подобными мыслями. Действительно, новые проблемы медицины и здравоохранения, связанные с развитием промышленного производства, науки и техники, со сдвигами в социальной жизни, требуют нового подхода, более широкого привлечения достижения естествознания и техники для решения вопросов охраны здоровья населения. Высказывания Dubuot, а также других ученых и практиков здравоохранения по научно-техническим вопросам заслуживают внимания. Они способствуют решению проблемы здравоохранения зарубежных стран. Более того, они небезынтересны и небесполезны для специалистов нашей страны. Однако все рассуждения и предложения Dubuot, как и других авторов, лишены даже намека на какой-бы то ни было классовый анализ.

К экономически развитым странам Dubuot и др. подходят как к единому целому, а ко всем происходящим в нем изменениям, ведущим, в частности, к так называемой социальной инадаптации и патологическим расстройствам, более того, к дегенерации, — как к неизбежному, вечному, неизменному. К созданному капиталистическим развитием образу жизни, к современной капиталистической «цивилизации» следует якобы лишь приспосабливаться различными техническими и научно-техническими способами, но не изменяя устоев и основ этой «цивилизации».

Итак, социальная дезадаптация неизбежна, она представляет собой как бы атрибут современной цивилизации; задача заключается в поисках путей лучшего приспособления к социальной среде, методов ослабления инадаптации, в числе которых важное значение имеют санитарно-технические меры, организационные формы медицинского обслуживания, интеллектуальное и моральное усовершенствование личности и т. п.

О необходимости же изменений самой социальной системы, социально-экономического и политического строя, который создал бы условия для ликвидации

¹ Р. Дюбо. Человек и окружающая среда. Конференция ООН по вопросу о применении научных и технических знаний для удовлетворения потребностей менее развитых районов, 1962.

неблагоприятного воздействия социальных факторов, у Dubuot и его коллег мы не найдем никаких высказываний.

Dubuot дает ряд советов экономически менее развитым странам принять меры для того, чтобы избежать наихудших проявлений так называемых болезней цивилизации, избежать ошибок западной «цивилизации». Он рекомендует вместо сооружения «дорогостоящих канализационно-очистительных систем» усовершенствовать древнейшую систему канализации и очистки сточных вод, когда они распределяются на поверхности земли, так как сейчас самое большое беспокойство вызывает не бактериологическое, а химическое загрязнение воды. Он настойчиво советует также наладить «производство белков из зеленой части растений, что не требует больших усилий и расходов», или, еще лучше, обогащать обычную растительную пищу аминокислотами и витаминами. Это будет способствовать решению проблемы питания населения экономически менее развитых стран и борьбе с белковой недостаточностью.

По мнению Dubuot, следует учитывать опыт лечения ряда болезней в домашних условиях (например, туберкулеза) и ориентировать на это медицинские службы стран. Нужно, чтобы больницы были бы центрами не только лечебных мероприятий, но и «социальных исследований», где «изучение потребностей человеческого организма и нужд современной цивилизации превратится в новую науку», чтобы больницы «охватывали бы большинство населения», а врачи не замыкались бы в их стенах и были бы врачами общественной, социальной медицины. Целесообразно в первую очередь «обратить внимание на медицинское обслуживание больных и престарелых», «сконцентрировать усилия медицины на молодом поколении» и т. д. Самый же главный принцип Dubuot следующий: «в менее развитых странах необходимо приспособлять к местным условиям методы западной цивилизации». Тогда будет возможно миновать некоторые стадии развития медицины в цивилизованных странах и «сократить период эволюции медицины до жизни одного поколения». «Используя опыт прошлого, — замечает он дальше, — они могут избежать тех ужасных „пошлин“, которые приходилось платить болезням в XIX веке, прежде чем было найдено научное

и биологическое решение проблемы санитарии, питания и инфекции, которые возникли в результате первой промышленной революции»¹.

Подобные заявления о возможности миновать стадии развития медицины, здравоохранения в экономически развитых капиталистических странах и за короткий срок добиться тех же успехов, что и в индустриальных государствах, совсем не редки. Кроме Dubuot, с ними часто выступают ООН, ВОЗ и другие международные организации, не говоря уже об отдельных лицах. В качестве образчика можно сослаться на высказывание такого документа ЮНЕСКО, как «История научного и культурного развития человечества», авторы которого утверждают, что в ряде экономически менее развитых стран за 10 лет произошли изменения в состоянии здоровья населения, для которых западным странам потребовалось 50 лет и более, так как они учли опыт и ошибки индустриальных государств.

Таким образом, с одной стороны, как будто бы признание первостепенной роли экономического развития, а с другой — целый список рекомендаций, выполнение каждой из которых предполагает прежде наличие развитой экономики, промышленности. Кроме того, желает этого Dubuot или нет, его советы пахивают ханжеством: вместо признания необходимости быстрее социально-экономического развития, подъема материального благосостояния и решения на этой основе проблем борьбы с недостаточностью питания, болезнями он предлагает населению экономически слабо развитых стран суррогаты—обогащение растительной пищи синтетическими белковыми веществами, довольствование примитивными санитарными мерами и т. п. Следовательно, и здесь вместо радикальных мер предлагаются паллиативные мероприятия технического порядка, за которыми чувствуется проповедь смирения и пассивного «приспособления» к неизбежным явлениям. Более того, от всех рекомендаций Dubuot и его коллег остается впечатление абстрактного академизма, вернее типичного буржуазного объективизма: взятая каждая в отдельности, такая рекомендация сама по себе не вызывает

¹ Р. Дюбо. Человек и окружающая среда. Конференция ООН по вопросу о применении научных и технических знаний для удовлетворения потребностей менее развитых районов, 1962.

возражений с точки зрения ее технической целесообразности. Конечно, лучше усовершенствовать традиционную, старую систему канализации, чем не иметь ее совсем, лучше питаться обогащенной аминокислотами растительной пищей, чем пищей без обогащения, лучше лечить больных туберкулезом на дому с применением новейших средств химиотерапии, чем их совсем не лечить, безусловно, надо использовать опыт индустриальных стран и т. п., однако даже эти и подобные им ограниченные советы, тем более рекомендации постройки больниц для большинства населения, предупреждения вредного воздействия факторов внешней среды, порожденных индустриализацией и урбанизацией, создания специальных лабораторий и контрольных постов и других дорогостоящих мероприятий кажутся оторванными от реальной действительности. Ведь чтобы рекомендовать населению кипятить воду, нужно знать, что оно, как справедливо заметил один из деятелей общественного здравоохранения, имеет посуду для кипячения воды. Советы же Dubuot подобны рецептам врача, который прописывает усиленное питание и санаторный режим бедняку, едва сводящему концы с концами. Невозможно успешно противоборствовать неблагоприятному влиянию социальных факторов на здоровье, не изменив социальные условия, порождающие эти факторы. В противном случае все рассуждения об «адаптации», физическом и интеллектуальном усовершенствовании», «поливалентности» и т. п. будут неизбежно отвечать классовым интересам и социальному заказу буржуазии, стремящейся укрепить всеми средствами миф о незыблемости, вечности устоев современной буржуазной цивилизации, а все благочестивые, академические рекомендации о преодолении или смягчении роковой социальной дезадаптации — ханжескими или прекраснодушными разглагольствованиями. При этом их социальный смысл вне зависимости от желания авторов столь же определен и бесспорен — апологетика и защита буржуазного общества¹.

¹ Из этого, однако, не следует, что мы отрицаем действие общих закономерностей, порожденных общностью путей технического прогресса современности, на состояние здоровья населения стран с различным социальным строем, которые вызывают сходные явления в картине патологии и демографических процессах. Более того,

К сказанному требуется добавить относительно оценки самой концепции о социальной дезадаптации и анализа ее сторонниками социальных факторов среды.

Так же как и многие другие теоретические построения, концепция болезней цивилизации и социальной дезадаптации встречает двойственное отношение. С одной стороны, нельзя не отметить и положительно не оценить стремление буржуазных ученых и практиков здравоохранения подчеркнуть роль социальных факторов и представить общие механизмы их патогенного воздействия на человека, с другой — вызывают критическое отношение не только рекомендации о путях приспособления к среде, к цивилизации, но и сама трактовка этой среды.

На первый взгляд рассуждения о среде и составляющих ее факторах не вызывают возражений и кажутся убедительными. Действительно, все они: изменение характера питания (химические, пищевые добавки и т. п.), загрязнение атмосферного воздуха, радиация, переутомление, нервное напряжение вследствие интенсификации темпов жизни вообще и промышленного производства, а также так называемых человеческих отношений в частности, избыточная технизация жизни и многие другие факторы — разве не сказываются на физическом и психическом здоровье? Конечно, да.

Наконец, разве не изучают наши ученые вредности внешней среды, зависящие от производственных факторов, освоения и внедрения новых приемов и методов, научно-технических усовершенствований? Разве мы от-

мы не отрицаем и универсальности проявлений закона приспособляемости организма человека вне зависимости от того, в каком государстве (социалистическом или капиталистическом) он живет, к факторам внешней среды, в том числе социальным, следовательно, не зачеркиваем понятия дезадаптации и т. п. Однако в концепциях Dubot и других буржуазных учениях мы подвергаем критике не идею адаптации и ее нарушений, а ту классовую сущность, которую они проводят с помощью этой идеи, тот антиисторизм, который отбрасывает представления и реальные факты действительности о значении многочисленных социальных и политических условий, порождающих социальные факторы, воздействующие на здоровье населения, живущего в странах с различными общественно-экономическими системами. Мы подвергаем критике не самое понятие «цивилизации», а ту его одностороннюю интерпретацию, которая представляет влияние социальных факторов лишь как неблагоприятное, фатально неизбежное, приводящее к дегенерации человечества.

рицаем влияние питания, жилища, вообще условий труда, быта, в том числе нервно-эмоциональных реакций как выражения отношений между людьми и т. п.? Конечно нет. Более того, ставится задача углубления и усиления таких исследований, поисков действенных мер предупреждения вредного воздействия на организм факторов среды, носящих не только чисто биологический и физико-химический, но и социальный характер.

Но одно дело изучение конкретных социальных факторов среды, а другое — теоретическое осмысление, обобщение, интерпретация факторов, т. е. построение общей теоретической концепции, претендующей на универсальное значение. Именно такой концепцией или теорией медицины и здравоохранения и являются взгляды о «болезнях цивилизации» и социальной дезадаптации. Здесь мы должны строго отделять исходный «материал» от его интерпретации, «кирпичи» от построенного из них здания. И если исходный материал, некоторые факты нередко не вызывают сомнений, а заслуживают даже внимательного изучения и использования, то общетеоретические представления требуют осторожности. Прежде всего нужно выяснить, куда направлены такие представления, какова их социальная, классовая тенденция.

На примере взглядов Dubuot и других буржуазных ученых было показано, что концепция о социальной дезадаптации и рекомендации о ее смягчении, ослаблении носят буржуазный объективистский, внеисторический характер и в конечном счете направлены на признание неизбежности современного капиталистического общества¹ и пассивного приспособления человека к неизбежным факторам «цивилизации».

¹ Правильнее говоря, концепции Dubuot и других буржуазных теоретиков в области здравоохранения, о которых мы упоминаем, ведут к доказательству не только неизбежности капиталистического общества, но и к положению о том, что капиталистический путь развития явится единственно возможным, поэтому развивающиеся государства неизбежно должны претерпеть все «издержки» индустриализации и урбанизации, свойственные западным державам. Фактически зачеркивая возможность другого, социалистического, пути развития, буржуазные теоретики здравоохранения встают на путь отвлечения внимания трудящихся не только экономически развитых стран, но и государств, менее развитых в экономическом отношении от борьбы за свои социальные права, от использования опыта охраны здоровья народа в социалистических странах. Таким образом,

Такая же тенденция обнаруживается и при оценке — общей трактовке социальных факторов. Как уже отмечено, взятые в отдельности, социальные факторы, о которых пишут и говорят названные выше буржуазные теоретики, не вызывают возражений и сомнений, однако теоретический анализ требует не вообще перечня факторов, но определения главных, ведущих среди них, выявления определяющих причин, закономерной связи явлений, ибо, как указывает В. И. Ленин, «закон есть отражение устойчивого в движении универсума».

Однако трудно найти определяющую причину среди социальных факторов и условий, о которых говорят буржуазные медики. В лучшем случае они признают связь между отдельными факторами, даже их взаимодействие, указывают на комплекс причин и факторов, от которых зависит состояние здоровья людей. Если же и пытаться искать наиболее общую и главную причину, то ничего, кроме понятий «цивилизации», технического или экономического прогресса и т. п., мы не найдем. Но, как уже отмечалось, эти понятия употребляются обычно для обозначения суммы различных социальных факторов и, помимо этого, они выступают в качестве единственно возможных, вечных, предопределенных, абстрактных категорий. Мы не найдем даже скромных попыток исторического анализа как отдельных социальных факторов среды, так и среды в целом.

Буржуазные теоретики медицины и здравоохранения, на высказывания и работы которых мы ссылались, вольно или невольно подменяют понятие общественно-экономической формации понятиями цивилизации, технического прогресса, культуры и т. п.

Такая позиция неизбежно отвечает классовым интересам буржуазии. Этот вывод мы должны сделать, не-

общая концепция Duboué и др. смыкается с концепциями буржуазных социологов, подобных американскому социологу Ростоу, отождествляющему процессы, происходящие ныне в экономически менее развитых странах, с теми, которые происходили при индустриализации стран Западной Европы и Северной Америки ранее, и признающему лишь единый всемирно-исторический процесс индустриализации общества, венцом которого являются США. (О теориях Ростоу и других современных социологов см. Коммунист, 1963, № 2, стр. 98—100; Ю. Замошкин. Реакционная «теория единого индустриального общества», Коммунист, 1963, № 4, Г. В. Осипов. Современная буржуазная социология. М., 1964, и др.).

смотря на то, что медики обычно не претендуют на роль социологов, подчас и не подозревают о том, куда ведут их взгляды; однако эклектические, половинчатые воззрения неминуемо приводят их к защите существующего капиталистического общества и государства.

Таким образом, если говорить о наиболее общем методологическом подходе к социальным факторам среды, к представлениям о так называемой социальной дез(ин)адаптации, то он ближе всего стоит к широко распространенной в современной буржуазной социологии теории факторов, избегающей выделения главной причины общественного, исторического развития.

Не останавливаясь специально на этой теории, так как о ней будет сказано особо, хотелось бы отметить, что представления о «болезнях цивилизации» и социальной дезадаптации находят свое отражение и в таком все более широко распространяющемся мнении, которое возлагает неоправданно большие надежды на социальную медицину как средство лечения и предупреждения неблагоприятных социальных воздействий современного общества на здоровье людей.

СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА И СОЦИАЛЬНАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ

«Имея дело с индивидуумом, — говорит профессор социальной медицины Delor (Франция), — врач должен всегда ставить перед собой вопрос, приспособлен ли он к своей среде». Он должен быть знаком с бесконечными видами социальной неприспособленности, начиная с госпитализации грудного младенца, разлученного с матерью, и кончая самоубийством зрелого человека, не сумевшего перенести увольнения или одиночества»¹.

В другой работе «От клинической медицины к медицине социальной», определяя социальную неприспособленность как «состояние человека, который не находит в окружающей среде условий, соответствующих его потребностям, способностям и желаниям», «могущим привести человека к разобщенности или конфликтам со средой», Delor указывает, что «медицинская социология

¹ P. Delor. Sur l'enseignement de la médecine sociale. La Presse médicale, 1958, v. 66, No. 65, p. 1467.

должна выделить основные причины этого состояния как причину болезней»¹.

Именно социальная медицина и медицинская социология призваны якобы помочь социальной адаптации, поскольку они изучают социальные факторы и их влияние на здоровье населения. Но чтобы социальная медицина смогла осуществить эту задачу, она должна проникать в смежные области знаний, особенно в психологию и социологию.

Одно из назначений социальной медицины и социальной гигиены, по мнению буржуазных ученых, научить пользоваться этими мерами, направленными на социальную адаптацию к меняющимся условиям жизни. Особенно важно, указывается в документах ВОЗ, «научить молодежь приспосабливаться к социальной неустойчивости общества». Подчеркивая значение психических расстройств вследствие механизации, автоматизации и других технических процессов современного производства, эксперты ВОЗ пишут: «Напряжение, вызываемое автоматизацией, может быть уменьшено путем дальнейшего развития технического прогресса и совершенствования конструкции машин, но в конечном счете проблемы психогигиены смогут быть разрешены только путем адаптации к своим новым ролям как нанимателей, так и самих работников»².

Профессор школы общественного здравоохранения Rosen (США) и его коллега Wellin говорят, что «наибольший интерес для общественного здравоохранения имеют антропология, психология и социология», поскольку в здравоохранении «заложены корни социальных наук». Авторы, хотя и признают, что «очень трудно определить различие между социологией, социальной психологией и культурной антропологией», однако пытаются коротко охарактеризовать «основные концепции» этих наук, столь важных для науки о здравоохранении (общественного здравоохранения, социальной медицины и т. п.). Для антропологии, — пишут они, — это привычки, ценности и образ жизни населения, для социальной психологии — мотивировка, подсознательные влечения, которые наряду с внутренними и внешни-

¹ P. Delore. De la médecine clinique à la médecine sociale. Paris, 1961, p. 222.

² ВОЗ и психогигиена. Хроника ВОЗ, 1962, т. 16, № 5.

ми факторами являются основными детерминантами поведения человека; социология же занимается главным образом изучением взаимоотношений, внутри- и межгрупповыми отношениями людей»¹. Подчеркивается особая важность изучения «наук о поведении», которые на Западе, как известно, включают в качестве важнейшего элемента или даже особого направления «науку» о так называемых человеческих отношениях.

«Человеческие отношения» призваны заменить научный классовый, марксистский анализ экономических, производственных отношений построениями, основанными преимущественно на психологических данных; они направлены на «урегулирование» отношений работающих и их нанимателей, хозяев, т. е. в конечном счете рабочего класса и буржуазии, с целью смягчения классовых противоречий, отвлечения трудящихся от политической и экономической борьбы. Кроме того, «человеческие отношения» преследуют и задачу получения максимальной прибыли капиталистами, более выгодной и рациональной для них организации промышленного производства и управления. В этом смысле человеческие отношения, как и другие современные буржуазные социологические и психолого-социологические учения и теории, тесно смыкаются с тейлоризмом, который В. И. Ленин назвал «научной системой выжимания пота».

Многим буржуазным социальным гигиенистам, представителям медицинской социологии или социальной медицины, импонируют попытки сторонников «человеческих отношений» создать «дух коллективизма», «бригадный дух», на предприятии, иллюзию общности интересов рабочих и хозяев, участия трудящихся в управлении предприятием и т. п. Они в подобных попытках усматривают одно из средств лучшей адаптации к социальной среде, следовательно, путь ослабления социальной дезадаптации.

Представители этой концепции не только опираются на «теорию человеческих отношений» и другие теории буржуазной социологии, но и со своей стороны пытаются внести в них «вклад». Происходит интеграция

¹ G. Rosen, E. Wellin. A Bookshelf on the sciences and Public Health. Am. Journal of Publ. Health., 1959, v. 49, No. 4.

буржуазных теорий здравоохранения, социологии и психологии, о чем на примере психосоматики и других концепций будет сказано также и в последующих разделах.

В высказываниях зарубежных теоретиков и практиков здравоохранения часто подчеркивается мысль о взаимодействии наук. Так, в цитированной работе Delog совершенно правильно говорится о необходимости для врача знаний о взаимосвязях не только индивидуума и среды, но и «взаимосвязях в обществе», о человеке «в целом». Он указывает, что такой подход явится условием объединения в мышлении и тактике врача лечебной и профилактической, социальной и клинической медицины. Delog рекомендует рассматривать «в историческом аспекте медико-социальные проблемы», отмечает, что врач «должен учитывать социальную этиологию, факторы окружающей среды социального происхождения, индивидуальные проблемы и их разрешение», должен опираться на «наблюдения человеческого поведения» и пр. Все эти требования и пожелания не вызывают каких-либо возражений, так же как вполне обоснованны, с нашей точки зрения, заявления об интеграции социальной и клинической медицины. Можно присоединиться к мнению Delog, утверждающего: «Не существует двух медичин. Клиническая медицина отдельного индивидуума и социальная медицина дополняют друг друга, имея в виду „человека в целом“, т. е. человека, рассматриваемого во всех окружающих его средах, во всех его взаимосвязях»¹.

Соглашаясь с подобными справедливыми мыслями и положениями о необходимости союза медицины с социологией, психологией и другими смежными отраслями знаний, нельзя также начисто отрицать возможность и целесообразность изучения и использования таких направлений, как социальная психология, микро-социология, индустриальная психология и т. д., особенно имея в виду некоторые наблюдения, факты, приемы, имеющие прикладное значение. Здесь нужно добавить, что социальная психология, которая, к сожалению, еще не получила должного развития в нашей стране, имеет

¹ P. Delore. Sur l'enseignement de la médecine sociale. La Presse médicale, 1958, v. 66, No. 65, p. 1468.

непосредственное отношение к проблемам социальной гигиены, медицинской психологии, к психотерапии, психопрофилактике (в первую очередь к групповым методам), к научным основам управления, администрации в здравоохранении, вопросам врачебной этики и т. д.

Даже микросоциология как одно из распространенных течений в буржуазной социологии, акцентирующая внимание на изучении взаимоотношений малых социальных групп (семьи и др.), содержит такие моменты, к которым следует внимательно присмотреться в плане использования их в практике. Это относится и к методу так называемой социометрии Мегеро — одного из основателей микросоциологии. Глубоко прав О. В. Кербинов, утверждая, что «положение о социальной обусловленности личности нельзя понимать упрощенно как прямое воздействие на психику производственных отношений. Последние формируют личность, влияя на нее опосредованно — через семью, служебный коллектив, через непосредственное конкретное окружение человека, через малые группы». Далее он пишет: «Каждый коллектив, помимо основной организационной структуры, определяемой расстановкой членов коллектива в соответствии с их обязанностями, функциями, соподчиненностью, имеет свою психологическую структуру, определяемую эмоциональными взаимоотношениями людей, их привязанностями, предпочтениями, симпатиями и антипатиями. Эта структура не всегда открывается простым наблюдением, а между тем она имеет существенное значение. Она в большей мере определяет настроение членов коллектива, их поступки, формы поведения»¹: Социометрические исследования, позволяющие выразить взаимоотношения членов группы в цифрах и графически, использующие математические методы в анализе психологических отношений, могут, по мнению О. В. Кербинова, помочь в изучении психологической структуры коллектива, группы людей и подобных вопросов. При этом следует помнить об ограниченности сферы применения и тем более трактовки ре-

¹ О. В. Кербинов. Микросоциологические исследования (критический обзор). АМН СССР. Материалы симпозиума по проблеме «Критика методологических основ некоторых идеалистических и метафизических течений в современной зарубежной медицине. М., 1964, стр. 25.

зультатов исследований, основанных на количественных методах изучения психических свойств личности. История медицины дает нам примеры односторонних оценок и ошибок, подобных тем, которые имели место с широким применением методов педологии, «психологических профилей» и др.

Но, используя отдельные конкретные приемы, методы, наблюдения (фактический материал) буржуазной социальной психологии и различных ее течений, мы решительно отсекаем реакционную методологию, интерпретацию фактов в духе идеализма и метафизики.

Ставя вопрос о возможности использования социометрической и других конкретных методик, мы решительно отбрасываем притязания Мерепо и других микросоциологов рассматривать социометрию как «общую теорию социальных наук», заменить микросоциологией общественные науки, положить с ее помощью «предел распространению идей коммунизма», сделать микросоциологию, трактуемую с идеалистических и субъективно психосоциологических позиций, единственной основой науки о поведении человека, универсальным рецептом приспособления к среде существования и т. п. Мы решительно против союза медицины вообще и социальной гигиены в частности с такой разновидностью социальной психологии.

То же нужно сказать по отношению к так называемой промышленной, или индустриальной, психологии, которая, основываясь на концепции «человеческих отношений», стремится выработать психологические приемы установления «дружеских» отношений рабочих и предпринимателей, создать иллюзию общности интересов работающих и владельцев предприятий и найти приемы предотвращения конфликтов, следовательно, смягчения или предупреждения социальной дезадаптации и т. п. Подвергая решительной и принципиальной критике методологические и теоретические основы этой отрасли буржуазной социальной психологии, вскрывая ее сущность и классовые цели, нужно внимательно относиться к некоторым конкретным наблюдениям ее представителей. В этом смысле прав А. М. Изуткин, когда он пишет, что буржуазные гигиенисты, работающие в области промышленной психогигиены (промышленной психологии) «...накопили большой фактический

материал в изучении психоэмоциональных факторов в условиях современного автоматизированного производства. Правильно подмечено, что под влиянием технического прогресса происходит как бы «психологизация» трудовых функций человека, а вместе с этим и повышение роли психоэмоционального компонента в увеличении производительности труда и его влияние на физическое и духовное состояние рабочего. Большой интерес представляют конкретные данные социально-психологических экспериментов на предприятиях и стройках, методика их выполнения и т. д.»¹.

Сказанное относится и к буржуазной психогигиене, представители которой, как отмечено, активно сотрудничают с социологами и психологами и, со своей стороны, способствуют разработке психологических методов адаптации к социальной среде, в том числе к условиям новых производств, к разработке вопросов «человеческих отношений» и пр. Используя наблюдения буржуазных психогигиенистов, соглашаясь с их мнением о большом значении психоэмоциональных реакций на факторы социальной среды, о ведущей роли психоэмоционального компонента в генезе многих заболеваний и с другими правильными суждениями, мы не можем принять теоретические воззрения ряда психогигиенистов, которые базируются на субъективно-психологических, идеалистических концепциях психоанализа, глубинной психологии, «культурного» фрейдизма и др. Так, например, соглашаясь с точкой зрения одного из представителей психогигиены Тоггье (Великобритания) о том, что для преодоления «тягот жизни» в Англии, США и других индустриальных капиталистических странах немаловажную роль играет так называемая эмоциональная устойчивость как принцип психогигиены, нельзя принять положение Тоггье о «недостатке искренности» в качестве причины, мешающей удерживать в разумных пределах раздражение и враждебные чувства людей. Именно «недостатку искренности» Тоггье приписывает роль главной проблемы при изучении семейных и других отношений; при этом он в отличие от фрейдистов отвергает значение сексуальности. Заменяв сексуальные комплексы «недостатком искренности», Тоггье пытается

¹ А. М. Изуткин. Программа КПСС и социальные проблемы медицины. Медицина. М., 1964, стр. 49.

с помощью развития этого чувства преодолеть социальную дезадаптацию. Весьма характерно, что этот автор в числе «факторов воздействия на психическое здоровье» с целью лучшей адаптации к социальной среде и профилактики заболеваний называет промышленную психогигиену (как отрасль промышленной психологии). Именно приемы психогигиены помогли, по мнению Toggie, не допустить забастовки и таким образом потери рабочих дней на ряде предприятий ФРГ и США, где широко прибегали к помощи промышленных врачей, психогигиенистов для «оздоровления психической атмосферы». Если сравнить три больших автомобильных предприятия — Форда в Дагенгеме, Бритиш мотор корпорейшн и Фауесхолл в Льютоне, то, как он сообщает нам, окажется, что на последнем потеря рабочих дней из-за забастовок была послевоенной очень незначительной. Два года тому назад британская автомобильная промышленность потеряла в результате забастовок полмиллиона рабочих дней, а немецкая — ни одного. Симптомами неблагополучия с психическим здоровьем на предприятиях являются, по Toggie: 1) частая текучесть рабочих; 2) частый невыход на работу вследствие незначительных заболеваний; 3) частое количество несчастных случаев; 4) частые забастовки.

Оставляя на совести автора точность приводимых им сведений о забастовках на промышленных предприятиях, нельзя не отметить расширительного значения, которое он придает психическому здоровью и психогигиене как средству лечения и сохранения его: неблагополучием психического здоровья объясняет он сложнейшие политические и социально-экономические явления, (в том числе производственный травматизм и т. п.). В такой интерпретации психогигиена действительно превращается в главное средство решения социальных проблем, а врач — в целителя общественных недугов.

Таким образом, буржуазная социальная медицина, призывая широко использовать социальную психологию, в частности психогигиену, рассматривается как средство смягчения социальной дезадаптации. Внимательно относясь к конкретным наблюдениям, методикам, фактам, накопленным представителями социальной гигиены и медицины, а также смежных наук и течений, с которыми она сотрудничает, отмечая правильность и

ценность высказываний о большой роли социальных факторов для здоровья населения, и особенно критических замечаний в адрес современного (капиталистического) производства, ведущего к подрыву физического и психического здоровья работающих, а также других рациональных суждений, мы не можем принять ошибочные идеалистические и метафизические установки и обязаны указать на прямой или скрытый классовый (в интересах буржуазии) смысл интерпретации наблюдений и фактов, теоретических концепций и выводов. Это, как было показано на отдельных примерах, целиком относится к теории социальной дезадаптации и социальной медицине (гигиене).

К тому, что было сказано по этому поводу, следует добавить несколько слов о так называемой теории несоответствия ритмов социальной среды и человеческого организма.

Мы не отрицаем идеи определенного соответствия ритмов жизненных процессов, происходящих в организме человека, ритмам, имеющим место в производственных процессах, циклам природной среды. Нельзя отрицать и наличия приспособительных реакций к факторам внешней среды. Это находится в согласии с прогрессивными взглядами и учениями естествоиспытателей и медиков (достаточно назвать хотя бы воззрения К. Бернара, И. М. Сеченова, В. Кэннона, И. П. Павлова о единстве организма и среды, механизмах гомеостаза и т. п.). Поэтому нецелесообразно отбрасывать как негодные попытки применения подобных идей к выработке общих представлений об адаптации и нарушениях организма человека к быстро меняющимся условиям и факторам социальной среды. Разумеется, идея о соответствии ритмов требует конкретных исследований, наблюдений специалистов разных областей знаний, в том числе физиологов, клиницистов, психологов, социологов и др.

Кстати, нарушения адаптации к условиям труда, психологическим и иным социальным факторам среды могут иметь место и в социалистическом обществе, в нашей действительности. Не прибегая к конкретным примерам и исследованиям (поскольку подробное освещение этой актуальной проблемы — предмет специальных изысканий), хотелось бы в чисто теоретическом,

логическом плане заметить, что технический прогресс в СССР, связанный с развитием комплексной механизации и автоматизацией промышленности, созданием и внедрением новых производств, отраслей техники в промышленности, сельском хозяйстве, строительстве, на транспорте, в коммунальном хозяйстве и других отраслях народного хозяйства, ведет к интенсификации трудовых процессов, усилению темпов и ритмов рабочих операций, к широкому применению материалов и веществ, небезразличных для здоровья (например, в химической промышленности или гербицидов, инсектицидов и др. в сельском хозяйстве). Это, безусловно, отражается на здоровье, предъявляет к организму новые подчас повышенные, требования, заставляет его приспособляться к малопривычным для него условиям.

Быстрые темпы технического прогресса в нашей стране могут в ряде случаев порождать противоречия между санитарно-гигиеническими, медицинскими мероприятиями, с одной стороны, и развитием новых производств и технологических приемов — с другой. Это одно из проявлений неантагонистических противоречий, порожденных не только «болезнями роста» нашего народного хозяйства, и пережитками прошлого в сознании и поведении части людей.

Но значит ли это, что такие негативные воздействия фатальны, порождены самой природой нашего общества? Разумеется, нет. Они преодолимы, носят преходящий характер. Более того, вся экономическая и социальная политика нашей партии и государства, направленная на максимальное удовлетворение растущих материальных и духовных потребностей народа, способствует не только устранению отрицательно влияющих на физическое и психическое здоровье социальных факторов, но и созданию таких условий, которые обеспечивают гармоническое развитие физических и интеллектуальных сил человека, охрану и укрепление его здоровья.

Здесь нет необходимости называть все те преобразования и достижения в труде и быте советских людей, которые способствуют повышению уровня здоровья. Важно лишь подчеркнуть, что по мере движения нашего общества к коммунизму все больше будет проявляться оздоравливающее воздействие социальных условий

нашего общества, все более неоспоримым будет вывод: коммунизм — это здоровье.

В этом смысле заявления сторонников теории социальной дезадаптации о фатальной неизбежности вырождения, дегенерации, упадке физического и психического здоровья людей по мере развития технического прогресса вообще свидетельствуют о непонимании ими характера исторических процессов развития общества. Заменяя понятие общественно-экономических формаций абстрактным, внеисторическим понятием «цивилизация», они не видят принципиальных различий природы и целей технического прогресса в капиталистическом и социалистическом обществе. Они, в частности, не видят классовых антагонистических противоречий капиталистического общества, в силу которых развитие производительных сил, технический прогресс приводят к возрастающей нервно-психической напряженности и другим явлениям, отрицательно влияющим на здоровье трудящихся.

Теория социальной дезадаптации и ей подобные концепции представляются медико-биологическим вариантом известной в буржуазной социологии концепции, согласно которой происходит все более усиливающееся отставание духовной культуры от развития техники. Здесь на место культуры ставится биологическая жизнь человека, его физиологические реакции и процессы, а «отставание» этих функций от прогресса техники якобы неизбежно приводит к массовым заболеваниям.

Критикуя взгляды сторонников теории социальной дезадаптации, нужно отметить, что их пессимистические прогнозы относительно вырождения, дегенерации, их замечания о неблагоприятном влиянии буржуазной индустриализации, урбанизации и других процессов так называемой цивилизации нередко основаны на реальных наблюдениях и фактах. Речь идет лишь о неправильной ошибочной интерпретации этих фактов, идеалистических и фаталистических теоретических воззрениях. Речь идет о таких взглядах на оценку и понимание социальной среды, которые, как отмечалось, характерны для буржуазной теории факторов.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ

Теория факторов, исходящая из признания множественности причин, условий их взаимовлияния, обуславливающих то или иное явление, в частности общественное развитие, является эклектичной. С одной стороны, она признает взаимосвязь различных факторов, с другой, уходит от неперемennого требования науки — во всем многообразии взаимосвязанных и взаимовлияющих друг на друга факторов находить главные, определяющие, каким по отношению к общественному развитию выступает способ производства материальных благ. Теория факторов противоречит научным представлениям о причинно-следственных связях, поскольку заменяет причину следствием или подменяет главную причину группой многочисленных, но нередко второстепенных факторов, рассматривает в качестве причины простую последовательность явлений и т. п. Применительно к теориям медицины и здравоохранения это чаще всего проявляется в доказательстве равнозначности социальных и биологических факторов, подмене социальных факторов биологическими и т. п.

Теория факторов известна давно. С критическими замечаниями в ее адрес выступал еще Г. В. Плеханов. Он отмечал, что эта теория в свое время принесла пользу. «Та или другая разновидность такой теории, — писал Г. В. Плеханов в работе „О материалистическом

понимании истории¹, — действительно должна родиться всюду, где люди, интересующиеся общественными явлениями, переходят от простого их созерцания и описания к исследованию существующей между ними связи»¹.

Однако с позиций этой теории, отмечал он, анализ дальше «видимого движения вещей» не шел. «Но как бы ни была законна и полезна в свое время теория факторов, она не выдерживает теперь критики. Она расчленяет деятельность общественного человека, превращая различные ее стороны и проявления в особые силы, будто бы предопределяющие собою историческое движение общества»².

Привлекательность теории факторов для лиц, недостаточно знакомых с марксизмом или идущих на поводу у позитивистов, заключается в ее кажущейся простоте и объективности. Она как будто бы отражает реальные факты и события каждодневной действительности.

Но неумение или нежелание обобщать факты с позиций диалектического и исторического материализма приводит сторонников этой теории к субъективно-идеалистическим, волюнтаристическим и другим неприятным выводам; более того, эта теория часто используется для апологетических целей. Она гармонирует с ведущими направлениями и концепциями буржуазной социологии, которые встают на путь эмпиризма, исследования отдельных, частных явлений, «социальных групп», «групповых процессов», т. е. подменяют исследования общих исторических процессов изучением их отдельных звеньев (социология общины, социология города, социология семьи и т. п.). Именно о таком характере теорий буржуазной социологии (в том числе и теории факторов) говорит содержание и направленность многих докладов и выступлений ученых из западных стран на международных социологических конгрессах³.

В. И. Ленин решительно выступал против теории факторов. В статье «Статистика и социология» он пи-

¹ Г. В. Плеханов. Избранные философские произведения. Т. II. М., 1956, стр. 240—241.

² Там же, стр. 242.

³ В поисках социологической теории. Коммунист, 1963, № 2; Э. Баграмов. Международный конгресс социологов. Политическое самообразование, 1962, № 11.

сал: «Подобрать примеры вообще не стоит никакого труда, но и значения это не имеет никакого, или чисто отрицательное, ибо все дело в исторической конкретной обстановке отдельных случаев. Факты, если взять их в целом, в их связи, не только „упрямая“, но и безусловно доказательная вещь. Фактики, если они берутся вне целого, вне связи, если они отрывочны и произвольны, являются именно только игрушкой или кое-чем еще похуже»¹.

Теория факторов хотя и подчеркивает видимую связь явлений, но не связывает их с общим историческим процессом развития, не вскрывает внутренние связи и опосредования, что, как отмечено, приводит к искажению истинных объективных причин развития явлений или к подмене одних факторов другими. Именно это происходит очень часто при трактовке роли и значения факторов социальной среды, создании различных теоретических концепций вроде «социальной дезадаптации».

В предыдущих разделах было показано, что теория факторов в качестве методологического приема проникла во взгляды некоторых теоретиков медицины и здравоохранения. В дальнейшем мы увидим, что подобный методологический подход характерен и для других представителей теоретической мысли Запада. Однако роль теории факторов этим не ограничивается — она может рассматриваться и как особая теория в здравоохранении. В таком случае перед ее сторонниками обычно не стоит задача выяснения общих механизмов возникновения заболеваний: они оперируют более широкими понятиями — здоровье, здравоохранение, болезни и т. п. Теория факторов преследует тогда определенные, подчас политические и апологетические цели.

«ПОРОЧНЫЙ КРУГ» НИЩЕТЫ И БОЛЕЗНЕЙ

Одним из распространенных проявлений теории факторов в здравоохранении является так называемая концепция «порочного круга». Особенно часто к образу «порочного» или «заколдованного» круга стали прибегать после выхода в свет книги известного английского

¹ В. И. Ленин. Сочинения. Изд. 4-е, т. 23, стр. 266.

деятеля в области общественного здравоохранения Winslow «Стоимость болезни и цена здоровья», изданной ВОЗ в 1951 г. Winslow отмечает, что о проблеме «порочного круга» болезней и нищеты в масштабах одной страны говорил еще более 100 лет назад английский санитарный инспектор Э. Чедвик и что эта проблема возникла с первых шагов общественного здравоохранения. «Пионерами движения за охрану здоровья общества были Иоганн Петер Франк в конце XVIII столетия и группа прогрессивных французских врачей в начале XIX века. Толчком для этого послужил знаменитый отчет Эдвина Чедвика (Англия), появившийся более 100 лет назад под названием «Санитарные условия трудящихся Великобритании», из которого явствовал существующий порочный круг: люди болеют потому, что они бедны; они бедны потому, что они больны»¹. «Эта проблема, поставленная Чедвиком в масштабе одной страны, — продолжает Winslow, — приняла в XX веке мировой характер, что и заставило ВОЗ заняться ею»².

Winslow посвящает специальную главу, которую он называет «Взаимосвязи между нищетой и болезнью», детальному доказательству проявлений «порочного круга». Он приводит большой материал, доказывающий влияние жилищных условий, питания, величины заработка на состояние здоровья населения. Сообщает о различиях в стандартизованных показателях смертности от самых разнообразных причин среди взрослого населения Англии, принадлежащего к разным «социальным классам». Отмечает несомненную связь между заработком и средней продолжительностью жизни и т. п. Все эти факты должны, по мысли Winslow, подтверждать положение: «Люди болеют потому, что они бедны, они бедны потому, что они больны».

¹ Следует отметить, что ссылка Winslow на Э. Чедвика, со времени которого якобы возникла проблема «порочного круга», не совсем точна, так как Э. Чедвик и другие санитарные инспекторы Англии (Л. Хорнер, С. Смит, Д. Саймон, Дж. Гунтер и др.), действительно проведя исследования условий жизни и здоровья промышленных рабочих, показали, что плохое питание, скученность жилищ, тяжелый труд и другие антисанитарные условия приводят к плохому здоровью, но теоретическая концепция «порочного круга» в произведениях этих и других врачей в тот период не была оформлена, хотя они связывали эти антисанитарные условия с бедно-

В произведениях этого автора по существу нельзя найти предложений о выходе из этого заколдованного круга, кроме предложений технического, санитарного порядка, о необходимости развития международного сотрудничества в области здравоохранения, обращения к руководящим деятелям стран с советом вносить больше капиталовложений в здравоохранение и т. п. Бессилие перед фатальностью порочного круга объясняется тем, что Winslow находится в узких рамках теории факторов, не может найти то ведущее звено, которое бы объяснило взаимосвязь явлений нищеты и здоровья населения, указало бы путь выхода из «заколдованного круга факторов». Правильно говоря о влиянии на здоровье и заболеваемость людей питания, жилища, материального достатка вообще, наблюдая резкие отличия в состоянии здоровья разных социальных групп населения, указывая на взаимную связь социальных факторов, он останавливается перед ответом на вопрос о ведущей, главной причине этих социальных явлений и процессов. Отсюда половинчатость и пессимизм его предложений и прогнозов.

К чести Winslow нужно сказать, что он резко выступает против тех демографов и политиков, которые единственным средством борьбы с нищетой, ведущей к болезням, усугубляющим ее, считают сокращение народонаселения и в связи с этим сомневаются в полезности различных мероприятий здравоохранения. «Некоторые ученые, — пишет он, — были настолько напуганы возможными последствиями нищеты и, в частности, недостатка пищевых продуктов на будущее человеческой расы, что считают единственным решением этой

стью населения. Благодаря энергии и настойчивости санитарных инспекторов в Великобритании были приняты ряд санитарных законов и некоторые меры по борьбе с болезнями среди рабочих. Деятельность английских фабричных санитарных инспекторов, как известно, высоко оценена К. Марксом. Одна из заслуг Э. Чедвика и других санитарных деятелей заключалась именно в показе того, как тяжелые условия жизни и труда рабочего класса Великобритании приводят к плохому здоровью. В то же время возникали и все более распространялись откровенно биологизаторские, натуралистические теории здравоохранения и народонаселения. Да и сам Winslow косвенно признает, что проблема заколдованного круга приняла «мировой характер» лишь в XX веке.

² С. Е. А. Winslow. *The Cost of Sickness and the Price of Health*. WHO, Geneva, 1951, p. 9.

проблемы решительное лимитирование народонаселения»¹. Winslow правильно подчеркивает, что «потенциальные пищевые ресурсы не представляют собой какое-то определенное количество, предопределенное неким таинственным жизненным законом»². Он говорит о значении борьбы с эрозией почвы, об удобрении почвы, ирригации и других мерах увеличения пищевых ресурсов. Таким образом, Winslow выступает против неомальтузианских взглядов и выводов.

Как показано в работах Б. Я. Смулевича, В. С. Гражуля и других советских ученых, с вариантами теории «порочного круга» выступали социал-гигиенист Sand, экономист Myrdal и другие буржуазные теоретики. Так, Sand, говоря о нищете и ее причинах, в том числе болезнях населения, отмечает, что эти причины «комбинируются между собой, образуя заколдованный круг». Встав на точку зрения порочного или заколдованного круга, Sand приходит к выводу, что «наиболее постоянной причиной бедности и нищеты является болезнь»³. В своих трудах, например в книге «Экономические теории и слаборазвитые страны»⁴ и в выступлении на V Всемирной ассамблее здравоохранения (ВОЗ) по докладу Winslow, Myrdal говорит о так называемой новой теории, в основе которой лежит «предположение о круговой причинной зависимости между всеми факторами общественной системы». В числе этих факторов — экономическое положение тех или иных стран, рост народонаселения, санитарные реформы и медицинские мероприятия и пр.

Myrdal указывает, что в условиях низкого экономического развития рост народонаселения усугубляет нищету, а деятельность в области здравоохранения, способствуя повышению состояния здоровья, тем самым ведет к увеличению народонаселения, еще более усиливая недостаток средств жизни. Последнее в свою очередь пагубно сказывается на здоровье людей. Отметим

¹ С. Е. Winslow. *The Cost of Sickness and the Price of Health*. WHO, Geneva, 1951, p. 66.

² Там же, p. 78.

³ Цит. по книге Б. Я. Смулевича «Критика современной буржуазной социальной гигиены и медицинской социологии». М., 1961, стр. 38.

⁴ G. Myrdal. *Economic Theory and Under-Development of Regions*. London, 1957.

подобный заколдованный круг, Myrdal, однако, не раскрывает истинных причин нищеты населения, не определяет пути выхода из этого круга. Он и не может этого сделать, так как, подобно Sand, Winslow и др., считает капиталистический способ производства неизбежной формой общественного развития. Взгляды Myrdal имеют реакционную тенденцию: по существу он отказывает слаборазвитым в экономическом отношении странам и народам этих стран в необходимости развивать службы здравоохранения, укреплять здоровье, активно бороться с болезнями.

В настоящее время теория факторов и ее вариант — теория «порочного круга» все более проникают во взгляды буржуазных ученых и практиков здравоохранения, в том числе в концепции деятелей международных организаций и совещаний.

Даже во время проведения конгрессов такой в целом прогрессивной международной организации, как Международная ассоциация по изучению условий жизни и здоровья, мы слышим отголоски теории факторов. Так, в заключительной резолюции III конгресса этой ассоциации, состоявшего в 1961 г., мы читаем: «Недостаточные санитарные условия могут сами по себе явиться препятствием для экономического прогресса и создают порочный круг болезней, нищеты и экономического застоя»¹.

Конечно, мы понимаем, конгресс стремился подчеркнуть большое значение санитарных условий в экономическом и социальном развитии, что не вызывает никаких возражений. Более того, справедливы все требования, говорящие о необходимости более энергичного и глубокого изучения здравоохранения как экономического фактора. Однако высказывания в духе теории факторов и порочного круга нередко приводят к выводу о первостепенной роли здравоохранения, санитарных условий и других подобных факторов в экономическом и социальном развитии. Такие выводы не могут не отразиться на рекомендациях о путях преодоления нищеты, экономической отсталости и т. п. Конечно, можно говорить, что Конгресс исходил из тактических соображений, выдвигая на первый план деятельность в области санитарии

¹ Acta medica et sociologica, Roma, 1963, p. 349.

и здравоохранения, однако это лишь предположение и, кроме того, для такой авторитетной организации и ее конгресса подобная тактика была бы весьма рискованной и могла бы повести к далеко идущим последствиям, не отвечающим истинным интересам оздоровления условий жизни и труда большинства населения стран мира. Такая тактика в лучшем случае привела бы к половинчатым реформам, к некоторым усовершенствованиям в здравоохранении. Но без подъема экономики невозможно коренным образом изменить санитарное состояние. Вся история здравоохранения убедительно доказывает, что отсталость экономики — враг здоровья населения. Конечно, отдельные улучшения в службе здравоохранения, в санитарных мерах полезны и нужны и их следует проводить, не дожидаясь преобразования экономики, иначе можно оказаться на позициях, за которые фактически ратует Myrdal: законсервировать все службы здравоохранения, прекратить санитарную деятельность, пока не произойдет подъема экономического уровня. Однако рассматривать деятельность в области здравоохранения как ведущий фактор общественного и экономического прогресса было бы необоснованно.

В какой-то степени еще можно объяснить высказывания руководящих работников ВОЗ в духе теорий факторов и «порочного круга», исходя из их тактических соображений, в частности из желания получить максимальные ассигнования, увеличения доли членских взносов государств — членов ВОЗ, оправдания высоких темпов роста регулярного бюджета ВОЗ и т. п. Но и для этой организации пропаганда теорий факторов и «порочного круга» — безразличная вещь. Активные выступления в защиту указанных теорий оказывают воздействие на умонастроения медицинских работников многих стран мира, сказываются на формировании их взглядов. Теория факторов, таким образом, играет роль активного идейного оружия. Однако вернемся к некоторым высказываниям представителей ВОЗ, характеризующих их как сторонников теорий факторов и «порочного круга».

Председатель XIV Всемирной ассамблеи здравоохранения Truhott (Новая Зеландия), выступая перед ее участниками и развивая мысль о том, что «общественное здравоохранение, экономическое и социальное раз-

витие тесно связаны друг с другом», указал на существование «порочного круга» и на деятельность в области здравоохранения, которая якобы в состоянии разорвать этот круг. «Мы рады, — говорил он, — что наши успехи в борьбе со специфическими заболеваниями (Turbott имел в виду прежде всего борьбу с инфекционными, эпидемическими болезнями. — Ю. Л.) помогли разорвать этот порочный круг, давая возможность освобожденным от болезней людям обрабатывать больше земли, производить больше продуктов питания и иметь более высокий уровень жизни»¹.

На этой же сессии ассамблеи о «порочном круге нищеты и болезней» говорил Генеральный директор ВОЗ Sandau: «Мы во Всемирной организации здравоохранения полагаем, что трагический и всем хорошо знакомый круг: плохое здоровье, ведущее к нищете, и нищета, являющаяся причиной плохого здоровья, должен быть разорван совместными и согласованными действиями во всех областях науки и техники. Только тогда мы можем быть уверены, что наша организация может сделать свой скромный, но существенный вклад в большое дело, начатое в наше время с целью ликвидации нищеты, болезней и невежества на земле, с тем, чтобы люди всех рас и всех наций могли строить здоровое, процветающее и мирное международное общество, которое еще является нашей заветной мечтой»².

Таким образом, правильно отмечая связь здоровья, здравоохранения с факторами социального, экономического развития, Turbott и Sandau, так же как и другие сторонники теорий факторов и «порочного круга», придают факторам здравоохранения, борьбы с болезнями не соответствующую им первостепенную роль в экономическом и социальном прогрессе.

Характерно, что эти довольно четкие и определенные в теоретическом плане выступления и президента Ассамблеи, и Генерального директора ВОЗ имели место именно на XIV Всемирной ассамблее здравоохранения в 1961 г., когда руководство ВОЗ вынесло предложение о значительном увеличении объема регулярного бюд-

¹ Fourteenth World Health Assembly. WHO Chronicle, 1961 v. 15, No. 4, p. 121

² Fourteenth World Health Assembly. WHO, Off. Docum. No. III. WHO, Geneva, 1961, p. 52.

жета этой организации за счет членских взносов государств-членов. Поводом к этому послужило предложение Генерального директора ВОЗ включать в регулярный бюджет значительные расходы (более 5 млн. долларов ежегодно) на кампанию ликвидации малярии, которая до сего момента финансировалась из добровольных взносов членов организации¹.

Для доказательства необходимости усиления финансовой поддержки ВОЗ и вообще капиталовложений в здравоохранение некоторыми представителями руководства ВОЗ используются различные варианты теоретических построений наподобие учения о населении как «органическом капитале», широко известного в буржуазной социологии. Это течение, в частности, требует сохранения и увеличения «органического капитала», каким являются трудящиеся, заботы об их здоровье, образовании и т. п. Однако все «гуманные» предложения сторонников подобных теорий направлены на доказательство того, что таким образом умноженный «органический капитал» принесет больше дохода и прибыли тем, в руках кого он находится (т. е. правящим классам капиталистических стран). Не будет большой ошибки, если подобные рассуждения мы будем рассматривать и как одно из обоснований теории и политики патернализма («отеческой» заботы капиталистов о рабочих, неокolonизаторов — о народах зависимых стран и т. п.), проявляющейся и в здравоохранении. Неоднократно с попытками использования теории об органическом капитале и аналогичными взглядами в целях оправдания высоких темпов увеличения бюджета ВОЗ выступал на сессиях этой организации помощник Генерального директора Sigle. Опираясь на известное высказывание Дизраэли о том, что «здоровье народа является фактически той основой, от которой зависит его счастье и его сила», Sigle убеждал представителей государств — членов ВОЗ в необходимости, целесо-

¹ Подробнее относительно финансовой политики и других сторон деятельности ВОЗ и участия в ней СССР см. в статьях: Е. В. Галахов и Ю. П. Лисицын — Некоторые проблемы деятельности Всемирной организации здравоохранения. Здравоохранение (международный журнал); 1963, № 1; Ю. П. Лисицын — Деятельность СССР во Всемирной организации здравоохранения, Вестник АМН, СССР, 1963, № 9.

образности и выгоды вкладывать больше средств в здравоохранение, в частности в деятельность ВОЗ, так как народ, особенно его производительная часть, представляет собой вид «человеческого капитала». Чем больше затрат будет вложено на обучение людей и охрану их здоровья, тем в большей степени произойдет «повышение ценности» капитала, тем более эффективной будет реализация ценностей, больше отдачи. Sigle не говорил, конечно, о том, кому пойдет «доход» от эксплуатации «человеческого капитала». Опираясь положением о связи социальных, экономических факторов, здравоохранения и народонаселения, апеллируя к общенациональным и общечеловеческим интересам, Sigle преследовал лишь меркантильные цели — уговорить представителей государств платить больше денег в ВОЗ¹.

Обращает на себя внимание тонкая и внешне правдоподобная аргументация сторонников подобных теорий. В действительности, разве здравоохранение не ведет к повышению производительности труда, к сокращению травматизма и т. п. Более того, справедливо и требование целесообразности проведения исследований, направленных на выяснение роли здравоохранения в повышении производительности труда и т. д. В то же время высказывания Генерального директора и др. содержат выводы о здравоохранении как чуть ли не единственном средстве социального и экономического прогресса, а плохое здоровье населения — чуть ли не единственное препятствие к этому прогрессу и т. п. В речах и докладах Candau и других представителей ВОЗ из западных стран нет и намека на колониализм, империалистическую эксплуатацию и другие истинные причины экономической и социальной отсталости народов, распространенности болезней в зависимых и колониальных странах.

Но не только Turbott и Candau разделяют основные положения теории заколдованного круга. Еще ранее с аналогичными высказываниями в ВОЗ выступали и другие деятели. Так, на IV Всемирной ассамблее здравоохранения ее президент Shill (США) говорил на пленарном заседании ассамблеи: «Существует много дока-

¹ См. протоколы заседаний Комитета по административным и юридическим вопросам XVI Всемирной ассамблеи здравоохранения от 9 мая 1963 г.

зательств того, что отсталое экономическое развитие в значительной степени является следствием преобладания во многих частях мира болезней, которые можно предотвратить. Поэтому прямая дорога к улучшению жизни людей проходит через деятельность в области здравоохранения»¹.

Столь же определенно высказался и Неггега — президент Межамериканского банка реконструкции — на страницах журнала «Здоровье мира», издаваемого ВОЗ: «Болезнь снижает производительность, что влечет за собой снижение заработной платы, недостаточное питание, плохие жилищные условия, низкий уровень образования, непропорционально высокий вклад в лечебную медицину за счет профилактической и неизбежно увеличивает число заболеваний»².

И в этих высказываниях чувствуется характерное для теории факторов смешение причин и следствий, более того, следствия (состояние здоровья) поставлены на место причин (материальные, экономические условия жизни, характер производственных отношений и т. п.).

Объяснение событий с позиции теории факторов приводит подчас к тому, что успехи в борьбе с болезнями, достижения здравоохранения объясняются на основе лишь внутренних, присущих медицине и здравоохранению факторов и достижений при абстрагировании от экономических, социальных и иных предпосылок, от роли революционного, демократического движения трудящихся за политические и социальные права и других движущих сил общественного развития.

Такая позиция нашла свое отражение, например, в «Истории научного и культурного развития человечества», подготовленного Комиссией ЮНЕСКО. Авторы главы этого труда о здравоохранении пишут: «Большие успехи, достигнутые в борьбе с болезнями и в создании благоприятных условий жизни, стали возможными благодаря двум причинам: 1) прогрессу в области медицинских знаний и 2) распространению принципов и практики общественного здравоохранения»³. Как вид-

¹ Хроника ВОЗ, 1958, т. 12, № 7—8, стр. 11.

² F. Herrera. Health is Wealth. World Health, 1961, September—October, p. 10.

³ History of the Scientific and cultural Development of Man-king. V. VI, chapter XIV Health. Paris, 1958, p. 51.

но, здесь здравоохранение рассматривается также в качестве единственного условия для «создания благоприятных условий жизни», т. е. в духе теории факторов.

Конечно, иногда говорят об успехах в борьбе с болезнями, прежде всего инфекционными, вследствие достижений медицинской науки и практики здравоохранения, но при этом имеют в виду весь социальный и экономический прогресс.

Теория факторов и буржуазный объективизм глубоко проникли во многие труды по истории медицины и здравоохранения, принадлежащие авторам из западных стран, причем это сказывается не только на трактовке отдельных событий, но и на определении причин важнейших направлений медицины и здравоохранения, периодов развития теории и практики медицины и пр. Однако в нашу задачу не входит анализ методологических основ трудов по истории медицины и здравоохранения. Наша цель — лишь подчеркнуть, что теория факторов как методологический подход и как особая теория широко используется в здравоохранении капиталистических стран.

Вместе с тем в работах и выступлениях зарубежных медиков нередко встречаются высказывания, противоречащие теории факторов и представлениям о заколдованном круге, с правильных позиций освещающие вопросы о первостепенной роли социально-экономических факторов в развитии здравоохранения.

Так, среди докладов о планировании в здравоохранении на Конференции ООН по вопросу о применении научных и технических знаний для удовлетворения потребности менее развитых районов звучали мысли о необходимости «включения мероприятий по здравоохранению в общую политику социально-экономического развития»¹.

В отличие от ряда деятелей здравоохранения, понимающих необходимость экономических и социальных мер для разрешения так называемого порочного круга и развития здравоохранения, но не говорящих о самих источниках нищеты и болезней, Elena и Palermo из Ар-

¹ Национальное планирование в области здравоохранения. Конференция ООН по вопросу о применении научных и технических знаний для удовлетворения потребностей менее развитых районов. E/CONF. 39/F/67. Summary 16 October 1962, Russian.

гентины правильно видят те глубинные причины, которые порождают нищету и болезни. Избрав предметом своего доклада на III конгрессе Международной ассоциации по изучению условий жизни и здоровья вопрос о городских «окраинах нищеты» и распространенных в них болезнях, авторы не ограничились общим утверждением о том, что «окраины нищеты и болезней» «рассматриваются в качестве одного из социальных последствий индустриализации». Они подробно проанализировали различные факторы, обуславливающие создание «окраин нищеты», в том числе миграционные процессы, жилищный кризис, факторы индустриализации и пр.

Сопоставляя опыт борьбы с «окраинами нищеты и болезней» в разных странах, они обращают взор на Кубу, поскольку там, по их словам, «имеют место плановые попытки» ликвидации этих окраин. Elena и Rallegno придают первостепенное значение аграрной реформе и другим социально-экономическим преобразованиям, проведенным на Кубе.

Пример Кубы показывает, что ключом к ликвидации нищеты и повышению уровня здоровья являются общенациональные социально-экономические преобразования социалистического характера. Пример Кубы и других стран, вставших на путь социалистического строительства или же на путь создания государств национальной демократии, на путь некапиталистического развития доказывает необходимость и возможность в короткие исторические сроки разорвать так называемый порочный круг нищеты и болезней. Он вместе с тем показывает ошибочность взглядов сторонников теории факторов, не видящих выхода из «заколдованного круга» или неизменно переоценивающих роль здравоохранения, образования и некоторых других факторов в общественном развитии.

Пример социалистических стран, а также государств, вставших на путь национальной независимости (прежде всего экономической) убеждает в необоснованности утверждений сторонников теории факторов решить социальные, национальные, экономические и иные проблемы без классовой борьбы, без разрушения политического и социального строя современного капиталистического общества.

Состояние здоровья — это прежде всего результат влияния материальных условий жизни, зависящих от развития экономики, характера производства. Основоположники марксизма-ленинизма убедительно показали, что капиталистическая система производства ведет к физическому и нравственному вырождению трудящихся, спасти от которого может лишь пролетарская, социалистическая революция. «Капиталистическое производство, — писал К. Маркс, — в несравненно большей степени, чем всякий другой способ производства, является расточителем людей, живого труда, расточителем не только тела и крови, но нервов и мозга»¹.

В Программе РСДРП, разработанной В. И. Лениным и принятой II съездом партии в 1903 г., выдвигаются требования экономического, социального и политического преобразования общества «в интересах охраны рабочего класса от физического и нравственного вырождения, а также в интересах развития его способности к освободительной борьбе». Первостепенное значение социально-экономических мероприятий в охране и укреплении здоровья населения подчеркивается также и в Программе Коммунистической партии Советского Союза, принятой на XXII съезде, в которой сказано: «Социалистическое государство — единственное, которое берет на себя заботу об охране и постоянном улучшении здоровья всего населения. Это обеспечивается системой социально-экономических и медицинских мероприятий»².

ВАРИАНТ КОНДИЦИОНАЛИЗМА

Тенденция к использованию и подчеркиванию роли социальных моментов для сторонников теории факторов в здравоохранении является односторонней, игнорирующей истинные причины, порождающие эти факторы.

Теория факторов в здравоохранении, как отмечается рядом исследователей, является медико-биологическим (медико-социологическим) вариантом кондиционализма.

Здесь нет необходимости характеризовать кондиционализм и его отношение к медицине и здравоохранению,

¹ К. Маркс. Капитал. Т. III. Госполитиздат, 1951, стр. 93—94.

² Программа Коммунистической партии Советского Союза. Госполитиздат, 1961, стр. 96—97.

так как в работах наших философов и медиков этот вопрос достаточно освещен¹. Подчеркивается, что кондиционализм в медицине явился реакцией на монокаузализм (стремление найти лишь единственную причину заболевания, какой обычно считали специфический микроорганизм), что он на фоне видимого признания причинности (определенных условий, их взаимосвязи, комплекса и т. д.) дает субъективно идеалистическое истолкование ее, по существу же односторонне переоценивая роль условий в возникновении патологического процесса и т. п. Кондиционализм приводит к отрицанию причинного фактора. Отмечалось, что с наиболее выраженными взглядами кондиционализма выступали немецкие ученые — физиолог Ferworn и патологоанатом Napsean, а в России — психиатр А. И. Яроцкий и др. Но в опубликованных работах мало внимания уделяется кондиционализму как философской основе общих теорий в здравоохранении.

Теория факторов и ей подобные воззрения по своей сущности весьма близки к кондиционализму. Так же как и кондиционалисты, сторонники теории факторов не выделяют определяющей причины, от которой в первую очередь зависит состояние здоровья и развития служб здравоохранения, защищая тем самым индетерминизм. Часто все причины изменения в здоровье индивидуума или группы, коллектива людей они сводят к врожденным, наследственным явлениям. Получается, что не условия жизни и труда, порождаемые современным капиталистическим обществом, а сам человек виноват в своих несчастьях: и в нищете, и в болезнях. Виновата его индивидуальная «система» социальной адаптации. Если болезнь или состояние здоровья населения является результатом взаимодействия многих факторов и условий (в том числе социальных), познать которые

¹ См., например, С. С. Гуревич, В. П. Петленко, Г. И. Царегородцев. Вопросы диалектического материализма К лекциям по философии для медицинских институтов. Киев, 1964, стр. 243—260; Ю. П. Лисицын, Г. И. Царегородцев. О критике некоторых теорий зарубежной медицины в свете ленинского философского наследия. Советское здравоохранение, 1962, № 6; Г. И. Царегородцев. Диалектический материализм и медицина. М., 1966; Он же. Кондиционализм в свете ленинской критики махизма. Философские вопросы медицины. М., 1962, и др.

невозможно, то медицина и здравоохранение якобы бессильны перед недугами людей.

Конечно, сторонники теории факторов открыто таких выводов не делают. Более того, некоторые из них верят в возможность изменения социальных условий, а следовательно, и повышения уровня здоровья населения. Но они бессильны предложить какие-либо радикальные средства коренного изменения этих условий. Теория факторов как медико-биологический, медико-социологический вариант кондиционализма неизбежно приводит ее сторонников к апологетическим выводам, желают они этого или нет.

Комитет экспертов ВОЗ, занимавшийся проблемами стандартов медицинского образования, в своем докладе писал: «Существенно, что обучение профилактической медицине базируется на основной концепции человеческой экологии (связи между человеком и окружающей его средой). Эта концепция распространена в таких дисциплинах, как биостатистика, демография, эпидемиология, применима к оздоровлению окружающей среды, гигиене питания, коммунальной гигиене, большинству программ общественного здравоохранения, таким, как охрана материнства и детства; охрана здоровья школьников, борьба с венерическими болезнями, туберкулезом, лепрой, вакцинация, и во многих странах к борьбе с малярией и ее ликвидации»¹.

О необходимости человеческой экологии для общественного здравоохранения и вообще медицины говорилось и на технической дискуссии во время XVI Всемирной ассамблеи здравоохранения, специально рассматривающей вопрос о социальной и превентивной медицине в клинической практике.

Декан факультета общественного здравоохранения Питсбургского университета (США) Рагген в речи при вручении ему на XI Всемирной ассамблее здравоохранения премии ВОЗ также подчеркивал необходимость

¹ Internationally Acceptable Minimum Standards of medical Education. WHO. Technical Report. Series N 239. Geneva, 1962, p. 13.

для врача, в том числе врача-специалиста, рассмотрения человека и его среды как единого целого.

В ряде стран созданы кафедры (отделы) экологии в высших учебных заведениях (Кембриджский университет, Лионский университет и др.). Правда, ряд таких учреждений по существу являются кафедрами социальной медицины или социальной гигиены.

Итак, налицо тенденция привлечения экологии для решения проблем медицины и здравоохранения. Это не случайно, ибо, как подчеркнуто в предыдущих разделах нашей работы, для многих зарубежных ученых и практиков все более очевидной является потребность рассматривать состояние здоровья человека в связи с окружающей его средой и ее социальными факторами, играющими первостепенную роль в возникновении и развитии заболеваний, особенно порожденных современной «цивилизацией» — так называемых дегенеративных, хронических неэпидемических. Не случайно тот же Рагген, говоря об экологическом направлении, подчеркивал его роль в изучении именно дегенеративных заболеваний.

Представители экологии в медицине пытаются найти ответ на вопрос о путях и механизмах воздействия факторов среды на организм человека и сформулировать общие теоретические закономерности развития заболеваний.

На основе экологии как ветви биологии в настоящее время создаются искусственные концепции буржуазных социологов, на поводу у которых идут некоторые представители медицины и здравоохранения. Чаще всего такие концепции объединяются понятием социальной или человеческой экологии. В нашу задачу входит попытка анализа некоторых сторон социальной (человеческой) экологии, некритически воспринятой рядом ученых в качестве общей теории медицины и здравоохранения. Но прежде всего — несколько замечаний относительно самого понятия «экология».

ЭКОЛОГИЯ КАК ОТРАСЛЬ БИОЛОГИИ

Название «экология» (от греческого *ecos* или *oikos* — жилище, местопребывание и *logos* — наука) введено крупным немецким естествоиспытателем Э. Геккелем (1866, 1869), определявшим ее как науку, изуча-

ющую «все связи организма с окружающим миром, к которому мы причисляем все условия существования в широком смысле слова, как органические, так и неорганические»¹. Таким образом, экологию представляют как науку о связях и взаимоотношениях организма и среды.

Но еще раньше, до Э. Геккеля, о взаимоотношениях организма и среды говорили крупные естествоиспытатели Ж. Ламарк, Ж. Сент-Илер, К. Ф. Рулье и другие. Известно, что Ж. Ламарк идею эволюции организмов связывал с положением о взаимоотношениях организма и среды («Философия зоологии», 1809). К. Ф. Рулье считал парадоксом существование организмов без взаимодействия с внешним миром. Он рассматривал это взаимодействие как закон природы — «закон общения или двойственных начал» («Жизнь животных по отношению к внешним условиям», 1850). Крупный русский зоолог Н. А. Северцев еще в своей магистерской диссертации (1855), говоря о периодических явлениях в жизни животных, подчеркивал, что они зависят от всей сложности внешних условий: климата, местности, пищи, безопасности². Однако истинным основоположником экологии стал Ч. Дарвин.

В последующем экология животных и растений успешно развивалась, отвечая прежде всего практическим потребностям сельского хозяйства и в известной мере медицины. Но нельзя не отметить, что в этой отрасли биологии очень много противоречивого.

До сих пор нет четкого определения экологии и ее отличия от биогеографии, феногенетики и др. В ряде современных трудов по-прежнему нередко определения экологии как науки о взаимосвязях или взаимоотношениях организма с внешней средой. «Так, например, в французском словаре «Лярусс медикаль» говорится: «Экология — наука о взаимосвязях организма с внешней средой. Термин, очень близкий феногенетике»³. Бо-

¹ БСЭ, т. 53. М., 1935.

² Н. А. Северцев. Периодические явления в жизни зверей... М., 1950, стр. 22. Более подробно исторические сведения о развитии экологии животных см. в специальных трудах и учебниках, в частности в руководстве Н. П. Наумова «Экология животных». М., 1963.

³ Nouveau Larousse médical illustré. Paris, 1962, p. 359.

лее развернутое определение содержится в большом энциклопедическом словаре «Лярусс», в котором сказано: «Экология — изучение живых существ в связи с естественной средой, где они живут (физико-химические показатели почвы, климат, топография, ландшафт места обитания, соперничество животных и растений)»¹. Специальный коллоквиум Биogeографического общества в Париже остановился на следующем определении экологии: «Наука об условиях существования и взаимодействия между живыми существами и средой»².

Можно продолжать перечень подобных определений и из других источников на разных языках. Однако сказанного достаточно, чтобы обратить внимание на то, что в них содержится весьма расширительное и неточное толкование понятия «экология». По существу подобные определения экологии ведут к отождествлению ее с биологией в целом.

В современных советских руководствах справедливо подчеркивается, что экология в отличие от морфологии, физиологии и генетики животных и растений изучает их образ жизни в конкретных условиях внешней среды, выявляет закономерности развития, выживания, размещения животных организмов, структуру и динамику образуемых ими популяций отдельных видов и сообществ различных видов³.

Подчеркивается не вообще связь организмов со средой, а определенные закономерности отношений животных и растений со средой обитания и прежде всего те, которые определяют структуру и динамику популяций, внутри- и межвидовые отношения. Так, крупный современный зоолог и эколог Elton в монографии «Экология нашествий животных и растений» относит к предмету экологии внутривидовые, внутритерриториальные отношения, биоценологию и географию животных, структуру и динамику популяций⁴. В соответствии

¹ Grand Larousse encyclopédique en dix volumes. Paris, 1961, v. 4, p. 341.

² M. Sorre. Recontres de la géographie et de la sociologie. Paris, 1957, p. 116.

³ Б. Г. Иогансен. Основы экологии. Томск, 1959, стр. 34; Н. П. Наумов. Экология животных. М., 1963, стр. 3.

⁴ Ч. Элтон. Экология нашествий животных и растений. Пер. с англ. М., 1960.

с таким пониманием экологии животных и растений принято различать экологию особей, экологию популяций и экологию сообществ, или биоценологию. Именно это разделение и одновременно определение задач экологии получило одобрение на III Всесоюзной экологической конференции в 1955 г.

В нашей стране экология с многообразием ее проблем привлекает все большее внимание исследователей и практиков сельского хозяйства и других отраслей естествознания. Об этом свидетельствуют многочисленные специальные труды, а также совещания и конференции по вопросам экологии.

ОСНОВОПОЛАГАЮЩАЯ ТЕОРИЯ «ЧЕЛОВЕЧЕСКОЙ ЭКОЛОГИИ» И СОЦИАЛДАРВИНИЗМ

Понятие «человеческая экология» («социальная экология»), введенное в литературу в 1921 г. Park и Burgess¹, явилось не чем иным, как переносом в социологию основных положений экологии животных и растений. Основатели человеческой экологии и их последователи обычно рассматривают ее как часть так называемой общей экологии, но направленной на исследование человеческого общества. «Так как человеческая экология является аспектом общей экологии, она может быть определена как исследование формы и развития человеческого общества»² — пишет Sorre, отражая точку зрения приверженцев этой теории.

Недаром человеческая экология, согласно взглядам ее создателей и приверженцев, рассматривается как применение общебиологических закономерностей в социологии, как своеобразный мост между биологией и социологией.

В. И. Ленин резко выступал против биологизации общественных процессов. В «Материализме и эмпириокритицизме» он подчеркивал: «Перенесение биологических понятий вообще в область общественных наук — есть фра-

¹ R. E. Park, E. W. Burgess. An Introduction to the Science of Sociology. Chicago, 1921.

² M. Sorre. Recontres de la geographie et de la sociologie. Paris, 1957, p. 147.

за»¹. Именно к такой фразеологии, игре в научную терминологию относится и человеческая (социальная) экология как механический перенос биологических понятий на обширную область социальных и экономических отношений. Постараемся показать это также на отдельных положениях указанной теории.

Вплоть до настоящего времени важнейшими объектами человеческой экологии остаются община, город и общество в целом. Главным же среди них является понятие «общины». Именно на ней, как на модели, вырабатываются и все основные теоретические построения человеческих экологов. В этом смысле община — это то же, что и биоценоз для экологии животных и растений. Концепция общины и вообще социальной экологии Park самими экологами признается классической, основной. Остановимся поэтому вначале на некоторых воззрениях этого лидера социальной экологии.

Park пишет, что «естественную среду и ее обитателей, будь то растения, животные или люди, экологи называют общиной»². В другой работе он называет общину «оседлым и территориально организованным обществом»³. В общине, по Park, господствуют такие отношения между людьми, которые ближе всего к симбиотическим у животных и растений. Таким образом, симбиотические отношения между людьми, живущими на определенной территории, и составляют территориальную и функциональную единицу.

Park понимает, однако, что в человеческом обществе не может иметь места чисто биологический симбиоз, поэтому он находит для него иные, «человеческие», выражения. Одно из них — разделение труда, которое он понимает узко как образование различных профессий и специальностей.

Другой отличительной чертой общины, по Park, является то, что в ней «человек не так зависит от окружающей его среды, как прочие животные, поскольку на эти взаимоотношения воздействует вмешательство

¹ В. И. Ленин. Сочинения. Изд. 4-е, т. 14, стр. 314—315.

² R. E. Park. Human Ecology. Studies in Human Ecology. Illinois, 1961, p. 23.

³ R. E. Park. Human Communities. The City and Human Ecology. Glencoe, 1952, p. 240.

других людей», в человеческом обществе под влиянием «обычаев и традиций... структура общин приобретает организационный характер»¹. К биотическому (биологическому, природному) уровню жизни общины на уровне человека прибавляется так называемый культурный, или социальный, уровень. Рассуждения о роли «культурных», социальных факторов — это лишь дань науке. Далее декларации о «культурном» уровне, «социальной надстройке» Park и ему подобные не идут. Когда же он переходит к выявлению общих закономерностей взаимоотношений людей друг с другом и со средой обитания, т. е. основных процессов, происходящих в общине, то обнаруживается откровенная биологизация общественных явлений.

В человеческой общине, основанной на известной дихотомии (расчленении) на два уровня — биотический и культурный, действуют процессы, объединяемые понятием «конкурирующего сотрудничества». В основе концепции о конкурирующем сотрудничестве в общине лежит представление о трех процессах — адаптации, корреляции, конкуренции. При этом указанные процессы в общине происходят по аналогии с подобными же процессами в организме. Взаимоотношение корреляции, адаптации и конкуренции создает замкнутую систему (экосистему) — общину, где ввиду наличия в ней «культурного» уровня менее заметны конкуренция, борьба за существование, зато проявляются согласованность и другие стороны человеческих отношений. «По мере увеличения корреляции и уменьшения конкуренции, явившихся в результате взаимной адаптации конкурирующих видов, — пишет Park, — возникла замкнутая система, в пределах которой отдельные группы населения вовлечены в процесс конкурирующего сотрудничества, придающего их взаимосвязям характер „естественной экономики“»².

Главной движущей силой, определяющей все остальные процессы в общине, выступает, по Park, конкуренция (аналог борьбы за существование). Конкуренция, господствуя на биотическом уровне, в конечном счете обуславливает все процессы и явления социального, «культурного» уровня. Park не забывает везде, где это

¹ R. E. Park. Human Ecology. Studies in Human Ecology. Illinois, 1961, p. 259.

² Там же, p. 23.

только возможно, подчеркнуть это обстоятельство. «Несмотря на то, что факторы, вызывающие и контролирующее движение и количество населения в человеческой общине, более сложны, чем у растений и животных, все же между ними существует разительное сходство»¹, — говорит Park. В ряде мест он замечает, что конкуренция на социальном уровне, оставаясь основной движущей силой всех процессов в общине, лишь облекается в иные формы и ограничивается человеческими чертами, такими, как обычаи, согласованность и т. п.

Конкуренция проявляется через два «экологических принципа» — господство и последовательность. Они необходимы «для поддержания порядка в общине». Принцип господства взят Park по аналогии с представлениями о доминирующем биологическом виде в процессе борьбы за существование. Но он в построениях социальной экологии Park трансформируется в представление о главенствующей роли центра: центра города, где сосредоточены банки, учреждения и вообще деловая жизнь, по отношению к району магазинов, жилых кварталов, окраин, особенно трущоб, и т. п. столичной общины (центральной) по отношению к другим общинам и т. п.

Господство выступает как источник другого принципа — последовательности, т. е. регулярного порядка изменений, через которые проходит община в ходе своего развития от непостоянных до устойчивых стадий. Целью действия конкуренции и экологических принципов, по мнению Park, является достижение равновесия в общине; более того, все закономерности, объединенные представлением о «конкурирующем сотрудничестве», направлены на достижение этого равновесия, гармонии.

Park заключает, что человеческая община состоит из населения и культуры, которая рассматривается как «социальный комплекс» из населения, технической (материальной) культуры, обычаев и верований (нематериальной, духовной культуры), а также «естественных ресурсов места жительства». Эти факторы «поддерживают одновременно и биотическое, и социальное равновесие». Таким образом, человеческая община подобна организму

¹ R. E. Park. Human Ecology. Studies in Human Ecology. Illinois, 1961, p. 25.

с его процессами и системами адаптации, корреляции, сохранения гомеостаза и т. п. Здесь Park очень импонирует теория Г. Спенсера о человеческом обществе (общине) как организме.

Таковы важнейшие общие положения Park относительно человеческой общины. Нетрудно видеть его стремление к явной биологизации всех процессов в общине на основе применения понятия о борьбе за существование, приспособления животных и растений, органической теории Г. Спенсера и др. Это же отчетливо проявляется и тогда, когда Park переносит построения экологии общины на все общество.

Park подчеркивает, что все взаимоотношения, происходящие в общине, присущи и обществу в целом. Однако в обществе более заметны социальный элемент, связи и коммуникации, отношения людей, непосредственно не зависящие от определенной территории. Более того, конкуренция выражается не столько в соперничестве, сколько в так называемом сотрудничестве. «Общество с экологической точки зрения, и имея в виду, что оно является территориальной единицей, является областью, внутри которой биотическая конкуренция снизилась, а борьба за существование приобрела высшие и наиболее сублимированные формы». Следовательно, биотическая конкуренция и здесь — движущая сила, но она лишь сублимирована (преобразована) в иных формах.

В обществе, по Park, особенно заметно действие принципов главенства и последовательности, направленных на установление «порядка», равновесия и согласованности, однако важны и процессы, действующие в направлении ограничения конкуренции и усиления организованности, общения и согласия, но и они действуют на биотическом фундаменте — на основе биотического, симбиотического уровня: «Культурная надстройка держится на симбиотическом фундаменте, и внезапно появившиеся силы, которые проявляли себя на биотическом уровне, обнаружались на высшем социальном уровне в более тонких и возвышенных формах»¹.

Одна характерная деталь: Park под давлением исторических фактов не может не признавать наличия изме-

¹ R. E. Park. Human Ecology. Studies in Human Ecology. Illinois, 1961, p. 157.

нений в жизни обществ, изменения экономического, политического порядка и др., он даже (правда, весьма робко и не столь пространно) говорит о классах и классовой борьбе. Однако он пытается найти движущие силы этих изменений опять-таки в самой конкуренции. И здесь немаловажное место он отводит внезапным пертурбациям на биотическом уровне, который, как отмечено, является базой для социальной надстройки и изменения которого ведут к изменениям на социальном уровне. Park связывает природу изменений биотического уровня с силами, заложенными в индивидуумах и их отношениях друг к другу, целиком подчиненными законам биотической конкуренции, борьбы за существование. Подчеркивая это обстоятельство, он пишет, что «человеческая экология, поскольку она занимается социальными вопросами, которые в основе своей имеют скорее конкуренцию, чем согласие, идентична в принципе по крайней мере экологии растений и животных»¹. Значит, все процессы и явления общественной жизни, в том числе движущие силы развития обществ, следует искать в изменениях биотического уровня — в законах жизни растений и животных, в первую очередь в борьбе за существование. Они, например, объясняют такие явления как экономическое, политическое господство, возникновение войн и пр. Одной из предпосылок для объяснения социальных перемен Park принимает положение о том, что биотическая конкуренция на социальном уровне может приобретать характер конфликта, причем конфликт — выражение индивидуального фактора в обществе, т. е. он противоречит действию сил, направленных на согласие и уравниловку в обществе.

С этой точки зрения конфликт является низшей формой — «наиболее элементарной формой политического поведения и формального поведения»; именно такой элементарной формой является и классовая борьба. Но поскольку в обществе «борьба за существование приняла более возвышенную форму», когда при помощи принципов господства и последовательности «сотрудничество берет верх над конкуренцией», конфликты подавляются, ликвидируются. Нужно думать, что таким же путем в

¹ R. E. Park. Human Ecology. Studies in Human Ecology. Illinois, 1961, p. 158.

силу природных, естественных законов подавляется, не допускается, затихает (и т. п.) и классовая борьба.

Ну, а как же быть с войной, — ведь она тоже конфликт. Оказывается, здесь по той же причине — действия природных сил — «борьба за существование приняла более возвышенную форму», сублимировалась в «высшую форму борьбы за власть и престиж».

Невольно напрашивается вывод: классовая борьба и прочие «элементарные формы» конфликтов, поскольку они противоречат равновесию в экосистеме (общине, обществе) нежелательны, а вот другие конфликты — войны, которые также порождены конкуренцией (Park готов даже утверждать — экономической конкуренцией), допустимы и неотвратимы. На эту мысль наводит также и то, что Park рассматривает войны не только как высшую форму «сублимации» биотической конкуренции, но и в качестве такой акции, которая приводит к «расширению пространства». «Социальной функцией войны, — пишет он, — является расширение пространства», на котором, фарисейски добавляет он, «можно сохранять мир»¹.

Итак, человеческое общество, подобно общине, не более как организм растения или животного, но включающий в себя и процессы общинной жизни. И здесь Park использует концепцию Г. Спенсера об обществе как сверхорганизме, т. е. таком организме, который «не имеет чувств» и индивидуального «лица».

Из приведенных выше построений Park об общине и обществе следует, что наибольшее значение в понимании природы и движущих сил социального развития имеют процессы, непосредственно вытекающие из биологических закономерностей, в конечном счете и из биотической конкуренции.

Указанные построения Park определяют и задачи человеческой экологии как науки, обосновывающей все учения о развитии общества. Из рассуждений этого автора роль социальной экологии образно можно представить в виде основания пирамиды, на котором воздвигается все здание социальных наук. Park солидаризуется с мнением тех, кто склонен рассматривать челове-

¹ R. E. Park. Human Ecology. Studies in Human Ecology. Illinois, 1961, p. 26.

ческую экологию в качестве своеобразной «биологической» политэкономии или, как говорят он и его сторонники, — «биологической экономии». Более того, Park склонен рассматривать социальную экологию как «распространение экологии на всю жизнь», а политическую экономию («науку экономики») считать лишь «отраслью более общей науки экологии, которая включает человека и все другие живые существа».

Таковы некоторые положения «классической» концепции человеческой экологии Park. Эти положения были детализированы и развиты его сторонниками и последователями. Однако существо самой концепции и ее направленности не изменилось; оно осталось таковым и после критики взглядов Park со стороны других представителей социальной экологии.

РЕФОРМАТОРЫ «КЛАССИЧЕСКОЙ» КОНЦЕПЦИИ. СОЦИАЛЬНАЯ ЭКОЛОГИЯ

Крупный представитель социальной экологии Mac Kenzie (США) по существу дополнил концепцию Park указанием на большую роль культурных и технических факторов. Согласно взглядам Mac Kenzie, экологические факторы могут быть подразделены на четыре общие группы:

- 1) географические, включающие климат, топографию местности и естественные ресурсы;
- 2) экономические — природа и организация промышленности в определенных местах, профессиональное распределение;
- 3) культурные и технические, включающие также, «кроме искусства, моральные заповеди и запреты»;
- 4) политические и административные меры — установление тарифов, налоги, иммиграционные законы, правила использования общественных институтов¹.

Mac Kenzie, таким образом, значительно расширил представление об экологических факторах и, следовательно, предмете, содержании человеческой экологии, которая должна заниматься практически всеми природными и социальными явлениями, становясь в еще

¹ R. D. Mac Kenzie. The Scope of Human Ecology. Studies in Human Ecology. Illinois, 1961, p. 32.

большей степени, чем у Park, всеохватывающей наукой и всеобъемлющей теорией. Не отвергая основные положения классической человеческой экологии Park, соглашаясь с концепцией о биотической конкуренции как основной движущей силе и главном экологическом процессе, Мас Kenzie принимает положение об организации экономической общины на основе господства центрального делового района и дополняет экологические представления концепцией о пяти экологических принципах: концентрации, централизации, сегрегации, вторжения и последовательности. Он считает, что показателем концентрации является плотность населения в данном районе в данное время. Централизация, по Мас Kenzie — лишь «временная форма концентрации», «районная агрегация» — следствие стремления людей к совместному поселению для удовлетворения специфических общих интересов, как-то: работы, игры, занятий, образования». Сегрегация — это «концентрация групп населения в общине, возникающая в результате различных факторов отбора». К числу таких факторов отбора он относит экономическую конкуренцию, природа которой, однако, та же, что и у Park — биотическая борьба за существование.

Следовательно, достаточно лишь усвоить экологические закономерности и процессы — и все можно объяснить на основе естественных, природных законов. Если недостаточно централизации, концентрации и сегрегации, можно привлечь другие естественные и поэтому фатально действующие процессы: вторжение («процесс группового перемещения из одного района сегрегации в другой, обычно соседний район»), на основе которого происходит вытеснение «населения с более низкими заработками» «более высокой в экономическом отношении группой», а также последовательность, которая объясняет все исторические изменения в человеческом обществе во времени чисто биологическими циклами «мутаций», переносимыми Мас Kenzie на экономическую базу обществ.

Таким образом, нет необходимости прибегать к услугам общественных наук, тем более исключается всякий классовый анализ общественного развития, отбрасывается марксистское учение. Человеческая экология Park и Мас Kenzie, эклектически признавая соци-

альные факторы, догматически оперируя экономическими, политическими понятиями и фактами, объясняет их односторонне биологически.

В работах других социальных экологов заметно стремление поставить акцент на социальном, культурном уровне, указав на искусственность дихотомии (на два уровня — биотический и социальный), подчеркнуть значение психологических, «психосоциальных» элементов в человеческих отношениях, в необходимости несколько абстрагироваться от экологии животных и растений, сделать человеческую экологию в большей мере социальной наукой и т. п.

Так, Wirth сравнивает человеческую экологию с социальной психологией как методом изучения человеческих отношений, требует более углубленного изучения экологии привычек, обычаев и других психологических явлений¹. Quinn требует большей абстракции от изучения конкретных факторов среды и вообще конкретных факторов в пространственном и временном отношении, так как «экологическое взаимодействие может быть определено как субсоциальный вид взаимных модификаций» и представляет собой «характерную абстракцию от реальности, что не свойственно ни одной другой специализированной области науки»². Он определяет человеческую экологию как «специализированную область социологического анализа, который исследует: 1) те безличные (объективные) субсоциальные аспекты как пространственной, так и функциональной общины, которая возникает и меняется в результате взаимодействий, существующих между людьми благодаря посредству ограниченных запасов окружающей среды, и 2) природу и виды процессов, путем которых эта субсоциальная структура возникает и меняется»³. Quinn, следовательно, пытается сделать экологию в еще большей степени социальной наукой, чем она представляется ее основателям и их последователям.

Этого же добивается другой видный эколог Hawley. Но для того, чтобы экология стала истинно «социаль-

¹ L. Wirth. Human Ecology. Studies in Human Ecology. Illinois, 1961, p. 71, 73.

² J. A. Quinn. The Nature of Human Ecology: Reexamination and Redefinition. Studies in Human Ecology. Illinois, 1961, p. 139.

³ Ibid, p. 140.

ной» наукой, нужно, с его точки зрения, пересмотреть гипотезу представителей классической доктрины о конкуренции. Hawley выступает с острой и убедительной критикой упрощенчества, ограниченности позиций по этому вопросу Park, Mac Kenzie и других основателей человеческой экологии: «Гипотеза о конкуренции чрезвычайно упрощена... несомненно, экологическое мышление не должно упускать из вида конкуренцию, однако нельзя принимать ее за основной теоретический элемент в человеческой экологии»¹. «Другой основной ошибкой человеческой экологии, — пишет Hawley, — является упор, делаемый ею на пространственных связях или пространственных взаимоотношениях людей, что позволяет ей ограничиваться лишь описанием распределения социальных феноменов»². А этого, по его мнению, недостаточно, так как такой подход характерен не для экологии, а для «человеческой географии». Что же касается экологии, то она основное внимание устремляет на население, которое либо уже организовано, либо находится в процессе организации, благодаря чему экологии следует отнести к категории социальных наук². Однако тут же Hawley предлагает рассматривать экологические отношения в человеческом обществе с позиций «коллективной жизни низших организмов», ставя акцент на характере реакции приспособления. Он предлагает без опасения применять к человеческому обществу методы, используемые в общей экологии, поскольку различие между человеком и «низшими формами одушевленной природы» (животными) «скорее количественное, чем качественное». Hawley сводит экологию к науке о приспособлениях. Особый упор он делает на изучение «развития и формы структуры общины в различных условиях среды». В своей книге «Human Ecology: A Theory of Community Structure» Hawley определяет экологию как «исследование морфологии коллективной жизни одновременно в ее динамических и статистических аспектах». Именно такая морфо-географическая ориентация экологии привлекает внимание авторов работ по «человеческой» или социальной гео-

¹ А. Н. Hawley. Ecology and Human Ecology. Studies in Human Ecology. Illinois, 1961, p. 147.

² Там же, стр. 148.

графии. Недаром указанное определение Hawley приводится в книге Sorre (Франция) «Встречи географии и социологии». Правда, Sorre пишет, что человеческая экология связана с «центральной проблемой социологии» — «развитием и организацией общества», что жизнь человека в обществе на определенной более или менее высокой ступени включает как функциональный, так и психологический и моральный элементы». «Но ее основной вопрос, — подчеркивает он, это вопрос о человеческих отношениях, который ведет к описанию структуры общества в его конкретных и точных проявлениях»¹. В своем фундаментальном труде «Основы человеческой географии» Sorre рассматривает человеческую экологию как «человеческую географию в ее широком понимании»². Так же как и Hawley, он считает важнейшей задачей постижение механизмов адаптации человека к окружающей среде. По-прежнему биологическая адаптация — основа раскрытия всех социальных процессов, по-прежнему наблюдаются попытки биологической трактовки социальных вопросов.

С еще более резкой критикой ограниченности и искусственности «биологической ориентации» экологии человека выступает Gettys. Он указывает, что деление общины и общества на два уровня, дихотомия, равно как и отделение понятия общества и общины, индивидуум и личность, биотическое и социальное произвольно, ошибочно и искусственно. «В настоящее время, — пишет он, — она является своего рода гибридом, подобно дискредитировавшей себя „органической социологии“; одна из важных причин этого „зависимость человеческой экологии“ от „естественных наук“, что вряд ли способствовало „ее конструктивному развитию как науки; скорее, наоборот, она привела к фантастическим попыткам синтезировать несовместимые физические и социальные факторы»³.

Gettys, таким образом, очень точно определил важнейший порок человеческой экологии — несовмести-

¹ M. Sorre. Recontres de la geographie et de la sociologie. Paris, 1957, p. 147.

² M. Sorre. Les fondements de la geographie humaine. Paris, 1947, v. I, p. 6.

³ W. E. Gettys. Human Ecology and Social Theory. Studies in Human Ecology. Illinois, 1961, p. 102.

мость физических и социальных факторов, которые она пытается подвести под один знаменатель — биологический. Он очень правильно подметил и общий философский характер человеческой экологии: по его словам, экологи придерживаются теории биологического или географического детерминизма в человеческих делах.

Но, уловив суть человеческой экологии, проповедующей биологический детерминизм, Gettys, являясь сторонником экологии как общей доктрины, предлагает по существу лишь реформировать человеческую экологию, так сказать, социально обогатить ее, преобразовав ее из биологической по своему характеру в большей мере в социальную экологию. Он, как и Hawley и другие критики человеческой экологии в ее классическом выражении, также предлагает сделать ее социальной наукой, для чего «человеческая экология» должна освободиться от своей первоначальной зависимости от органической экологии и сконцентрироваться на изучении аспектов распределения людей и их институтов, интерпретируя затем эти данные в свете собственной экологической схемы. Экология человека должна изучать, по Gettys, «социальное приспособление поведения человека», т. е. устремить свое внимание на «описание, измерение, анализ и объяснение пространственного и временного распределения социальных и культурных факторов». Таким образом, и Gettys предлагает лишь изменить акцент в экологии, но остается на ее принципиальных позициях в объяснении общественных отношений.

Таковы некоторые стороны концепций классической человеческой экологии и ее современных представителей.

Мы видим, что, несмотря на критику, которой подверглась человеческая экология, последняя все же не претерпела каких-либо кардинальных изменений и по-прежнему остается «биологической экологией», «биологической социологией», т. е. отраслью социологии, биологизирующей общественные явления и отношения. В этом смысле она представляется не чем иным, как новейшим вариантом социал-дарвинизма, тем более что ее представители непосредственно используют и взгляды одного из «столпов» социал-дарвинизма — английского философа-прагматика Г. Спенсера. Человеческая

экология выступает в роли своеобразной философии жизни.

С позиций человеческой экологии, как мы видели, делаются попытки объяснения самых противоречивых явлений, начиная от естественных процессов движения населения и кончая происхождением и сущностью морали и этики. Человеческая экология претендует на роль определенной системы взглядов, методологического подхода.

ФИЛОСОФИЯ ЦЕЛОСТНОСТИ — «ХОЛИЗМ» И СОЦИАЛЬНАЯ ЭКОЛОГИЯ

Здесь уместно отметить, что представители человеческой экологии указывают на значение принципа холизма как основополагающего во всей их концепции. И хотя некоторые из них пользуются этим термином с чисто внешней стороны для подчеркивания мысли о взаимосвязях различных биологических и социальных факторов, нельзя не видеть влияния идеалистической философии холизма на доктрину человеческой экологии. Подобно Praier, использовавшему теорию Ч. Дарвина и учившему рассматривать мир как одну огромную жизнь, в соответствии с учением создателей современного холизма Holdein, Smats, Mayer-Abih и др. об органическом как первоначальном в жизни человека в извечных и многообразных формах животного мира представители человеческой экологии исходят из таких же построений. Они, в частности, как мы видели, подчеркивают примат биологических, извечных законов органического мира¹.

Кажущийся внешне весьма прогрессивным, поскольку он как будто бы отражает современные достижения естествознания и известные факты, принцип целостности, трактуемый в духе холизма, в действительности представляется вариантом виталистических учений типа Drisch и «универсализма» Spann. Холизм особый упор делает на «опровержение» причинности в природе и социальной жизни; этому служит трактовка целост-

¹ Изложение взглядов Praier, а также краткая характеристика (но отнюдь не всегда объективная) холизма даны в книге: А. Хюбшнер. Мыслители нашего времени (62 портрета). Пер. с нем. М., 1962.

ности как сверхматериального принципа и представление Смэтса о так называемом мистическом «холистском поле», которое подобно «мировому духу» Гегеля, является фактором целостности. Важнейшим пороком философии целостности, как указывает В. Г. Афанасьев в книге, посвященной проблеме целостности в философии и биологии¹, является сведение высших типов целостности к низшим, что приводит к механицизму. Именно так поступают и представители человеческой экологии, сводя по существу социальные явления к чисто биологическим. Они, подобно другим представителям социологии, биологии и медицины, также становятся на механистическую точку зрения теории факторов, очень близкую по своей методологической направленности к философии холизма.

Философия холизма, как и некоторые другие идеалистические по своей сущности направления (неофициализм и др.), близки социал-дарвинистским концепциям, которые в конечном счете ведут к витализму. Но именно человеческие экологи, как отмечалось, и по духу своей теории, и по ее форме близки к учению Г. Спенсера и другим социал-дарвинистским концепциям.

В связи с человеческой экологией находится и так называемая философия организмизма, которая хотя и правильно отражает роль взаимоотношений организма и его систем со средой, состояние подвижного равновесия, целостность самого организма и другие явления, однако сводит специфику живого лишь к организации, целостности, отождествлению законов развития с законами порядка и т. п. Подобно основателю этой концепции Bertalanffy, абсолютизирующему «порядок», к которому он сводит сущность жизненных явлений, некоторые представители социальной экологии также делают акцент на роли и значении организации, структуры общества, имеющего все ту же биотическую основу. Нетрудно видеть также общность философии холизма и организмизма, хотя бы по их тенденции, ведущей к идеализму, витализму и т. п.²

¹ В. Г. Афанасьев. Проблема целостности в философии и биологии. М., 1964.

² Более подробно об организмизме, холизме и других течениях см. в упомянутой выше книге В. Г. Афанасьева.

Хотелось бы также сделать замечание по поводу терминологии «социальная» и «человеческая» экология. С принципиальной точки зрения между ними нет разницы, поэтому мы рассматриваем их как однопорядковые явления и наряду с эпитетом «социальная» употребляем «человеческая». Однако критики классической концепции человеческой экологии предпочитают термин «социальная экология», подчеркивая этим необходимость большей социологизации общественных явлений, целесообразность смягчения ее «биологической» ориентации» и т. п. В то же время они не претендуют на испровержение основ человеческой экологии Park, Mac Kenzie и других «столпов» этого учения — они всего лишь реформируют, приспособливают классическую доктрину к современным веяниям в буржуазной социологии. И в их представлениях социальная экология не перестает быть вариантом социал-дарвинизма, биологизаторской теорией, социальный смысл которой ясен и определен — апологетика, защита современного буржуазного общества и государства.

Теперь позволительно задать вопрос, есть ли что-то в человеческой или социальной экологии, что может привлечь внимание с точки зрения положительного в этом учении, можно ли использовать некоторые положения социальной (человеческой) экологии в медицине и здравоохранении и особенно в решении теоретических проблем. Как будет отмечено далее, отдельные методические приемы (демографические, статистические исследования и др.), отдельные наблюдения и факты (в особенности касающиеся влияния конкретных условий, физической, природной среды на процессы движения населения, здоровье людей и т. п.) могут привлечь внимание исследователей. Но эти приемы и факты не составляют сути человеческой или социальной экологии — они скорее относятся к таким областям знаний, как демография, географическая патология, медицинская география, к некоторым сторонам коллективной психологии, к использованию данных биологической экологии в медицине и здравоохранении и пр. Общая же концепция (теория) человеческой или социальной экологии как одно из современных течений буржуазной социологии требует решительной и всесторонней критики.

СОЦИАЛЬНАЯ («ЧЕЛОВЕЧЕСКАЯ») ЭКОЛОГИЯ В КАЧЕСТВЕ ТЕОРИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Не только методы и наблюдения, применяемые экологами, но и теоретические построения нередко принимаются на вооружение в других отраслях знаний, в частности в медицине и здравоохранении. Подчас это проявляется в так называемой медицинской экологии, о которой стали говорить относительно недавно, уже после второй мировой войны. Пока заявлять о медицинской экологии как особой сформировавшейся дисциплине преждевременно, тем более что ее сторонники оперируют данными самых различных наук. Об этом, например, свидетельствует сравнительно недавно вышедшая в Нью-Йорке книга Rogers «Экология человека и здравоохранение»¹. В ней речь идет об очень широком круге вопросов: демографии, медицинской статистике, заболеваемости, формах и видах медицинского обслуживания населения, теориях и концепциях здравоохранения и т. д. Круг вопросов, разбираемых в этой книге, близок к курсу теории и организации здравоохранения, преподаваемому в медицинских высших учебных заведениях. Недаром в подзаголовке книги говорится, что она является кратким руководством для администраторов (организаторов здравоохранения).

Еще более широко пытались определить предмет этой дисциплины так называемые медицинские экологи США, посетившие Советский Союз в 1961 г. В беседах с участниками этой миссии автор данной работы, сопровождавший делегацию, выяснил, что ни у кого из ее членов не было четкого представления о предмете медицинской экологии и ее специфике. Медицинских экологов интересовало буквально все: состояние здоровья населения, системы его учета и изучения, формы и методы медицинского обслуживания, профилактическая организация, профессиональная патология, особенно так называемая эпидемиология хронических заболеваний, гериатрия и геронтология и многие другие вопросы — одним словом, все аспекты медицины и здравоохранения, зависящие от условий жизни (труда,

¹ E. S. Rogers. Human Ecology and Health. An Introduction for administrators. N. Y., 1960.

отдыха, образования, жилища, питания и пр.) населения, от связи и взаимоотношений организма и среды.

Оставляя в стороне пока те аспекты медицинской экологии, которые, с нашей точки зрения, заслуживают внимания и развития в медицине и здравоохранении, остановимся на использовании человеческой или социальной экологии в трудах деятелей здравоохранения зарубежных стран.

В произведениях представителей медицинской экологии мы встречаем те же аспекты человеческой экологии — учение о конкуренции как главной силе развития общины и общества — биотический, социальный или культурный уровень, стремление к гармонии, адаптирующему равновесию организмов и среды внутри общины, принципы господства, последовательности и др., подчеркивание первостепенной роли концепции холизма как «всеобъемлющей системы динамической взаимозависимости»¹ и др. Они рассматривают медицинскую экологию обычно как часть общей экологии или один из ее разделов. Gordon пишет: «...в своем развитии экология начала с изучения жизни растений, затем перешла к экологии животных, к человеческой экологии и, в конце концов, — к медицинской экологии»².

В таком подходе к общим проблемам медицинской экологии имеется та же методологическая погрешность, что и у представителей человеческой экологии, о чем говорилось выше. Не только с позиций изучения законов развития общества, но и общих вопросов здравоохранения неправомочно базироваться на экологии, объявлять ее теорией здравоохранения, обнимающей наподобие огромного зонта все стороны и проявления этого биосоциального явления. Но именно так поступают представители медицинской экологии. Gordon прямо заявляет, что задача медицинской экологии — «объединить человеческую экологию, рассматриваемую как теоретическую систему, с общественным здравоохране-

¹ E. S. Rogers. *Man Ecology and the Control of Disease*. Public Health Reports, 1961, v. 77, No. 9, p. 757.

² J. E. Gordon. *The Evolution of Modern Medical Ecology as a Research Discipline*. Conf. on Genetic Polymorphism and Geographic Variations of Disease. Ed. by B. B. Slumberg. N. Y.—London, 1961, p. 38.

нием как практической базой»¹. Таким образом, медицинские экологи, как и представители человеческой экологии, встают на путь биологизации при трактовке социальных вопросов, составляющих наряду с биологическими проблемами интегративную часть медицины и здравоохранения.

Rogers, правильно говоря о том, что трудно отделять психическую, духовную сторону человека от физической, так как они составляют единство, делающее человека отличным от «прочих жизненных видов», тем не менее склоняется к одностороннему пониманию сущности болезней. По его мнению, состояние здоровья человека аналогично состоянию здоровья растения или животного».

Тяготение к некоторым положениям социальной экологии с ее биологической ориентацией и биогеографическим детерминизмом сказывается и в том, что по ряду пунктов представители медицинской экологии дополняют социалдарвинистские построения экологов, а иногда допускают и откровенно евгенические высказывания. Так, утверждая, что в отличие от животных человек обладает «способностью к адаптации посредством социальной организации», социальными стремлениями, целями и даже «врожденной» культурой, Rogers уверен в необходимости наряду с учетом естественной эволюции разрабатывать мероприятия, направленные на искусственную «культурную» селекцию. Он пишет: «...недалеко то время, когда будут созданы возможности для дальнейшего влияния не генетическое будущее поколений путем евгенических мероприятий»². Комментарий, как говорится, излишни.

Концепция неприспособления индивидуума к среде у медицинских экологов получает очень расширительное толкование. В этом отношении она близка к различным теоретическим вариантам концепции социальной дезадаптации, о которой говорилось в предыдущих разделах. Так, Rogers подводит под эту концепцию состояние

¹ J. E. Gordon. The Evolution of Modern Medical Ecology as a Research Discipline. Conf. on Genetic Polymorphism and Geographic Variations of Disease. Ed. by B. S. Blumberg. N. Y.—London, 1961, p. 755.

² E. S. Rogers. Man Ecology and Control of Disease. Public Health Reports, 1962, v. 77, No. 9, p. 758.

социального неблагополучия, причем опираясь на определение здоровья в преамбуле устава Всемирной организации здравоохранения, в которой здоровье рассматривается как «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов». Под одну рубрику — «отсутствие социального благополучия» или «социальную патологию» — он подводит: 1) неспособность личного и социального приспособления: развод, оставление семьи, алкоголизм, наркомания, преступления и правонарушения, незаконнорождаемость, проституция, психические заболевания и т. д.; 2) дефекты общественной организации: безработица, крайности нищеты и богатства, плохое правительство и коррупция, чрезмерные предрассудки, невежество, отсутствие таких жизненно необходимых общественных услуг, как-то: здравоохранение, образование и пр.»¹.

Не говоря уже о недопустимости такого смешения различных по природе и значимости социальных факторов и явлений, Rogers с удивительной легкостью и простотой объясняет их дезадаптацией, в основе которой лежат чисто биологические и психологические закономерности, в том числе закономерности человеческой экологии.

История медицины (и не только медицины) свидетельствует о неизбежности краха индивидуалистических и антропологических тенденций отгораживания организма от внешней среды в общих теориях и концепциях, исходящих из положений о примате биологических явлений. Это произошло с конституционализмом, фрейдизмом и другими концепциями. В конечном счете представители медицинской экологии все более ориентируются на индивидуум и его имманентные, биологические реакции. «В век высокой цивилизации причины болезней в большей степени свойственны самому человеку и его строению» — вот вывод, который делается в одной из работ по медицинской экологии.

Известно, что общие биологизаторские концепции находятся в принципиальном противоречии с профилактическим направлением в здравоохранении. Пред-

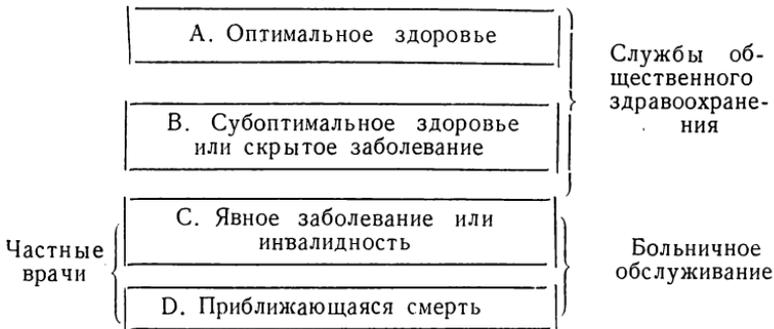
¹ E. S. Rogers. *Human Ecology and Health*. N. Y., 1960, p. 160.

ставители медицинской экологии, призванные как будто бы теоретически обосновать профилактику, делают это иногда весьма странно. Так, рассматривая профилактику с позиций равновесия эко-системы, Rogers теоретически допускает возможность осуществления профилактического направления, имеющего целью восстанавливать и поддерживать равновесие организмов и среды, т. е. сохранять здоровье, предупреждать болезни. Но он признает, что на практике «это совершенно невозможно, так как для этого нет ни достаточных познаний, ни соответствующей политической структуры, которая активизировала бы принятие в этом отношении решений. Более того, можно предполагать, что подобный идеал материального и социального равновесия несовместим с человеческой природой»¹. В этом высказывании заключается невольное признание невозможности в условиях капиталистического государства проведения широких профилактических мер, признание невозможности достижения материального и социального равновесия, в частности создания таких условий, при которых была бы возможна профилактика в широком смысле слова. Но отсюда один шаг до признания безнадежности стремлений к осуществлению коренных преобразований. И действительно, Rogers призывает «удержаться от вызывания неразрешимых трудностей». По отношению к профилактике это означает осуществление различных технических приемов в рамках существующей государственной системы. Мы не знаем, хотел этого Rogers или нет, но подобные рассуждения вполне отвечают классовому заказу правящих кругов буржуазного общества, поскольку они допускают лишь осуществление некоторых реформ в рамках капиталистического государства.

Этот вывод не противоречит одному из важнейших положений человеческой экологии о стремлении к гармонии в обществе и общине: Rogers, говоря о невозможности равновесия, принимает за аксиому политический и социальный порядок буржуазного государства (в частности, в США) и не пытается даже ставить вопрос о возможности иного порядка. Более того, его

¹ E. S. Rogers. *Man Ecology and Control of Disease*. Public Health Reports, 1962, v. 77, No. 9, p. 758.

пессимистические рассуждения о профилактике, как отмечено, лишь подчеркивают положение о неизменности этого строя, в котором гармония (в политическом смысле) уже якобы достигнута. На это же указывает и схема, которую дает Rogers, изображающая, так сказать, уровни состояния здравоохранения¹.



Лишь на первых двух уровнях (А и В) эффективна деятельность органов и учреждений общественного здравоохранения, направленная на осуществление профилактических мер (оздоровление среды, прививки, ранняя диагностика и пр.). При дальнейшем развитии заболевания (уровни С и D) Rogers предлагает медицинское обслуживание передать целиком в руки частной медицины. Ни для кого не секрет, что профилактика более действенна в ранних стадиях болезни как мера, предотвращающая возникновение заболевания (охрана здоровья практически здоровых). Однако схема принимает как должное разделение медицины на частную и общественную, на лечебную и профилактическую, т. е. не видит никакого другого положения, кроме имеющегося в США и других капиталистических странах и суживает профилактику до чисто технической, узкой роли. Кроме того, схема несколько ограничивает и сам экологический подход, поскольку он, по Rogers, особенно важен лишь в первых двух стадиях развития заболеваний.

¹ E. S. Rogers. *Human Ecology and Health*. N. Y., 1960, p. 175.

ЭКОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В МЕДИЦИНЕ

Говоря о некоторых положительных моментах медицинской экологии, прежде всего следует отметить значение требований рассматривать организм человека во взаимодействии с факторами природной и социальной среды, учета и изучения влияния внешней среды на организм.

Представители экологии рассматривают ее как своеобразную науку о связях, как общеметодологический подход. Goldston в статье «Рождение и смерть специальностей» пишет, что «термин „экология“ определить нелегко, так как он относится не к одному или многим предметам, а скорее к связям между предметами и к связи связей между самыми разнообразными предметами»¹. Он видит будущее медицины в развитии двух ее отраслей, вернее разделов: экологической и физиологической медицины. Более того, он предсказывает «смерть» клинических специальностей, так как успешная борьба с болезнями, победа над ними возможны благодаря экологической и физиологической медицине. Goldston рассматривает человеческую экологию прежде всего как общественное здравоохранение и требует расширения его функций. В этом смысле его высказывания заслуживают внимания, поскольку они направлены на усиление роли прогрессивных форм здравоохранения и профилактической деятельности. С интересом воспринимаются и рассуждения относительно необходимости изучения множества неуловимых воздействий факторов среды, отражающихся на здоровье.

В произведениях Rogers, Gordon и других представителей так называемой медицинской экологии наряду с не критическим восприятием некоторых положений социальной (человеческой) экологии как течения буржуазной социологии содержатся правильные положения о значении исследований факторов среды, роли профилактики с точки зрения экологического подхода и другие, заслуживающие внимания. Отражая мнение о все большей значимости среды в жизнедеятельности человека, Rogers, как и другие представители медицины и здравоохранения, понимает среду широко — как сово-

¹ J. Galdston. The Brith and Death of Specialities. J. A. M. A., 1958, v. 167, No. 17, p. 2057.

купность биологических и социальных факторов: «... в понятие „среда“ включаются не только материальные и пространственные аспекты окружающего человека мира, но и то нематериальное сплетение людских социальных взаимоотношений, которое именуется культурой и которое оказывает глубокое влияние на состояние человека»¹. Конечно, как уже отмечалось, Rogers и другие медицинские экологи не идут дальше упоминаний о социальных и культурных факторах среды, не дают какого-либо классового анализа. Не говорят они и о таком преобразовании среды, которое связано с коренными социальными, политическими и экономическими изменениями. Самое большее, на что они указывают, это технические и организационные усовершенствования в рамках существующего строя. Однако они отмечают, что человек творчески видоизменяет естественную среду и обладает способностью к социальной адаптации. Rogers, доказывая решающее влияние внешней среды на здоровье и демографические процессы, возражает против тех ученых и практиков здравоохранения, которые переоценивают роль наследственных, врожденных факторов. Так, говоря о повышении средней продолжительности жизни, он заявляет, что это повышение никак нельзя объяснить улучшением за такой короткий срок «наследственной конституции», в то время как имел место прогресс в санитарно-гигиенических мерах по оздоровлению внешней среды. Вместе с тем Rogers не отрицает роли так называемой генетической конституции. «Другими словами, — пишет Rogers — здоровье человека является функцией его наследственности и существующим на данный момент и аккумулярованным воздействием его среды на его психику и тело»². «Генетический человек» — это не абстракция, а конкретный человек с его наследственными свойствами в конкретных условиях среды; «генетический человек» — меняющаяся величина. В подобных рассуждениях отражаются прогрессивные воззрения.

Нельзя не отметить стремление Rogers дать детальное описание многочисленных факторов, от воздействия

¹ E. S. Rogers. Human Ecology and Health. N. Y., 1960, p. 7.

² Там же, p. 170.

которых зависит здоровье человека. Все факторы он делит на две группы (факторы материальной и нематериальной среды).

I. Материальная среда:

а) внутренние (соматические) факторы: возраст, пол, наследственные характерные особенности (генотип);

б) внешние факторы: 1) физическая среда: топография местности, климат, профессия, жилищные условия, прочие физические аспекты макро- и микросреды, в которой живет человек; 2) биологическая среда: питание, санитарные условия, возбудители инфекционных заболеваний; 3) социальная среда: взаимоотношения человека с другими людьми в смысле его поведения и условий жизни.

II. Нематериальная среда:

а) внутренние факторы: врожденные психические свойства и темперамент;

б) внешние факторы, воздействующие на сознательное и подсознательное поведение человека: понятия, верование и идеология; ценности и цели; социальные нормы; жизненный опыт; общение с людьми, образование, психотравмы и стресс, удовлетворение и награды; прочие культурные факторы¹.

Можно, конечно, спорить относительно структуры и полноты схемы факторов, в частности правомочности отнесения поведения человека к материальной среде, однако представления Rogers отличаются широким охватом различных воздействий среды, а классификация факторов, безусловно, представляет определенный интерес.

Не меньший интерес вызывают положения о факторах или причинах заболеваний. Rogers пытается применить обычную в инфекционной патологии и эпидемиологии схему возникновения заболевания: «агент» болезни — «хозяин» (организм) — внешняя среда и для анализа неинфекционных болезней с целью «уяснения тех факторов, которые можно предотвратить». С его точки зрения, экологический подход, признающий наличие многих, взаимовлияющих и изменяющихся фак-

¹ E. S. Rogers. *Human Ecology and Health*. N. Y., 1960, p. 169.

торов позволяет расшифровать детали общей схемы или общего механизма возникновения и развития заболевания. Исходя из положения о взаимосвязях и взаимовлияниях «агента», «хозяина» и среды, можно определить «возможные причины изменений» этих факторов и, следовательно, избрать «наиболее доступный из них или же наиболее уязвимое звено в казуальной цепи и направить на него основные профилактические меры»¹.

Возможные причины изменений

- 1) Может меняться «агент» болезни

«хозяин»

—вирулентный агент
—ослабленный агент

Генетическая конструкция, питание, условия, благоприятные для роста, величина или интенсивность коллизии

- 2) Может меняться «хозяин»

Сопrotивляющийся хозяин

агент

Восприимчивый хозяин

агент

Генетическая конституция, питание, уравнивание внутренних стрессов и адаптация, возраст и пол, физическая сила или усталость, специфический иммунитет, развитие и привычки, личность

- 3) Может меняться среда, в которой столкнулись «агент» и «хозяин»

«хозяин»

Среда, благоприятствующая коллизии — агент

Физические факторы, как-то: температура, влажность, жара, свет, тень, травмирующие условия

«хозяин»

Среда, смягчающая или неблагоприятствующая коллизии — агент

Биологические факторы, как-то: санитарные условия, паразиты, переносчики инфекций, калорийность питания, перенаселенность

Нематериальные факторы, как-то: социальные и культурные традиции и ценности, различные эмоциональные факторы

¹ E. S. Rogers. Human Ecology and Health. N. Y., 1960, p. 165.

Для пояснения представлений Rogers приведем его схему, изображающую факторы, влияющие на причины болезней и травм.

Конечно, и в этой схеме не содержится каких-либо принципиально новых вещей, но она систематизирует многочисленные факторы. Автор пытается преподнести их в динамике и взаимосвязи, акцентирует внимание на множественности причин, вызывающих или способствующих возникновению заболеваний. Главное, что уже было отмечено, схемы и представления Rogers — представителя общественного здравоохранения (организации здравоохранения) являются шагом вперед на пути конкретизации, расширения некоторых теоретических концепций в здравоохранении. Они, в частности, подчеркивают необходимость использования данных биологии, гигиены, эпидемиологии и других медико-биологических дисциплин при решении теоретических и практических проблем здравоохранения (организации здравоохранения, социальной гигиены). В этом смысле медицинская экология, вернее экологический подход, лишенные ошибок и неадекватных претензий социальной экологии, представляются позитивным явлением.

Так, несмотря на ограниченность трактовок Rogers и другими медицинскими экологами профилактики, которую они вынуждены сводить к совокупности санитарно-технических мероприятий, к отдельным усовершенствованиям в системе общественного здравоохранения, заслуживает внимания предложение о необходимости более тщательного изучения скрытых, латентно и длительно действующих факторов, оказывающихся часто причинами неэпидемических подострых и хронических заболеваний. По мнению Rogers и др., медицинская экология (экологический подход) и концепция о гомеостазе, современным выражением которой является учение Selye, могут помочь в изучении и профилактике заболеваний. Rogers указывает на значение фактора времени, который может менять характер «хозяина», факторов среды и «агента» и привести к нарушению адаптации. Это обстоятельство наряду с учетом других экологических представлений заставляет его более сдержанно относиться к специфическим причинам забо-

леваний, заставляет обратиться и к неспецифическим факторам.

Но фиксация внимания на неспецифических факторах не означает отрицания причины заболевания, последней же является необычное количество так называемых неспецифических воздействий. Известно, что И. П. Павлов говорил о необыкновенных чрезвычайных раздражителях как причинах заболеваний. Кроме того, Rogers признает наличие определенной причины заболеваний, которая, так сказать, выбирается «хозяином» в результате тех изменений под влиянием среды, которые predisполагают организм к такому выбору: «За исключением таких специфических возбудителей, как, например, туберкулезная бацилла при туберкулезе, по-видимому, „хозяин“ сам может выбрать причину своего заболевания».

Мы не склонны рассматривать эти представления о «выборе» причин заболеваний как отрицание Rogers специфичности причин, специфичности внешнесредовых воздействий. Здесь он подчеркивает лишь значение внутреннего predisположения, «предуготованности организма» и так называемых неспецифических влияний в духе концепции Selye. Однако в отличие от Selye Rogers не допускает крайностей в трактовке соотношения специфического и неспецифического в патологии, не встает на путь психоаналитических и психосоматических трактовок общего адаптационного синдрома и т. п. Он использует учение о гомеостазе и стрессе как теорию адаптации.

Таким образом, согласно концепции множественности причин большинство болезней является нарушением равновесия, нарушением физиологической адаптации человека ко множественным физическим и эмоциональным стрессам среды. Стремление определить непосредственную причину болезни (ведущее звено) для выбора профилактических мер, подчеркивание роли обычных, хронически действующих факторов или малозаметных условий составляет если не оригинальный, то весьма позитивный момент в медицинской экологии Rogers.

В «актив» экологических представлений Rogers можно записать также и его критические высказывания против «некоторых положений» мальтузианства и нео-

мальтузианства. Он считает, что с точки зрения экологии, с позиции «разумного контроля над средой», человек меняет процесс селекции животных и растений, устраняет те виды, которые ему мешают или вредят, накапливает продукты питания не только для себя, но и для животных, может изменить химический состав почвы и превращать неплодородные земли в плодородные и т. п. Rogers против утверждения об истощении пищевых ресурсов, убывающем плодородии и аналогичных утверждений мальтузианцев. В своей книге он приводит многочисленные высказывания других ученых, направленные против этих положений мальтузианцев, неомальтузианцев.

Мы не останавливаемся более на высказываниях других представителей медицинской экологии, имеющих положительное значение, поскольку они в общем солидарны с Rogers. На примере некоторых положений из его книги мы хотели подчеркнуть, что так называемая медицинская экология, если она не опирается на концепцию социальной экологии, заслуживает изучения и самого пристального внимания.

Другое дело, является ли то положительное, что исползуют под названием «медицинская экология» Rogers и др., сложившейся дисциплиной, специальной наукой. Здесь, как отмечено, имеет место скорее определенный подход (экологический) или рассмотрение важнейших вопросов в аспекте экологии.

Собственно, указанное обстоятельство не скрывают и сами представители медицинской экологии. В этом отношении характерно, что книга Rogers «Человеческая экология и здравоохранение», по определению самого автора, преследует цель «разъяснения связанных с экологическим подходом задач в отношении потребностей и служб здравоохранения». Термин «экологический подход» многократно подчеркивается в книге; более того, ведущая глава ее носит наименование «Экологический подход к концепции здоровья и болезни».

Сами представители экологии человека в здравоохранении, медицинские экологи, отмечают, что экологический подход или рассмотрение здоровья человека в связи с окружающей средой «не представляет собой чего-то нового и может быть прослежен с давних пор». Действительно, вся история медицины и здравоохране-

ния так или иначе ориентировалась на рассмотрение человека в связях со средой, т. е. использовала экологический подход. Однако здесь речь идет не только об общем принципе — связи организма и среды, но и о необходимости детального выявления и изучения комплекса конкретных многочисленных биологических и социальных факторов, воздействующих на организм. Именно в этом, как было показано, заключается ценность экологического подхода. И совершенно правы медицинские экологи, что такой подход имел место в истории медицины давно.

Не говоря о Гиппократе и других медиках древности, учивших врачей обращать внимание на природную обстановку и образ жизни, от которых часто зависит болезнь, многие известные отечественные и зарубежные ученые подчеркивали необходимость рассмотрения здоровья и болезней человека, учитывая самые разнообразные внешние влияния.

Так, еще в 40-х годах XIX века профессор клиники внутренних болезней И. В. Варвинский, говоря о целостности организма, считал возможным всесторонне учитывать влияния на человека, представляемые данными не только анатомии, физиологии, но и химии и других естественных наук¹.

Физиолог И. Т. Глебов не устал повторять своим слушателям, что жизнь организма невозможна без внешних влияний, под которыми он понимал воздействия тепла, света, электричества, питания и других факторов².

Потолог А. И. Полуниин указывал: «Человека мы не поймем, если не будем рассматривать в связи с окружающей природой»³. В лекционном курсе он детально разбирал причины болезней, идущие из внешней среды: механические, химические, теллургические (атмосферные влияния, влияния почвы, жилищ, насекомых и др.), а также влияния брака, условий семейной жизни, довольства, бедности и др.⁴.

¹ И. В. Варвинский. О влиянии патологической анатомии на развитие патологии вообще и клинической в особенности. Актовая речь. М., 1849.

² И. Т. Глебов. Об отношении физиологии к прочим врачевным наукам. Актовая речь. М., 1856.

³ Записки по части врачебных наук. Кн. 1. М., 1847, стр. 108.

⁴ Архив МГУ. Дела медицинского факультета, 1850, № 4.

Нам думается, приведенных высказываний достаточно, чтобы напомнить о существующей в медицине прогрессивной традиции, которая сложилась задолго до возникновения медицинской экологии. Кроме того, как отмечалось, употребление слов «экология», «человеческая экология», «медицинская экология» имеет подчас чисто терминологический характер, т. е. употребляется для подчеркивания связи организмов со средой и отражает эту традицию медицины, не входя в специфику и детали собственно экологии. Вместе с тем это обстоятельство усложняет вопрос об оценке экологии вообще и критике социальной экологии.

Так, проф. Н. П. Соколов в докладе на пленуме Всесоюзного общества патологоанатомов и научной конференции, посвященных проблемам географической патологии (июль 1964 г.), справедливо подчеркивал необходимость изучения человека «в самых различных аспектах», говорил и о «специальной науке — экологии человека», которая должна объединять все экологические науки (экологическую морфологию, физиологию и др.) и изучать «особенности и взаимосвязи с естественной средой, которые свойственны человеку в процессе его эволюционного и исторического развития»¹. Н. П. Соколов по существу в задачу экологии включает все вопросы, касающиеся исследований отношений организма и среды, в том числе проблемы медицинской географии, которую он считает «одним из разделов экологии человека».

По-видимому, такое расширительное понимание экологии человека (медицинской экологии) характерно скорее не для специфической науки или отрасли знаний, а для определенного подхода, изучения и оценки явлений — экологического аспекта. Трудно согласиться с такими определениями, так как нельзя считать специфическими проблемами экологии изучение связей организма со средой вообще, поскольку это — проблема всей медицины и биологии.

Неопределенно и излишне расширительно понимание экологии человека, содержащееся в некоторых за-

¹ Н. П. Соколов. Экология человека. Проблемы географической патологии (материалы пленума и конференции, 1964). М., 1964, стр. 160—161.

рубежных публикациях под названием «экология человека», «медицинская экология» и т. п.

В дополнение к уже приводимым примерам по этому поводу остановимся еще на одном. В редакционной статье журнала «Public Health Reports» под названием «Экология человека в XX веке» сообщается о группе докладов известных американских ученых на ежегодной научной конференции медицинского колледжа имени А. Эйнштейна, посвященных воздействию различных факторов внешней среды на организм человека¹. Здесь и детальные сведения о влиянии проникающей радиации на здоровье настоящего и будущего поколения (генетический аспект), и сообщения о загрязнении водоемов и вообще о проблеме водоснабжения в городах, и данные о вредном воздействии нитратов и других химических веществ, используемых как удобрения в сельском хозяйстве, и рассуждения о влиянии современного транспорта, коммуникаций и других факторов «цивилизации» на здоровье человека, вплоть до роли действия программ телепередач на психику и т. п. Разумеется, подобные публикации пользуются лишь термином «экология», но отнюдь не посвящены специфике этой дисциплины или теории. Скорее они относятся к проблематике, которой занимается санитария и гигиена. Однако и в этих областях имеется своя специфика, которую не раскрывают публикации по общим вопросам экологии и здравоохранения. Поэтому, прежде чем говорить о медицинской экологии или экологии человека как особых дисциплинах, необходимо отличать вопросы медицинской экологии от проблем гигиены, медицинской географии или краевой патологии и других уже сложившихся отраслей.

Не ставя своей задачей решить указанные вопросы, так как для этого нужно быть специалистом в указанных науках и, кроме того, требуются специальные исследования по вопросам экологии, что не может входить в нашу задачу, позволим себе обратить внимание на определение предмета и проблем гигиены и географической патологии признанными авторитетами в этих областях знаний.

¹ Human Ecology: XX-th Century. Public Health Reports. 1963, v. 78, No. 9.

«Гигиеной, — пишет В. А. Рязанов, — называется медицинская дисциплина, разрабатывающая на основе изучения взаимодействия организма с окружающей его природной и социальной средой нормативы* и мероприятия, осуществление которых обеспечивает предупреждение заболеваний и создает оптимальные условия для жизнедеятельности и самочувствия человека»¹, т. е. в отличие от физиологии и патофизиологии, интересующихся прежде всего характером и механизмом действия на человека того или иного фактора внешней среды, в первую очередь изучает количественную сторону взаимоотношений организма и среды, выясняет, «какие интенсивности и экспозиции при действии данного фактора или комплекса факторов являются для человека оптимальными или индифферентными», и на этой основе вырабатывает гигиенические нормативы.

Проф. А. П. Авцын, говоря о предмете и задачах географической патологии (этот термин он считает более правильным по сравнению с термином «краевая патология»), подчеркивает, что «Географическая патология является медико-биологической наукой, которая изучает патологию человека, животных и растений в связи с географическими факторами». В задачи географической патологии, пишет А. П. Авцын, входит исследование: «а) процессов взаимодействия организмов с окружающей средой, в результате которых возникают те или иные нарушения жизнедеятельности, в том числе болезни; б) закономерностей распространения болезней на земном шаре; в) особенностей протекания болезней в связи с влиянием на них географических факторов»². А. П. Авцын подчеркивает связь исследований в области географической патологии с анализом социально-экономических факторов, демографическими данными, изучением образа жизни населения, сведениями медицинской антропологии и т. д. Однако основным в географической патологии остается исследование влияния географических факторов на здоровье человека.

¹ В. А. Рязанов. Некоторые вопросы общей гигиены. Гигиена и санитария, 1964, № 6, стр. 11.

² А. П. Авцын. Предмет, задачи и методы советской географической патологии. Проблемы географической патологии (материалы пленума и конференции, 1964). М., 1964, стр. 6—7.

Как видно из этих определений, гигиена и географическая патология затрагивают многие вопросы, которые сторонниками медицинской экологии приписываются им. Правда, здесь нужно учесть еще одно обстоятельство: на Западе существует точка зрения на гигиену, которая по существу сводит ее до роли санитарной техники или санитарии в узком смысле слова. Недаром там можно встретить группы специалистов, не имеющих медицинского образования, но занимающихся санитарными проблемами, — так называемые санитарные инженеры и т. п. Понятно, что, являясь специалистами в вопросах санитарной техники, они не компетентны решать проблемы воздействия среды на организм человека и разработки научно обоснованных гигиенических нормативов. Глубоко прав В. А. Рязанов, утверждая, что «гигиена разрабатывает лишь принципиальные основы оздоровительных мероприятий. Проектирование и осуществление конкретных сооружений — задача инженеров, техников, строителей».

Требования экологического подхода или медицинской экологии в известной степени отражают эту односторонность санитарно-технического направления гигиены в зарубежных странах. Но подобные требования, конечно, не должны вести к какой бы то ни было подмене гигиены экологией.

Таким образом, приходится признать, что пока еще рано говорить о медицинской экологии как о вполне сложившейся дисциплине. Однако это не отрицает целесообразности изучения указанной проблемы.

Не предвещая вопроса о развитии медицинской экологии в качестве общей дисциплины, находящейся на стыках экологии животных и растений, гигиены, географической патологии, медицинской географии, эпидемиологии, социальной гигиены, демографии и других наук, хотелось бы обратить внимание лишь на первостепенную важность выделения того специфического, что должно определять ее «лицо», как и любой другой отрасли знаний. По-видимому, нужно идти по тому пути, на который встала современная экология животных и растений в СССР, занимающаяся не вообще изучением связей организмов и среды, а определенных сторон этих связей. Речь идет о том, чтобы заняться изучением таких факторов, конкретных условий окру-

жающей среды, которые через образ жизни воздействуют на здоровье человека. Не подменяя социальные отношения биологическими, нужно активнее выявлять и конкретизировать биологические связи и взаимоотношения с целью более глубокого проникновения в механизмы заболеваний и нахождения эффективных средств их предупреждения и лечения.

Сказанное подтверждает также целесообразность применения достижений экологии животных и растений к решению конкретных вопросов медицины.

В этом смысле заслуживают внимания работы по вопросам экологической физиологии, экологической морфологии, приложение экологических данных в эпидемиологии, паразитологии и других медицинских дисциплинах.

Достаточно, например, сказать, что получившие всемирное признание исследования школы акад. Е. Н. Павловского о природной очаговости болезней человека, по эпидемиологии и эпизоотологии чумы, туляремии, лейшманиозов, клещевого возвратного тифа и клещевого энцефалита, его работы о паразитоценозах и др. носят медико-экологический характер. Столь же значительным было влияние экологии в исследованиях советских и зарубежных ученых, направленных на ликвидацию малярии, дракункулеза и других паразитарных болезней. Экологический характер носят и выдающиеся труды школы акад. К. И. Скрябина о гельминтах, общих для животных и человека, о девастрации гельминтов человека и др.

На тенденцию экологии конкретизировать влияние внешнеродовых факторов человека обращал внимание И. В. Давыдовский. Он подчеркивал, что экология человека — «неизмеримо более конкретное понятие, чем „внешняя среда“ в самом общем ее понимании. Человек живет в определенной внешней среде; это и накладывает на него определенный отпечаток. Сюда входят факты климато-географические, геологические, факторы питания, общественное устройство, традиции, привычки»¹.

На большую значимость экологического подхода, поскольку он «конкретизирует влияние на организм раз-

¹ И. В. Давыдовский. Заключительное слово. О проблеме причинности в медицине. М., 1965, стр. 138.

нообразных природных и естественных факторов», указывает Д. А. Бирюков, определяя задачи так называемой экологической физиологии, которая, с его точки зрения, изучает «конкретные взаимоотношения организма и среды, выдвигает много самостоятельных, не предусмотренных общей физиологией вопросов. К их числу относятся, например, влияние климата на жизнедеятельность организма и особенно акклиматизации, сезонности, суточных ритмов, различных других космических периодов и явлений...»¹. Д. А. Бирюков в этой работе и в специальной статье в «Физиологическом журнале» обращает также внимание на важность изучения светового режима, пищевого рациона, водно-солевого обмена, кулинарной спецификации применительно к климатическим, национальным, географическим особенностям² и других факторов.

Не ставя своей задачей детально останавливаться на специальных вопросах экологии, в заключение хотелось бы еще раз подчеркнуть, что распространенная в настоящее время так называемая социальная или человеческая экология представляет собой попытку биологизации общественных, социальных отношений, является современным вариантом социал-дарвинизма, а потому должна быть подвергнута обстоятельной критике. Точно так же следует поступать с использованием основных положений социальной экологии в теоретических концепциях медицины и здравоохранения. В трудах зарубежных медиков содержатся и рациональные элементы, отражающие объективную необходимость изучения всесторонних связей организма с разнообразными факторами внешней среды. Это появляется также в требованиях экологического подхода, что способствует раскрытию причин и механизмов заболеваний и разработке мер борьбы с ними. Нельзя оспаривать и прикладного значения медицинской экологии.

¹ Д. А. Бирюков. Экологическая физиология нервной деятельности (некоторые вопросы биологических основ теории медицины). Л., 1960, стр. 120.

² Д. А. Бирюков. Проблемы экологической физиологии человека. Физиологический журнал СССР им. И. М. Сеченова, 1961, № 10, стр. 132.

ПАТОЛОГИЯ «ПАТОГЕННЫХ СИТУАЦИЙ» И ТЕОРИЯ ОБЩЕГО АДАПТАЦИОННОГО СИНДРОМА

ОПРЕДЕЛЕНИЯ «СТРЕССА»

Одной из наиболее популярных теорий медицины является учение Selye о стрессе и общем адаптационном синдроме. Однако, несмотря на сравнительно большое число работ об этой теории, анализ концепции Selye как теории медицины, претендующей также на объяснение ряда социальных явлений, представляет собой еще задачу, недостаточно разрешенную.

Ввиду того что учение о стрессе и общем адаптационном синдроме хорошо известно и получило широкое освещение в статьях приверженцев и противника Selye, напомним в нескольких словах лишь о важнейших понятиях этой концепции. В ее основе лежит понятие о стрессе. Но, как указывал сам автор, этому понятию не дано еще полного и точного определения. В трудах Selye мы найдем различные толкования стресса. Так, в одной из его книг «Стресс жизни»¹, где, по словам автора, дается наиболее общее и всестороннее освещение его учения или, как он выражается, «показаны взгляды на стресс с высоты птичьего полета», имеется несколько обозначений стресса. Для «научных целей»

¹ H. Selye. Stress of the Life. N. Y. — Londond—Toronto, 1956.

Selye предлагает такое определение: стресс — это «состояние, выражающееся синдромом всеобщей адаптации». Другие определения: «стресс — это неспецифические манифестации животного организма» (стр. 42—43); «стресс — это общее название всех адаптивных реакций тела» (стр. 54); «стресс — это специфический синдром, вызванный неспецифической причиной» (стр. 56); «стресс — это состояние, выражающееся в специфическом синдроме, состоящем из всех неспецифически вызванных изменений в биологической системе» (стр. 54) и т. д. Кстати, последнее определение является наиболее употребительным. Именно его предлагает Selye во многих, в том числе и позднейших, своих работах («Перспективы изучения стресса» и др.). Не подвергая анализу всех определений, подчеркнем лишь, что стресс — состояние организма, которое проявляется синдромом всеобщей адаптации.

Этот синдром тщательно изучен Selye и его школой, причем в процессе исследования выявлены три стадии, в которых синдром проявляется: тревоги, резистентности, истощения. Установлено, что любой внешний агент, повреждающий фактор, или стрессор, как его называет Selye, вне зависимости от своей природы (физической, химической, психической и пр.) вызывает состояние стресса, выражающееся последовательно всеми стадиями или стадией резистентности. Selye определил также характерные, специфические изменения, происходящие в организме в состоянии стресса. Это увеличение коркового слоя надпочечников, инволюция тимико-лимфатического аппарата, эозинопения и возникновение язв желудочно-кишечного тракта.

Важнейшую роль в указанных изменениях и вообще в проявлении адаптационного синдрома Selye отводит гормонам и в первую очередь гормонам коры надпочечников и адренокортикотропному гормону передней доли гипофиза.

Создав концепцию о стрессе и общем адаптационном синдроме, который является, по мнению Selye, формой приспособления организма к среде существования, ученый попытался приложить свою концепцию к объяснению некоторых закономерностей жизнедеятельности организма, созданию теории патологии и вообще медицины.

БОЛЕЗНИ — «БОЛЕЗНИ АДАПТАЦИИ»

Одним из фундаментальных положений концепции Selye, на которое обращается недостаточное внимание, выступает утверждение о том, что в настоящее время «начинает намечаться новая и кое в чем более сложная патология, в которой главным объектом нашего изучения являются не отдельные „патогенные агенты“, а скорее „патогенные ситуации“»¹.

Это положение, казалось бы, согласуется с изменяющейся картиной патологии, когда в экономически развитых странах на первый план выдвинулись сердечно-сосудистые, нервно-психические заболевания, злокачественные новообразования, так называемые дегенеративные болезни (см. главу II), в происхождении которых очень трудно определить какой-либо единичный этиологический момент. Иначе говоря, проблема специфичности в патологии как будто бы уступает свое значение выявлению общих неспецифических реакций и механизмов, «меняется главное направление всей медицины», — пишет Selye. Ее усилия больше не направлены на выявление специфических патогенных агентов и специфических средств борьбы с ними. Нам всегда казалось очевидным, что каждая точно очерченная нозологическая форма болезни должна иметь свою специфическую причину. Это положение, — продолжает ученый, — больше не является очевидным. Все более выясняется, что способность или неспособность агента вызывать заболевание обуславливается разнообразными обстоятельствами, многие из которых, как теперь с определенностью установлено, связаны с секрецией «адаптивных гормонов»².

Наиболее полно взгляды Selye о значении неспецифических «патогенных ситуаций» выражаются в его представлениях о так называемых болезнях адаптации. Selye определяет болезни адаптации как «заболевания, при которых неадекватность синдрома адаптации играет особо важную роль. Вообще, — говорит он, — этот термин должен быть отнесен ко всем тем болезням, в

¹ Г. Селье. Очерки об адапционном синдроме. Пер. с англ. М., 1960, стр. 41.

² Там же.

возникновении которых фактор нарушения адаптации играет большую роль, чем сам причинный агент»¹.

Возникновение заболевания Selye связывает прежде всего с секрецией «адаптивных гормонов». Именно этот фактор рассматривается им в качестве основы болезни адаптации, хотя он не сводит эти и другие расстройства к первично эндокринным заболеваниям: активность адаптивных (АКТГ, надпочечниковых) гормонов — лишь ведущее звено в патогенезе.

Говоря об истинно эндокринных заболеваниях, Selye подчеркивает, что они «очень редки по сравнению с гормональными расстройствами, являющимися следствием нарушенной адаптации к стрессу»². Таким образом, болезни адаптации (и, как явствует из сути учения Selye, вообще все заболевания) — это проявления нарушенной адаптации к стрессу (состоянию, вызванному действием стрессоров и проявляющемуся через адаптационный синдром), в котором первостепенная роль принадлежит гормонам.

Неоднократно указывая на сущность механизма заболеваний вообще и болезней адаптации в частности, Selye относит к этой группе многие сердечно-сосудистые, почечные, желудочно-кишечные, аллергические и другие расстройства, психические нарушения и т. д.

В другой работе, подчеркивая значение «полома адаптационного механизма» как универсального во многих болезнях, Selye пишет: «Мы, например, поняли, что многие болезни являются скорее результатом ошибок в нашей адаптивной реакции на стресс, чем результатом прямого вреда, причиненного микробами, ядами и другими внешними агентами. В этом случае многие нервные и эмоциональные расстройства, гипертония, язвенная болезнь, некоторые типы ревматизма, аллергические, сердечно-сосудистые и почечные болезни являются в основном болезнями адаптации»³.

¹ Г. Селье. Очерки об адаптационном синдроме. Пер. с англ. М., 1960, стр. 42. См. также: H. Selye, G. Neuser. Fourth Annual Report on Stress, 1952, p. 23.

² Г. Селье. Очерки об адаптационном синдроме. Пер. с англ. М., 1960, стр. 111.

³ H. Selye. Stress of the Life. N. Y.—London—Toronto, 1956, p. 8.

По мере продолжения своих исследований Selye все более расширяет сферу заболеваний, в основе которых лежат лишь нарушения «адаптивных реакций на стресс», т. е. все более увеличивает круг «болезней адаптации», и, как нетрудно видеть, постепенно патологии приобретает в его концепции характер патологии «патогенных ситуаций», определяемых в конечном счете гормональными нарушениями в адаптивных механизмах. Selye готов даже признать, что все болезни являются болезнями адаптации.

Даже тот неполный перечень болезней адаптации, который в качестве примера приводит он в некоторых своих работах, по существу охватывает патологические формы, являющиеся причиной большинства смертельных случаев в экономически развитых странах, а если к ним прибавить старость и факторы, приводящие к ней, о чем упоминает Selye, то едва ли не более $\frac{3}{4}$ всей смертности нужно отнести к болезням адаптации.

Исходя только из этого и учитывая все увеличивающуюся нервно-психическую заболеваемость, а также пораженность так называемыми аллергическими расстройствами, мы убеждаемся, что концепция Selye является своеобразной попыткой дать ответ патолога на наиболее острый и актуальный вопрос в изменившейся картине патологии современного мира. Речь идет о раскрытии общих патогенетических механизмов сердечно-сосудистых, нервно-психических и других так называемых дегенеративных заболеваний, которые буржуазные теоретики медицины и здравоохранения относят к «болезням цивилизации» (см. главы II и III).

Однако было бы неправильным ограничивать изложенным суть концепции Selye без столь важного добавления, каким являются его взгляды о значении так называемых обуславливающих (кондициональных) факторов. На основании многочисленных экспериментов на животных и изучения клинического опыта он пришел к заключению, что развитие патологических процессов, в том числе болезней адаптации, в значительной степени зависит от наследственных свойств организма, характера питания, состояния органов и систем организма и многих других причин. Именно кондициональными факторами Selye объясняет такие широко известные в медицине явления, как возникновение одного и

того же заболевания под воздействием различных причин и т. п. Кстати, нужно заметить, что изучению кондициональных факторов и их роли в происхождении и течении болезней посвящены многие исследования Selye и его школы в последнее время. При этом вскрыта роль самого стресса как вынужденного обуславливающего фактора, значение различных веществ и особенно электролитов, которые в сочетании с гормонами способны вызвать разнообразные патологические эффекты вплоть до некроза мышцы сердца и пр. Эти исследования раскрывают пути патогенетической терапии ряда тяжелых заболеваний, имеют большое практическое значение в медицине.

Не останавливаясь далее на вопросе о кондициональных факторах, так как изучение и оценка его — задача специалистов, отметим, что в концепции Selye находят место различные и сложные взаимоотношения между прямыми и косвенными агентами внешней среды и реакциями организма, действие стрессорных и кондициональных факторов, воздействие патогенных (специфических) причин и адаптивных гормонов, которые вместе являются результатом патогенных ситуаций. Как бы подводя итог своей концепции, Selye выделяет следующие главные факторы патогенных ситуаций:

- «1) стрессорное действие патогенного агента;
- 2) специфическое действие патогенного агента;
- 3) адаптивные гормоны, которые имеются в организме во время патогенного воздействия или образованные в результате стрессорной реакции;
- 4) такие кондициональные факторы, как наследственность, предшествующее расстройство органов, пища и т. д.»¹.

Но, определив множественность факторов, обуславливающих возникновение заболеваний, Selye тем не менее подчеркивает примат гормонального начала — активности адаптивных гормонов. Признавая большое влияние кондициональных факторов на адаптивные гормоны, он в конечном счете сводит стрессорное действие (эффект различных агентов) к взаимоотношениям адаптивных гормонов: «в зависимости от кондици-

¹ Г. Селье. Очерки об адаптационном синдроме. Пер. с англ. М., 1960, стр. 158.

ональных факторов различные виды заболеваний во время стрессорного воздействия определяются вариацией выработки нескольких адаптивных гормонов»¹.

В своих трудах Selye указывает, что болезнь — это не только нарушения адаптации, но и борьба за ее восстановление с помощью защитных сил: «болезнь — это не только болезнь, но и борьба за здоровье... А пока есть борьба — нет болезни». «Концепция болезни предполагает борьбу и несоответствие между агрессивными силами и защитными... Болезнь — борьба за гомеостаз»².

Selye в своей концепции о стрессе и общем адаптационном синдроме показал роль неспецифических, стандартных реакций и механизмов в развитии болезни и борьбе с ней. Более того, подчеркивая первостепенное значение «неадекватности» и «неоптимальности» синдрома адаптации в патогенезе большинства заболеваний и сводя его в конечном счете к нарушениям адаптивных гормонов, он встал на путь изучения способов преодоления дезадаптации. Им, в частности, была доказана высокая терапевтическая эффективность «адаптивных» гормонов при некоторых заболеваниях (АКТГ, кортизона, соматотропного гормона и др.). Говоря же о большом значении кондициональных факторов в гормональных реакциях, он расширил арсенал средств воздействия на защитные силы организма. Таким образом, Selye внес ощутимый вклад и в развитие патогенетической терапии заболеваний. Исследователь пишет, что он стремился к тому, чтобы предлагаемые им терапевтические мероприятия были бы «основаны на нашей способности улучшать или исправлять определенные естественные и, следовательно, по существу физиологические, защитные меры организма»³. «Такая терапия, — говорит Selye, — основана на имитации и усовершенствовании естественных фармакологических реакций самого организма»⁴.

Таковы общие контуры концепции.

¹ Г. Селье. Очерки об адаптационном синдроме. Пер. с англ. М., 1960, стр. 147.

² H. Selye. Stress of the Life. N. Y.—London—Toronto, 1956, p. 11—13.

³ Г. Селье. Очерки об адаптационном синдроме. Пер. с англ. М., 1960, стр. 178.

⁴ Там же, стр. 197.

ГУМОРАЛИЗМ ИЛИ НЕРВИЗМ?

Характеристика наиболее общих сторон учения Selye была бы неполной, если бы мы не остановились на двух важнейших проблемах, без ответа на которые не может обойтись современная теория патологии и медицины.

Первая из них — трактовка роли нервной системы. Неправильным было бы утверждать, что Selye игнорирует роль нервной системы в жизнедеятельности организма. Более того, он прямо заявляет о двух «основных координирующих системах организма — нервной и гуморальной», приводит в своих трудах данные о том, что перерезка спинного мозга, повреждение гипоталамуса и так называемый психический стресс способны вызвать проявления общего адаптационного синдрома, подобно другим агентам¹. В то же время Selye утверждает, что «природа» нервных факторов и роль нервной системы не настолько выяснены, как гуморальных, и он не рассматривает их в своих работах. Эта же мысль о недостаточности сведений о реакциях нервной системы и, в частности, в общем синдроме адаптации, высказана Selye в обобщающей статье «Перспективы изучения стресса».

Заявив фактически о недостаточности сведений относительно значения нервной системы в проявлениях и сущности адаптационного синдрома, стресса и, следовательно, в механизмах развития патологических процессов и защитных реакциях организма, Selye логически приходит к заключению о концепции адаптационного синдрома как единственной научной общей теории, существующей в настоящее время. Он утверждает, что «еще не сформулированы другие теории, с которыми можно было бы сравнить мои выводы. Другими словами, здесь можно выбирать не между воззрениями научных школ, а лишь между концепцией адаптационного синдрома и эмпиризмом без всяких концепций»².

Такое заключение кажется по меньшей мере странным, поскольку усилиями отечественных и зарубежных ученых создана физиологическая теория нервизма, под-

¹ Г. Селье. Очерки об адаптационном синдроме. Пер. с англ. М., 1960, стр. 192.

² Там же, стр. 198.

твержденная многочисленными клиническими, практическими наблюдениями. Да и сам Selye в одной из своих статей признает: «Так как наши знания нервной системы намного предшествуют развитию современной эндокринологии, понятно, что среди двух больших составных систем тела — нервной и гуморальной — нервная была первой, которая исследовалась с этой точки зрения (роли в неспецифических реакциях. — Ю. Л.). Риккер, А. Д. Сперанский, Рилли, Хофф и многие другие собрали важные данные относительно роли нервной системы в таких неспецифических реакциях, как повышение температуры, полиморфноядерные лейкоцитозы, воспаление и т. д. В области так называемого физиологического стресса труды Саппо помогают нам понять роль симпатической нервной системы и ее гуморальных действующих веществ». Более того, Selye в последние годы заявляет о некотором сходстве теории стресса и общего адаптационного синдрома с учением И. П. Павлова. Так, в интервью, опубликованном в польской газете «Служба здоровья» от 29 января 1961 г., на вопрос о теориях прошлого, которые «напоминали бы стресс в том или ином отношении», Selye ответил следующее: «Прежде всего нужно отметить теорию Павлова об условных рефлексах. Я бы сказал, что она имеет некоторые общие черты со стрессом, в частности она также говорит о методах приспособления организма к условиям среды. Павлов трактовал процесс приспособления организма к среде как процесс, осуществляющийся через нервную систему. Сегодня мы знаем, что это приспособление происходит двумя путями: нервным и гуморальным».

Тем не менее концепция о стрессе и общем адаптационном синдроме целиком основана на идее гормонального обусловливания жизненных процессов и фактически не учитывает многогранной роли нервной системы. Заявления Selye о ее координирующем значении остаются нереализованными в его трудах и в его теории. Таким образом, вместо развития единой теории, исходящей из положения о нейро-гуморальном обусловливании и управлении, Selye встал на путь создания новейшего варианта гуморализма, который означает также признание параллелизма нервной и гуморальной регуляции. Однако, как было подчеркнуто в работах

П. Д. Горизонтова, Н. Н. Сиротина, В. С. Смоленского, С. М. Павленко и других исследователей, игнорирование роли нервной системы делает концепцию Selye односторонней, что нельзя не рассматривать как принципиальный фактический и методологический недостаток этой теории патологии и вообще медицины.

Подчеркивание роли эндокринной системы и, в частности, так называемой надпочечно-гипофизарной системы фактически противоречит основному принципу материалистической биологии и медицины — принципу целостности организма и единства организма и среды, противоречит положениям прогрессивных направлений и течений современной медицины, в особенности физиологическому учению И. П. Павлова и принципу нервизма.

Не останавливаясь далее на этой стороне концепции Selye, достаточно хорошо проанализированной в существующей литературе, следует лишь присоединиться к заявлению М. Г. Дурмишьяна о том, что «плодотворное развитие дальнейших исследований в области стресса может быть обеспечено на путях нервизма»¹.

ПРОБЛЕМА КАЧЕСТВА. КОНЦЕПЦИЯ «АДАПТИВНОЙ ЭНЕРГИИ» И «РЕАКТОНОВ»

Вторая проблема, относящаяся к концепции Selye, о которой в общих чертах уже было сказано, это вопрос о специфичности или в более широком плане качестве в патологии.

Существует мнение, что Selye в угоду общим, стандартным, неспецифическим по происхождению адаптивных реакций и механизмов принижает или совсем отрицает значение специфических воздействий на организм. Отрицание роли качественных различий стрессоров для «запуска» адаптационного синдрома, несмотря на признание влияния кондициональных факторов, в существующей литературе о работах Selye² неоднократно квалифицировалось как выражение физиологического

¹ М. Г. Дурмишьян. Стресс и нервизм. Вступительная статья к кн. Г. Селье. Очерки об адаптационном синдроме. Пер. с англ. М., 1960.

² См. упомянутые ранее работы советских авторов.

идеализма, кондиционализма и тому подобных идеалистических и метафизических взглядов.

Действительно, подобно учению Müller — создателя так называемого физиологического идеализма¹ и другим теориям, проповедующим мысль о независимости реакций организма от качества патогенных агентов и отводящим внешней среде роль провоцирующего момента, внешнего толчка и т. п., Selye абсолютизирует значение организма и его автономных механизмов в их взаимодействии с окружающей средой. Он по существу низводит среду (и все ее физические, социальные, психические, патологические и другие факторы) до роли простого «пускового механизма», приводящего в динамическое состояние так называемые предшествующие биологические адаптационные механизмы. Как в учении Müller, так и в концепции Selye, особенности реакции организма не зависят от характера, качества внешнего воздействия. Стрессор якобы не оказывает качественного и специфического влияния на следствие («адаптационный синдром»); а выполняет роль простого пускового механизма.

В. И. Ленин считал, что благоприятной предпосылкой возникновения физиологического идеализма является крутая ломка прежних, односторонних понятий в физиологии, согласно которым любая реакция организма рассматривается как механическое отражение качества внешнего раздражителя.

Müller не смог в понимании природы отражения подняться от метафизического материализма к материализму диалектическому. На подобную гносеологическую платформу встал и Selye. Выступая против крайностей механистического мировоззрения, согласно которому реакция организма зависит лишь от качества

¹ Как известно, В. И. Ленин физиологический идеализм Müller, т. е. «идеалистическое толкование известных результатов физиологии», в частности данных о функциях органов чувств и так называемый закон неспецифической энергии органов чувств, расшифровывал следующим образом: «Идеализм этого физиолога, — писал В. И. Ленин, — состоял в том, что, исследуя значение механизма наших органов чувств в их отношении к ощущениям, указывая, например, что ощущение света получается при различного рода воздействии на глаз, он склонен был выводить отсюда отрицание того, что наши ощущения суть образы объективной реальности» (Материализм и эмпириокритицизм. Госполитиздат, 1951, стр. 286).

внешнего раздражителя, в результате чего организм лишается относительной самостоятельности в своем взаимоотношении с окружающей средой, Selye впадает в диаметрально противоположную крайность и делает уступку автогенетическим и идеалистическим взглядам.

Общие воззрения Selye, принижающие значение причинности, качественных различий воздействующих на организм факторов, логически приводят к стиранию качественных граней между этиологией и патогенезом, более того, к фетишизации патогенеза и его общих, стандартных реакций и механизмов (общий адаптационный синдром) и, в конечном счете, к принижению роли этиологических факторов. Такой путь неизбежно порождает настроения агностицизма.

Однако было бы неправильным утверждать, что Selye отрицает вообще значение специфичности. Наоборот, в приводимой выше схеме главных факторов, вызывающих патогенные ситуации, указано и «специфическое действие патогенного агента». Более того, он неоднократно подчеркивает, что проявления общего адаптационного синдрома сугубо специфичны, хотя неспецифичны по своей причине. Часто Selye упоминает о специфических реакциях и при так называемом местном стрессе. Как раз на примере различий местного и общего стресса и иллюстрируются особенно четко представления Selye о специфическом и неспецифическом.

Проявления неспецифического действия ученый связывает с общей реакцией (общим стрессом) и активностью многих элементов биологической системы, в то время как специфическое действие — это якобы местный стресс (местная реакция), при которой вовлекаются в действие немногие, единичные элементы. «Специфичность, — пишет он, — дело степени». И поясняет это: «Сокращение единичной мышечной клетки после раздражения нервной клетки является чрезвычайно специфичной реакцией. С другой стороны, предсмертные конвульсии всего тела совершенно неспецифичны и по форме, и по этиологии... Изменение специфического появления поражает один или, самое большее, немногие элементы (органы, клетки, химические составные части) в системе, что противоположно изменению неспецифического появления, которое, — отмечает он в

этой же работе, — поражает все или большинство частей тела без разбора»¹.

Аналогичные высказывания, сводящие специфические и не специфические реакции лишь к чисто количественному различию, имеются и в ряде других работ Selye. В книге «Stress of Life» он заявляет, что «специфичность — всегда количественное явление»². «Специфические реакции очень просты, они действуют только на один или только на небольшое число элементов. Неспецифические реакции действуют на многие элементы без разбора»³.

Взгляд на проблему специфического с позиций сугубо количественных изменений находит обоснование в представлениях Selye о так называемых реактонах и в концепции адаптационной энергии — основы и других общих воззрений ученого.

В отличие от клеток, которые, по его мнению, являются «только структурными, а не функциональными единицами», и атомов, не обладающих в отдельности характерными чертами жизни, наименьшей частицей жизни, избирательно реагирующей на возбуждение, является реактон»⁴. Выдвигая представления о реактоне, Selye хочет подчеркнуть, что «реакции, а не клетки являются элементарными „ключами“ живого вещества»⁵. Выдвигая понятие о реактоне, Selye стремится найти более элементарное, менее сложное, чем клетка, образование. Клетка, по его мнению, не может быть основной единицей жизни, «так как в отдельной клетке различные части могут выполнять разнообразные жизненные функции независимо и одновременно».

Особенно важно отметить, что реактон, согласно воззрениям Selye, такая минимальная, элементарная единица жизни и вещества, которая может реагировать на тот или иной агент лишь однопорядковым, элементарным образом: «да» или «нет», «плюс» или «минус». «Все проявления жизни при болезни и в здоровом состоянии рассматриваются как простые комбинации и

¹ H. Selye. What is Stress? Metabolism, 1956, v. 5, No. 5.

² H. Selye. Stress of the Life. N. Y.—London—Toronto, 1956, p. 56.

³ Там же, стр. 213.

⁴ Там же.

⁵ Там же.

перестановки отдельных ответов „да” и „нет” в первичных единицах жизни, т. е. реактонах»¹. Следовательно, характер реагирования биологической системы зависит лишь от количественных соотношений реактонов как первичных реагирующих элементов. Отсюда становятся объяснимыми все положения Selye о неспецифичности действующих на организм агентов, о «стрессорах», которые вне зависимости от их природы играют роль лишь пускового механизма, внешнего толчка для специфических реакций «в предшествующих структурах». В самом деле, действующие на организм агенты, в том числе патогенные, приводят лишь к количественным перемещениям, комбинациям и перестановкам стереотипно реагирующих реактонов, от чего и зависит характер ответных реакций организма. «Реагирующие элементы (реактоны. — Ю. Л.) в живых организмах могут реагировать на раздражение только одним образом. Этот тип реакции, — подчеркивает Selye, — обусловлен их собственной структурой, а не возбудителями, которые активизируют их. Может ли быть, чтобы очевидное разнообразие специфических реакций вызывалось только комбинациями и перестановками таких одиночных типов реакций, на которые способны различные биологические элементы организма. Если это так, то все проявления жизни могут быть приведены к одному знаменателю»².

Своими гипотетическими представлениями о реактонах Selye положительно отвечает на этот вопрос. Он фактически заменяет клеточную теорию теорией реактонов — элементарных внутриклеточных жизненных единиц, способных селективно реагировать на возбуждение. Если Virchow в конечном счете сводил все процессы и реакции в организме к изменениям в клетках как первичных «жизненных единицах», то Selye все разнообразие специфических и неспецифических реакций и отличия между ними (а также вообще все жизненные проявления) сводит к «одному виду элементарного реагирования» реактонов.

Разумеется, нужно отдать должное Selye в его попытке вместо метафизического и одностороннего морфологического учения об организме как сумме клеток

¹ H. Selye. *Stress of the Life*, p. 213

² H. Selye. *Stress of the Life*, N. Y.—London—Toronto, 1956, p. 229.

построить функциональную концепцию, основанную на представлении о реакции и реактоне как ее минимальном носителе, однако упорное подчеркивание примата чисто количественных, элементарных изменений как единственной основы всего многообразия жизненных процессов и фактическое отрицание значения специфики (качества) воздействующих агентов для характера реагирования не может не привести к выводу об односторонности и механистичности этих представлений Selye.

В принципиальном, общетеоретическом плане намечается даже некоторое сходство ряда положений концепций Selye и Virchow.

По Virchow, «жизненной единицей», составляющей «основу всех жизненных явлений», считается клетка; «каждое животное является суммой жизненных единиц, из которых всякая отдельно взятая содержит все необходимое для жизни. Характера и единства жизни должно искать не в том или другом органе высшего организма, например в мозгу человека, а только в том определенном, постоянно повторяющемся устройстве, которое мы замечаем в каждом отдельном элементе-ячейке»¹. Болезнь — «сумма изменений» ячеек.

Как мы видим, подобные высказывания, но уже применительно к реактонам имеют место в трудах Selye. Это предположение подкрепляется его заявлениями о том, что реактоны «могут расти и размножаться... имеют также тенденцию к сохранению их характерных индивидуальных черт», что адаптация и ее улучшение, «усовершенствование... зависит от простого роста и увеличения определенных ранее появившихся реактонов».

Таким образом, представление о клетке как сравнительно сложном образовании заменено представлением о «маленьких организмах», «наименьших количествах биологического вещества».

Сравнение с основными положениями учения Virchow усиливается, если остановиться еще на высказываниях Selye о так называемых телеологических центрах.

¹ Р. В и р х о в. Патология, основанная на теории ячеек (целлюлярная патология). *Пер. с нем. М., 1859, стр. 13.

В широко цитируемой нами работе «Стресс жизни» Selye несколько раз указывал на то, что жизненные единицы клетки или группы реактонов представляют собой своеобразные телеологические центры: «каждая клетка, даже каждая реакция внутри тела представляет телеологический центр»¹.

Как подчеркнуто в работах Г. И. Царегородцева и других авторов, подобные заявления Selye отнюдь не случайны, поскольку представления о телеологических, гипотетических центрах уточняют его философские воззрения и, в частности, идеалистическую трактовку причинности².

Попутно заметим, что, встав на путь телеологии, Selye логически должен был прийти к признанию существования бога, творца и, действительно, в работах ученого мы находим ссылки на Создателя.

В данном случае мы не ставим своей задачей подробно анализировать эти высказывания Selye, поскольку они получили достаточное освещение в работах наших философов и квалифицированы с полным основанием как проявление неотомистических воззрений.

Здесь мы бы хотели лишь добавить, что и в позднейших своих исследованиях, например недавно опубликованной обширной монографии под несколькими необычным для исследовательских трудов названием «От мечты к открытию». Selye подтверждает и развивает телеологический принцип по отношению к возможностям научного исследования. Он пишет: «Наука не может и не должна пытаться включать в себя цели первоначального Творца, но она может и должна постоянно исследовать телеологические мотивы намерений Создателя. Только при этом условии наука будет прогрессировать от простой аккумуляции непонятных фактов до того, что мы называем понятием»³.

Если мы правильно понимаем ход рассуждений Selye, то создавая концепцию о реактонах, телеологических центрах и тому подобным образованиях, он по

¹ H. Selye. *Stress of the Life*. N. Y.—London—Toronto, 1956, p. 245.

² Г. И. Царегородцев, С. В. Петров. Проблема причинности в работах об адаптационном синдроме. Военно-медицинский журнал, 1963, № 11.

³ H. Selye. *From Dream to Discovery*. N. Y.—Toronto—London, 1964, p. 294.

существу признает принципиальную невозможность познания причин тех или иных реакций и процессов. Таким образом, невольно абсолютизируется понятие жизненной единицы (реактона или их группы и т. п.).

Возвращаясь к некоторым важным положениям учения Virchow, нельзя не вспомнить, что, выдвигая представление о клетке как единственной жизненной единице и рассматривая организм как сумму этих единиц, он также встал на путь абсолютизации клетки. В конечном счете его воззрения тесно сошлись с телеологическими представлениями. Уже в своей «Целлюлярной патологии» Virchow недвусмысленно говорил о наличии в организме множества автономных центров, состоящих из клеток тела.

Говоря о трактовке Selye проблемы специфичности как ведущей проблемы патологии, следует согласиться с мнением ряда наших философов, утверждающих, что он не видит принципиальных качественных различий между специфическими и неспецифическими явлениями. В концепции Selye допускается лишь возможность постепенного эволюционного перехода от одних изменений к другим. Фактически он не признает перехода количественных изменений в качественные, осуществляемого путем скачка. В целом его взгляды на этот важнейший вопрос характеризуются односторонностью и метафизичностью, а представления о так называемых телеологических центрах и Творце являются откровенно идеалистическими.

Наряду с представлениями о реактонах как основных элементах жизни, от количественных изменений (степени реагирования) которых зависят рост, характер реагирования (специфические — местные или неспецифические — общие реакции), адаптация и другие жизненные явления, большое место Selye отводит взглядам на так называемую адаптационную энергию. Эти представления лежат в фундаменте его теории. Правильнее будет сказать, что все основные положения концепции Selye цементируются гипотезой об адаптационной энергии. Да и сам он признает, что концепция адаптационной энергии — «наиболее важный до настоящего времени вывод из изучения проблемы стресса»¹. По

¹ Г. Селье. Очерки об адаптационном синдроме. Пер. с англ. М., 1960, стр. 70.

мнению Selye, на мысль об адаптационной энергии его натолкнуло исследование особенностей неспецифической резистентности организма, в частности явлений так называемой перекрестной сенсibiliзации (повышенная резистентность и способность к адаптации к одному стрессу и понижение ее к другому). У Selye создалось впечатление об определенном лимите своеобразной энергии приспособления, который определяет важнейшие жизненные проявления организма.

Он указывает на два типа адаптационной энергии: «внешняя», готовая к расходованию, и более «глубокая», которая действует как «замороженный резерв». Во время напряжения, — говорит Selye, — внешняя адаптационная энергия истощается, но ее восстановление происходит за счет внутренней энергии во время отдыха организма. Указанное обстоятельство «придает определенную пластичность нашей резистентности». Selye подчеркивает, что общий индивидуальный лимит, или запас адаптивной энергии, затрачиваемый в течение жизни, не может восстанавливаться. И поэтому нужно уметь рачительно расходовать эту энергию, которая в конечном счете определит не только характер и исход жизненных процессов, в том числе патологических, но и определяет продолжительность жизни индивидуума, а по отношению к обществу — среднюю продолжительность жизни. Наиболее универсальным путем разумного расходования адаптивной энергии является жизнь в «гармонии с естественными законами», т. е. нужно уметь беречь себя от избыточного напряжения, избыточного, нерационального расходования адаптационной энергии.

Все конкретные положения учения Selye относительно стресса и общего адаптационного синдрома фактически представляют собой конкретные формы и механизмы использования адаптационной энергии. Пожалуй, не будет ошибкой, если его представления об адаптивной энергии мы будем рассматривать в качестве энергетической базы всех жизненных процессов биологической системы.

Нам не удалось найти других материалов, которые бы свидетельствовали о специальных изысканиях Selye относительно природы и проявлений адаптационной энергии. Как отмечено, его представления о ней осно-

ваны лишь на предположениях и теоретических заключениях. И хотя Selye прямо не указывает на связь представлений о реактонах и адаптивной энергии, вся логика его концепции приводит к выводу о том, что реактоны — носители адаптационной энергии.

Таким образом, подходя к сути общетеоретических, точнее общебиологических, воззрений Selye, лежащих в основе его учения о стрессе и общем адаптационном синдроме, мы с полным правом можем назвать представления о реактонах и адаптационной энергии.

ФИЛОСОФИЯ «БЛАГОДАРНОСТИ»

Как было отмечено, взгляды Selye на проблему качества в биологии и патологии (специфические, неспецифические реакции) характеризуются элементами механицизма и, будучи неразрывно связаны с концепцией о реактонах и так называемых телеологических центрах, близки к идеалистическим, агностическим воззрениям. Следовательно, невозможно иначе оценить и его представления об адаптационной энергии как существеннейшей части всей его теории. Правда, Selye не философ, а естествоиспытатель, поэтому можно как будто бы возражать против приписывания его учению философских оценок. Кроме того, можно охотно допустить, что он не является сознательным сторонником какой-то определенной философской школы. Но поскольку ученый пытается решать общебиологические проблемы, он не в состоянии отрешиться от того или иного методологического подхода, от того или иного философского направления. И как бы ни хотел Selye противопоставить старым метафизическим представлениям вирховской клеточной патологии свою концепцию реактонов, как бы ни восставал против односторонних, механистических воззрений о заболеваниях как исключительно монокаузальных процессах, противопоставляя этой точке зрения концепцию неспецифической резистентности (общего адаптационного синдрома), как бы ни стремился обосновать своеобразный запас и предел жизненных возможностей организма гипотетическими представлениями об адаптационной энергии, его теоретические построения, несмотря на правильное понимание ограниченности, устарелости и метафизичности

некоторых старых концепций и искреннее стремление преодолеть их односторонность, сами являются примером однобокого и в ряде случаев идеалистического решения общебиологических проблем.

Говоря об идеалистической окраске представлений Selye об адаптационной энергии как части его общих воззрений, нельзя не вспомнить, что в истории биологии и медицины имели место различные идеалистические и виталистические попытки объяснения причин и природы жизненных процессов введением гипотетических нематериальных, потусторонних представлений в виде «жизненной силы», «жизненного принципа», «энтелехии», «архея», «жизненной энергии» и т. п. Кроме того, в этом вопросе, так же как и в его представлениях о реактонах, о примате неспецифических реакций и др., трудно отрешиться от упорно повторяемого им, в том числе в последних его работах, телеологического принципа — антипода материалистически понимаемой причинности. «Чтобы мы ни думали о причинности, научное исследование, — совершенно правильно замечает Selye, — невозможно без установления причинных связей между предшествующим и последующим»¹. Однако он рассматривает причинность не как отражение необходимых объективных связей между явлениями, а как «привычку разума ассоциировать регулярно повторяющийся порядок событий с причиной и следствием»². Такое представление о причинности не помогает раскрывать причинно-следственные связи, существующие объективно, вне зависимости от «привычек разума». Она является данью современному позитивизму, агностическим и телеологическим взглядам. Это подтверждается и дальнейшими рассуждениями Selye о Творце, боге, который стоит за всеми актами создания и которого мы ощущаем. «Мы ощущаем Творца главным образом потому, что мы и наше окружение являются комплексом. Унаследованной характерной особенностью каждой нашей части является способность создавать. Поэтому мы все видим через атмосферу создания (а не как отражение объективной и независимой от нас реальности. — Ю. Л.), которая слегка окрашивает все наши восприятия... На-

¹ H. Selye. From Dream to Discovery. N. Y.—Toronto—London, 1964, p. 291.

² Там же, стр. 294.

пример, красный кристаллический мяч, — поясняет свою мысль Selye, — если бы он был одушевленным и способным к восприятию, видел бы все внутри и вне себя в красном цвете». Далее он делает общее заключение: «Телеологический анализ в биологии применим к любой единице создания»¹.

Таким образом, представления Selye о гипотетической адаптивной энергии, находясь в русле телеологических, агностических воззрений, не способствуют раскрытию причин явлений, закономерностей процессов жизнедеятельности, следовательно, не могут быть признаны научно обоснованными.

Об энергии приспособления, наследственно определяемой и строго лимитированной для каждого индивидуума, говорилось достаточно. Но оказывается, что не только она — эта «шагреновая кожа» — определяет «размер» жизни, так как есть еще другой фактор — степень износа наиболее слабой жизненной части организма. Следовательно, Selye встает на точку зрения «слабых» и «сильных» частей и органов организма. Он объясняет это, используя идею о борьбе за существование, конкуренции. «Наиболее характерной чертой жизни, — заявляет он, — является эгоизм». Эгоизм был присущ уже одноклеточным организмам — отдельным клеткам, между которыми возникла борьба за существование. Эгоизм же привел и к альтруизму — форме эгоизма, так как в многоклеточных организмах клетки в интересах самосохранения должны были бороться в интересах всего целостного организма, который, таким образом, представлял собой вид «коллективного эгоизма». В итоге эволюция организмов, движимая эгоизмом, рассматривается Selye как процесс, «позволяющий многим клеткам развиваться в гармонии с минимальным наличием стресса таким образом, чтобы лучше служить интересам всего сообщества». Однако в процессе эволюции, движущей силой которой является конкуренция в интересах эгоизма, и в течение индивидуальной жизни под воздействием стрессоров и состояния «внутреннего стресса» части или органы тела могут ослабляться, менее успешно противостоять воздействиям на них,

¹ H. Selye. From Dream to Discovery. N. Y.—Toronto—London, 1964, p. 294.

т. е. представлять собой «более слабые жизненные части организма». Естественно, что это обстоятельство, по Selye, влияет на расходование адаптивной энергии, на все жизненные процессы.

Мы не стали бы останавливаться на положении Selye о слабых и сильных частях организма, которое в отличие от идеи энергии приспособления не имеет основополагающего значения в его концепции, если бы оно не использовалось ученым для его, так сказать, социологических построений.

Уже в конкуренции и эгоизме клеток Selye пытается найти закономерность, свойственную отношениям между людьми. По аналогии с конкурентной борьбой за существование клеток он говорит, например, об образовании классов, «в которых наисильнейшие одерживали победу». Подобно взаимоотношениям клеток в организме происходят и «взаимоотношения между отдельными лицами». Однако этим отношениям более присущи элементы борьбы за существование, нежели содружества и альтруизма, которые в большей степени проявляются во взаимоотношениях клеток и частей единого организма. Это выражается, по Selye, в частности, в недостатках так называемого бригадного духа, бригадной работы (общности интересов в отношениях между людьми), отсюда большая подверженность со стороны неблагоприятных воздействий стресса.

Selye пытается найти конкретную физиологическую основу социальным отношениям. Нетрудно догадаться, что для этой цели он старается как-то использовать свою концепцию о стрессе и общем адаптационном синдроме. И действительно, понятие стресса выступает главным инструментом в объяснении им так называемых человеческих отношений.

Selye заявляет, что «механизм столкновения с источником стресса внутри организма человека очень напоминает механизм встречи со стрессом в общественных отношениях между людьми». Следовательно, имеет место не только аналогия, но и попытка обоснования социальных отношений биологическими (физиологическими) механизмами и процессами. Это тем более подтверждается, что Selye стремится конкретизировать проявления стресса в человеческих отношениях и вообще определить ведущие рычаги этих отношений.

Таковыми рычагами выступают эмоции. И среди всех эмоций «чувства благодарности и реванша являются наиболее важными факторами, которые управляют деятельностью в каждодневной жизни». Особую же роль в отношениях между людьми он придает чувству благодарности; именно эта эмоция «более других отвечает за наличие или отсутствие состояния стресса в человеческих взаимоотношениях». Selye дает субъективно-психологическое истолкование эмоций. Благодарность он рассматривает как пробуждение в человеке желания того, чтобы другой человек процветал вследствие хорошего поступка со стороны иных людей. Для эмоции реванша Selye дает обратное по смыслу объяснение: «желание, противоположное процветанию вследствие нехорошего поступка» и т. п. Он рассматривает чувство благодарности как «наиболее типичный способ обеспечения безопасности». Ни богатство, ни сила, ни власть не могут быть более надежными в обеспечении безопасности и уравновешенности психики, чем «вселение чувства благодарности в большинство людей».

Чувство благодарности, по Selye, «действует как общий знаменатель для самых разнообразных способов самовыражения, кроме того, «результаты благодарности» могут накапливаться, аккумулироваться. Таким образом, создается своеобразная «философия благодарности» как общий двигатель поведения людей, определяющая судьбы народов мира. «Другой философии, которая вырабатывала бы все эгоистические импульсы в альтруизм, сохраняя их самозащитную ценность, нет», — убеждает Selye.

«Философия благодарности» рассматривается как своеобразная новая натурфилософия, основанная на законах природы, давно и глубоко вошедших в человека, ставших уже подсознательным или бессознательным фондом: «Философия благодарности базируется на глубоко укоренившихся законах природы, которые подсознательно направляют деятельность человека любого возраста и страны», — пишет Selye в пятой, итоговой, главе книги «Стресс жизни».

Вся жизнь человека, направляемая эмоциями благодарности и реванша, подобно общему синдрому адаптации, проходит также через три стадии или фазы: реакцию тревоги в случаях, когда он испытывает «нежи-

данное нападение», стадию резистентности, которая проявляется при достижении умения или, как выражается Selye, «мастерства» в каком-то деле, и фазу усталости, аналогичную реакции истощения, когда требуется отдых и может наступить смерть.

Не останавливаясь далее на подобных социологических упражнениях Selye, заметим, что в них чувствуется влияние фрейдизма и некоторых воззрений современной психосоматики, о которых будет подробно сказано в специальной главе.

Здесь же напомним лишь о том, что эмоции благодарности и агрессии весьма близки по своему смыслу к фрейдистским эмоциям любви и агрессии, а термин «безопасность», которым оперирует ученый, имеет весьма широкое хождение у неофрейдистов. Более того, говоря об эмоции благодарности, которая интегрирована с глубинной сферой подсознательного, и адаптационной энергии как энергетической базе жизненных процессов, в том числе состояния стресса и, следовательно, выраителях этого состояния в человеческих отношениях — эмоциях, Selye весьма близок к энергетической концепции Freud и вообще к основе его учения — представлении о ведущем начале эмотивного, подсознательного. Правда, Selye в отличие от Freud не определяет местоположения резервуаров энергии, не наделяет ее либидонозным содержанием, но, как было отмечено выше, заключает ее в рамки телеологических и биологизаторских представлений. Собственно, сам Selye признает близость своих взглядов с положениями Freud, когда в предисловии к книге «Стресс жизни» он пишет, что труды этого мыслителя были в числе тех, которыми он воодушевлялся в своих исследованиях.

«Философия благодарности» так же далека от научного материалистического анализа социальных отношений, как, например, проповедь вечной любви Фейербаха, о которой, как и вообще о представлениях этого философа о морали, Ф. Энгельс говорил, что она основана на «культе абстрактного человека», «выкроена для всех времен, для всех народов, для всех состояний и именно поэтому она не приложима нигде и никогда»¹.

¹ Ф. Энгельс. Людвиг Фейербах и конец классической немецкой философии. Госполитиздат, 1951, стр. 33.

Как и мораль по Фейербаху, «философия благодарности» Selye внеисторична, абстрактна, следовательно, направлена на доказательство вечности, неизменности современного буржуазного общества, т. е. она, пользуясь выражением Ф. Энгельса, «оказывается скроенной по мерке нынешнего капиталистического общества». «Философия благодарности» может быть оценена как философия классового примирения, как одна из многочисленных попыток подмены научного анализа объективных закономерностей общественных процессов произвольными домыслами.

Таким образом, социологические воззрения Selye не являются оригинальными. Более того, они свидетельствуют о слабости его методологических позиций, допускающих возможность шатаний от стихийного материализма естествоиспытателя, занимающегося изучением конкретных проблем биологии и медицины, до откровенного идеализма при интерпретации общебиологических и особенно социальных вопросов.

ВЕЗДЕСУЩИЙ СТРЕСС

Прагматический характер концепции Selye, объясняющей с единых позиций все или почти все физиологические и патологические процессы, более того, попытки самого автора приложить свои взгляды к широким социальным явлениям, построить своеобразную философию жизни, и, кроме того, практическая эффективность ряда его исследований и другие причины привели к тому, что ею воспользовались представители медицины, биологии и социологии. При этом сравнительно широкое распространение получили не столько взгляды Selye, сколько предложенная им терминология. Не удивительно поэтому, что в своих работах он вынужден говорить о большой путанице, вызваннойальной интерпретацией основных понятий его учения.

Особенно часто пользуются терминами «стресс», «синдром всеобщей адаптации» для истолкования сути патологических процессов и самых различных природных и социальных явлений.

В зарубежной литературе появилась «статистика» заболеваний, вызванных так называемым стрессом.

В специальной монографии O'Neill, посвященной теории расстройств, вызванных стрессом, указывается, что из всех заболеваний примерно 20% — это те, причину которых нужно видеть в факторах стресса. Не удивительно, что теперь стресс превращается в своеобразную панацею при объяснении заболеваний самой различной природы. Не только эндокринные нарушения, но и сердечно-сосудистые расстройства, болезни обмена, психические нарушения, даже инфекционные процессы объясняются нарушением синдрома адаптации и воздействием стресса.

Так, по подсчетам Hopkins, у мужчин число расстройств, вызванных стрессом, составляет 33%, у женщин — 50%. Общей причиной подобных болезней Hopkins, O'Neill и другие авторы считают, как они выражаются, «возрастание стресса и напряжения современной жизни»¹. Характерно, что чаще всего заболевания, «вызываемые стрессом», связывают с так называемыми психосоматическими расстройствами, о которых будет сказано в специальной главе.

Особое значение придается так называемому эмоциональному стрессу как результату воздействия современной цивилизации, порождающей «напряженность современной жизни». Поэтому все болезни, и в первую очередь нервно-психические, сердечно-сосудистые, объясняют именно эмоциональным стрессом. Трудно даже представить число медицинских публикаций, где фигурирует термин «стресс», в том числе эмоциональный стресс. Этот термин оказался очень удобным: во-первых, кратким, выразительным; во-вторых, с претензией на нечто новое. Действительно, вместо того чтобы странно объяснять, что те или иные психические реакции, эмоции влияют на генез заболевания, употребляют термин «эмоциональный стресс». Так, например, в солидном обзоре о склерозе коронарных сосудов, помещенном в журнале Американской медицинской ассоциации, сказано, что эмоциональный стресс — одна из причин этих расстройств; более того, уточняется механизм этого воздействия: «Стресс может ускорить появление сердечных приступов и, возможно, отложение

¹ См., например, сборник под редакцией O'Neill «Modern Trends in Psychosomatic Medicine». London, 1955.

липоидов и коагуляцию крови»¹. В официальном сообщении департамента здравоохранения, образования и благосостояния США о современном состоянии сердечных заболеваний важнейшей причиной коронарной болезни сердца определяется «интенсивно проявляющийся психологический стресс»².

Не останавливаясь далее на подобных примерах, в которых, как отмечалось, речь идет не столько о приложении концепции Selye к объяснению патологических расстройств, сколько о широком применении введенных им терминов, отметим, что имеют место и попытка более глубокого подхода к этому учению, и даже критические выступления против огульного применения «вездесущего фактора стресса».

Так, например, сообщается о попытке детального изучения реакций, вызванных стрессом, у 40 больных одной из клиник Великобритании. Авторы выделили 73 «состояния стресса», когда «стресс проявлялся в форме изменений в образе мыслей или чувств, или в комбинации их вместе с соматическими расстройствами» (заботы о благосостоянии семьи, медицинские заботы, связанные с лечением, больничная обстановка, реакции на медицинские процедуры и т. п.)³. И хотя в этой работе также имеет место применение термина «стресс» к самым различным психологическим и соматическим реакциям больного, все же привлекает внимание детализация этих реакций.

Mepinger, бывший президент Ассоциации психиатров США, признавая усиление стресса вследствие напряжения современной жизни, различает два вида стресса: внутренний, специфический для каждого человека, индивидуальный, и внешний как следствие воздействий окружающей среды. Он пытается «найти средства погашения этих видов стресса, которые одновременно явились бы путями, способствовавшими «созданию чувства благополучия» и тем самым «улучшению

¹ W. Dook. Why Men's Coronary arteries are so sclerotic? JAMA, 1959, v. 170, No. 2, p. 156.

² Recent Patterns in Heart Disease. Health information Foundation, 1962, v. XI, No. 5.

³ P. Blank, Sh. Owen, R. Realy. Stressful Experiences among hospitalized Patients. Hospitals, 1961, v. 35, No. 2.

образования, социального обеспечения, здравоохранения, укрепления религиозных верований»¹.

Кстати, распространенным термином, связывающим понятие «стресс» с общими воздействиями на организм факторов среды, является «стресс жизни», т. е. тот, который ввел сам Selye. Именно этот стресс или его проявления и рассматривают как причину многих болезней. При этом часто привязывают «стресс жизни» к каким-либо факторам социального окружения. В статье «Стресс и преждевременные роды», помещенной в Бюллетене ВОЗ, говорится о различных стрессах, воздействующих на роды: прямых физиологических, косвенных психологических; более того, подчеркивается, что стресс неодинаково влияет на женщин различных «социальных классов» (различного имущественного положения — Ю. Л.)². В статьях и докладах Atkin (Великобритания), посвященных факторам стресса жизни, также говорится о прямых и косвенных, внешних и внутренних стрессорах и особенно о тех, которые в настоящее время приводят к психическим болезням. Стрессоры этого рода, по его мнению, группируются вокруг проблем питания, приюта, болезни, любви, пола и престижа; кроме того, существует в нашу эпоху «новый стресс — страх ядерного уничтожения».

Понятие стресса пытаются применить и деятели общественного здравоохранения. Так, например, исходя из представлений о стрессе жизни или «социально-культурном стрессе», определяют характер отношений врача и больного. В этом отношении представляет интерес статья Виск, который объясняет конфликты и затруднения в медицинской помощи возникновением состояния стресса и, в частности, во взаимоотношениях врачей и пациентов. Виск не ограничивается только объяснением возникновения стресса вследствие психологических и эмоциональных причин (например, перевод больного из домашней обстановки в больничную, что создает стресс для пациента и «дополнительный» стресс для врача, лишенного возможности наблюдать больного в домашней обстановке), но и говорит о воз-

¹ W. Meninger. Facing up to the Stress and Strain of modern Life. WHO. Public Health Information, March, 1959.

² H. Wortis, A. Friedman. Maternal Stress and premature delivery. WHO. Bulletin, 1962, v. 26, No. 2.

никновении стресса у врача вследствие экономических факторов. «Значительный стресс, — пишет он, — вызывают экономические факторы. Увеличивающаяся стоимость жизни, оборудования, оплаты за кабинет для приема больных, страхования на случай обвинения в неправильном лечении и т. п. ставят перед врачом дилемму — либо увеличить сумму гонорара, взимаемого с больного, либо увеличить число больных, которых он лечит»¹. Эти причины, а также нападки на врачей, обвиняемых во всевозможных злоупотреблениях, что подрывает доверие к медикам, способствуют, по мнению Бук, стрессу во взаимоотношениях врачей и пациентов. Подчеркивая неизбежность возникновения стресса, он пытается именно этим объяснить рост дороговизны медицинского обслуживания в США, в том числе возрастание гонораров. А автор статьи «Терапия расстройств, вызванных стрессом», приписывает врачу значительную роль в так называемом стрессе семейных отношений, выражающемся «в борьбе за лидерство между мужем и женой»².

Frensis пытается связать представления Selye с проблемами профилактической медицины. Исходным у него является определение здоровья с позиций концепции стресса. В современных условиях, когда «нарушается естественная приспособленность, синтезируются новые вещества, возникают новые условия существования и меняется образ жизни», здоровье, по Frensis, следует рассматривать как состояние адекватной структуры и функций с адекватными резервами. Это состояние непрерывно подвергается бомбардировке бесчисленными потенциальными патогенными «стрессами», вследствие чего каждый человек находится в состоянии потенциального расстройства; результат зависит от способностей резервов человека абсорбировать стресс, не истощая пределов его выносливости, или же реагировать путем увеличения его резервов в отношении укрепления здоровья или «сопротивления вредным влияниям»³.

¹ R. L. Buck. Socikcultural Stresses and the physician-patient Relationship. JAMA, 1959, v. 170, No. 14, p. 1650.

² Therapy of the Stress Disorders. The Lancet, 1959, v. 11, No. 7098.

³ T. Frensis. Research in preventive Medicine. JAMA, 1960, v. 172, No. 10, p. 994.

Поскольку болезнь «является реакцией на стресс, превышающий возможности резервов и приспособляемости человека», профилактика заболеваний должна быть направлена на сохранение резервов и адаптации организма, что возможно в ранних стадиях патологического процесса, а также путем более тщательного выявления тех агентов, которые действуют на резервы и адаптивные механизмы. Frensis говорит, что это прежде всего защита от химических и физических воздействий, установление рационального питания и профилактика инфекционных заболеваний.

Таковы некоторые примеры широкого использования терминологии и представлений Selye. Понятно, что введенные им термины, особенно «стресс», «стрессор», могут быть связаны с самыми различными явлениями («стресс путешествий»¹, «стресс у преступника», «стресс у пленника»² и т. п.), не относящимися к медицине, тем более к концепции об общем адаптационном синдроме. Однако, как мы видели, сам Selye дал основания для широкой трактовки понятия «стресс жизни».

Нельзя не сказать также, что терминология Selye используется для обоснования реакционных идей, с которыми часто выступают люди, имеющие дипломы докторов медицины. Так, профессор психиатрии из Иллинойса (США) Liebman опубликовал книгу под названием «Состояния, вызываемые стрессом»³, в которой излагаются положения, принадлежащие разным авторам, о возможности применения стресса для объяснения таких явлений, как женитьба, плодовитость, бесплодие, а также явлений тревоги, страха, неуверенности, вызванные политическими факторами, в том числе «забастовками, мятежами, войнами». При этом один из авторов — Spiegel, опираясь на психоанализ, доказывает, что сугубо психические факторы, вызывающие состояние стресса, определяют все линии мировой политики, судьбы мира и войны. Солидаризируясь с высказываниями психиатра Ruesh относительно того, что война является естественным облегчением и выходом из состояния психической напряженности, из состояния

¹ G. Jusmin. Stress and Travel. International Records of Medicine and General practice clinics, 1955, v. 168, No. 8.

² Brain-Washing. British Medical Journal, 1960, N. 5176.

³ Stress situation. Ed. by S. Liebman. Monreal, 1955.

стресса, он рассматривает ее как своеобразный метод «общения стран». Получается, что не враждебная СССР и социалистическим странам политика империалистических держав создает напряженность в мире и может привести к мировой войне, а сугубо психические причины (чувство страха, беспокойство и т. п.), вызывающие состояние стресса, толкают людей к войне как к естественному разрешению мировых проблем.

Признавая по аналогии с отношениями между отдельными людьми, что взаимное общение, связь между странами «являются одним из наиболее эффективных факторов облегчения беспокойства» и выходом из «стресс-ситуаций», Spiegel без каких-либо доказательств отрицает возможность дружеских связей с Советским Союзом и странами, расположенными за «железным занавесом». Он злобно клеветает на социалистические страны и коммунистов внутри его страны, рассматривая их как главную причину стресса. Встав под черное знамя антикоммунизма, Spiegel даже не пытается найти какие-либо, пусть сугубо психологические, пути «облегчения напряженности» и, следовательно, смягчения угрозы войны. Наоборот, он обосновывает целесообразность «такого рода угрозы в течение длительного времени». Длительный стресс в отношениях западных стран и социалистических государств, поучает Spiegel, позволит «лучше изучить, как интерпретировать поведение стран, расположенных за „железным занавесом“», и, следовательно, создать более нормальные отношения к нашему собственному внутреннему положению, нашей внешней безопасности»¹.

Нередко используются терминология и понятия Selye для «научного» обоснования реакционных политических взглядов антикоммунизма, хотя он лично к подобным «выводам» не имеет отношения.

* * *

Таким образом, говоря о концепции стресса и общего адаптационного синдрома, нужно подчеркнуть, что к ее положительным сторонам относится дополнение наших взглядов на патогенез заболеваний данными о роли гуморального, эндокринного звена в едином комп-

¹ Stress Situation. Ed. by S. Liebman. Monreal, 1955, p. 57.

лексе нейро-гуморальной регуляции и корреляции, в стремлении связать деятельность желез внутренней секреции (преимущественно гипофиза и надпочечников) с общими адаптивно-защитными реакциями организма, в показе на этой основе важного значения различных обуславливающих факторов и акцентировании внимания на стандартных неспецифических механизмах и реакциях.

Самое же главное из отмеченного, что безусловно и бесспорно обогащает медицину и патологию, это раскрытие новых и ранее неизвестных функций гипофиза и надпочечников. «Заслуга Селье, — пишет известный австрийский историк медицины Гуго Глязер, — в том, что он обратил внимание на надпочечник и гипофиз»¹. Следует подчеркнуть также, что конкретные исследования Selye и его выводы, не выходящие за рамки специальных вопросов патологии, представляют собой существенное дополнение и подкрепление позиций сторонников физиологического направления в медицине, в частности они обогащают арсенал средств так называемой патогенетической терапии.

Однако, подчеркивая положительные стороны исследований Selye, нельзя не видеть ограниченности, односторонности общей концепции стресса и адаптационного синдрома, метафизичности некоторых его воззрений, особенно проявившихся в представлениях о так называемой адаптационной энергии, телеологических центрах и стремлениях, реактонах, социологических и субъективно-психологических представлениях. Камнем преткновения теории Selye стали его представления о соотношении специфического и неспецифического, его одностороннее, механистическое решение проблемы качества физиологических и патологических реакций. В этом отношении нельзя не согласиться с мнением выдающегося французского хирурга Лериша, предупреждавшего об опасности «метафизического учения Selye о роли защитных механизмов нашего организма в развитии патологических процессов», поскольку оно направлено против раскрытия «качества, причинности в патологии»².

¹ Г. Глязер. Основные черты современной медицины. Пер. с нем. М., 1962, стр. 152.

² Р. Лериш. Основы физиологической хирургии. Очерки вегетативной жизни тканей. Пер. с франц. Л., 1961, стр. 30 и 35.

6

ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ ПСИХОСОМАТИКА

Возникновение психосоматики обусловлено теми же причинами, что появление других общих теорий и концепций. Но здесь особенно отчетливо проявилось стремление врачей найти механизмы возникновения болезней, составляющих основную проблему здравоохранения экономически развитых стран, т. е. так называемых дегенеративных поражений, хронических заболеваний, пришедших на смену инфекционным, — «болезней цивилизации». «По мере приближения победы над инфекционными болезнями внимание врачей все более устремлялось к неразрешенным проблемам болезней обмена веществ и хроническим заболеваниям», говорится в главе о психосоматической медицине Американского руководства по психиатрии¹. Hamilton в специальной монографии «Психосоматика» указывает, что «психосоматика является наиболее современным развитием теории хронических болезней»². Вопреки аналитической тенденции, против которой особенно резко выступают также неогиппократики, наметился интерес к проблеме целостности организма, его психофизического единства как пути решения вопроса.

При этом медиков подкрепляла та буквально тысячелетняя традиция, согласно которой обращалось внимание на психические компоненты соматических

¹ T. Lidz. General Concep's of Psychosomatic Medicine. American Handbook of Psychiatry. N. Y., 1959, p. 647.

² M. Hamilton. Psychosomatics. London, 1955.

страданий, влияние «душевных переживаний» на тело. Кроме того, нельзя было не учесть исследований физиологов и патологов, доказывающих большое значение нейро-эндокринных констелляций, механизмов влияния эмоций на отправление функций организма, исследований, получивших на Западе теоретическое обобщение в виде создания так называемой функциональной патологии с ее концепциями гомеостаза и исследованием эмоции Cannon, «висцерального мозга», ваготонии и симпатикотонии Hess, учением Bergmann о нервно-гуморальной регуляции, Selye о стрессе и общем синдроме адаптации, а также представлениями Magoun и Moruzzi о сетчатой формации, Penfield и Jasper о так называемой цетроэнцефалической системе.

Одной из самых важных причин, как отмечалось во введении, нужно назвать воздействие фрейдизма и его догм — субъективной психологии и психосоциологии с их учением о личности.

При этом правильнее говорить не только о традиционном, ортодоксальном фрейдизме, но и о значении критики этого учения, выразившейся, в частности, в создании различных школ неофрейдизма, критикующих их идейного учителя за излишнее подчеркивание сексуальности — пансексуализм, особую приверженность к теории либидо, отрицание роли социальной среды и т. п. Следовательно, речь идет о влиянии неофрейдизма, или «культурного» фрейдизма, на психосоматику.

Помимо этого, многие психиатры, психологи и другие специалисты не могли не видеть надуманности, абстрактности метапсихологии Freud, не могли не выступить против фактического отрицания фрейдизмом достижений науки и прежде всего нейрофизиологии. Известное значение имело также пошатнувшееся доверие к методу психоанализа в связи с эффективностью медикаментозного (успешное развитие психофармакологии) и хирургического лечения ряда нервно-психических заболеваний, к тому же не требующего столь длительного времени и не такого обременительного для пациентов в финансовом отношении. Таким образом, критика фрейдизма и очевидная необходимость использовать новые научные достижения были в числе побудительных причин возникновения и формирования пси-

хосоматики как своеобразной реакции на фрейдизм, как его ревизии.

Нельзя, как уже говорилось, не отметить также воздействия современных школ буржуазной философии на формирование психосоматической концепции.

Не останавливаясь на других факторах, повлиявших на создание и развитие психосоматики, заметим только, что отмеченные причины особенно полно проявились в США в силу характерных для этой страны экономических, социальных и культурных условий, картины патологии населения и других факторов. Не удивительно поэтому, что США стали центром психосоматических концепций. В этой стране впервые были организованы специальные исследовательские учреждения, изучающие проблемы психосоматики, такие, как Чикагский психоаналитический институт, созданы журнал психосоматической медицины и соответствующее общество (1938).

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТЕРМИНА

Точно не установлено, когда впервые появился термин «психосоматическая медицина». Есть, правда, сведения, что он употреблялся уже в первой половине XIX века. Alexander сообщает, что первым в 1818 г. применил термин «психосоматический» один из предшественников фрейдизма Heipross в своем труде «Нарушения душевной жизни»¹. Однако этот термин тогда не означал возникновения какого-то направления или подхода в медицине, а подчеркивал всего лишь понятие связи между психическим и физическим, понятие взаимовлияния физических и психических сфер.

Психосоматическая медицина как современное направление, как теория медицины и здравоохранения берет свое начало преимущественно в работах американских авторов 30-го годов настоящего столетия. Именно они, являясь приверженцами психоанализа, тем не менее сделали попытку объяснения психогенеза ряда расстройств, опираясь не только на фрейдистские толкования, но и на положения вегетофизиологии и патологии.

¹ F. Alexander. The Development of Psychosomatic Medicine. Psychosomatic Medicine, 1962, No. 1.

Большинство наиболее крупных представителей психосоматической медицины и прежде всего Danbar и Alexander, с которыми обычно связывают возникновение психоматики, определяют ее не столько как отдельную отрасль, теорию или специальную науку, сколько как методологическое понятие, определенный методологический и методический подход в медицине — «одновременное изучение и лечение психологических и соматических факторов в их общем взаимоотношении»¹.

Danbar присоединяется к определению психосоматической медицины, которое дал ей известный клиницист Osler в своей книге «Принципы и практика медицины», где он писал, что психосоматика «занимается оценкой эмоционального и физического механизмов, вовлеченных в болезненные процессы отдельного больного, и придает особое значение тому влиянию, которое эти два фактора оказывают друг на друга и на человека как целое»². Это определение стало особенно распространенным. Его приводят во многих работах, посвященных психосоматической медицине. В одном из наиболее популярных руководств по психосоматической медицине Weiss и English указывается: «Психосоматика является точкой зрения, которая применима ко всем аспектам медицины и хирургии. Как наука психосоматическая медицина имеет целью изучать природу взаимосвязей эмоций и психических функций»³. Один из известных психосоматиков США Margolin пишет: «Психосоматическая медицина в теории и практике медицины определяется как медицина, которая систематически пользуется психологическими данными и принципами при диагнозе и лечении болезни на всех стадиях ее развития»⁴.

В ряде трудов зарубежных авторов содержатся еще более широкие определения психосоматики, сопряженные с концепциями науки об адаптации и лечении ее

¹ F. Alexander, T. Morton French. *Studies in Psychosomatic Medicine*. N. Y., 1948.

² F. Danbar. *Synopsis of Psychosomatic Diagnosis and Treatment*. St. Louis, 1948, p. 13.

³ W. Weiss, E. English. *Psychosomatic Medicine. A Clinical Study of Psychophysiological Practiks*. Ed. III. Philadelphia—London, 1957, p. 3.

⁴ S. G. Margolin. *Psychosomatic Aspects of Medicine. The Practice of Medicine*. St. Louis, 1956, p. 1817.

расстройств. «Под психосоматической медициной понимают лечение расстройств нарушений адаптации и, следовательно, изучение организма, окружающей среды и взаимодействия между ними», — говорится в книге Tzanck (Франция) «Размышления о психосоматической медицине»¹.

В октябре 1963 г. на заседании Комитета экспертов ВОЗ по психогигиене специально рассматривался вопрос о психосоматической медицине. Комитет экспертов подчеркивал необходимость, как выразился Krappf, заведующий отделом психогигиены ВОЗ, «психосоматической ориентации» в медицине и здравоохранении. Согласно подобной точке зрения, «человек как в здоровом состоянии, так и во время болезни представляет собой психосоматическое единство», поэтому термин «психосоматика» применим к медицине в целом. Консультант Комитета от ВОЗ Reiser определяет психосоматику как концепцию, в соответствии с которой стараются в основном рассматривать больного как «человека в окружении среды» и применять психологические познания. Большинство участников Комитета экспертов также считает, что психосоматика является таким подходом в медицине и здравоохранении, когда осуществляется союз психиатрии и клинической медицины или психиатрии и терапии. Wittkower, являющийся президентом психосоматического общества в США, рассматривает психосоматическую медицину «как основную ветвь, координирующую всю клиническую медицину». Он связывает развитие общей практики с прогрессом психосоматической медицины, поскольку с его точки зрения «врач будущего — это врач, владеющий знаниями и психологии, и психиатрии, и терапии»².

Все подчеркивают, что психосоматика призвана вскрыть природу и характер взаимосвязей психики и физических функций как основы для определения патогенеза заболевания. Важнейшей проблемой, которая встает перед психосоматической медициной, является проблема эмоций, их природы, характера, выражения и

¹ R. Tzanck. Reflexions sur la médecine psychosomatique. Paris, 1964, p. 95.

² См. Документы ВОЗ: WHO (ment.) 288—311, 1963, а также Psychosomatic Disorders. WHO techn. Rep. Ser. N. 275, Geneva, 1964; Press WHO (Spec.) 13 November 1963.

влияния. Поэтому некоторые представители этого течения медицины склонны рассматривать психосоматику как совершенно своеобразную эмоциональную медицину. В одном из документов ВОЗ говорится, что «психосоматическая точка зрения подразумевает наличие функциональных и физических изменений, которые вызваны эмоциональным стрессом»¹.

Однако широкое распространение термина «психосоматика» еще не означает, что все сторонники этого направления удовлетворены его названием. В ряде работ по психосоматической медицине дается критика термина. Основной момент критики — указание на фиксирование раздвоения или, как принято выражаться, «дихотомию», единого, целостного организма человека, расщепление личности, которое, по мнению критикующих термин, противоречит сути самого направления или подхода, провозглашенного психосоматиками.

Однако термин «психосоматика» прочно вошел в медицинский лексикон и, несмотря на попытки заменить его другими, широко употребляется, поэтому у нас нет оснований искать иные наименования. Нет оснований отказываться от этого термина, несмотря на то, что под психосоматикой нередко понимают лишь область воздействия эмоций на соматическую сферу, в то время как это течение по своему смыслу и кругу проблем является гораздо более широким.

Нужно иметь в виду также и то, что этот термин подчас употребляется не для обозначения психосоматики как особого направления, развиваемого, начиная с работ американских ученых 30-х годов и их последователей, о котором идет речь, а для самых разнообразных взглядов, наблюдений и методов, связанных с проблемой взаимовлияний психических (эмоциональных) и соматических факторов. В США нередко публикуются под этим названием, относящиеся к клиническим и экспериментальным (в том числе в опытах на животных) наблюдениям в области изучения психозов, неврозов, психофармакологии, исследования эмоциональных компонентов физиологических функций и патологических расстройств, методик исследований и т. п. Примером

¹ WHO (Ment.) 306, 6 August 1963,

таких работ может служить объемистый труд (более 1000 страниц текста) под названием «Психосоматическая медицина», представляющий собой обзор материалов первого Ганнемановского симпозиума, состоявшегося в США, в котором принимали участие различные специалисты — клиницисты, физиологи, психоаналитики, фармакологи и др.¹. Другой пример — книга Delay «Введение в психосоматическую медицину», написанная по случаю первого конгресса по вопросам психосоматической медицины на французском языке, проходившем во Франции в 1960 г. Для книги, как и для самого конгресса, было характерно объединение под общим названием, общей вывеской самых различных взглядов и точек зрения, прямо или косвенно связанных с вопросами психосоматических воздействий. Автор понимает современную психосоматику эклектически, как «сосредоточие многочисленных исследований, которые основываются на таких различных учениях, как учения Кэннона, Павлова и Фрейда, и находят свое продолжение в таких с трудом поддающихся сравнению работах, как работы Селье, Быкова и Александера»².

Хотя современные психосоматики пытаются использовать в своих концепциях работы упомянутых ученых, однако с подобной интерпретацией этого направления согласиться нельзя, поскольку она относится не к его характеристике, а обращает внимание всего лишь на извечную проблему связи, взаимовлияния или целостности психического и телесного, а в более узком смысле — влияния эмоций на соматическую сферу, без определения специфичности того подхода к решению проблемы, который присущ психосоматической медицине Danbar, Alexander, их соратников и последователей.

ИЗ ИСТОРИИ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ЕДИНСТВА

Из истории медицины известно, что проблема единства и взаимодействия психической (духовной) и

¹ J. H. Nodine, J. H. Moyer. *Psychosomatic Medicine (The First Hannemann Symposium)*. Philadelphia, 1962.

² J. Delay. *Introduction á la médecine psychosomatique*. Paris, 1961, p. 11.

³ Там же.

телесной сфер и, в частности, влияния «душевных переживаний», эмоций на состояние организма, возникновение болезней стоит у истоков врачевания. Да и представители психосоматики ссылаются на ученых и мыслителей древности, писавших о влиянии на тело «души», «разума» и т. п. При этом характерно, что они акцентируют внимание на идеалистических, виталистических, анимистических и подобных взглядах и лишь слегка касаются материалистических воззрений. В этом отношении типичной является работа Alexander «Развитие психосоматической медицины»¹, в которой даже проводится мысль о задержке психосоматической ориентации вследствие успехов материалистического, экспериментального направления в медицине. По-видимому, не случайно автор связывает истоки психосоматики с идеалистическими воззрениями Платона, Аристотеля, Галена о «душе, ее проводниках и носителях», «силах», «вечном разуме», и т. п. с учениями средневековых теологов Фомы Аквинского и Блаженного Августина. Особое внимание уделяется различным идеалистическим толкованиям, в том числе «жизненной силе» Stahl и работам непосредственных предшественников Freud, к которым Alexander причисляет Reil; И. Хейнроса, создавшего представление о личности, состоящей из трех частей: инстинктивных эгоцентрических сил, собственно «я» (Ego), представляющего неделимое единство души и тела, и высшей структуры — «сверх нас»; Cagus, выступившего с понятием «подсознательного» — аналога творческой «жизненной силе».

Вместе с тем изыскания историков медицины доказывают, что многие древние тексты содержат указания на роль эмоциональных переживаний при возникновении и течении заболеваний, которая особенно ярко показана в произведениях выдающихся медиков Средней Азии и в первую очередь Ибн-Сины. История естествознания и медицины иллюстрирует зарождение и успешное развитие материалистического направления, противостоящего идеалистическим воззрениям на природу человека, утверждавшего его целостность, материальное происхождение психической деятельности и с этих

¹ F. Alexander. The Development of Psychosomatic Medicine. Psychosomatic Medicine, 1962, v. XXIV, No. 1.

позиций рассматривающих взаимовлияние психической и соматической сфер. У истоков этого направления стояли выдающиеся античные врачи Гиппократ, Алкмеон, Эразистрат, Асклепиад, воспринявшие основы материалистической философии Демокрита, Тита Лукреция Кара и других мыслителей древности, чье учение содержало элементы диалектического мышления, но оно, по словам Ф. Энгельса, «выступает еще в первобытной простоте»¹. Наблюдения и воззрения врачей и философов древности оказали большое воздействие на труды ученых последующего времени, неукоснительно развивающих материалистическую традицию в вопросе о природе и влиянии душевных переживаний. Однако клинические наблюдения и суждения носили эмпирический или рассудочный характер, пока развитие естествознания и в особенности физиологии, морфологии и патологии головного мозга не поставило решение вопроса о психосоматическом единстве на твердую научную почву. Первые обоснованные попытки привлечения данных естествознания, в том числе экспериментального изучения деятельности нервной системы для объяснения клинических наблюдений, делаются в конце XVIII — начале XIX века. Однако еще много лет они продолжают носить на себе печать эмпиризма. Понятно, что одной из причин этого явилась еще недостаточность научно обоснованных сведений о действительном единстве организма. Можно сказать, что лишь с развитием учения о высшей нервной деятельности И. П. Павлова начинается истинная эра научного исследования психосоматического единства.

Не претендуя на сколько-нибудь подробное изложение взглядов о психосоматическом единстве и роли душевных переживаний, так как это тема специальных обстоятельных исследований, приведем лишь отдельные примеры.

Философ-материалист и врач Кабанис в 1796—1802 гг. опубликовал серию статей под общим названием «Взаимоотношения физического и душевного». Английский клиницист Куллен, чье учение пользовалось большой известностью в конце XVIII—первой половине

¹ Ф. Энгельс. Диалектика природы. Госполитиздат, 1955, стр. 24

XIX века, описал ряд расстройств внутренних органов под влиянием психических воздействий (например, меланхолию — заболевание желудка под влиянием первичных нарушений психической сферы). Характерно, что он в своих воззрениях проводил в своеобразной форме того времени идеи нервизма, говоря о «нервном принципе», объединяющем организм в единое целое, регулирующем все его отправления. Не исключено влияние на Куллена и других клиницистов того времени не только философов, но и исследований первых нейрофизиологов-экспериментаторов — Галлера, и в дальнейшем Белла, Мажанди, Прохаски, Холла и др. Не случайно один из крупнейших физиологов, создателей экспериментальной патологии XIX века Клод Бернар особое внимание уделял интегративной роли нервной системы, «свойства и разнообразие отправлений», которой «дают ей право на первое место между всеми остальными системами организма. Поэтому мы можем заключить основательно, что животное будет тем совершеннее, чем более развита его нервная система. Она не только приводит в действие и регулирует все явления внешней жизни, но и влияет также на все явления жизни органической, во всех актах пищеварения, выделений, произведения теплоты и т. п. В настоящее время, — продолжает К. Бернар, — никто не может более сомневаться в важности ее роли; в самом деле, действуя на нервную систему, мы можем не только расстроить все отправления внешней жизни, но и видоизменить все явления выделений, калорификации»¹.

Не удивительно поэтому, что решение проблемы взаимовлияния физического и психического, воздействия эмоций на тело и т. п. в духе материалистического монизма было теснейшим образом связано с принципом нервизма, т. е., по определению И. П. Павлова, физиологическим направлением, стремящимся распространить влияние нервной системы на возможно большее количество деятельностей организма. Если можно так выразиться, психологизм в медицине и нервизм в их материалистической трактовке были всего лишь разными сторонами одной медали — изучения психосоматического единства.

¹ Клод Бернар. Лекция физиологии и патологии нервной системы, т. 1. Пер. с франц. СПб, 1856, стр. 1—2.

На путях осмысливания достижений физиологии и патологии нервной системы и особенно головного мозга и его высших отделов делались попытки решения проблемы взаимодействия психического, эмоционального и физического.

Тут особо следует сказать о пионерах американской медицины Бенджамине и Джеймсе Раш, которые еще на заре установления экспериментальной физиологии и психологии решительно высказались в духе материалистического психосоматического единства организма, заявляли о материалистическом, телесном происхождении всех психических актов. Эта же мысль, подкрепленная аргументацией из возникшей рефлекторной теории, звучала в произведениях многих западных ученых, таких, как Пуркинье (Чехословакия), Гризингер (Германия), Джексон (Великобритания) и др.

Особенно полно и ярко для своего времени целую серию психосоматических расстройств, зависящих от психических эмоциональных воздействий, опосредованных деятельностью головного мозга и его полушарий, продемонстрировал выдающийся французский невролог Ж. Шарко. Он описал многочисленные психогенные нарушения вплоть до различных трофических поражений, в основе которых видел функциональные изменения в коре головного мозга, носящие подчас стойкий характер. Свои взгляды о роли эмоциональных, психических воздействий, в том числе внушения и самовнушения Шарко, как известно, развил в учении об истерии. Здесь важно отметить, что, говоря об истерических параличах, он не видел принципиальной разницы между травматическим параличом истеричных и параличом, полученным внушением: травма играет роль внушения, а потеря сознания или затемнение его в момент травмы аналогичны гипнотическому сну в момент внушения. И тот, и другой фактор приводит к одинаковым динамическим изменениям в коре головного мозга¹. Шарко выступал за создание экспериментальной психологии, учитывающей достижения физиологии, морфологии и патологии головного мозга, указывал на недостаточность и ограниченность методов субъективной психологии, основыва-

¹ Ж. Шарко. Клинические лекции по нервным болезням. Пер. с франц. Харьков, 1885.

ющейся на интроспекции. Такую умозрительную психологию он называл «младенческой психологией на розовой воде» и отмечал, что она не может принести большой пользы.

Но, как известно, до работ И. М. Сеченова, заложившего основы подлинно научного изучения рефлекторных механизмов психических процессов, внесшего неотъемлемый вклад в проблему психосоматического монизма и принцип нервизма, такой материалистической психологии не было. Попытки немецкого ученого Вундта и других исследователей создать физиологическую психологию не увенчались успехом: они не смогли перебросить моста между экспериментальной физиологией и субъективной психологией, оставшись в рамках субъективизма, что, например, подтверждает пропагандируемая Вундтом теория аперцепции.

Идея психосоматического единства была одной из отправных в развитии отечественной медицины и особенно в трудах представителей прогрессивного физиологического направления и его атрибута — нервизма, получившего в ней наибольшую полноту, глубину и четкость выраженности. Определенное значение при этом имело то, что не только естествоиспытатели и медики, но и русские философы постоянно обращались к проблеме психосоматического единства. Например, еще в конце XVIII века А. Н. Радищев дал образец материалистической трактовки происхождения психической деятельности. В своем сочинении «О человеке, его смерти и бессмертии» (1792) Радищев определяет психическую или духовную деятельность как «произведение телесности», как «жизнь, чувственность и мысль», говорит, что она формируется предметами окружающей среды и находится «в теснейшем союзе с телом, следует всем переменам, с телом случающимся».

Позднее русские философы-демократы Белинский, Герцен, Писарев подчеркивали материалистическое происхождение психической деятельности, единства организма и внешней среды. В. Г. Белинский, ратуя за необходимость развития научной психологии, указывал на значение физиологических исследований, раскрывающих основы психической деятельности. «Психология, — писал он, — не опирающаяся на физиологию, так же

несостоятельна, как физиология, не знающая о существовании анатомии»¹.

Начиная с Е. О. Мухина, Е. И. Дядьковского и М. Я. Мудрова и кончая В. М. Бехтеревым, представления о психосоматическом материалистическом единстве прошли несколько последовательных стадий развития, вплоть до физиологического учения И. П. Павлова. Характерно, что выдающиеся отечественные медики, в том числе Н. И. Пирогов, П. П. Малиновский, В. А. Манассеин, А. Я. Кожевников, Г. И. Россолимо и др., изучая вопрос о взаимовлиянии психических и соматических актов, подчеркивали необходимость создания специальной медицинской психологии. М. Я. Мудров в самом начале XIX века по этому поводу говорил: «Зная взаимное друг на друга действие души и тела, долгом почитаю заметить, что есть и душевные лекарства, которые врачуют тело и почерпываются из науки мудрости, чаще из психологии»².

Не считая необходимым останавливаться на взглядах всех упомянутых и других ученых, упомянем для примера лишь о некоторых мыслях А. Я. Кожевникова и В. М. Бехтерева, дающих представление о характере решения проблемы в период, предшествовавший возникновению психоанализа.

Подобно Ж. Б. Шарко, В. А. Манассеину и другим клиницистам, А. Я. Кожевников в работах 80—90-х годов прошлого века приводит многочисленные примеры психогенных заболеваний — параличей, судорог, расстройств речи, трофических нарушений, а также заболеваний внутренних органов. При этом в отличие от других врачей он подчеркивает возможность не только функциональных, но и органических расстройств, вызванных психическими воздействиями. Однако А. Я. Кожевников не ограничивается лишь описанием клинических наблюдений и средств их лечения, особенно психотерапии: этот пылкий исследователь пытается представить механизм развития психогенных заболеваний. Здесь ему помогают достижения физиологии и патологии головного мозга и в первую очередь опыты и

¹ В. Г. Белинский. Избранные философские сочинения. Т. 1. М., 1948, стр. 302.

² М. Я. Мудров. Избранные произведения. М., 1949, стр. 244.

наблюдения по локализации функций в коре головного мозга. Являясь одним из видных представителей нервизма — последователем И. М. Сеченова и С. П. Боткина, исходя из положения о примате центров нервной системы в жизнедеятельности организма, А. Я. Кожевников определяет общие контуры механизма, лежащего в основе взаимовлияния психической и соматической деятельности, исходя из положения, что «всякая психическая деятельность наша обязательно сопровождается деятельностью нервных элементов и главным образом тех, которые составляют мозговую кору»¹.

Другой выдающийся отечественный невролог, В. М. Бехтерев, через свои многочисленные труды пронес и развил идеи психосоматического единства, подкрепленные успешно развиваемым им учением о рефлексах и принципом нервизма. Уже в одной из своих ранних работ, в докторской диссертации (1881), он убедительно доказал изменения температуры тела пациентов под влиянием «перемен в психической сфере», зависимой от деятельности полушарий головного мозга. Так же как и А. Я. Кожевников, он применял результаты физиологических экспериментов по вопросу о локализации функций в коре головного мозга при объяснении соматических расстройств у психически больных. Описав в дальнейшем различные формы расстройств и симптомы соматических поражений, имеющих психогенное происхождение, обращая внимание и на психические нарушения при соматических расстройствах, выполнив ряд морфологических и физиологических, а также экспериментально-психологических исследований, он в конце своей жизни особое внимание уделял изучению анализирующей и синтетической или, как он говорил, комбинаторской деятельности коры больших полушарий головного мозга как высшего интегративного центра организма методом сочетательных рефлексов (так он называл условные рефлексy). В своей последней монографии «Мозг и его деятельность», изданной вскоре после смерти ученого, делается заключение о работе мозговой коры, являющейся «местом развития сочетательных рефлексов, дифференциации и обобщения».

¹ А. Я. Кожевников. О влиянии психической деятельности на нервные болезни. Речь и отчет Московского университета. М., 1894, стр. 50.

Весьма важно подчеркнуть, что в отличие от концепций, связанных с проблемой психосоматического единства, односторонне оценивающих значение регулирующих и интегрирующих аппаратов организма, ставящих акцент на деятельности или исключительно подкорковых образований, или коры мозга, или же эндокринных желез и т. п., В. М. Бехтерев был одним из первых, вставших на путь построения концепции о единой, интегрирующей системе, имеющей различные уровни управления, координации и соподчинения. В своих трудах ученый выступает против субъективных методов изучения мозга как органа психической деятельности, «главного органа взаимоотношения с окружающей средой», против различных направлений субъективной психологии. «Необходимо подчеркнуть, что субъективный метод, господствующий до сих пор в современной психологии, — пишет В. М. Бехтерев, — скорее является тормозом, нежели подсобником в изучении функций мозговой коры, ибо, будучи произвольно переносим некоторыми учеными на представителей животного мира, служащих объектами экспериментальных работ в области мозговой коры, он послужил источником искусственного построения схемы ее деятельности на основании субъективного анализа, совершенно в данном случае непригодного»¹.

Поднявшись на более высокий уровень понимания проблемы психосоматического единства, избежав несколько примитивных представлений А. Я. Кожевникова и других ученых, что объясняется еще недостаточной степенью знаний функций больших полушарий мозга, В. М. Бехтерев вплотную подошел к учению, созданному И. П. Павловым, учению, которое упорно не желал замечать Freud, так же как не мог признать он и других выдающихся достижений нейрофизиологии и патологии, — поскольку это означало бы признание несостоятельности его субъективистской, умозрительной концепции.

Здесь нет надобности специально доказывать ввиду общеизвестности факта и приводимых высказываний, что для зарубежных и отечественных медиков, разви-

¹ В. М. Бехтерев. Мозг и его деятельность. М—Л., 1928, стр. 211.

вающих взгляды материалистического монизма по вопросу о целостности физической и психической сфер, неизменным атрибутом этой точки зрения было положение о единстве организма с внешней средой. Вместе с И. М. Сеченовым они были убеждены в том, что «в научное определение организма входит среда, влияющая на него», среда как источник и объект отражения психической деятельности. Еще в 1883 г. А. Я. Кожевников писал: «...внешний мир познается нами только тогда, когда объекты его, так сказать, отражаются или проектируются в коре большого мозга при посредстве органов чувств»¹.

Утверждение отечественных и зарубежных медиков о единстве организма и его связях с окружающей средой послужило научной базой для обоснования принципа индивидуального подхода к больному, того принципа, который М. Я. Мудров сформулировал как необходимость «лечить не болезнь, а больного». Этот принцип, так же как и разработка так называемого развернутого диагноза, исходящего из требований подходить к больному с учетом всех его индивидуальных психических и физических особенностей, получил наиболее веское выражение в трудах и деятельности А. Г. Захарьина, А. А. Остроумова, С. П. Боткина и др.

Таким образом, предпосылки возникновения материалистического направления, если можно так выразиться, в развитии психосоматики были заложены задолго до 30-х годов XX столетия. Больше того, эти предпосылки исходили не из метафизических и откровенно идеалистических концепций, а из взглядов философов-материалистов и данных экспериментальной физиологии и патологии головного мозга, в первую очередь трудов И. М. Сеченова, а в последующем И. П. Павлова и его школы.

Однако, как будет показано дальше, развитие современной психосоматической медицины, идущей преимущественно из США, отклонилось в сторону от этой прочной материалистической традиции.

¹ А. Я. Кожевников. Невные болезни и психиатрия. М., 1883, стр. XVII (Добавление).

ОСНОВНОЙ ВОПРОС И ПОДХОДЫ К ЕГО РЕШЕНИЮ

Не останавливаясь на развитии прогрессивных учений в решении проблемы психосоматического единства, сосредоточим внимание лишь на тех концепциях, которые связаны с именами Dunbar, Alexander и их последователей, т. е. взглядов, за которыми закрепилось наименование — психосоматика.

При попытках решения вопроса — изучение взаимоотношений эмоционального и физического и познание природы эмоционального, представители психоматики пытаются использовать в своих теоретических построениях данные и достижения современного естествознания, в частности экспериментальной физиологии и патологии, но при этом они упорно сохраняют позиции несколько рафинированного и обновленного фрейдизма.

Наибольшее внимание психосоматиков привлекают работы В. Кэннона о физиологической природе эмоций, современные исследования о роли вегетопатологии и сетчатой формации головного мозга, некоторые положения учения И. П. Павлова об условных рефлексах.

Три аспекта теории Selye привлекали внимание Dunbar и других психосоматиков: это развитие представлений В. Кэннона о гомеостазе и идеи адаптации, указания на множественность причин заболеваний и, самое главное, возможность объяснения механизма эмоций. «Кэннон, — пишет Dunbar, — дал спецификацию термина „психосоматический“ в своем понятии гомеостаза... Селье пошел дальше экспериментальным путем, хотя его концепция стресса и энергии адаптации, — добавляет она с явным сожалением, — все еще не является составной частью медицинских знаний». Вместе с тем «общий синдром адаптации является ответной реакцией на стресс и расстройство его приводит к болезни»¹.

Психосоматики прибегают к понятиям адаптивной энергии, к представлениям об организме как энергетической системе и т. д.

Чаще всего стыки между психосоматикой и новейшей физиологией обнаруживаются при использовании пси-

¹ F. J. Dunbar. Psychiatry in the Medical Specialities. N. Y.—Toronto, London, 1959, p.: 9, 10.

хосоматиками современных концепций о характере и проявлениях эмоций. И это не удивительно, поскольку, как уже отмечалось, психосоматику подчас идентифицируют с эмоциональной медициной. В большинстве солидных работ по психосоматической медицине непременно содержится раздел, который дает обзор основных представлений физиологов, а также психологов о происхождении и проявлениях эмоций, так как эмоции, являющиеся выражением инстинктов, относятся к категории основных понятий психосоматической медицины. При этом упор делается на объяснения эмоций с позиций вегетофизиологии и патологии, эндокринологии и субъективной психологии, о которой будет сказано ниже.

Hamilton (Лондон) в монографии «Психосоматика» категорически заявляет, что «при психосоматических расстройствах всеми рассматривается только один механизм — автономная нервная система».

В связи с тем вниманием, которое уделяется автономной нервной системе в происхождении и выражении эмоций, в трудах психосоматиков нередко приводятся концепции, обособляющие по существу эту систему, отделяющую ее от других координирующих аппаратов и прежде всего цереброспинальной нервной системы и высших отделов головного мозга. Одной из таких концепций являются представления о так называемом висцеральном мозге, излагаемые в руководстве по психосоматической медицине Weiss и English. Разделяя взгляды Alexander и других психосоматиков об эмоциональных напряжениях, которые через автономную нервную систему способны влиять на широкий круг жизненных процессов и реакций, в том числе на «химический состав организма», авторы руководства излагают теорию о ринэнцефалоне и гипоталамусе как центрах эмоций. Эта область головного мозга, находящаяся в связи с корой и «низшими автономными центрами», рассматривается как «висцеральный мозг»; деятельность которого управляет внутренними органами, вообще — внутренней средой организма в отличие от «новых корковых образований, которые управляют мышечным аппаратом и содействуют функционированию интеллекта»¹.

¹ Weiss and English. Psychosomatic Medicine. Philadelphia — London, 1957, p. 62.

Психосоматики нередко прибегают и к другим воззрениям физиологов, близким к только что изложенным, и особенно охотно к новейшим исследованиям нейрофизиологии и патологии подкорковых образований головного мозга, его ствола, и сетчатой формации (к работам Мэгюна, Моруцци, Пенфилда и др.), одним словом к концепциям, акцентирующим значение образований, лежащих ниже полушарий головного мозга, к подкорковым центрам так называемой автономной нервной системы и деятельности эндокринных желез.

Пытаясь использовать отдельные, частные положения учения И. П. Павлова, психосоматики, однако, не воспринимают в целом это учение. Об этом, например, свидетельствуют и такие косвенные данные, как стремление доказать отсутствие принципиальных различий между ним и фрейдизмом, с которым подчас выступают некоторые авторы при трактовке вопросов психосоматической медицины. Делаются попытки найти общее, которое будто бы снимет все частные разногласия между этими двумя полюсами теоретического осмысливания проблемы. В работе Liddell имеется утверждение о том, что «источник длительного конфликта между доктринами психоанализа и высшей нервной деятельности скорее должен относиться к эмоциональным, чем к познавательным процессам, происходившим в головах Фрейда и Павлова»¹. Иначе говоря, подчеркивается общность проблематики и теоретического решения вопроса о психосоматическом единстве организма. С другой стороны, автор пытается объяснить «невосприимчивость» учения И. П. Павлова в США широким распространением там концепций В. Кэннона и К. Шеррингтона, хотя, как известно, первый был одним из немногих американских физиологов, кто положительно относился к учению об условных рефлексах в противоположность критическому отношению к нему второго. Liddell считает, что американские психосоматики и особенно соответствующее Общество и Институт психоанализа способствовали преодолению «эмоцио-

¹ H. S. Liddell. The Origins of Psychosomatic Medicine and the American Psychosomatic Society. Psychosomatic Medicine, 1962, v. XXIV, No. 1, p. 11.

нального барьера» между доктринами И. П. Павлова и Freud.

Вряд ли можно согласиться с таким мнением, учитывая, что теоретическая доктрина психосоматики, как отмечалось и будет показано далее, лишь привлекает некоторые данные физиологии и экспериментальной патологии, но основывается главным образом на учении Freud и его последователей. Ссылки на Freud и И. П. Павлова как основателей научной психосоматики встречаются довольно часто и в иных трудах. Они имеются и в докладах на Комитете экспертов по психогигиене ВОЗ, которые, как отмечено выше, были специально посвящены вопросам психосоматической медицины.

Необходимость связи с физиологией и другими областями естествознания и медицины широко декларировалась в докладе Е. Д. Виттковера, подчеркнувшего, что психосоматическая медицина должна включать тесное сотрудничество с психиатрами, психофизиологами, нейро-эндокринологами, кортико-висцеральной патологией в духе К. М. Быкова, экологическими и другими исследованиями¹.

Однако характерной особенностью работ психосоматиков остается то обстоятельство, что, несмотря на упоминание имени И. П. Павлова, работ К. М. Быкова о кортико-висцеральных связях, вопрос о роли и значении коры головного мозга как «распорядителя и распределителя» функций организма, как высшего отдела центральной нервной системы в организме остается обойденным вниманием. Основная аргументация, как правило, не идет далее роли и значения подкорковых образований головного мозга и в лучшем случае говорится о связях коры и подкорковых образований.

Таким образом, обращаясь к физиологии и патологии, психосоматики используют их данные для доказательства влияния психического, и прежде всего эмоций, на тело и выявления путей этого влияния, т. е. механизма психогенеза. Когда же речь идет о природе психического и эмоций, их формирования и, так сказать, этиогенеза, то представители этого направления обращаются к иным источникам.

¹ WHO (Ment.), 291, 5 June 1963.

ПСИХОАНАЛИЗ И НЕОФРЕЙДИЗМ КАК ОСНОВА ПСИХОСОМАТИКИ

В произведениях даже самых активных сторонников широких связей психосоматических концепций с физиологией и другими научными дисциплинами не только не исчезает, но продолжает развиваться и модернизироваться ориентация на субъективную психологию и, в частности, на психоанализ Freid. Недаром тот же Виттковер оценивает психосоматику как психологическую медицину, недаром он говорит о благотворном союзе психиатров, психологов и психоаналитиков. Не случайно он столь высоко оценивает работы психосоматиков, дающих субъективно-психологическую трактовку генеза язвенного колита и других болезней. Не случайно также, что в обзорном докладе на указанном Комитете экспертов И. Крапфа дается высокая оценка медицинской психологии в духе учения Freid, которое позволило «проникнуть в ту область, где бессознательные импульсы и тенденции становятся феноменально неразличимыми от индуктивно движущих сил и жизненных потребностей».

Можно, не боясь ошибиться, сказать, что нет такой книги или обстоятельной статьи по общим вопросам психосоматики, где бы не подчеркивалось основополагающее значение фрейдизма для психосоматики. Поэтому нет необходимости приводить многочисленные цитаты, ограничимся лишь некоторыми высказываниями крупнейших представителей психосоматики, Dunbar хотя и замечает, что Freid «мало писал о психосоматической проблеме», однако он осуществил синтез, переход между так называемой «чистой», кабинетной психологией и клиническими наблюдениями, впервые создал научную психологию личности и метод — психоанализ — как основу научных исследований в области психосоматики. «Благодаря психоанализу имеется первичная последовательная картина структуры и функции личности с точки зрения вовлеченных психических механизмов; благодаря психоанализу известен также последовательный хорошо определенный метод исследования психики»¹.

Особенно восторженные оценки психоанализу дает Alexander, посвящающий анализу трудов Freid и его

¹ F. Dunbar. Emotions and Bodily Changes. N. Y., 1954, p. 30.

значению сотни страниц своих работ. Так же как и Dunbar, он приписывает Freud заслугу соединения старых умозрительных, абстрактных психологических построений с научным методом: подведение биологических основ под психологические процессы, т. е. создание научной психологии, способной проникнуть в глубины психики — в сферу бессознательного. Alexander особенно подчеркивает роль Freud в разработке психоанализа, позволившего изучить «психологическую причинную последовательность и мобилизацию подавленного бессознательного», «выйти из общего абстрактного постулата бессознательности и эмпирически изучить влияние ее на поведение и физиологию», создать психодинамику¹. «Самой большой заслугой Фрейда, — подчеркивает Alexander в другой своей работе, — является понимание законов, руководящих подсознательными процессами, с тем чтобы сделать их доступными рациональному мышлению». И далее, оценивая роль психоанализа: «Фактически, теоретическое построение психоанализа является наиболее последовательной и рациональной системой, когда-либо существовавшей в психологии»².

В приведенных высказываниях не только содержится непомерно высокая оценка фрейдизма, но по существу намечено кредо и психосоматической медицины: ориентация на учение Freud и прежде всего его представления о примате бессознательного, инстинктивного и психоанализ, позволяющий проникнуть в тайники бессознательного.

И, действительно, теоретические построения психосоматики исходят из подобных же положений, модернизированных в трудах последователей Freud — современных фрейдистов.

Не останавливаясь подробно на представлениях последователей Freud, поскольку они, как отмечалось выше, получили освещение в печати, приведем лишь наиболее характерные особенности их взглядов. Классическая доктрина Freud и особенно его метапсихология, основанная на убеждении о примате сексуальной, либидозной природы инстинктивных побуждений, уходящей

¹ F. Alexander. The Development of Psychosomatic Medicine. Psychosomatic Medicine, 1962, v. XXIV, No. 1, p. 18—19.

² F. Alexander. The Western Mind in Transition. N. Y., 1960, p. 82.

корнями в инстинкты первобытной орды, подверглась критике уже со стороны его ближайших учеников и последователей, которые затем объявили о разрыве с ним и образовали даже свои школы. Были предприняты шаги заменить пансексуализм и его атрибуты другими, сугубо психологическими и по существу умозрительными построениями. Adler, основав свою школу так называемой «индивидуальной психологии», отверг фрейдскую теорию младенческой сексуальности и ввел понятие «комплекса неполноценности», получившего столь широкую известность. Этот комплекс, по Adler, возникает вследствие того, что индивидуальный «жизненный стиль» человека (т. е. индивидуальная особенность, своеобразная стратегия поведения и т. п., вырабатываемая в раннем детстве) сталкивается с препятствиями в окружающем мире личность, стремящаяся к превосходству. «Стремление индивидуума к превосходству, — замечает исследователь фрейдизма Brown, — может привести к одному из трех возможных результатов: 1) успешная компенсация, когда ему удается успешно приспособиться к обществу, работе и полу; 2) сверхкомпенсация, когда, например, слабый от природы человек становится гангстером; 3) уход в болезнь в качестве средства приобретения власти, поскольку, как писал Adler, «каждый невроз может восприниматься как попытка освободиться от чувства неполноценности с тем, чтобы добиться превосходства»¹.

Вариантом «комплекса неполноценности», объясняемого иными умозрениями, так сказать психологическими последствиями родовой травмы и символическим стремлением вернуться в лоно матки, к блаженному эмбриональному состоянию, явились построения известного последователя Freid Rank о страхе утери своей индивидуальности, «страхе перед необходимостью жить в качестве изолированного индивидуума». Исходя из такого фантастического предположения, Rank объяснял неврозы именно этим страхом покинуть матку, возрождающимся в дальнейшем в результате различного рода разлук и расставаний, а сновидения и другие подсознательные феномены — символическими изображениями матки, прохождения плода по родовому каналу и т. п. Подобные

¹ J. Brown. Freud and Post-Freudians. London, 1961, p. 39.

и другие представления Adler и Rank находят отражение не только в трудах неопрейдистов, но и в концепциях психосоматиков.

В меньшей степени на представлениях психосоматиков сказались взгляды другого последователя Freud Young о так называемом коллективном подсознательном и архитинах. В отличие от Freud Young считал, что подсознательное является не подавленным прошлым опытом, а нынешней активной частью личности, на которое воздействует текущая жизненная ситуация. Он делил подсознательную сферу на индивидуальную личную подсознательность и «коллективное подсознательное» — психологическое наследие человечества, животного мира и доисторических предков. Именно подсознательное, по Young, составляет глубинную часть личности, внешним отражением или поверхностным слоем которой выступает так называемая персона¹.

Таким образом, уже непосредственные ученики и последователи Freud наряду с критикой его метапсихологии указывали на роль социальных или «культурных» факторов в формировании психологических свойств личности. Эта тенденция вместе с более решительной критикой некоторых положений ортодоксального учения Freud и прежде всего его двух основных постулатов — биологической ориентации и теории либидо получили развитие в трудах неопрейдистов, крупнейшими из которых являются Horney, Fromm и Sullivan. Brown, сам являющийся фрейдистом, пишет о большом удельном весе социальных и так называемых культурных факторов в концепциях неопрейдистов.

Пожалуй, большое значение для психосоматиков, занимающихся клиническими проблемами, имеют концепции Horney и Sullivan, которые сосредоточивают внимание на объяснении происхождения неврозов и психозов и в меньшей степени, чем Fromm, обращаются к вопросам социологии, вернее социальной психологии. Резко выступая против, как она выражалась, «механистическо-эволюционного мышления» Freud, игнорирующего роль социальной антропологии и вообще социологии, отвергая учение о либидо и стадиях его развития,

¹ Изложение взглядов Adler, Young, Rank см. также R. Munroe. Other psychosomatic Approaches. American Handbook of Psychiatry. v. 2, N. Y., 1959.

эдипов комплекс, представления о структуре психического аппарата, неравенстве полов и другие важнейшие постулаты Фрейд, Ногнеу, тем не менее сохранила самую суть фрейдизма, которую она не без оснований усматривала в концепциях о строгом предопределении психических процессов, подсознательной мотивировке действий и чувствований и эмоциональности мотивировок. Ногнеу высоко ценила психоанализ как метод психотерапии и представления Фрейда о психодинамике. На этой фрейдистской основе Ногнеу создала свое так называемое холистическое понимание жизненных явлений и неврозов. Подчеркивая взаимовлияние культурных и интерперсональных факторов, она выводит из этой взаимосвязывающей целостности поведение и природу заболеваний — неврозов. Решающим моментом отношений людей и культуры в современном обществе, по Ногнеу, выступают конфликты окружающего человека общества. Конфликт приводит к неврозу, но этот невроз — не постороннее явление, а фактор, присущий природе человека как части целостной системы интерперсональных отношений и культурных факторов, т. е. это «невроз характера». Таким образом, сама «культура» современного общества порождает так называемую основную тревогу, т. е. ощущение себя «маленьким, незначительным, беспомощным в мире, способном к обиде, нападению, унижению, обману и зависти». Эти чувства возникают уже в детстве, особенно если дети лишены родительской теплоты и привязанности. Как пишет Келман в статье о Ногнеу, согласно ее представлениям, «корни основных конфликтов, влекущих за собой неврозы, заложены в культуре, принципом которой является индивидуальная конкуренция, порождающая враждебность и страхи»¹. Ногнеу, подобно другим неофрейдистам, не может не видеть разрушительного влияния на личность, на здоровье человека американского образа жизни, не может не говорить об антагонизмах, присущих этому образу жизни, которые приводят к чувству изоляции и беспомощности индивидуума. Но, как и все другие неофрейдисты, Ногнеу приводит умозрительные, абстрактные, субъективно-психологические объяснения конфликтов,

¹ H. K e l m a n. The Wholistic Approach (Horney). American Handbook of Psychiatry. N. Y., 1959, p. 1437.

мотивировок поведения людей и причин неврозов. Так, постулируя, что «невротический процесс является особой формой развития человека»¹, что конфликты «являются результатом конфликтующих потребностей и конфликтующих отношений с другими людьми», т. е. «путь неврозов» нужно видеть в «человеческих отношениях», Ногпеу особое значение придает «чувству изоляции и беспомощности перед лицом мировой враждебности»². Вместо традиционных комплексов Freud, таким образом, Ногпеу измышляет столь же абстрактные «основные конфликты», «основные тревоги» и тому подобные построения, источником которых, несмотря на апелляции к культуре, в конечном счете выступает темная, иррациональная область бессознательного. Именно отсюда происходят такие важные в концепции Ногпеу психологические явления, как «самопонимание», заключающееся в «растущем отчуждении от себя», и выливающееся в «самоненависть». Из этого же источника нужно черпать «основной внутренний конфликт» — «конфликт между конструктивными силами реальной личности и препятствующими силами чувству гордости, между здоровым развитием и силой, стремящейся доказать совершенство идеализированной личности»³ и т. п. Из этого априорного «основного внутреннего конфликта» выводила Ногпеу особенности характера и поведения невротика, в частности стремления невротика к привязанности, к власти, к самоопределению и готовность невротика подчиняться силе, т. е. стремления к людям, против людей и от людей. Целям разрушения внутреннего конфликта, восстановлению гармонии этих стремлений, предоставлению индивидууму возможности «освободиться от внутренних велений и принимать направления его жизни согласно со своими истинными желаниями и намерениями» служит психотерапия, целиком основанная на психоанализе.

Психотерапия обязана вскрыть корни конфликтов в тайниках бессознательного, откуда идет «центральная внутренняя сила», «источник энергии, усилий и внимания», откуда «возникает воля и способность к желанию и воле», называемая Ногпеу «реальным само».

¹ K. Horney. *Neurosis and Human Growth*. N. Y., 1950, p. 13.

² *Ibid*, p. 366.

³ *Ibid*, p. 368.

Это гипотетическое и, невольно думается, какое-то божественное «само» как динамический принцип индивидуума лишней раз подчеркивает близость Ногнеу к основным концепциям Фрейд, в частности его энергетической теории.

«Само» Ногнеу напоминает и так называемое селективное невнимание Sullivan, т. е. темную область подсознательного или, как он выражается, диссоциации. Как и Фрейд, Sullivan полагает, что подсознательное («диссоциация» и т. п.) выражается в сновидениях, повседневных ошибках, в фантазиях и во взаимоотношениях с другими людьми. Именно оно определяет личность, состоящую из двух частей или сфер: «самосистемы», т. е. части личности, которую можно наблюдать, и истинного «само», существующего с самого начала, так сказать, зерна личности, скрытого от наблюдения. В отличие от Фрейда, подобно другим неофрейдистам, Sullivan признает большое влияние культурных факторов на формирование личности, которая представляет собой «результат социальных процессов». Более того, несоответствием конкретной личности «культуре» интерперсональным отношениям Sullivan фактически объясняет чувство неуверенности и неудобства, т. е. «тревогу» — предпосылку возникновения болезни. Поэтому задача лечения — способствовать достижению индивидуумом его стремления к свободе от тревоги, стремлению к освобождению от напряжения с помощью того же метода психоанализа, воздействующего на «само». Следовательно, и у Sullivan трактовка подсознательного подчиняет «культурную» среду, «социальный процесс» и т. п. власти иррациональных сил.

В меньшей мере это обнаруживается во взглядах Фромма, хотя общая черта неофрейдизма — признание ведущей роли под (бес) сознательного присуща и ему. Подобно Ногнеу, Фромм пытается установить психологические механизмы связи индивидуума с обществом, изменения которых выражаются в неврозе или психозе. Одно лишь наименование этих механизмов, не говоря уже об их толковании, показывает несомненную связь их автора с Фрейд: «моральный мазохизм» — выражение потребности быть зависимым, связанный обычно с чувством неполноценности и несоответствия; «садизм» — своеобразное невротическое «стремление к власти»; «дест-

руктивность» — ощущение бессилия и изоляции; «подчиненный автоматизм» — стремление ликвидировать различия между собой и другими и, таким образом, освободиться от ощущения беззащитности. Fromm, как и другие психоаналитики, придает большое значение психическим эмоциональным переживаниям детства, оказывающим большое влияние на формирование личности. В сугубо психологическом, абстрактном духе определяет Fromm сущность невроза: это попытка индивидуума удовлетворить свою потребность в «ориентации и привязанности», используя характерные для него психические механизмы. В этом случае невроз является личной религией. Отсюда «обоснованность» всякого рода представлений об уходе в болезнь, невроза как защитной реакции и т. п. В то же время у него сильнее, чем у других неофрейдистов, звучат мотивы о зависимости личности и всех ее психических механизмов и побуждений, следовательно здоровья и поведения от социальных факторов, причем в отличие от своих коллег Fromm оперирует понятиями различных социально-экономических укладов, оказывающих специфическое воздействие на личность и даже влияющих на возникновение характерного типа личности, вернее ориентации типа. Fromm выделяет «воспринимающую, или рецептивную, ориентацию» (воспринимающий характер), когда такой человек ищет покровительства и зависимости от других, используя механизм морального мазохизма, что более присуще обществу, где группа людей эксплуатирует другие группы — рабовладельчеству, феодализму; «эксплуатативная ориентация» (эксплуатирующий характер) — пытается удовлетворить свои желания, применяя грубую силу с помощью садизма; примерами такой ориентации, по Fromm, служат грабители-бароны феодальных времен, авантюристические капиталисты XVIII столетия и нацистская клика. «Скрытая ориентация» (скрытый характер) стремится к сохранению и обладанию, ограждению от внешнего мира; педантичен, не гибок, типичен для времени экономики XVIII—XIX столетий, «Торговая ориентация» (торговый характер) — стремящийся «приспособиться» или «продать себя» с помощью психического механизма — подчиненного автоматизма. Именно этот тип характера, по Fromm, процветает в настоящее время в США и вообще в западном мире, где

увеличивается отчуждение человека от своих внутренних глубоких чувств, растет изоляция и одиночество, в мире стирания творческих, индивидуальных качеств. Ориентация личности, по Fromm, это не только выражение ее характерных черт и свойств, присущих эпохе, но и способ приспособления, своеобразной социальной адаптации. В данной связи он, например, замечает, что «торговая ориентация» позволяет миллионам людей с дефектом жить при капитализме, не заболевая. Однако Fromm не ограничивается отмеченными типами личности: он говорит еще об одной ориентации — «продуктивной» (продуктивном характере), так сказать, идеальном характере, который при помощи любви может связать себя с внешним миром, выразив полно свою целостность и индивидуальность, всесторонне реализуя «заложенные в нем возможности». Но в какие исторические эпохи ранее и где в современном буржуазном обществе имеются социальные условия для формирования этого идеального типа, — Fromm не говорит. Он, по-видимому, не может не чувствовать явного несоответствия окружающей его действительности построенной им схеме.

Не останавливаясь далее на представлениях Fromm, заметим, что суть его учения правильно уловили авторы специальной главы о так называемом культурном подходе Американского руководства по психиатрии, подчеркнув слияние «индивидуального подхода психоанализа с групповой перспективой социальных наук»¹. Действительно, несмотря на обращение к понятиям «социальный процесс», «капитализм», «феодализм», «культура» и т. п., эти понятия Fromm с другими неотрейдистами рассматриваются с позиций буржуазной социологии. Кроме того, несмотря на довольно резкую критику учения Freid, Fromm и другие неотрейдисты оставляют в сохранности и используют в своих построениях самое ядро фрейдизма — психоанализ, исходящий из определяющей роли бессознательного, оперирующий представлениями о подавлении, вытеснении, сопротивлении и др., использующий фрейдовские технические приемы для доведения бессознательных процессов до сознания. Глубоко прав Г. Уэллс, замечая, что в работах Hogney и

¹ E. Witenberg, J. Mackenzie Rioch, M. Muzer. The Interpersonal and Cultural Approaches. American Handbook of Psychiatry. N. Y., 1959, p. 1426.

Fromm — этом «рафинированном» психоанализе — заключается «противоречие между антифрейдовским акцентом на внешнюю среду и сохранением в качестве основы фрейдистской по существу концепции о бессознательной внутриспсихической динамике»¹.

Однако это противоречие более проявляется с внешней стороны, так как понимание «среды», «культуры», социального происходит с позиций буржуазной субъективной, социальной психологии, сводящей в конечном счете социальные процессы к вариантам фрейдовской сублимации бессознательных инстинктивных влечений и побуждений. На субъективно психологический характер трактовок понятия личности, взаимоотношений или интерперсональных отношений, понятия культуры и т. п. указывают и оценки медиков США достижений социологии, социальной психологии, глубинной психологии и др. Так, в работе Murphy «Социальная психология» высоко оценивается концепция инстинктов как источника социального поведения человека, подчеркивается значение психоанализа, указывается, что исторический подход к современной структуре личности базируется на «терминологии бессознательной динамики». Автор в соответствии с концепциями Fromm отмечает, что подсознательная динамика, определившийся характер которой возник «с ликвидацией крепкого феодального строя средневекового периода, разветвился во множество социально-культурных изображений различных категорий современных людей в отношении их большей частью подсознательной борьбы за приобретение нового места в меняющемся социальном строе»². Murphy ратует за необходимость еще более тесного союза социологии с концепциями «о подсознательном предопределении восприятия, мышления и действия» индивидуума и групп, на которых базируется буржуазная социальная психология.

Как уже отмечалось, одной из важнейших проблем буржуазной социологии является адаптация индивидуума, личности к культуре, к социальной среде, которая также решается в духе концепций о чисто психологическом приспособлении, основанном в конечном счете на

¹ Г. К. Уэллс. Фрейдизм и его современные «реформаторы». Вопросы философии, 1962, № 2, стр. 5—8.

² G. Murphy. Social Psychology. American Handbook of Psychiatry. N. Y., 1959, p. 1734.

тех же доктринах о примате бессознательных, эмоциональных, инстинктивных побуждений и т. п. Образчиком такого рода взглядов выступает монография Jourgard «Приспособление личности». Хотя автор и стремится к всесторонности и полноте характеристики приспособления, говоря о физическом здоровье как форме адаптации организма, о роли психогигиены в воспитании здоровой личности и т. п., он ставит акцент на субъективно-психологические критерии здоровья и реакций приспособления, прибегая к взглядам ортодоксальных фрейдистов и неофрейдистов — Freud, Adler, Fromm, Sullivan, Horney, Rank и др.¹

Не продолжая далее изложение некоторых представлений последователей Freud, как бы они ни назывались (неофрейдисты, социальные психологи, культурные антропологи, представители «глубинной» психологии, или психобиологии² и др.), отметим, что взгляды сторонников этих и подобных течений оказывают несомненное влияние на психосоматиков. Более того, воззрения самих представителей этого направления медицины фактически являются восприятием и развитием идей фрейдизма и в этом смысле тесно сплетаются с построениями неофрейдистов и других последователей Freud. В принципиальном отношении трудно говорить о сколь-нибудь существенных отличиях теоретических концепций психосоматики, фрейдизма и неофрейдизма. Различия касаются объекта или сферы применения теоретических установок: фрейдизм и неофрейдизм — это не только широкие буржуазные социологические и даже методо-

¹ S. M. Jourard. Personal Adjustment. N. Y., 1958.

² «Психобиология» — учение, созданное американским психиатром Meier, исходит из популярной в США концепции целостности (холизма); согласно этому учению, человек — выражение интеграции, неделимая единица физико-химического уровня, рефлексов, прочих физиологических систем и, наконец, психобиологического уровня, т. е. деятельности личности в целом как одного из факторов его биографии. Человек рассматривается как «человек в обществе», слитный с окружающей средой. Однако субъективно психологические посылки в духе фрейдизма играют ведущую роль и в этом учении, в частности признается большая роль инстинктивно-биологических влечений и установок, приобретенных в раннем детстве, ставится задача объяснить взаимосвязи объективно и субъективно воспринимаемого жизненного опыта с их биологическими способами выражения. Детальный анализ этого направления содержится в цитируемой монографии В. М. Морозова.

логические, философские учения, но и область применения своих взглядов и методов преимущественно в психиатрии, в частности при лечении психозов и неврозов; психоаналитическая психосоматика — область применения концепций фрейдизма и неопрейдизма в медицине, в частности при лечении соматических страданий, преимущественно психогенного происхождения, использующая данные экспериментальной медицины и биологии (физиология, патология и др.) для объяснения механизма психогенеза заболеваний, пытающаяся распространить некоторые теоретические положения и на сферу социальных отношений.

Не претендуя на исчерпывающую полноту, постараемся в дополнение того, что уже сказано, проиллюстрировать указанное заключение некоторыми примерами из концепций психосоматиков. Естественно, большая часть этих концепций направлена на объяснение происхождения и механизмов развития болезни. И хотя имеется множество вариантов подходов к этому вопросу, все они сводятся так или иначе к утверждениям о первостепенном значении под(бес)сознательных побуждений, мотивировок, комплексов и т. п., все они обычно исходят из постулата о противоборствовании личности с ее врожденными биологическими стремлениями и окружающей среды. Все они, как правило, подчеркивают значение адаптации к враждебной и чуждой потребностям личности социальной среде и нарушении приспособления как важнейшего фактора заболевания, как признака дезинтеграции целостности, какой, по их представлениям, является личность. Все они, несмотря на апеллирование к достижениям патологии, физиологии и других естественных наук, несмотря на поиски соматических эквивалентов психических реакций, в конечном счете рассматривают физическое, физиологическое и патологическое как производное психического, понимаемого в духе идеалистической философии и субъективной психологии, рассматривают болезнь в качестве феномена психического.

Здесь хотелось бы еще раз подчеркнуть, что наряду с психоаналитической психосоматикой, в медицине существуют и обогащаются новыми данными другие направления в изучении проблемы психосоматического единства, свободные от фрейдистских воззрений.

ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ, КОНФОРМИЗМ, ДЕЗАДАПТАЦИЯ И «ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНАЯ БЕЗНАДЕЖНОСТЬ»

В отличие от Freud и подобно неофрейдистам, психосоматики много говорят о роли социальной среды в возникновении болезней. Именно в конфликтах среды и личности они усматривают, как отмечалось, источники заболеваний. Однако этим конфликтам они дают весьма своеобразное объяснение, в соответствии с которым сама личность виновата в этих конфликтах, в ней якобы кроются причины расстройств.

Наиболее полно и ярко подобные воззрения сформулированы в работах Alexander и особенно в его последней монографии «Западное мышление в переходный период». Книга содержит широкие экскурсы в область философии, социологии, политики. При этом автор подчеркивает особенно большую роль для формирования мировоззрения и научных взглядов его поколения учения Freud с его биологической ориентацией и приматом бессознательного, прагматической философии У. Джемса и успехов естественных наук, прежде всего физики, которые, по мнению автора, подорвали прежнюю механистическую и материалистическую традицию естествознания, способствовали утверждению «нематериалистической ориентации» и «относительности человеческих знаний и зависимости их от человеческих наблюдений и способности рассуждать». Здесь ярко обнаруживается приверженность Alexander к идеалистическим воззрениям. В данном сочинении, наиболее полно отражающем его взгляды, фрейдизм возведен в ранг универсальной системы. «Мы не сомневались, — пишет Alexander, вспоминая годы начала своего знакомства с учением Freud, — что психоанализ изменит взгляды современного человека и все науки, касающиеся его, не только медицину и биологию, но и социальные науки»¹. И действительно, содержание этой книги, как и других трудов Alexander и его коллег, пронизано идеями Freud. Alexander поет антофеоз подосознательному — единственному источнику науки, искусства, политики и, нужно думать, всей цивилизованной жизни в современный период: «На поверхность всплыло подсознательное со всеми своими

¹ F. Alexander. The Western Mind in Transition N. Y. 1960 p. 81.

элементами — мистицизмом и иррациональностью. Оно стало основным объектом психологии и социальных наук, искусства и литературы, оно доминировало во внутренней политической жизни, так же как и в мировой политике»¹. Собственно такова общая характеристика глазами психоаналитика современного Alexander образа жизни США. Она является отправным пунктом в его дальнейших построениях о роли конфликтов среды и личности в происхождении болезней и в мотивировках поведения людей.

Бурные темпы развития «западной цивилизации», характеризующегося «выходением из себя», т. е. расцветом иррационального, подсознательного в социальном и психологическом отношении, выражаются в двух процессах — «конформизме» и «деперсонализации».

«Деперсонализация» личности происходит вследствие чрезвычайно развитой рационализации жизни, планового начала, давления на личность различных общественно-организованных, социальных, культурных и других институтов. Иначе говоря, деперсонализация личности объясняется тем важным общим явлением, которое Alexander объясняет понятием «конформизм» как выражением давления на индивидуальную или стремящуюся к индивидуализации личность совокупных учреждений, процессов и явлений, принесенных цивилизацией. Деперсонализация приводит к утере «собственного я», утрате единства «эго».

Происходит та социальная дезадаптация, о которой говорилось в соответствующей главе. Суть ее Alexander усматривает во все возрастающем несоответствии между биологическими, инстинктивными, глубинными влечениями и потребностями личности, оставшимися неизменными со времени древности, и резкими преобразованиями социальной среды — внешнего мира. Выражением этой дезадаптации под влиянием конформизма и является деперсонализация, или «утрата собственного я». «За непонятно короткие сроки он (человек, — Ю. Л.) изменил поверхность земли, условия индивидуальной и социальной жизни и сейчас находится в процессе проникновения в космос. Однако все эти величайшие достижения ка-

¹ F. Alexander. The Western Mind in Transition. N. Y., 1960, p. 188.

саются внешнего мира. В силу этого направленного волевого овладения окружающим его миром человек забывал об овладении своим собственным «я». Он завоевал мир и утратил свое собственное «я»¹. В этих условиях «утраты собственного «я» человеку особенно трудно избежать внутренних конфликтов, особенно трудно приспособляться к меняющейся внешней среде, отсюда «неврологическая или психическая дезинтеграция личности».

Другими исходами выступают уже отклонения в социальном поведении. Таким образом, создается концепция об универсальных причинах и механизмах патологии (медицинской и социальной), возникает основа теории, выходящей далеко за рамки медицинских проблем.

Но, несмотря на все возрастающее противоречие между «зыбкой организацией» «эго» и окружающей средой, все более затрудняющее приспособление личности, последняя пускает в ход свои защитные, компенсаторные и адаптивные механизмы для самосохранения.

Наиболее общим механизмом адаптации, по Alexander, выступает «идентификация эго», которая включает самые различные процессы — «искусственное подражание, полную идентификацию с внешним поведением, привычками и суждениями другого человека и, наконец, отбор некоторых аспектов, установок и суждений другого человека и включение их как органической части своего собственного „эго“, примиряя эти новые добавления к уже консолидированным и гармонично объединенным частям своей личности». Нетрудно видеть аналогии этого понятия с классическими фрейдовскими представлениями об идентификации как об одном из психодинамизмов.

Все процессы жизни, по Alexander, следовательно, заключаются в борьбе современного человека за свою идентичность путем приспособления «эго» к непрерывно меняющейся культурной среде, т. е. в субъективно психологических процессах, толкуемых с идеалистических, психоаналитических позиций.

Адаптация, в более широком смысле жизнь человека, осуществляясь с помощью идентификации и других психологических механизмов, базируется, по Alexander,

¹ F. Alexander. The Western Mind in Transition. N. Y., 1960 p. 195.

на трех основных динамических принципах: стабильности, экономичности и избытка энергии. Принцип стабильности — это «деятельность «эго» с привлечением физиологических и психологических механизмов для достижения координации внешних и внутренних восприятий, осуществление поведения, соответствующего удовлетворению потребности». Второй основной принцип, руководящий адаптивными функциями «эго», — экономичности или инерции, заключается в приобретении привычек, автоматических реакций для сохранения биологического и психологического гомеостаза, это тенденция организма к сохранению постоянных оптимальных условий для жизни с минимальной затратой энергии, т. е. «принцип психической экономии». Принципы стабильности и экономии — это психобиологические шаблоны, которые, по Alexander, «помогают сохранению жизни при помощи полезных адаптивных реакций». Но для того, чтобы понять другие, так сказать, творческие стороны жизни, Alexander ввел принцип «избыточной энергии», т. е. энергии, которая не требуется для сохранения жизни, а необходима для роста, воспроизводства и всей культурной, производительной, духовной деятельности человека. Избыток энергии, не компенсированной ростом ребенка, «освобождается в эротической деятельности», к которой Alexander относит прежде всего детские игры. Поэтому игре он придает колоссальное значение творческого и производительного фактора. В конечном счете все достижения творчества — науки, культуры, цивилизации — это, по Alexander, «продукт человеческих созидательных игр и фантазии, а не нечто добытое в поте лица»¹. Избыточная энергия, выражающаяся «двумя способами — утилитарным и эротическим», объяснит, таким образом, все стороны и мотивы поведения человека, причем она происходит подсознательно, непроизвольно, как «цепи сами по себе». Так «моральный мазохизм» непроизвольно заставляет себя испытывать поражения и разочарования. Любопытство, например, — пишет Alexander, — «это открытый способ полового удовлетворения. В очищенном виде оно становится мотивом для научного исследования»².

¹ F. Alexander. *The Western Mind in Transition*. N. Y. 1960, p. 260.

² То же, p. 254—255.

Конформизм и деперсонализация несут большую угрозу творческой, созидательной деятельности, так как они, по убеждению Alexander, подавляют способности и охоту «для игр и созидания». Западная цивилизация, убивая это творческое начало, идущее от принципа избытка энергии, охватывает все больший процент людей «более опасной болезнью, чем те, которые вызываются микроорганизмами: злокачественной скукой, болезнью, которая поражает не один какой-нибудь специфический орган, а весь организм в целом»¹. В этом угнетении избытка энергии Alexander усматривает даже «секрет кризиса западной цивилизации». Нет необходимости доказывать связь его рассуждений с воззрениями Freud и неофрейдистов, поскольку они буквально пропитывают все его построения. Не видим целесообразности и в доказательстве родства концепции Alexander с современными буржуазными школами в социологии, на характерные особенности которых неоднократно указывалось ранее. Отметим здесь только явную связь Alexander с идеями современных буржуазных течений философии. Вообще трудно выделить какую-то определенную школу философов, взгляды которой исповедовал бы этот лидер психосоматики. У Alexander можно видеть отголоски волюнтаризма Шопенгауэра и Ницше, прагматизма и инструментализма У. Джемса, о влиянии которого, как уже упоминалось, он сам говорил, и Дж. Дьюн², позн-

¹ F. Alexander. *The Western Mind in Transition*. N. Y., 1960, p. 270.

² На связь между Alexander как активным фрейдистом и философией прагматизма Дж. Дьюн косвенно указывают труды буржуазных философов прагматистов. Так, в одной из них — книге М. Левитта «Фрейд и Дьюн о природе человека» прослеживается общность фрейдизма и прагматизма. Автор доказывает, что для Дж. Дьюн, как и для его предшественника У. Джемса, характерен «биологический подход к поведению человека, который был основан на тщательном исследовании взаимодействий организма человека с окружающей средой и приспособлении этой среды для удовлетворения потребности организма» (M. Levitt. *Freud and Dewey on the Nature of Man*. N. Y., 1960, p. 17).

Биологический подход был присущ и психоанализу, однако в отличие от Дж. Дьюн «предметом исследований служат внутренние события». Автор доказывает общность целей — изучение поведения человека на основе психологических (субъективно-психологических, идеалистических. — Ю. Л.) представлений Фрейда и Дьюн и сходство их систем, которое «превышает различия», «являющиеся скорее результатом семантической путаницы, чем идеологической противоположности».

тивизма О. Конта и т. д. Для воззрений Alexander характерен субъективный идеализм, больше всего кивков он делает в сторону экзистенциализма. Действительно, все построения Alexander, держащиеся на идее об утрате собственного «я» или «идентичности личности» вследствие деперсонализации и конформизма, целиком опираются на одно из основных представлений экзистенциалистов об «утрате аутентичного эго», «экзистенциальной безнадежности». Экзистенциализму же принадлежат и положения о тенденции принизить, раздавить индивидуального человека до положения винтика в социальной машине.

Как отмечают не только философы-марксисты, но вынуждены признать и буржуазные философы¹, экзистенциализм выражает чувство бессмысленности, безысходности всего происходящего, ставит бытие под знак безнадежности, упадка, тревоги, страха. Это философия, как выражается Hübschner, «радикальной конечности», к которой стремится разум, познающий лишь «сущность», но не причины явлений, не, так сказать, наличное бытие или «человеческое существование», стоящее над «сущностью». Это философия иррационального, темного, неподдающегося познанию и т. п. Но именно из подобных представлений о брошенности, регрессе, безысходности существования человеческой личности в современном цивилизованном мире исходит Alexander. Мало этого, он пишет о подобных вещах, ссылаясь на Ницше и экзистенциалистов: «Существование не имеет рациональной цели. Когда западный человек пробудится от своих „сократовых иллюзий“ (здесь Alexander подразумевает „иллюзии“ о возможности понимания причинности явлений. — Ю. Л.) и признает бесцельность существования, он неизбежно станет жертвой нигилизма. Единственная возможность избежать этого заключается в признании, что в конечном счете значение имеет существование само по себе»². И хотя Alexander пытается смягчить экзистенциализм более оптимистической перспективой для человечества, которое с помощью психоанализа может якобы избежать окончательного маразма, его признания

¹ См., например, книгу А. Хюбшнера «Мыслители нашего времени (62 портрета)». Пер. с нем. М., 1962.

² F. Alexander. The Western Mind in Transition. N. Y., p. 197.

о всплытии на поверхность современной социальной жизни западного мира — мистических подсознательных, иррациональных сил — роднит его с философией безысходности — экзистенциализмом.

Мы остановились на этой, так сказать, социологической концепции не только потому, что она наиболее полно развита Alexander, но и потому, что она является довольно типичной для воззрений психосоматиков.

Не только для работ Alexander, но и ряда других психосоматиков характерны также взгляды на внешнюю, социальную среду, к которой происходит психологическое приспособление с помощью механизмов бессознательного, весьма близкие к представлениям в духе «болезней цивилизации», «больного общества» и т. п. Одним из выразителей таких воззрений является известный английский психосоматик Holiday, который на основании изучения сдвигов в состоянии здоровья населения в последнее время, характеризующихся чрезвычайным возрастанием «психологических расстройств» — бесплодия, самоубийств, язвы желудка; диабета, сердечно-сосудистых заболеваний и пр., делает заключение о современной цивилизации (буржуазной) как «больном обществе». Он характеризует его не только с медицинской точки зрения — роста показателей заболеваемости, но также социальной и политической: рост забастовок, безработицы, снижающаяся производительность труда рабочего, рост «интеллектуализма и навязчивого планирования», «уменьшение религиозной веры», «социальной фрагментации», т. е. войн и местного национализма и т. п. Все эти и подобные болезненные симптомы говорят о нарушении «национального равновесия» и начавшейся «дезинтеграции». По словам Brown, в концепции Holiday, особенно в объяснении психологических причин и механизмов дезадаптации к «больному обществу», большая роль отводится все возрастающей заброшенности детей раннего возраста (первых 3 лет жизни) «в отношении материнского ухода, в результате чего возрастает предрасположение к психосоматическим расстройствам, развивающимся уже в этот период»¹. Следовательно, по концепции Holiday и других психосоматиков, болезнь — реакция личности на социальную или «культурную» де-

¹ J. Brown, Freud and Post-Freudians. London, 1961, p. 96

зинтеграцию, которая происходит уже с первых лет жизни индивидуума.

Не трудно видеть, что подобные воззрения (Alexander, Holiday и их коллег) исходят не только из установок современной буржуазной психосоциологии, но и из общего для большинства теорий буржуазной социологии, философии, психологии, психиатрии источника — фрейдизма. «Дезинтеграция», «дезадаптация», «болезни общества», «конформизм», «деперсонализация» и т. п. базируются на представлениях Freud и его идейных учителей и прежде всего философов-волюнтаристов Шопенгауэра и Ницше о функциях общества, цивилизации как подавлении, обуздании сексуальных и агрессивных влечений человека. Концепции психосоматиков, так же как и неофрейдистов, являются всего лишь развитием и модернизацией взглядов Freud о том, что цивилизация, подавление и невроз неотделимы друг от друга и чем выше цивилизация, тем больше неврозов, больше подавления и наоборот. С развитием цивилизации, таким образом, увеличивается число неврозов и несчастий людей, ищущих утешения в заместителях подавленных влечений — алкоголизме, курении, наркомании, религии и пр., т. е. общество заболевает все тяжелее.

Нет надобности далее цитировать труды психосоматиков, подчеркивающих значение субъективно психологически, психоаналитически понимаемой дезадаптации и внешней среды как общей причины и предпосылки возникновения заболеваний, не говоря уже о социальных мотивировках поведения. Очевидно, что из подобных построений черпают психосоматики аргументы для психологических, точнее психоаналитических, «комплексов», «принципов», «процессов» и подобных умозрений, которые служат для большей убедительности и «конкретизации» их концепций о болезнях.

ПОДСОЗНАТЕЛЬНЫЕ КОМПЛЕКСЫ. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

Психосоматики не только используют традиционные фрейдовские и неофрейдистские принципы и комплексы (такие, как «комплекс неполноценности» Adler, «основной внутренний конфликт» Horney, «утрату индивидуальности» Rank, стремления к власти, привязанности,

чувства беспомощности, изоляции и другие психические механизмы морального мазохизма, садизма, деструктивности, подчиненного автоматизма Fromm и пр.), но и сами подчас «строят» подобные конструкции. Так, уже говорилось об «основных динамических принципах» Alexander, реализация которых должна, по его мнению, объединить не только общую природу заболеваний, но и поведение индивидуумов. Другим примером может служить его трактовка эмоционального конфликта, которому он придает весьма расширительное значение, в том числе и при возникновении заболеваний. Речь идет о конфликте, концентрирующемся, по убеждению Alexander, «вокруг эмоциональной ненадежности», о «конflikте между конкурирующим честолюбием и сильным стремлением к доверию и безопасности». Объяснение этого конфликта он дает в духе, характерном для психологических вариантов общих концепций болезней цивилизации и социальной дезадаптации: идеалы индивидуальной инициативы и предпринимательства сталкиваются с реальной действительностью, в которой «гигантские корпорации, с одной стороны, и всемогущие тредьюнионы — с другой, делают отчаянные попытки объединить безжалостные законы деловых кругов и безработицу». Возникает «антагонистическое сотрудничество» современного общества с его страхом и враждебностью, расстройствами и несбывшимися надеждами, огромным честолюбием и обескураженностью как идеальной почвой для «основного невротического конфликта наших дней — конфликта между индивидуалистическими идеями и стремлением к порядку, безопасности и доверию»¹. Нетрудно усмотреть черты сходства между этим и подобными эмоциональными конфликтами Alexander и других психосоматиков с конфликтами и стремлениями неофрейдистов, такими, как «чувство изоляции и беспомощности перед лицом мировой враждебности», «основная тревога», «утра единства с обществом».

Здесь невозможно продемонстрировать и небольшой доли примеров объяснения заболеваний современными психосоматиками, прибегающими нередко к откровенно фрейдистским толкованиям. Ограничимся приведением еще некоторых.

¹ F. Alexander, T. Morton. *Studies in Psychosomatic Medicine*. N. Y., 1948.

В цитированном выше сборнике «Психосоматическое понятие психоанализа», являющемся изданием Бостонского института психоанализа под редакцией Ф. Дютча, проблемы психосоматики объясняются с позиций классического фрейдизма: «Все психические и соматические проявления, — читаем мы, — суть результат воздействия биологических индуктивных сил от „эго“, „суперэго“ до действительных потребностей». Здесь же говорится, что личность должна быть направлена на стимулирование адаптационных процессов с целью достижения гомеостазного равновесия, т. е. изменение количественных факторов «оно», «эго» и «суперэго» Фрейда.

Другим образчиком подобного рода рассуждений могут служить статьи из книги «Психоаналитическое изучение общества». Авторы сборника исходят из общей концепции относительно того, что патологические изменения и вообще всякие человеческие взаимоотношения являются ничем иным, как выражением «психологических реакций потребностей и удовлетворения их». В основе этих реакций лежат эмоциональные импульсивные силы, действующие на тех же трех классических уровнях: «эго», «суперэго», «оно».

В сборнике по психосоматике, изданном в Амстердаме, также дается субъективно психологическое, психоаналитическое объяснение психосоматических заболеваний. Психосоматическая болезнь возникает у лиц с «гиперпластическим эго», которое «воздвигает мощный барьер против инфантильных неудовлетворенных первобытных потребностей, насильственно отвергаемых „эго“ и т. п.¹.

В ноябре 1961 г. в Лондоне состоялась конференция по вопросам психосоматических расстройств, на которой ряд докладчиков выступил в типично психоаналитическом стиле, полагая, что психосоматические болезни являются результатом «несостоятельности организации достичь нормального состояния, при котором „суперэго“, „эго“ и „оно“ находятся в равновесии... Сильная связь „суперэго“ — „эго“ приводит к гипертонии, слабая — к истерии².

¹ Psychosomatic S. A. Series of Five Lectures. Ed. by Ich. Booi, Amsterdam, 1957, p. 18.

² The Lancet, 1961, v. II, No. 7211, p. 1088.~

Подобных наукообразных цитат и высказываний можно привести бесчисленное количество. Но здесь важно подчеркнуть еще раз то обстоятельство, что все они представляются своеобразной, пестрой, эклектической мешаниной новейших научных терминов с классическими определениями и понятиями Freud. Все они маскируют незыблемую основу фрейдовской метапсихологии, которую они развивают и из которой исходят. От такого рода рассуждений один шаг до фантастических умозаключений относительно природы и характера тех или иных патологических расстройств. К современному «Соннику Фрейда», наполненному хитроумными вымыслами, заменяющими научное объяснение тех или иных расстройств, ныне добавляются не менее запутанные рассуждения и объяснения. Самый частый метод объяснения вращается вокруг утверждения о примате подавляемых врожденных подсознательных эмоций и реакций. В американском руководстве по психиатрии в разделе, посвященном общим концепциям психосоматической медицины, говорится о том, например, что ряд болезней многие психосоматики объясняют как подавление плача, астму — как подавление взывания о помощи, пептическую язву — жаждой любви и т. д. Такие примеры можно было бы приводить сотнями. Однако даже из отмеченных видно, что авторы подобных измышлений не ушли дальше фрейдовских представлений.

Как и следовало ожидать, весьма распространенной концепцией является та, которая объясняет многие заболевания как «уход», бегство от сексуального и социального конфликта. С такой точки зрения болезнь представляет собой своеобразную форму защиты организма от социального конфликта, социального потрясения. Подобную позицию ярко выражают Reiser и Bakst, трактуя патогенез большинства сердечно-сосудистых поражений. Они исходят из того, что большая часть сердечно-сосудистых расстройств вызывается подсознательным эмоциональным конфликтом, причем болезнь является средством разрешения такого рода конфликта, способом ухода от конфликта. Одной из важнейших причин подсознательного конфликта является страх независимости у одних индивидуумов или, наоборот, боязнь потери этой независимости. Отсюда, по мнению указанных психосоматиков, излечение от заболевания и особенно благо-

приятный исход оперативного вмешательства у ряда лиц приводит к психологически неблагоприятному последствию — боязни «независимости». «Если подсознательный конфликт повлечет за собой нежелание избавиться от болезни и связанных с ней „выгод“, то удачная операция будет представлять собой опасность, и снова потребуются защита „эго“ в подобных обстоятельствах»¹. Не трудно видеть, что указанные рассуждения очень близки к объяснениям Adler, Horney и других неофрейдистов и психосоматиков, изобретающих различные комплексы и конфликты.

Современные психосоматики, говоря о болезни как защите от конфликтных ситуаций окружающей среды, большое значение придают тем следовым реакциям, которые на всю жизнь остаются в психическом аппарате человека вследствие инфантильных переживаний и коллизий. В труде Weiss² и других авторов многие заболевания объясняются как «инфантильная реакция на разочарование».

В «Руководстве по психиатрии» следующим образом объясняется одна из распространенных версий на этот счет: «Человек, предрасположенный к психосоматическим болезням, испытал тяжелую ненадежность в раннем детстве, но не сумел выработать соответствующие защитные механизмы для защиты себя от опасности. Он пытается избежать повторения ненадежности или травмы посредством такой организации своей жизни, чтобы никогда не было возврата к прошлому. Угрожающее слабое место „закапсулируется“. Однако человек все же не теряет чувства ненадежности и в то же время не развивает защитных механизмов для борьбы с ним. Внешне такой больной может производить впечатление разумного, уравновешенного человека, однако, если нарушается защитный образ его жизни, он проявляет повышенную физиологическую реакцию на те эмоции, которые испытал в детстве»³. Дальше здесь говорится, что «например, больной язвой, защищающийся против уте-

¹ M. Reiser, H. Bakst. Psychology of Cardiovascular Disorders. American Handbook of Psychiatry. N. Y., 1959, p. 669.

² E. Weiss, L. Saul, J. Lyons. Psychosomatic Medicine. Progress in Neurology and Psychiatry. N. Y. — London, 1955.

³ M. Reiser, H. Bakst. Psychology of Cardiovascular Disorders. American Handbook of Psychiatry. N. Y., 1959, p. 652.

ри независимости от болезни настойчивым утверждением самостоятельности», может быть потрясен любой деловой неудачей, несмотря на то, что продолжает оставаться в общем-то самостоятельным человеком. Или, например, больной, страдающий увеличением щитовидной железы, по мнению психосоматиков, особенно чувствителен ко всякого рода отношениям к нему матери и в случае ее смерти у него развивается чувство покинутости, уязвимости, что благоприятствует развитию всякого рода заболеваний. Складывается такая ситуация, какая имеет место в детстве, когда ребенок без матери остается беззащитным и покинутым. Подобные рассуждения так и напрашиваются на аналогию с фрейдистскими и неофрейдистскими построениями в духе Rank.

Помимо поисков «защитных механизмов», заключающихся в каких-то комплексах или изъянах в инфантильной стадии, помимо попыток объяснения патологических процессов с точки зрения деперсонализации и конформизма «принципов и стремлений», большое значение в психосоматических построениях имеет тезис о болезни как выражении подавления агрессии, врожденно присущей каждой личности. Alexander, Weiss, Dunbar и другие психосоматики указывают, что агрессивные импульсы, подавленные личным и социальным тормозом, могут вызвать эмоциональное напряжение и различные нейро-эндокринные расстройства, в частности гипертонию и другие сердечно-сосудистые заболевания.

Важным элементом в концепциях психосоматиков выступают различного рода гипотетические, и опять-таки опирающиеся на психоаналитические схемы, представления о путях или механизмах, так сказать, соматизации эмоций. Одно из распространенных объяснений соматизации эмоций дают Weiss и English, выдвигая гипотезу о «языке органов». У больных, страдающих теми или иными нарушениями психогенного порядка, наблюдается слабая связь между центрами автономной нервной системы, подкорковыми образованиями, заведующими эмоциями или так называемым висцеральным мозгом (о котором уже упоминалось) и интеллектуальной сферой. Поэтому эмоции вместо выражения языковыми символами, т. е. словами, трансформируются на «язык органа», иначе говоря, вызывают патологические процессы органов: «...эмоции вместо того, чтобы быть выраже-

ниями в символическом употреблении слов и соответствующем поведении, могут пониматься как переведенные на „язык органа“»¹. Весьма сходны с этими положениями рассуждения другого психосоматика, Ruesch, о «телесном языке», которым пользуются больные, поскольку они не умеют пользоваться «языковыми символами». Согласно подобным схемам, возможны самые вольные толкования болезней, например «чувство вины» может вызвать диарею, посредством которой больной пытается освободиться от этого чувства или от мыслей, вызываемых им.

Не требуется специальных изысканий, чтобы видеть определенное сходство такого рода представлений с фрейдовскими психодинамозами, в частности с так называемой конверсией, т. е. появлением физических симптомов болезни, отражающих, трансформирующих (сублимирующих) вытесненные инстинктивные импульсы из сферы бессознательного.

В произведениях психосоматиков сравнительно особое место занимает проблема предрасположенности к заболеваниям, прямо относящаяся к пониманию ими болезни. Эта проблема связывается с представлениями о специфичности эмоциональных ситуаций, «конфигураций» или профилей личности и т. п. Выделяются два подхода в решении указанной проблемы. Одно из них представлено Dunbar, ее сторонниками, другое — Alexander и его последователями. Dunbar утверждает, что у лиц, страдающих однородными заболеваниями, имеются некоторые общие характерные черты личности, которые она объединяет понятием «профиль личности». Таким образом, выделяя различные профили личности, она подчеркивает мысль о том, что профиль личности является предрасполагающей к заболеваниям причиной.

Профиль, или «конstellация» личности, как она раньше выражалась, понимается Dunbar как совокупность конституциональных факторов и «жизненного опыта» («значимость» того или иного состояния для человека, «привычки», т. е. свойственный данному человеку характер реагирования, характер и степень беспокойства и острота самого состояния, вызванного беспокойством и т. п.). «Профиль личности» определяет степень,

¹ Weiss and English. Psychosomatic Medicine. Philadelphia — London, 1957, p. 63.

характер и продолжительность выражения расстройства, страха, беспокойства посредством нарушения функций различных органов, т. е. характер и степень соматизации эмоций. Следовательно, «каждый тип синдрома болезни характеризуется особым типом конфигурации личности»¹, т. е. «психодинамической специфической конфигурацией профиля больного»².

Alexander, не подчеркивая значения «профиля личности», говорит о «подсознательной эмоциональной конфигурации», указывая, что определенный эмоциональный конфликт связан с определенными психосоматическими болезнями.

Таким образом, можно говорить о специфичности эмоционального конфликта, или специфических эмоциональных реакциях, вызывающих соответствующее, определенное заболевание.

Иначе говоря, с точки зрения Alexander, имеют место «характерные эмоциональные стандарты», обнаруживаемые при различных органических заболеваниях. Однако и он признает значение не только «специфической эмоциональной конфигурации», но и так называемую специфическую органическую уязвимость органа к состоянию, предрасполагающее к заболеванию. «Другими словами, — пишет он, — предполагалось, что больные, страдающие определенными хроническими болезнями (это же относится, разумеется, и к неврозам. — Ю. Л.), имеют два вида уязвимости, а именно: специфическую эмоциональную уязвимость при определенных состояниях, вызываемых стрессом, и специфическую органическую уязвимость»³. Подобные состояния специально изучались с помощью так называемого биографического метода (подробное изучение анамнеза) и экспериментально-психологического (например, исследование посредством психологических тестов и психологических интервью, а также измерение физиологических функций деятельности сердца, дыхания и пр.) во время просмотрев специальных фильмов, воспроизводящих различные

¹ F. Dunbar. Synopsis of Psychosomatic Diagnosis and Treatment. St. Louis, 1948.

² F. Dunbar. Psychiatry in the Medical Specialities. N. Y. Toronto — London, 1954.

³ F. Alexander. The Development of Psychosomatic Medicine. Psychosomatic Medicine, 1962, v. XXIV, No. 1, p. 20.

эмоциональные ситуации, «состояния, вызываемые стрессом». При этом для семи болезней были выявлены семь специфических эмоциональных «психодинамических форм».

Из приведенных выше сведений становится ясным общее в понимании болезней психосоматиками. Несмотря на различные варианты трактовки генеза расстройств с привлечением фрейдистских, неопрейдистских и собственных «комплексов», «принципов», «стремлений» и других субъективно психологических конструкций, несмотря на привлечение данных экспериментальной биологии и физиологии, болезнь рассматривается как замена эмоции. При этом как сама эмоция, так и механизмы соматизации трактуются преимущественно с психоаналитических позиций, преимущественно как соматическая символика подсознательных психических процессов: с этих же позиций оценивается и роль предрасположения к заболеванию.

С проблемой специфичности и другими вопросами трактовки болезни связывается и такой, казалось бы, центральный вопрос, как существование специальных психосоматических заболеваний. Однако, только исходя из всего изложенного можно сделать вывод о том, что теоретическая концепция психосоматической медицины, постулирующая принцип целостности организма, должна склоняться к положению о всех (или абсолютном большинстве) болезнях как психосоматических. И действительно, многие психосоматики утверждают, что вся медицина является психосоматической и, с этой точки зрения, нет особых психосоматических заболеваний.

Alexander указывает, что «психосоматическая болезнь является неподходящим понятием», поскольку «эмоциональные факты этиологической важности» имеют место при большей части болезней. «Болезнь — проблема расстройства психики и сомы, следовательно, вся медицина является психосоматической медициной», — вторят ему Weiss и English. Dunbar, хотя и отмечает, что по ее подсчетам 65% больных страдают от болезненных симптомов, связанных с психологическими проблемами, но «существует тенденция рассматривать все болезни как психосоматические», и она ее разделяет.

Заметим, что употребление термина «психосоматическая болезнь» чаще всего идет не от основателей этого

направления, а от врачей, которые связывают с данным понятием те конкретные формы заболеваний, где особенно велика и наглядна роль эмоциональных реакций. Этот термин употребляется также при попытках специалистов разграничить психозы, психоневрозы от соматических страданий, где по их мнению велика роль психогенеза.

Несмотря на попытки определения специфических предрасполагающих к заболеваниям факторов (специфические эмоциональные конфликты, констелляции или профили личности и пр.), для психосоматики, как отмечено, характерно принижение значения качества многообразных внешних воздействий, которые, подобно концепции Selye, выступают в роли толчка, стимула для запуска механизма функционирования, который сам определяет характер реагирования, в том числе развитие болезни.

Поэтому неслучайны заявления самих психосоматиков, отрицающих специфические причины болезней. Так Cobb в редакционной передовой статье журнала «Психосоматическая медицина» писал следующее: психосоматика «оправдывает себя тогда, когда врачи перестанут считать, что имеются специфические причины болезней, когда они искренне придут к убеждению, что как здоровье, так и болезнь являются реакцией человеческого организма на сложную внутреннюю и внешнюю среду»¹.

Такого рода представления о биологических предопределенных комплексах, особенно инфантильных реакциях, противоречат прогрессивным представлениям профилактического направления медицины, поскольку на деле принижают или нивелируют роль внешнесредовых, в том числе социальных, факторов. И хотя, как указывалось выше, психосоматическая медицина обращается к понятию внешней среды, подробно и много говорит о болезнях цивилизации, конформизме, деперсонализации и т. п., она больше тяготеет к таким биологизаторским концепциям, которые акцентируют внимание на врожденных, предопределенных биологических реакциях и процессах. На это указывают не только различного рода

¹ S. Cobb. Monism and Psychosomatic Medicine, Psychosomatic Medicine, 1957, v. XIX, No. 3, p. 178.

объяснения генеза заболеваний, но и, как отмечалось, поведения человека, базирующиеся на фрейдистских и неопрейдистских построениях. Действительно, разве не является типично психоаналитическим, метапсихологическим в духе Freud объяснение, данное в одном официальном документе, которое забастовку или, как ее называли, «беспорядки» на угольной шахте приписывало «подсознательным конфликтом горняков, вызванным нежеланием вонзить в „мать-землю“ свой фаллический бур, что означало бы символическое кровосмешение». Даже сторонник неопрейдизма и психосоматик Brown, приводя этот пример, явно смущен им, называет его «удивительным», трудно доказуемым и т. п. Или чем иным, как не образчиком ортодоксального фрейдизма, является утверждение Cheld о том, что водитель автомашины использует ее для «удовлетворения своих агрессивных импульсов или выражения своего чувства вины», а пешеходы на перекрестках улиц испытывают «чувство вызова по отношению к водителю» и т. п.¹ Трудно видеть разницу среди такого рода объяснений и толкований психосоматиков, например Menninger, который самоубийства, аскетизм, мученичество, алкоголизм и другие виды антисоциального поведения приписывал агрессии, «направленной внутрь». Подобным образом он и, как мы уже видели, другие психосоматики объясняют травматизм, «прибегание» некоторых людей к частым операциям и пр. Перелом костей, по мнению психосоматика Groddek, происходит для того, чтобы удовлетворить подсознательные влечения, и потому правомочно задать вопрос пострадавшим: «Почему вы позволили себе травмироваться?».

В этом вопросе суть социальной, классовой тенденции психосоматической концепции болезни: обвинение индивидуума, личности в заболевании, попытка заключить причину болезни в самого человека, объяснить ее подсознательными устремлениями, потребностями и т. п. Таким образом, психосоматика вслед за фрейдизмом, неопрейдизмом вместе с другими буржуазными теориями встает в ряд защитников капитализма.

¹ Psychoanalysis and Automobile Accidents. J. A. M. A., 1959, v. 171, No. 8.

О ПРИРОДЕ ПСИХИЧЕСКОГО

Хотя психосоматики, как правило, не решают сами вопроса о характере и природе психики, так как они относят его к компетенции философов, однако в большинстве произведений психосоматиков даются весьма интересные выдержки из работ современных философов и психологов-идеалистов. Такой выбор источников, безусловно, свидетельствует о приверженности многих психосоматиков к идеалистическим взглядам по вопросу о психике и вообще психосоматической целостности. Гораздо реже психосоматики пытаются сами дать философское определение этих проблем, но и, как следовало ожидать, их подход является идеалистическим. Выше уже приводились высказывания Alexander, особенно оценившего экзистенциализм и инструментализм в определении психических процессов, характера личности и т. п. Наряду с другими представлениями личность рассматривается как выражение психического существования и самопознавания, в свою очередь являющейся «частью мира», частью «целостности».

В основе психического, по мнению психосоматиков, лежит бессознательная, инстинктивная деятельность как единственный источник энергии. Эта фрейдовская концепция энергетизма подчас подкрепляется ссылками на рассуждения философов об энергии как первооснове существующего и подобными гипотезами, идеалистический, агностический характер которых был вскрыт еще В. И. Лениным в «Материализме и эмпириокритицизме». Подобно философам и естествоиспытателям прошлого, не сумевшим подняться до диалектико-материалистического объяснения и понять сущность открытий в физике и других науках и объявивших об «исчезновении» материи или же, как писал В. И. Ленин, пытавшихся, подобно Оствальду, избежать «неминуемой философской альтернативы (материализм или идеализм) посредством неопределенного употребления слова «энергии»¹, современные психосоматики стремятся спрятаться за неопределенный термин «энергия», и тем самым, по выражению В. И. Ленина, пытаются «новой» терминологией

¹ В. И. Ленин. Материализм и эмпириокритицизм. Госполитиздат, 1951, стр. 255.

замазать старые гносеологические «ошибки»¹. Согласно взглядам Dunbar и других психосоматиков, «энергия организма, идущая из подсознательного, может трансформироваться в психической деятельности и, применительно к патологии — психических симптомах», и физической деятельности — «соматических симптомах», трансформантом энергии является эмоция.

Как явствует из приведенных рассуждений, так же как из всей теоретической концепции психосоматики, психическое рассматривается с позиций психоанализа, постулирующего ведущую роль подсознательного.

В этом смысле психическое — феномен подсознательного с его инстинктивной энергией. Следовательно, в конечном счете организмом распоряжается под(бес)-сознательное или, как говорит известный психосоматик Г. Гроддек, жизнью организма распоряжается «It» (его умозрительное представление), которое понимается как смесь фрейдовского бессознательного с мудростью юнговского «коллективного подсознания». Подобные выводы подкрепляются также рассуждениями неофрейдистов о «само», «самосистеме» и других гипотетических построениях, воспринимаемых психосоматиками. Вся концепция психосоматики, воспринявшая учение Freud о примате подсознательного, подтверждает положение о том, что соматическое, физиологическое в конечном счете сводится к психическому, основой которого выступает подсознательное. Разделяя идеалистические воззрения, психосоматики, естественно, или обходят вопрос о возможности познания психического, или же отвечают на него отрицательно. Wyss, например, писал, что «психическое свойственно живому организму, конечно, не в смысле познаваемой психики, а как непознаваемое, предстепень особого рода»².

Такого рода рассуждения, сочувственное отношение к холистическим, энергетическим и прочим концепциям роднят философские воззрения психосоматиков с представителями так называемого идеалистического психофизиологического монизма. Последние, подчеркивая

¹ В. И. Ленин. Материализм и эмпириокритицизм. Госполитиздат, 1951, стр. 256.

² W. Wyss. Aufgaben und Grenzen der psychosomatischen Medizin? Berlin, 1955, S. 11.

единство психического и физиологического, допускали наличие какого-то мистического посредника, «нейтральной» субстанции, проявление которой и представляет материальное и идеальное. В роли такой субстанции может быть жизненная «энергия» или вообще подсознательное, инстинктивное, трансформирующееся через посредство эмоций в психическую (в том числе сознательную) и телесную деятельность и ее нарушения (болезни). Взгляды ряда психосоматиков близки и к другой идеалистической концепции, так называемой теории взаимодействия.

РАЦИОНАЛЬНЫЕ СУЖДЕНИЯ

Позволительно спросить, имеются ли какие-либо рациональные, положительные моменты в психосоматической медицине? При решении этого вопроса, как и в отношении других теорий, нам помогает ленинское учение о необходимости решительного отсеечения реакционных тенденций учений буржуазных философов и социологов и использовании всего рационального, что накопила наука в капиталистических странах. Исходя из этих позиций, мы должны отбросить как противоречащую марксистской методологии, достижениям науки теоретическую концепцию психосоматики, опирающуюся на фрейдизм и другие субъективно идеалистические, волюнтаристические учения, в конечном счете направленную на защиту классовых интересов буржуазии. Вместе с тем заслуживают внимательного отношения некоторые факты и положения работ психосоматиков, ориентирующихся на данные экспериментальной физиологии и патологии.

Прежде всего заслуживает внимания попытка психосоматиков изучить соматические проявления эмоций, так сказать соматизацию эмоций при различных заболеваниях, особенно сердечно-сосудистых, ревматизме, язве желудка и двенадцатиперстной кишки и пр. Такого рода конкретные наблюдения, разумеется, пополняют арсенал клинической медицины.

Представляют несомненный интерес наблюдения и положения о специфике эмоциональных конфликтов и характеристик эмоциональных черт индивидуумов. Подобные наблюдения способствуют изучению психогенеза

болезней и решению проблем медицинской психологии, которой обоснованно придается большое значение; такие факты при умелом их использовании могут служить дальнейшему развитию индивидуального подхода к больному, изучению психоэмоциональных явлений в клинической медицине. Проявление индивидуализации представляет и требование некоторых психосоматиков собирать подробный анамнез для учета максимального числа факторов наследственности и окружения больного, или так называемый биографический метод исследования. Некоторые психосоматики говорят о необходимости установить «экономический диагноз», т. е. характер «перенапряжения», характер выражения «эмоционального стресса», «онтогенетический» диагноз — определение влияния социального окружения и т. п.¹ Можно оценить как положительный факт стремление психосоматиков использовать экологический подход (не социальную экологию) при изучении больного. Недаром некоторые из них (Собб и др.) называют психосоматическую медицину экологической. Один из известных психосоматиков Engel говорит о том, что экологический подход помогает определению этиологии и патогенеза заболеваний, основанному на учете физических, химических, биологических и психосоциальных факторов².

Не говоря о безусловном интересе, который вызывают экспериментально-физиологические и психологические исследования некоторых психосоматиков, не относящиеся, впрочем, к их теоретической концепции, базирующейся на психоанализе и субъективной психологии. Заметим, что положительные и рациональные элементы психосоматики не представляют ничего принципиально нового. Они должны быть отнесены к развитию прогрессивной традиции медицины, которая в решении проблемы психосоматического единства и взаимодействия твердо идет по пути материалистического монизма и физиологического направления, нервизма и его современного проявления — учения И. П. Павлова о высшей нервной деятельности.

¹ R. Tzanck. *Réflexions sur la médecine psychosomatique*. Paris, 1964, p. 69.

² G. L. Engel. *Psychological Development in Health and Disease*. Philadelphia, 1962.

Таким образом, психосоматика как современная теория, подход или направление медицины (преимущественно в США), возникнув под влиянием тех же причин, что и другие общие теоретические концепции, в частности как реакция на изменившуюся картину патологии и преимущественно механистические теории, оказавшиеся несостоятельными при объяснении этой новой патологии, видит решение основных проблем теоретической медицины в рассмотрении организма как психосоматической, индивидуальной целостности. Однако, поставив эту действительно важную задачу, психосоматика хотя и использует достижения экспериментальной биологии и патологии, в первую очередь нейрофизиологии и вегетопатологии, рассматривает проблему целостности и вытекающий из нее важнейший механизм соматизации эмоций, исходя из позиций традиционного и современного фрейдизма, представляя в этом отношении его приложение или применение в медицине и в более узком смысле — в той ее области, которая занимается психогенезом соматических расстройств. Но в целом ее значение выходит за рамки этой сферы и вообще медицины, так как она фактически доказывает универсальность, общеприемлемость фрейдизма, «плодотворность» его использования не только в психиатрии и психологии, но во всех других отраслях медицины, биологии, а также социологии и философии. Недаром сами психосоматики нередко производят экскурсии в сферу социальной жизни и социальных отношений, внося, как и их идейные учителя — фрейдисты, философы и социологи-идеалисты, свою лепту в общую для буржуазных ученых — апологетов капитализма — функцию защиты этого отживающего строя.

В 20-х годах настоящего столетия в медицинских кругах западных стран получил распространение лозунг: «Назад, к Гиппократу». Этот лозунг явился отражением тех разговоров о «кризисе медицины», которые вынуждены были вести некоторые, в том числе и очень известные медики. Именно в середине 20-х годов возник термин «неогиппократизм». Он предложен итальянским историком медицины Castiglioni и вскоре был применен в медицинской печати английским клиницистом, одним из представителей так называемой конституциональной медицины Sawadiaz, итальянским клиницистом Pende, французскими учеными — историком медицины Laignel-Lavastine и клиницистом Martiny. В 1934 г. Castiglioni посвятил неогиппократизму весь мартовский номер журнала «Medical Life». Под флагом неогиппократизма уже в тот период начали объединяться врачи, преимущественно из Италии, Франции, Испании, Великобритании, Латинской Америки, которые видели выход из кризиса медицины в возвращении к классическим принципам медицины Гиппократа. В 1937 г. был созван I Международный конгресс гиппократической (неогиппократической) медицины, проходивший в Париже под председательством Laignel-Lavastine. Через год в Марселе состоялся первый национальный конгресс неогиппократической медицины. Вторая мировая война прервала работу конгрессов, которые возобновились с 1953 г.

Неогиппократизм как одно из теоретических течений медицины капиталистических стран развивается и распространяется и в настоящее время. Причины, которые обусловили возникновение этого течения, не являются специфичными, они в общем плане не отличаются от тех, которые породили другие теории концепции медицины и здравоохранения. Неогиппократики, однако, больше всего ссылаются на чрезмерное развитие аналитической тенденции в современной медицине, которая, с их точки зрения, усугубляется достижениями науки и техники.

РЕВИЗИЯ УЧЕНИЯ ГИППОКРАТА — ВЫХОД ИЗ КРИЗИСА МЕДИЦИНЫ

Сверхспециализация медицинской профессии, утверждают представители неогиппократизма, устраняет из поля деятельности врача больного человека. В решении I Международного конгресса неогиппократической медицины, представляющем как бы декларацию или кредо этого течения, сказано по этому поводу: «Медицина на перепутье. Аналитическая тенденция слишком развита. Важно вернуться к более гармоничному соотношению анализа и синтеза, чувству меры и тонкости восприятия». Эта мысль о преобладании аналитической тенденции в медицине вследствие «чрезмерного» развития и специализации, технических, лабораторных и прочих методов, расчленяющих единый организм на отдельные части и органы и ведущий к потере его единства, звучала на втором, третьем и последующих конгрессах неогиппократической медицины.

Таким образом, наиболее общим тезисом неогиппократической медицины при попытках объяснения «тупика», «кризиса» современной медицины является утверждение о преобладании анализа, утрате индивидуальности больного вследствие технических достижений и т. п. Подобные утверждения обычно сочетаются с положениями, изложенными нами в главе о теориях социальной дезадаптации и болезнях цивилизации. В произведениях представителей неогиппократизма также содержатся заявления об угнетении личности современной цивилизацией, о преобладании конформизма, о нарушенном социальном гомеостазе и пр. В одной из работ, имеющей типичное для неогиппократизма название «Снижающиеся

клинические традиции», сказано, что «по мере расцвета технического прогресса, массовой продукции и автоматизации начал исчезать индивидуализм», что «материализм и чрезмерная организация» общества уничтожают творческий индивидуализм личности, приводят к пассивному соглашательству. Важнейшей причиной этого автор статьи называет «манию исследовательских работ и сверхспециализацию», которые уничтожают «непреклонный индивидуализм личности», сменяемый «пассивным соглашательством»¹. В этом же духе высказывается и один из основателей неогиппократизма Pende: «Эпоха массовой цивилизации, в которую мы живем, обезличивает человека. Человеческая масса, пренебрегающая различиями человеческой ценности, не может сделать индивидуума свободной личностью»².

Представители неогиппократизма склонны видеть выход из тупика или кризиса современной аналитической, чрезмерно специализированной медицины, так же как и одно из средств для восстановления индивидуальности подавленной цивилизацией личности, в возвращении к классическим принципам медицины Гиппократа. Pende говорил: «В наш век механических утилитарных медицинских познаний каждый врач, желающий почувствовать себя достойным сыном нашего всеобщего отца Гиппократа, должен обратиться к его учению. Тогда он восстанет против сверхразделенных и сверхспециализированных директив временных медицинских теорий и практики. Эти директивы и практика непрерывно расчленяют единство тела и души, так же как они расчленяют разум и душу и, что важнее всего, моральную сущность врача»³. Лишь гиппократовская медицина, говорится в докладе Laignel-Lavastine, подготовленном для II Международного конгресса неогиппократической медицины является «духовным пастырем нового гуманизма, возрождающего моральную конечную цель в нашей технической цивилизации»⁴.

¹ J. Ruesch. Decrising Clinical Tradition. J. A. M. A., 1962 v. 182, No. 2.

² Traité de médecine biotypologique, Publié sous la direction du prof. N. Pende. Paris, 1955, p. 9.

³ III Congrès International de médecine neo-hippocratique. Archives hospitalières. Paris, 1957, No. 10, p. 297.

⁴ Deuxième Congrès International de médecine hippocratique. L'Union Médicale du Canada, 1954, v. 83, No 2, 3, 4.

Следовательно, важнейшее требование неогиппократизма — необходимость рассматривать организм как единое целое его физических и духовных проявлений. Принцип целостности, как известно, был одной из сильных сторон медицины Гиппократов, отражающей состояние античной натурфилософии, по словам Ф. Энгельса, заключающий «наивный, но по сути дела правильный взгляд на мир, верно схватывающий общий характер всей картины явлений»¹.

Этот принцип сочетался с рассмотрением человека в единстве с природной средой. Особенно ярко положение о целостности человека, единстве его природы и окружающего мира изложено в знаменитом сочинении Гиппократов «О воздухах, водах и местностях». Требование целостности организма и единства его со средой нашло выражение в резолюциях и программах международных конгрессов неогиппократической медицины: «Прекратить отделять тело и дух, человека и среду», — говорится в программе II Международного конгресса². Это положение многогранно отражено в трудах представителей неогиппократической медицины как одно из основополагающих. Ренде в предисловии к фундаментальному труду — сборнику современных работ по неогиппократизму, к которому мы не раз еще вернемся, пишет, что доктрина неогиппократизма «рассматривает больного как соматопсихическое целое, как жизненное единство тканей, гуморальной системы, сознания»³. Deloge, который в отчете о III Международном конгрессе неогиппократической медицины назван «духовным отцом доктрины целостной медицины», указывает: «Подлинная медицина — это всеобъемлющая наука. Это медицина человеческого организма, взятого во всех его проявлениях и связях, рассматривающая его психоорганические проявления и окружающую его среду в их единстве»⁴.

Не продолжая далее цитирование трудов и докладов представителей неогиппократизма о единстве, синтезе, целостности организма, отметим безусловно положитель-

¹ Ф. Энгельс. Анти-Дюринг. Госполитиздат, 1951, стр. 20.

² Deuxième Congrès International de médecine hippocratique L'union Médicale du Canada, 1954, v. 83, n. 2, 3, 4.

³ Traité de médecine biotypologique. Paris, 1955, p. 9.

⁴ P. Deloge. De la médecine clinique à la médecine sociale. Paris, 1961, p. 9.

ное значение этой тенденции, обращающей внимание на необходимость для врача подходить к пациенту как к больному человеку. Такой подход целиком отвечает прогрессивным материалистическим традициям медицины, что особенно необходимо в наше время, характеризующееся все большей дифференциацией и профилизацией медицины, таивших опасность «машинизации» мышления врача, утери из его поля зрения целостного организма человека. Положительное значение указанной тенденции неогиппократизма тем более очевидно, что большинство его крупнейших представителей не призывает просто вернуться к принципам Гиппократов — повернуть развитие медицины вспять, а пытается применить эти принципы на основе современных достижений науки.

Laiguel-Lavastine, говоря об «опьянении анализами», которые никогда никому не открывали глаза на что-либо, признавал «чудесное развитие физических, химических и биологических методов познания». Общее мнение по этому вопросу было выражено в резолюции II Международного конгресса неогиппократической медицины, в которой указано на необходимость «по-настоящему включать гиппократовские принципы в современную медицину, примирять традицию с наукой и прогрессом».

Говоря о положительной тенденции неогиппократизма рассматривать организм в единстве его физических и психических проявлений, усиливающейся стремлением связывать принцип целостности (как и другие принципы учения Гиппократов) с достижениями современной медицины, следует заметить, что представители неогиппократизма не всегда последовательны в трактовке своих воззрений. При объяснении принципа целостности иногда проскальзывают дуалистические мотивы. Это особенно явно проявляется в связи с подчеркиванием важности завета Гиппократов о соединении философии с медициной: «Необходимо перенести философию в медицину, а медицину в философию, ибо врач-философ подобен богам». Этот завет должен проявиться во всех принципах неогиппократизма и особенно принципах целостности организма и единства его со средой. Представители неогиппократизма пытаются даже осмыслить этот принцип с позиций космологии и натурфилософии Гиппократов.

Pende в докладах на конгрессах и в своих трудах неоднократно подчеркивал мысль о целостности орга-

низма в духе всеобщности связей природы (макрокосмоса) с телом и психической сферой человека (микрокосмосом).

Выступая против «утилитарного профессионального материализма», т. е. против аналитической тенденции, сверхспециализации, вторжения в медицину массы технических и лабораторных методик и т. п., Pende и его последователи подчас оказываются в лагере противников материализма. Не говоря об архаичности оперирования в наше время понятиями античной натурфилософии, философская трактовка принципа целостности и других положений учения Гиппократов напоминает идеалистические рассуждения в духе философии холизма, неотомизма и других идеалистических течений. Это подтверждают и прямые ссылки на Фому Аквинского, Блаженного Августина и прочих теологов.

На приверженность к идеалистическим воззрениям указывает сочувственное отношение Pende и других представителей неогиппократизма к психоанализу Freud и психосоматике, которые, как показано в специальной главе, основаны на идеалистических философских концепциях. Pende, призывая врача быть философом, подчеркивал, что это особенно важно сейчас, «... в эпоху, когда мы настаиваем как на чем-то новом — на психосоматической и психоаналитической медицине, которые представляют собой два наиболее истинных и наиболее полных аспекта психологической медицины»¹.

Отмеченное лишний раз подтверждается и трактовками Pende понятия личности. Это понятие довольно часто употребляется в трудах представителей неогиппократизма, так как с ним они связывают основной принцип — целостность организма. В стремлении подчеркнуть этот принцип Pende обращается к трудам философов, психологов, физиологов, часто объясняющих понятие личности с идеалистических позиций. Так, он приводит высказывания Marcel, проповедующего примат духовного начала в личности, выступающего с принципами трансцендентальности, «высшего духа», «духа провидения», бессмертия личности и т. п. Пытаясь как-то классифицировать различные воззрения на лич-

¹ Congrès International de médecine neo-hippocratique Archives hospitalières. Paris, 1957, No 10, p. 298.

ность, Pende называет материалистами и экзистенциалистов, которые, по его словам, «отбрасывают трансцендентальность», и вместе с тем противопоставляет им тех, кто стоит на «гуманистических» позициях при определении личности. Именно к таким ученым он причисляет себя, поскольку этот гуманизм включает «духовное начало, отличающее человека от животного»¹. Как видно, философская классификация Pende по этому вопросу, как и по другим, весьма шатка.

Неогиппократизм пытается «перенести» в современную медицину и другие принципы учения Гиппократата. Так, подчеркивая первостепенное значение принципа целостности организма, подобно Гиппократу, обращают большое внимание на общую патологию и особенно общую терапию болезней, на «лечение природой», мобилизацию естественных сил организма в преодолении недугов. «Утверждать приоритет общей медицины над специализацией и техникой», «Отдавать предпочтение всякий раз, когда возможно, простой и естественной терапии», «Рассчитывать на естественный иммунитет до того, как прибегать к иммунитету искусственному», — записано в резолюции Международного конгресса неогиппократической медицины².

В соответствии с этими принципами представители неогиппократической медицины большое место отводят работам по общему лечению и его методам. Методы климато- и курортотерапии, физиотерапии и др. пользуются их особым вниманием наряду с психотерапией и вообще развитием психогигиены в медицине. Так, одним из трех программных вопросов III Международного конгресса неогиппократической медицины был посвящен роли гидротерапии в общей терапии. В повестке дня IV конгресса стояли такие вопросы, как «Моральный фактор в психогигиене, общей терапии и психотерапии».

Не останавливаясь на конкретных работах представителей неогиппократической медицины, посвященных методам общего лечения, поскольку это не входит в нашу задачу, отметим положительное значение стремлений обратить внимание на роль общей патологии и лечения

¹ Congrès International de médecine neo-hippocratique. Archives hospitalières. Paris, 1957, No. 10, p. 298.

² Deuxième Congrès International de médecine hippocratique. L'Union Médicale du Canada, 1954, v. 82, No. 2.

больного человека. Это подтверждается также попытками базироваться на положениях функциональной, динамической медицины, которая у ряда представителей неогиппократизма ассоциируется с общей патологией, основанной на физиологических учениях И. П. Павлова, А. Д. Сперанского, Selye, А. Риккера и других выдающихся исследователей¹.

В произведениях представителей неогиппократизма приводятся ссылки на работы И. П. Павлова, Bernard, К. М. Быкова, А. Д. Сперанского и др., говорящих о значении физиологических исследований в клинической медицине, о целостном динамическом стереотипе, кортико-висцеральных взаимоотношениях и других вопросах, имеющих отношение к принципам неогиппократизма. Так, например, А. Клотц пишет, что «работы Павлова и Ухтомского показывают существование динамических стереотипов, кортико-подкорковых динамических структур, возникающих на базе условных рефлексов, в результате повторяющихся воздействий внешней среды» и т. п.

Не продолжая далее цитирование трудов представителей неогиппократизма по вопросу об общей и функциональной медицине, отметим, что, несмотря на заслуживающие внимания положения, и здесь в ряде выступлений и работ проскальзывает та эклектичность, которая столь характерна для всего учения. Не говоря уже о том, что учение И. П. Павлова во многом отлично от концепций Selye, Риккера и др., неогиппократики охотно принимают и гомеопатию. Не раз на конгрессах ставился вопрос о гомеопатии и неогиппократовской медицине. При этом обращалось внимание не только на принцип Гиппократа «*Natura Sanat, medicos curat*» (лечение природой), но и на законы противоположности и тождества в лечении. Принимая общую доктрину гомеопатии, которая, как говорилось на одном из конгрессов в докладе «Гиппократовские традиции в гомеопатии», «остается в течение веков неизменной», некоторые представители неогиппократизма считают, что гомеопатическое наблюдение дает врачу метод, особенно требующийся врачам-практикам. Delege в докладе на II Международном конгрессе неогиппократической медицины говорил об «особом внимании» к гомеопатии и рекомендовал ввести обучение гомеопатии

¹ *Traité de médecine biotypologique*. Paris, 1955, p. 785—786.

как части общей терапии. Пользуется поддержкой и довод в пользу объединения гомеопатии и аллопатии в единую медицину.

Характерно, что сами представители неогиппократизма призывают к соединению воедино «всех методов исцеления», считая наиболее перспективным «путь просвещенной эклектики». Действительно, попытка соединения воедино под флагом приоритета общей медицины, общей терапии и патологии столь различных концепций является ярким выражением эклектики.

Подчеркивая принципы целостности, призывая к восстановлению роли общей патологии и терапии, синтеза, над которым преобладает анализ и т. п., неогиппократизм заявляет, что наиболее полным выразителем и носителем этих принципов является врач общей практики — домашний врач. Именно фигура домашнего врача стала знаменем практической деятельности неогиппократизма. О назначении, обязанностях, подготовке домашнего врача, его месте в медицинской профессии, перспективах и других вопросах неоднократно говорилось на конгрессах неогиппократической медицины и в трудах представителей этого течения. «Обеспечить сохранение домашнего врача», — записано в резолюции I Международного конгресса неогиппократической медицины, являющейся своего рода кредо этого течения.

На повестке дня IV Международного конгресса неогиппократической медицины был специальный пункт — «Домашний врач перед лицом технической и социальной медицины»¹. На конгрессах и в работах представителей неогиппократизма указывают не только на угрозу потери домашнего или семейного врача как истинного врача в отличие от специалистов — «техников» человеческого тела, но и на то, что фигура домашнего врача наиболее отвечает социальным тенденциям современной медицины. Нередки заявления о домашнем враче как борце с социальной дезадаптацией, как ведущей фигуре в социальной и политической жизни вообще. Courbaire de Marcillat и Fromont пишут в трактате по биотипологии о том, что семейный врач — основная фигура социальной медицины, отвечающая наиболее полно принципам

¹ IV Congrès International de Médecine neo-hippocratique. Bruxelles Médical, 1958, No. 12.

Гиппократ, требующего от врача решения гигиенических проблем. «Гиппократическую линию проводят прежде всего врачи-гигиенисты или, как их называют во Франции, врачи общественного здравоохранения. Они проводят в жизнь идеи социальной гигиены»¹. Эта же мысль звучит в ряде работ Deloge, особенно активно ратующего за развитие социальной медицины и социальной гигиены, тесно связанных с общей медициной и патологией. Семейному или домашнему врачу приписывают приоритет и в осуществлении профилактических мер, санитарного воспитания и просвещения населения. И когда говорят о враче как социальном работнике, которому должно принадлежать будущее, думают прежде всего о домашнем или семейном враче. Особенно подчеркивается роль семейного врача, работающего в сельской местности и подчас лишенного консультаций специалистов, возможности прибегать к современным методам диагностики и лечения.

Взгляды представителей неогиппократизма на роль семейного или домашнего врача перекликаются с мнением специалистов различных стран, в том числе консультантов ВОЗ, которые в 1963 г. провели специальное заседание комитета экспертов, обсудившее вопрос о враче общей практики и его будущем. В материалах комитета дается высокая оценка семейному врачу, которого называют «целителем, другом и советчиком целых поколений одной семьи». Эксперты ВОЗ считают, что врач общей практики должен быть прежде всего домашним врачом и что в медицинских школах его необходимо готовить в направлении работы в качестве личного врача, овладевшего индивидуальным подходом, семейного врача, знающего все прошлое своих больных, общественного врача, исследующего происхождение острых и хронических болезней и мешающего их распространению, воспитателя своих больных, своих помощников и общественного мнения². Эксперты высказали мнение об отношении функций врача общей практики к деятельности врачей-специалистов, которое совпадает с мнениями представителей неогиппократической медицины. Врач

¹ Traité de médecine biotypologique. Paris, 1955, p. 264.

² General physician and his Future. WHO (Spec.) II. September, 1963.

общей практики, как пишут эксперты, «может указать путь в лабиринте диагнозов и лечебных средств, он может сыграть роль модератора по сравнению со специалистами, которые иногда забывают о человеке в своем стремлении лечить больной орган». Именно таким образом эксперты видят возможность сохранить врача общей практики, определить задачи семейного врача, который сейчас, как они отмечают, «находится на положении бедного родственника среди врачебного персонала». Представители неогиппократизма также подчеркивают целесообразность сотрудничества врачей общей практики (домашних, семейных врачей) со специалистами, понимая роль врачей общей практики в качестве связывающего начала и своего рода диспетчера, направляющего в случае необходимости пациента к специалистам. При этом положительно оценивается групповая практика, т. е. совместная работа врачей общей практики со специалистами.

Фигуре семейного, или домашнего, врача, воплощающего собой изучение больного как целостной личности, отвечают идеалы представителей неогиппократизма о враче в духе учения Гиппократов, т. е. враче-неогиппократике, которые, по заявлению Pende, «становятся (подобно тому, как произошел Гиппократ из семьи бога Эскулапа) священнослужителями науки и искусства медицины, однако освобожденными от демургических, магических и мистических влияний»¹.

С врачом, подходящим к больному как к целому в совокупности его физических и психических свойств, учитывающему конкретное окружение, т. е. с врачом-неогиппократиком или — в более узком смысле — семейным, домашним врачом, ассоциируется у сторонников этого течения представление о высоких моральных принципах медика. Pende говорил об этом как «наиболее благородном, гуманном принципе», который мы не должны забывать и о котором Гиппократ писал: «Необходимо, чтобы врач сохранял руки чистыми, а совесть — незапятнанной»². В кредо неогиппократизма (резолуции

¹ III Congrès International de médecine neo-hippocratique. Archives hospitalières. Paris, 1957, No. 10, p. 298.

² III Congrès International de médecine neo-hippocratie. Archives hospitalières. Paris, 1957, No. 10, p. 298.

I Международного конгресса) записано: «Сохранять незыблемые великие моральные традиции», «Выступать против коммерческих тенденций и шарлатанства».

Попытка обратить внимание врачей на большое значение реакций целостного организма, на общую патологию и терапию, подчеркивание роли врача общей практики, вернее домашнего, семейного врача, борьба за его сохранение в условиях все большей дифференциации и специализации медицины, определение его обязанностей как медиатора или интегрирующего начала и т. п. заслуживают внимания и в ряде случаев положительной оценки.

Вопрос о домашнем, или семейном, враче является актуальным для большинства стран и, что может показаться странным, особенно в экономически развитых, где весьма демонстративна специализация медицинской помощи и где реальна опасность превращения врачей в узких специалистов, занимающихся лечением органов. В этом смысле представители неогиппократизма стремятся найти выход из столь тревожного положения. К сожалению, они несколько переоценивают значение гиппократовской традиции и, хотя признают важность разумной пропорции и сочетания семейных врачей и специалистов, невольно преувеличивают роль домашнего, или семейного, врача, врача общей практики и, следовательно, противостоят неминуемым объективным тенденциям развития медицины и здравоохранения. Как показывает практика многих развитых в экономическом отношении стран, происходит интенсивный процесс специализации медицинского обслуживания, который, в частности, характеризуется сокращением числа врачей общей практики и возрастанием количества специалистов. Если в 1931 г. в США врачи общей практики составляли 70% от числа всех врачей, то в 1962 г. — 25%.

В этих условиях становится актуальной задача найти наиболее разумное соотношение врачей общей практики и специалистов и, если угодно, определить «предел» дальнейшей специализации, действительно угрожающей превращению врача в узкого техника. Неогиппократики, как правило, не отвечают на этот вопрос, не разбирают они и проблему, связанную с определением профиля домашнего врача, т. е. поставленной жизнью необходимости совершенствования и специализации, если можно так

выразиться, для домашнего врача, которая чаще всего относится к профилю внутренних болезней. Так обстоит дело, например, в СССР по отношению к участковым терапевтам. Может быть, еще более важной проблемой является предохранение специалиста от утери профессионального умения и навыка видеть в изменениях органа проявления общего нарушения. В этом смысле не может быть опасной дальнейшая специализация, если она сочетается с обучением студентов и врачей умению интегрировать, если специализация будет тесно сочетаться с развитием и совершенствованием научных основ общей медицины и патологии.

Естественно, учение Гиппократов, как бы революционно ни было оно для своего времени, не может в наш век заменить научные основы медицины. Требуется учет достижений современной науки, которую от Гиппократов отделяет более чем два тысячелетия развития. Собственно, это обстоятельство понимают и сами представители неогиппократизма, подчеркивая значение возврата лишь к принципам Гиппократов и, кроме того, как будет показано далее, пытаюсь и со своей стороны внести вклад в построение естественнонаучной базы современной медицины. Однако упорное подчеркивание принципов Гиппократов, которые подчас превращаются в фетиш, в ряде случаев создает впечатление оторванности врачей этого течения от реальной действительности. В самом деле, разве не наивна вера во врача-неогиппократика, в домашнего врача, наделенного высокими моральными качествами, бескорыстного и противостоящего врачам-специалистам в мире капитализма, разделяемому классовыми противоречиями, в мире бизнеса и наживы. Конечно, это не исключает наличия бескорыстных врачей, отдающих свои силы и знания борьбе с недугами людей, однако образ гиппократовского врача, созданный добрыми побуждениями и являющийся утопической реакцией на характер медицины в капиталистических странах, остается недостижимым идеалом. Но это не значит, что все заявления об идеале гиппократовского врача бесполезны. Нельзя отрицать роли неогиппократизма в стремлении воспитать студентов на высоких моральных принципах, черпаемых из истории медицины. Не случайно большинство представителей неогиппократизма подчеркивает важное значение истории медицины в меди-

цинском образовании и практической деятельности врача. И с этим нельзя не согласиться.

Принципом, на котором особенно настаивают неогиппократики, является необходимость индивидуального подхода к больному и вообще развитие индивидуальной медицины. Естественно, этот принцип логически связан с другими, кратко изложенными выше и особенно с утверждениями о целостности человека. Кредо неогиппократической медицины (резолюция I Международного конгресса 1937 г.) содержит призыв — «индивидуализировать все более и более медицинские и терапевтические мероприятия!». Большинство представителей этого течения медицины правильно, в соответствии с прогрессивными традициями, рассматривают индивидуальные профилактические и лечебные меры в зависимости от индивидуальных физических и психических свойств больного, особенностей личности пациента. Они полагают, что психогигиена, медицинская психология и даже, как отмечалось, психосоматика и психоанализ способствуют индивидуальному подходу к больному. Не говоря в данном случае об эклектичности, проявляющейся и здесь, следует со вниманием отнести к подобному рода призывам, возвращающим врача на прочную почву обследования и лечения больного, а также разработки индивидуальных гигиенических мероприятий.

СОВРЕМЕННЫЙ ВАРИАНТ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Однако неогиппократизм не был бы современным течением в медицине, даже одной из ее теорий, если бы он ограничивался декларациями о необходимости возвращения к классическим принципам медицины Гиппократа, их модернизации и т. п. Неогиппократизм, как и некоторые другие концепции медицины, пытается подвести многообразные и противоречивые явления, характеризующие категории болезни-здоровья и все связанное с ними, под общий знаменатель. Из всего изложенного следует, что такой знаменатель неогиппократики должны искать в решении проблемы индивидуализации целостного организма больного человека. И здесь им также помогает Гиппократ — родоначальник учения о типологии.

Именно в конституциональной медицине как развитии представлений Гиппократов о типах телосложения и темпераментах пытаются неогиппократики найти истинный путь прогресса современной медицины. Решительно ориентироваться на изучение здоровья «нормального человека, на конституциональную или почвенную медицину, на анализ темпераментов, биотипологию и психофизиологию для того, чтобы подойти к синтетическому познанию морфологического, физиологического и психологического индивидуального типа», — вот главный лозунг неогиппократизма, провозглашенный еще в 1937 г. на его I Международном конгрессе, которому представители этого течения следуют и до настоящего времени. В этом отношении неогиппократизм является продолжением теорий конституции, известных в истории медицины прошлого. Стремление развивать конституциональную медицину как главный принцип, основу или естественнонаучную базу медицины выразилось в создании и распространении так называемой биотипологии, ставшей важнейшей проблемой геогиппократизма. Более того, Pende и другие крупнейшие представители неогиппократизма само название этого течения медицины связывают с возникновением биотипологии как учения о биологических основах современного конституционализма: «Неогиппократизм получил это название потому, что гиппократовская доктрина обогащена и омоложена современными достижениями в науке об индивидуальных биотипах человека»¹.

Биотипология ее основателями трактуется очень широко и нередко как синоним конституциональной медицины. В предисловии к «Трактату о биотипологической медицине» — обширному труду, принадлежащему перу наиболее известных современных представителей неогиппократизма, биотипология определяется в качестве доктрины, «которая рассматривает больного как индивидуальность, как соматопсихическое целое, как жизненное единство тканей, гуморальной системы, сознания. Такой человек, взятый во всех его проявлениях, и является объектом медицины, которую мы (авторы Трактата. — Ю. Л.) зовем конституциональной или биотипологиче-

¹ Из доклада Pende на III Международном конгрессе неогиппократической медицины. III Congrès International de médecine neo-hippocratique. Archives hospitalières, 1957, No. 10, p. 297.

ской медициной и которая могла бы также называться индивидуальной»¹. Биотипология, подчеркивается в предисловии, «противостоит абстрактной медицине человека как вида». Биотипология — это наука об индивидуальных биотипах, которые Pende определяет как «индивидуальные варианты совокупности жизненных проявлений с их соотношениями и детерминизмом» человеческих существ, являющихся выражением целого, психосоматического синтеза².

Здесь важно отметить, что биотипология, по мнению ее создателей и последователей, должна избегать односторонности ряда конституционалистских схем и классификаций, основанных на подчеркивании значения (морфологического, физиологического) отдельных органов или систем. Это концепция единого биотипа одновременно синтетическая и аналитическая, это форма организации целого в совокупности его морфологических, физиологических и психических индивидуальных свойств, определяемых генетическими и характерными для жизни индивидуума условиями. Таково идеальное стремление биотипологов рассматривать свою науку. Но, как будет показано далее, и они не избежали односторонности, характерной для многих общих теорий медицины и особенно для представителей различных вариантов конституционализма.

К настоящему времени создано несколько концепций биотипологии. Наиболее распространенными и признанными являются представления одного из основателей неогиппократизма — итальянского ученого Pende. Именно ему принадлежат наиболее фундаментальные исследования по общим и частным вопросам биотипологии, которые, по его словам, он ведет с 1912 г.

Для концепции Pende характерна попытка возможно более полно и всесторонне выразить понятие биотипа и, следовательно, весьма широко представить задачи и возможности биотипологии или конституциональной медицины. К приводимым выше определениям биотипа по Pende добавим, что, с его точки зрения, биотип — не только выражение психосоматической индивидуальности, но и основа для характеристики личности с ее этиче-

¹ *Traité de médecine biotypologique*. Paris, 1955, p. 9.

² *Ibid*, p. 45.

скими, философскими, нравственными проблемами. Такую позицию занимают не все представители неогиппократизма. Martini, например, считает, что биотипология позволяет оценить индивидуальность человека, но не личность. По-видимому, взгляды Pende по этому вопросу более смелые, поскольку он в отличие от дуалистических воззрений, разделяющих человека на сферу духовную и физическую, говорит о «неделимых компонентах, составляющих личность». Но, стремясь подчеркнуть роль биотипа как выражения целостности человеческой личности, Pende не до конца последователен. Мы уже отмечали, что он, находясь во власти эклектики, допускает идеалистические, неотомистские высказывания. Подчеркивая, что «биотип является образом личности», признавая, что интеллект, «интеллектуальная сфера» личности, является «сферой коры головного мозга, идей, абстракции», он признает наличие «свободной воли»; более того, он считает, что интеллектуальная сфера «часто не зависит от соматического биотипа».

Pende пытается возможно более полно представить все стороны биотипа или «синтезировать индивидуальность». Он пишет о четырех аспектах человеческого биотипа: 1) морфологического порядка, внешние и внутренние, качественные и количественные (определяемые с помощью методов морфометрии), связанные с массой или пропорциями тела и его частей; 2) энергетического или функционального порядка, качественные и количественные (определяемые с помощью методов физиометрии); 3) инстинктивно чувственного порядка (так называемая сфера тимопсихики, обычно связываемая с подкорковыми центрами, близкая к темпераменту); 4) интеллектуального порядка (так называемая сфера неопсихики, сфера коры головного мозга)¹.

Встав на позиции столь широкого определения биотипа Pende, естественно, выражает несогласие с теми конституционалистскими схемами, которые ориентируются на значение какого-то единичного признака. Так, он не может принять доктрину известного французского конституционалиста Sigoud, положившего в основу своей классификации внешние количественные признаки и выделившего церебральный, грудной, брюшной и мускуль-

¹ Traité de médecine biotypologique. Paris, 1955, p. 46—47.

ный конституциональные типы. Он выступает и против попыток характеристики свойств личности, особенностей психики и т. п. — на основании лишь антропометрических, внешних данных, в частности особенностей строения лица и черепа, Pende говорит «о второстепенной ценности» изысканий физиономистов прошлого и о «банкротстве теории Ломброзо».

Pende пытается также избежать крайностей прежних учений конституционалистов относительно факторов, определяющих конституционные типы. Возвращаясь к морфологической классификации Sigoud, он не соглашается с этим ученым относительно того, что исключительно внешняя среда формирует тип с преобладанием той или иной системы. «Сегодня, — пишет Pende, — можно говорить о науке, о чолевеческой личности в целом, со всеми факторами эндогенеза и экзогенеза в их бесконечном взаимодействии»¹.

Таким образом, Pende признает роль и внешнесредовых, и генетических факторов, формирующих биотип. Кроме того, он не отрицает значения и местной автономии частей организма. В этом смысле Pende и другие конституционалисты выделяют так называемые основные биотипы, т. е. общие особенности индивидуума, личности, о которых говорилось выше, и так называемые частные конституции, т. е. особенности отдельных тканей, органов или систем (особенности частей организма как целого). При этом они стараются не противопоставлять целое (биотип) и частное (части организма), а «согласовывать по старой концепции, повторяемой неогиппократической доктриной».

Считая себя представителями конституциональной медицины, Pende и другие неогиппократики обязаны построить свою или заявить себя сторонниками какой-либо существующей классификации конституциональных типов. Как раз в этом вопросе должны в большей степени выявиться оригинальность и ценность их учения. Почти все, что мы сообщили до сих пор о биотипологии, безусловно интересно и со скидкой на элементы непоследовательности, эклектичности заслуживает внимания. Однако особой оригинальности в рассуждениях и изысканиях Pende и других неогиппократиков найти трудно.

¹ Traité de médecine biotypologique. Paris, 1955, p. 36.

так как, начиная от Гиппократов, прогрессивные медики неоднократно подчеркивали необходимость индивидуального подхода к больному, всестороннего учета не только соматических, но и психических особенностей пациентов, более того, развивали представления о типах телосложения и темпераментах, «психическом складе», как выражались старые русские врачи. Достаточно в качестве примера сослаться на сочинения одного из первых отечественных профессоров-медиков Московского университета С. Г. Зыбелина, который в конце XVIII столетия выступил с удачной попыткой творческой интерпретации представлений Гиппократов о типах телосложения и темпераментов¹.

Pende и другие неогиппократики строят свою классификацию основных биотипов. В основе классификации Pende лежат представления Гиппократов о четырех темпераментах, морфометрическая классификация Viola и исследования самого автора, посвященные нейро-эндокринным корреляциям.

Viola выделил два основных вида отклонений от идеального типа, соответствующего эллинской эстетике (фигура Аполлона и др.), встречающегося в пропорции 1,3 на 100 людей. Первый вид, который был назван микроспланхническим, характеризуется относительно развитыми (удлиненными) конечностями и недостаточно развитым туловищем. Второй, противоположный ему, вид был назван мегалоспланхническим.

Занявшись с 1912 г. проблемами конституциональной эндокринологии, Pende, по его словам, дал «биотипоге-

¹ Как показал в своих работах и особенно в книге «К истории нервизма в отечественной медицине» (М., 1955) проф. Ф. Р. Бородин, С. Г. Зыбелин не только воспроизвел основные положения учения Гиппократов, но, опираясь на философские воззрения М. В. Ломоносова и представления Лейбница о монадах, сделал попытку расширить представления о типах телосложения и темпераментах. Он, в частности, дал более развернутую, чем у Гиппократов, характеристику эмоционально-психического «склада» гиппократовских типов. Так, в своем произведении, которое по традиции того времени названо «Слово о сложении тела человеческого и способах, как оно предохранить от болезней» (М., 1777), С. Г. Зыбелин дает следующие рисунки темпераментов: «Душевные же качества и дарования со нравами флегматики имеют весьма подобные телесным, т. е. страсти не только чрезвычайные, но и умственные редко в них обитают; разум слабый и недалекий, честолюбия недостаток, злобие, лень, сонливость и неповоротливость, сие их есть при-

нетическую биохимическую нейро-гуморальную основу закона Виоля»¹.

Исследования Pende в области гормональной констелляции, дополненные в дальнейшем изучением с помощью радиологических и других методов изучения, подкорковых образований головного мозга, по словам самого Pende и его последователей, позволили показать, что закон двусторонней деформации Виоля подчинен неуравновешенному и противоположному действию на морфогенез двух специальных нейро-гуморальных констелляций. Одна из них благоприятствует ассимиляции, росту массы и развитию пищеварительной системы, а другая — диссимиляции и развитию нейро-двигательной системы. Преобладание первой констелляции дает тип с укороченными пропорциями, преобладание второй — с удлинненными. Выводы изысканий Pende и введение в его учение представлений о степени и астении, зависимых также от нейро-гуморальных соотношений и восходящих еще к старым медицинским системам (в частности, системе Броуна), позволили ему утверждать приоритет, ведущее значение нейро-эндокринных корреляций не только в формировании морфологических признаков биотипа, но и других его свойств. Говоря о регулирующем значении нейро-гуморальной системы, Pende подразумевает под нервной системой прежде всего определенные области головного мозга: район III желудочка, гипоталамическую, таламическую области, гипофиз, эпифиз и др. Именно эти образования мозга вместе с гормональной системой Pende называет великим регулятором жизни. «Гормональная биохимическая систе-

родное свойство и жребий» (С. Г. Зыбелин. Избранные произведения. М., 1954, стр. 182). В таком же духе описываются холерики, которые «разум имеют острый, хитрый и пронизательный, но часто опрометчивый, великодушны, предприимчивы» и т. п.; меланхолики, имеющие «дарования душевные и пороки странные», «глубокомысленны, но на ответы не скоры, в делах чрезвычайно трудолюбивы, хотя в исполнении и окончании оных медленны», «изрядные и верные бывают друзья», «злопамятны, непримиримы», «честолюбивы», «прямые, постоянны» и т. п.; сангвиники «разум имеют изрядный и воображение, плодovitые, но только больше в легких и веселых вещах», «в малых делах великие, а в великих малы», «мягкосердечны, щедры, приятны, ласковы и ласкательны, обходительны, вспыльчивы, любят на время и ненавидят не надолго, шутливы, легкомысленны, непостоянны до ветренности» и т. п.

¹ *Traité de médecine biotopologique*. Paris, 1955, p. 40.

ма, — пишет он, — действует в динамическом единстве с высшими центрами, регулирующими развития и ход вегетативной, инстинктивной, подсознательной жизни. В свете этого конституциональная медицина и медицина, изучающая человеческую личность во всех ее проявлениях, должны стремиться вникнуть в наследственное или врожденное состояние этого великого аппарата, регулирующего морфофизиологическую деятельность, патогенную реактивность и индивидуальное психическое поведение»¹.

Нетрудно усмотреть в подобных заключениях Pende не только звучание идей нервизма, дополненного современным гуморализмом (недаром в своем докладе на III Международном конгрессе неогиппократической медицины он говорил, что «гуморальный состав крови с его изонимией в том смысле, как его понимал Алкмеон², регулирует антагонизм взаимодействующих элементов в соответствии с регулирующим свойством нейро-гуморального гомеостаза морфогенеза, темперамента и характера каждого индивидуума»), но и близость к выводам Magoun, Moguzzi и других ученых, изучающих сетчатую формацию, и особенно к концепции Penfield о так называемой центрэнцефалической системе, расположенной «в ретикулярной сети переднего отдела мозгового ствола», которая «способна координировать функции различных специфических таламокортикальных связей с менее дифференцированными функциями подкорковых образований»³.

Правда, Pende в последнее время, по-видимому, под влиянием работ И. П. Павлова и других советских физиологов говорит также и о роли коры головного мозга, входящей в «великую систему, регулирующую жизнь». Более того, у Pende можно найти высказывания в духе

¹ *Traité de médecine biotypologique*. Paris, 1955, p. 107.

² Алкмеон Кротонский — глава одной из медицинских школ античности — Ю. Л.

³ У. Пенфилд, Г. Джаспер. Эпилепсия и функциональная анатомия головного мозга человека. Пер. в англ. М., 1958, стр. 146. См. также Г. Мэгун. Бодрствующий мозг. Пер. с англ. М., 1961, где говорится о многочисленных и разнообразных функциях ретикулярной формации, которая «играет важную роль в центральных интегральных процессах мозга» (стр. 112), и другие работы современных физиологов.

учения И. П. Павлова о типах высшей нервной деятельности человека, хотя они и не относятся к ее характеристике. Он, например, говорит о двух типах людей: в одном «преобладает инстинктивно-чувственная, животная сфера, в другом — сфера разума, понятий» (вспомним павловские художественный и мыслительный типы). Кроме того, как указывалось, упоминая об интеллектуальной сфере (границы) биотипа, Pende связывал ее с деятельностью коры головного мозга. Тем не менее, подобно Selye, Penfield и другим исследователям, он лишь ограничивается вежливыми ссылками на роль высших отделов головного мозга в жизнедеятельности организма и не учитывает роль коры головного мозга в своей концепции. Недаром, заключая один из последних разделов «Трактата по биотипологии», посвященный биотипам и диатезам, Pende подчеркивает, что состояние организма, характер биотипа «зависят от конституционального и генетического состояния великого регулятора — межполушарного — гормонального аппарата»¹.

Основываясь на изложенных выше представлениях, Pende выделяет четыре основных биотипа, которые в различных вариациях повторяются в классификациях других представителей неогиппократизма:

- 1) гипостенический с укороченными пропорциями;
- 2) гиперстенический с укороченными пропорциями;
- 3) гипостенический с удлиненными пропорциями;
- 4) гиперстенический с удлиненными пропорциями.

Как и другие конституционалисты, Pende признает наличие и промежуточных типов, вариантов и форм.

В работах неогиппократиков большое место отводится описанию различных внешних признаков, отличающих биотипы. Подчеркивая, что форма «есть пластический образ функции», Pende и другие конституционалисты приводят индексы, таблицы, формулы, характеризующие основные антропометрические признаки и их отношения, не отрицает он и учет размеров и форм частей лица человека и пр. Но всегда подчеркивается зависимость морфологических и физиологических характеристик, а также морфопсихологические корреляции от нейро-эндокринных взаимоотношений. Важно также отметить, что у Pende не встречаются попытки поставить

¹ *Traité de médecine biotypologique*. Paris, 1955, p. 675.

в прямую связь и зависимость биометрические и психические, «духовные» свойства личности, более того, не проявляется соблазнительное, но всегда чреватое крупными ошибками стремление определять свойства личности по тому или иному биотипу.

Это выгодно отличает его работы от вульгарно-социологических построений некоторых конституционалистов. Здесь уместно также отметить, что Pende и его последователям (Martini и др.) чужды расистские толкования. Более того, ученые выступают против использования биотипологии для «подкрепления» расистских теорий. В специальной главе «Трактат по биотипологии» под названием «Индивидуальные биотипы в человеческих расах» Pende хотя и признает и даже классифицирует различные расовые варианты, говоря о преобладании тех или иных отличительных признаков у различных рас, отмечает наличие и в цивилизованном человеке примитивных, животных черт и т. п., однако отрицает приверженность какого-либо биотипа к «высшей» или «низшей» расе. Как четыре основные группы крови встречаются во всех расах, так и «наши» четыре биотипа также встречаются во всех расах, но по-разному часто», — пишет Pende. В работе рассматривается различная частота преобладания в разных расах тех или иных биотипов, но неоднократно подчеркивается, что человечество — единая семья, что нет каких-либо существенных расовых признаков у биотипов.

Martini, определяя расизм как «попытку выделить в особую группу» «великую нацию», называл его ошибкой, поскольку каждый индивид, к какой бы расе или биотипу он ни принадлежал, несет в себе ряд примитивных типов, унаследованных от предков.

Помимо классификации основных биотипов Pende, представителями неогиппократизма и биотипологии созданы другие варианты. Одним из известных является классификация Martini, который разделяет все основные положения, как он сам пишет, «классической концепции» Pende. Биотипы по Martini, так же как Pende и его последователей, «есть сумма постоянной величины, — наследственности и переменной — влияния пре- и постнатальной среды»¹. Но особенно большое значение при

¹ *Traité de médecine biotypologique*. Paris, 1955, p. 166.

распределении биотипов Martini придает закономерностям эмбриогенеза. Поэтому в своих докладах на конгрессах неогиппократиков (например, в докладе на II конгрессе на тему «Биотипология и гуманизм») и в своих трудах он представляет свою классификацию биотипов, основанную на эмбриогенезе и подразделяющую биотипы на энтобластические, мезобластические, хордобластические и эктобластические, и указывает, что нужно учитывать также «факторы статической генетической дифференциации», как, например, телосложение, характерные для данной расы и пола. «Основываясь на наблюдениях Pende, — пишет Martini, — мы считаем, что конституциональная дифференциация определяется в стадии нейро-гастролы, отсюда наши четыре основных биотипа — энтобластический, мезобластический, эктобластический; нормальный тип, без отклонений — хордобластический»¹. С эмбриологических позиций Martini пытается доказать и происхождение степени и астении — явлений весьма важных в классификации Pende. Они зависят от того, что в процессе морфогенеза эктодерма, энтодерма и мезодерма могут принимать участие в разной степени.

Не останавливаясь на деталях изысканий Martini, поскольку это не входит в нашу задачу, отметим только полное согласие этого ученого с Pende по вопросу о ведущей роли нейро-эндокринного фактора в жизнедеятельности организма, в формировании биотипа. Martini даже поворит о «морфогенетическом характере эндокринных желез».

Другой крупный представитель конституциональной медицины А. Кавадиас (Англия) в своих работах также уделяет особое внимание эндокринным влияниям. В докладе на II Международном конгрессе неогиппократической медицины «Конституция и эндокринные железы» он подчеркивал, что конституция и психофизическая организация человека зависят от физико-химических свойств клеток, связанных между собой системой, образуемой корой головного мозга, психоассоциативными связями, нейро-вегетативными и эндокринными аппаратами и ядерными генами, регулирующими клеточные энзимы. Роль эндокринных желез в конституции человека должна рассматриваться в рамках динамизма конституциональ-

¹ Traité de médecine biotypologique, Paris, 1955, p. 169.

ной интегрирующей системы, в которой эндокринные железы «являются элементами, уравнивающими эту систему». Поэтому, по А. Ковадиасу, велико значение интегрирующей системы и ее эндокринных элементов в формировании и проявлениях биотипов. А. Ковадиас пытается объединить различные варианты классификаций неогиппократиков в три основных биотипа в зависимости от состояния гормональной системы: 1) «канонический», или стенический, соответствующий так называемому нормальному биотипу или, по Sigond, мышечному конституциональному типу, отличающемуся полным эндокринным равновесием; 2) «фтизикус» (у Sigoud — дыхательный), при котором имеются проявления гипогонадизма и гипокортинизма; 3) «апоплектикус» (у Sigoud — пищеварительный тип), где превалируют явления гипотиреоидизма¹.

Таковы некоторые примеры классификаций биотипов. Нетрудно заметить, что для их авторов, несмотря на стремление дать возможно более полную характеристику биотипа как соматопсихической индивидуальности и даже (по Pende) ключ к изучению ряда сторон личности, присуща односторонность, односторонность. Она выражается, в частности, в попытках свести все проявления биотипов к деятельности отдельных систем или органов, какими выступают обычно эндокринная система и некоторые отделы центральной нервной системы. Несмотря на замечания о роли высших отделов головного мозга Pende, Martini и других неогиппократиков, они не поднялись до обобщений павловского уровня о единой интегрирующей и координирующей системе. Поэтому их классификации биотипов, опирающиеся на признание главенства какой-то части единой системы (эндокринных желез и др.) также односторонны, несмотря на искреннее желание создать универсальную концепцию. Кроме того, следует учесть, что всякая классификация, тем более претендующая на распределение основных черт человеческих индивидуумов, не может не быть схематичной, приблизительной.

Однако, с нашей точки зрения, схемы Pende, Martini и некоторых других представителей неогиппократизма заслуживают положительного отношения как попытки не

¹ См. Deuxième Congrès International de médecine hippocratique. L'Union Médicale du Canada, 1954, v. 83, No. 2.

только развития принципа индивидуализации, но и расширения учения о предрасполагающих к заболеваниям факторах. Именно в этом следует видеть одно из выражений практического значения биотипологии.

Не берясь судить, насколько убедительны в своих доказательствах неогиппократики, поскольку это дело компетентных специалистов, приведем несколько примеров того, как Pende и др. связывают тот или иной биотип с возможностью конкретных расстройств. Так, Pende отмечает у астенического биотипа с укороченными пропорциями предрасположенность к суставным заболеваниям, к длительному инкубационному периоду и быстрому течению возникшего процесса вне зависимости от его нозологической формы. Стенический биотип с укороченными пропорциями предрасположен к аллергическим заболеваниям, к гипертонии, к подагре, во время острых заболеваний имеет место обычно небольшой инкубационный период. Наиболее стойким к заболеваниям, с максимальной способностью к адаптации, является стенический биотип с удлинёнными пропорциями. У лиц этого типа, как выражается Pende, запоздалая тенденция «к спазмам сосудов, болезни Рейно, к атеросклерозу, гипертонии, деформирующим формам ревматизма, гепатическим расстройствам». Он отметил у астеников с удлинёнными пропорциями предрасположенность к нейро-вегетативным и эндокринным нарушениям, состоянию тревоги. Martini считает, что возбудимые или даже сверхвозбудимые биотипы в большей мере подвержены нервно-психическим и психосоматическим заболеваниям. При этом он дает объяснения в духе аналитической психосоматики, ставя акцент на значение символов подсознательного и т. п.

Биотипологи понимают, что биотипов в чистом виде нет, однако они справедливо указывают на пользу теоретической схемы биотипов для практической медицины, для известной ориентировки врача, поскольку, как отмечает Pende, «биотип личности в целом определяет варианты и изменения индивидуальных реакций на действие болезнетворных агентов. Это делает человеческой абстрактную концепцию болезни, провозглашая единственной реальностью больного с его особым поведением»¹.

¹ Traité de médecine biotypologique. Paris, 1955, p. 673.

Естественно, что, говоря о конституции как факторе предрасположенности к заболеваниям, подчеркивая роль общих расстройств организма как целого, неогиппократики обращают пристальное внимание на всякого рода отклонения в конституции. Особое значение они придают диатезам как аномалиями общей конституции, аномалиям биотипов. К представлениям старой медицины о диатезах как особой предрасположенности к заболеваниям биотипологи добавляют положение о диатезах как состояниях, предшествующих большинству заболеваний, в основе которых, по Pende, лежат конституциональные и генетические нарушения межзачаточного—гормонального аппарата. Pende и его сторонники выделяют более десяти общих конституциональных диатезов и прежде всего лимфатический и артритический, затем тесно связанные с ними экссудативный, кровоточивый, тромбогенный, аллергический, мезенхимальный абиотрофический, фибропластический, неопластический, туберкулезный и др.

Наряду с общими аномалиями, диатезами биотипологи признают локальную предрасположенность к заболеваниям, «представляющую собой пограничное органопатическое явление в основном наследственного происхождения».

Неогиппократики стоят на точке зрения изменений биотипов, подверженных не только воздействиям места (среды), но и времени. Ими введено специальное понятие «геротипа», т. е. превращений биотипа с возрастом индивидуума. По мере возрастных изменений биотипа претерпевает изменения и предрасположенность к заболеваниям, которая довольно подробно описана в произведениях представителей неогиппократизма. Не входя в детали, общая тенденция геротипов определяется изменениями в сторону укорочения пропорций, что, по Martini, связано с преобладанием эктобласти.

Несмотря на то что представления о диатезах кажутся в наше время несколько архаичными, нельзя просто списать их со счета, так как они являются попыткой обратить внимание на забываемые ныне явления общего порядка, относящиеся к такому важному вопросу, как учение о предрасположенности к заболеваниям и преморбидных состояниях. Точно так же заслуживают внимания наблюдения над возрастными изменениями конституциональных типов.

Поскольку представления о биотипах органически связаны с проблемой психосоматического единства, к биотипологии и ее классификациям тесно примыкают типологические схемы, принадлежащие преимущественно психологам и психиатрам. Наибольшей известностью пользуется классификация Kretschmer.

Придерживаясь методов конституциональной биотипологии, которые, по мнению Kretschmer, «стремятся определить вариабельность общих законов о соматопсихических соотношениях в индивидуальных случаях», считая, что «соматопсихические исследования должны исходить из патологии, охватывающей человеческий организм в целом», он делает попытку соответствующей психологической характеристике биотипов. Kretschmer выделяет следующие психологические признаки биотипов Martini и Pende.

Тип энтобластический по Martini, которому соответствует астенический с укороченными пропорциями по Pende, характеризуется как спокойный, сонливый, апатичный, с тенденцией к физической расслабленности, более чревоугодный, чем сексуальный, с замедленными психомоторными реакциями. К числу «социальных качеств» этого типа Kretschmer относит хладнокровие, терпение, прилежание, исполнительность, недостаточную собранность, склонность к игре воображения, приспособленность к однообразной работе.

Тип мезобластический по Martini, или стенический с укороченными пропорциями по Pende, — «воинственный, вспыльчивый, импульсивный, с неглубокими чувствами. Деятельный, с развитым эстетическим чувством, замедленными психомоторными реакциями. Сопrotивляемость физическим действиям. Социальные качества: храбрость, легкая приспособляемость к разнообразной работе»¹.

Хордобластическому типу по Martini и соответственно астеническому с удлинненными пропорциями по Pende свойственны уравновешенный и положительный характер, «сильный, но контролируемый сексуальный инстинкт», у него мало чувства юмора, быстрые и подвижные психомоторные реакции, он — прямой, искренний, без оглядки на других. «В социальной жизни» отличается

¹ Traité de médecine biotypologique. Paris, 1955, p. 112.

самообладанием, быстротой решений, приспособляемостью к изменяющимся условиям.

И, наконец, тип эктобластический по Martini и астенический с удлинёнными пропорциями по Pende Kretschmer связывает с живостью воображения, ярко выраженной эмоциональностью, быстрой утомляемостью, психической активностью, чрезмерно сильными и быстрыми психомоторными реакциями, интеллектуальной живостью, подвижностью, способностью к абстрагированию, недостатком непосредственного контакта.

Автор, выделяя указанные биотипы и их психологические характеристики, признает существование и переходных типов.

Итак, Kretschmer как бы завершает описание наиболее известных современных классификаций, принадлежащих неогиппократикам. Нетрудно видеть, что подобные психологические экскурсы подтверждают приверженность биотипологии к учению Гиппократов. В описаниях Kretschmer явственно звучат классические черты темпераментов, замеченные «отцом медицины» и конституционалистами последующих поколений. Не требуется специальных изысканий, чтобы увидеть много сходного в характеристике темпераментов и характеров сангвиников, холериков, меланхоликов и флегматиков, пикников, астеников, гиперстеников и т. п., а также описанных Kretschmer и другими современными конституционалистами¹. Но является ли это недостатком биотипологии? По-видимому, нет, так как и в настоящее время испытывается острая потребность в психологических оценках пациентов, в решении вопроса о взаимоотношениях больных, больных и медицинского персонала и во всех других, находящихся в компетенции, к сожалению, еще недостаточно развитой и авторитетной медицинской психологии.

¹ Сравним, например, описания Гиппократом телосложения и темпераментов людей в зависимости от местности, климата и образа жизни — холериков, людей «твердых, тощих», отличающихся «мужественным духом, выносливостью к труду и смелостью»; сангвиников — «упитанных, прекраснейших на вид», приятнейших в общении, спокойных и приветливых, склонных к наслаждению; флегматиков «сырых», «рыхлых», в большинстве случаев «слабых душой», «вялых» и «сонливых»; хмурых, нагоняющих тоску, но упорных меланхоликов и т. п. (См. Гиппократ «О водах, воздушах и местностях». Избранные книги. Пер. с греч. проф. В. И. Руднева. М., 1936).

Другое дело, насколько правильно Kretschmer и его коллеги подходят к этой оценке, из каких научных и методологических позиций они исходят? Но ответить на этот вопрос могут лишь соответствующие специалисты. Наша же задача, как отмечалось, дать общую характеристику биотипологии, этой основы современного неогиппократизма, оценить концепцию в целом.

«СОЦИАЛЬНАЯ БИОТИПОЛОГИЯ»

Желательно знать, насколько правомочно стремление некоторых представителей биотипологии или тех, кто использует ее положения в определенных целях, распространить данную концепцию за пределы медицины и здравоохранения. Как мы видели, Kretschmer включает в свои психологические схемы так называемые социальные качества, признаки «социальной жизни» биотипов и т. п., иначе говоря, пытается подвести некоторые черты социальных, человеческих отношений под биологическую, правильнее биотипологическую, основу. Замечания о возможности объяснения социальных отношений с помощью биотипологии нередко встречаются и в произведениях Pende, Martini и других представителей неогиппократизма. Ряд из них был приведен выше, когда шла речь о принципах Гиппократата, принятых на вооружение неогиппократизмом, о роли врача в обществе, домашнем враче, значении социальной медицины и профилактики и пр. Выступая на II Международном конгрессе неогиппократической медицины, Martini прямо заявил, что «применение типологии доказывает свое значение в общественной и индивидуальной социологии». Но особенно ярко стремление расширить границы биотипологии у тех, кто занимается проблемами так называемой социальной биотипологии, т. е. пытается использовать концепции биотипов для построения классификаций социальных типов и решения на их основе вопросов человеческих взаимоотношений и вообще социальных проблем. Не случайны поэтому в «Трактате по биотипологической медицине» главы, посвященные различным социальным вопросам неогиппократизма. Некоторые из них прямо относятся к указанному предмету. Такова, например, глава «Социальные потребности и индивидуальные факторы», принадлежащая Bize (Франция).

Говоря о различных потребностях у разных социальных групп в зависимости от профессии, общественного положения, климата, социального строя страны, исторической эпохи, возрастно-половых и прочих отличий, автор подчеркивает «роль биологических начал в формировании некоторых потребностей». Он утверждает, что «разная конституция обуславливает различные потребности у людей». Конституция, биотипы определяют и характер психосоциальных типов. «Конституция, — пишет Bize, — определяет в какой-то мере социальные контакты, наше поведение»¹.

Принадлежность к тому или иному биотипу может, по мнению социальных биотипологов, влиять, в частности, на то, какое значение индивидуум придает различным вещам и явлениям действительности, т. е. тому, что называют системой значимости человека. Известны попытки ряда авторов (Spranger, Staetzel и др.) создать свои классификации психосоциальных типов. Описывают, например, шесть идеальных или «чистых» типов: теоретик, экономический, эстетический, социальный, политик, религиозный.

Теоретик имеет эмпирический, критический и рациональный темперамент, он безразличен к красоте и труду людей, власть для него только средство удовлетворить свою страсть к знаниям. Экономический тип сосредоточивается преимущественно на практических интересах, именно этот тип формирует предпринимателей, банкиров, дельцов и т. д. Эстетический тип все жизненные реакции посвящает красоте, художественному творчеству и т. д. Социальный тип основным мотивом своей деятельности считает любовь к людям, проявление любви, дружбы, филантропии и т. д. Политик питает страсть к власти, из него получаются политические и государственные деятели и т. д. Религиозный тип, естественно, является поставщиком для служителей культа и т. д.

Не останавливаясь далее на подобных социальных вариантах биотипологии и тем более различных субъективно психологических классификациях, не имеющих отношения к биотипологии, число которых, как известно, довольно велико, нужно подчеркнуть, что суть этих вариантов заключается в традиционном стремлении дока-

¹ *Traité de médecine biotypologique*. Paris, 1955, p. 883.

зять, что врожденные биологические особенности человека определяют поведение, образ мыслей, деятельность, вообще судьбу человека. Биотипология используется для уяснения взаимоотношений между людьми, для объяснения социальных отношений, судеб войны и мира, судеб общества. Подобного рода представления логически ведут к утверждениям, что биотипология представляется своеобразной философией жизни, методологическим учением. Естественно, что столь широкое представление о биотипологии смыкается с аналогичными по своей сущности представлениями психосоматиков, неофрейдистов, сторонников так называемого социального стресса, представлениями человеческой экологии и др. В этом смысле биотипология, как и вообще неогиппократизм, представляется одной из современных биологизаторских теорий. Правда, основатели этого течения не претендуют на оценку и всестороннее изучение социальных, этических и прочих сторон личности, однако, как мы видели, их представления о биотипах позволяют не только лицам, использующим концепции биотипологии, но и им самим делать экскурсы в социологию.

* * *

Оценивая в целом представленные материалы о неогиппократизме, мы склонны дать положительное заключение об этом течении современной медицины. Неогиппократизм является своеобразной реакцией на тревожную тенденцию потери врачом больного как психосоматического, индивидуального целого, как личности в связи со все большей технизацией медицины, специализацией, «машинизацией» мышления врача. Представители неогиппократизма пытаются найти выход из этого положения, которое нередко рассматривается как кризис медицины. При этом они предлагают ряд заслуживающих внимания средств, направленных на возрождение и осмысливание с позиций современной науки принципов классической медицины Гиппократа и прежде всего принципа целостности, индивидуальности. В рассмотрении этого принципа и других положений своей доктрины они опираются на созданную ими биотипологию как современный вариант конституциональной медицины, пытаясь представить ее возможно всестороннее

с учетом генетических и приобретенных в процессе индивидуальной жизни свойств индивидуума. Все это безусловно должно заинтересовать медиков и главным образом клиницистов, все это не может не способствовать развитию прогрессивного принципа индивидуального подхода к больному, основ медицинской психологии, психогигиены и других немаловажных разделов медицины. Это способно повлиять положительным образом на развитие учения о болезни, поскольку неогиппократики стремятся заменить абстрактные представления о болезни изучением живой реальности индивидуального больного. Нельзя не отнестись со вниманием и к взглядам неогиппократиков о предрасположенности к заболеваниям, заключающейся в особенностях конституции, и другим не только теоретически, но и практически важным положениям и наблюдениям. И хотя общая цель, заключающаяся в определении, предвидении конкретного заболевания и поведения индивидуума, которую преследуют неогиппократики, не может быть достигнута с помощью их учения, но «можно приблизиться к познанию вероятности и возможности» этого.

Однако положительное отношение к неогиппократизму не исключает необходимости критики его существенных недостатков. Нельзя не видеть в нем элементов двойственности, непоследовательности, подчас высказывания в духе современных течений идеалистической философии (неотомизма, холизма и др.), фрейдизма, особенно при подходе к проблеме целостности индивидуума и личности, односторонности суждений о координирующих и коррелирующих системах, архаизма в связи с особой приверженностью к некоторым ушедшим в историю взглядам Гиппократа, схематизма конституционалистских построений и прочих недочетов научного и методологического порядка. Нельзя не обнаружить эклектизм, особенно ярко проявившийся в этом течении современной медицины и даже ставший своеобразным приемом в попытках создания единой системы и теории медицины. Нельзя не возражать также против попыток использования концепции неогиппократизма для различных построений в духе вульгарной социальной биотипологии и т. п.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Современные теории медицины, подвергнутые критическому анализу в данной книге, несмотря на различия, по своим идейным истокам, трактовке принципиальных теоретических вопросов, направленности имеют больше общего, чем различий. Можно даже говорить о консолидации подобных теорий и концепций в единое направление.

На всех этих теориях сказывается кризис буржуазной идеологии, проявляющейся в господстве идеалистической философии и социологии. Многие авторы и последователи этих теорий переживают методологический кризис, кризис мировоззрения, когда они сталкиваются с необходимостью осмысливания общетеоретических вопросов. Идеализм и метафизическая односторонность особенно наглядно проявляются в попытках выйти за рамки медицины и здравоохранения и распространить теоретические концепции на объяснение социальных отношений и явлений.

Изучаемые теории медицины и здравоохранения, несмотря на их отличия, являются в конечном счете ответом на характерные изменения в картине патологии, в которой, и прежде всего в структуре причин смертности, преобладают неэпидемические хронические, так называемые дегенеративные заболевания, все более растущие по мере типичных для настоящего времени демографических сдвигов, в первую очередь «постарения» населения. Эти теории с разных позиций отвечают на вопрос об общих процессах и механизмах, возникающих в организме человека под воздействием совокупности бурно меняющихся факторов внешней среды. Они концентри-

ругаются вокруг проблемы приспособления организма к среде существования, его адаптации. При этом на первый план выдвигается так называемый психобиологический аспект, значение которого настолько подчеркивается, что говорят даже о начале «новой эры в медицине».

Как было показано на конкретных примерах, подчеркивается значение эмотивной стороны, врожденных инстинктивных, эмоциональных реакций, которые отдаются на откуп субъективной, идеалистической психологии, психоанализу с его тезисом о примате подсознательного.

Психологизм все более проникает не только в буржуазную социологию, но и в социальную медицину, социальную гигиену, теории здравоохранения и медицины. На смену старых, «грубых» биологизаторских теорий социального дарвинизма, спенсеризма и др. приходят более тонкие концепции буржуазной социальной психологии. Эти и им подобные концепции подменяют социально-экономические закономерности психологически, которые рассматривают «человеческие отношения» как своеобразное психологическое приспособление, некую адаптацию.

Этот односторонний психологизм, пронизывающий современные теории медицины и здравоохранения, выступает как обратная сторона известной давно и ставшей уже традиционной биологизации социальных явлений, которую стараются приккрыть, но не в силах скрыть авторы и сторонники изучаемых нами теорий. Биологизация социальных явлений, так же как и психологизм, отражает классовую сущность буржуазных теорий медицины и здравоохранения, прямо или косвенно сводящих социальные причины и условия возникновения болезней к внутренним коллизиям, к конфликту внутри индивидуума. При этом характерной чертой некоторых теорий медицины и здравоохранения, особенно при экскурсах в область социологии, является внеисторизм, абсолютизация некоторых социальных факторов, что весьма демонстративно проявляется при трактовках цивилизации, социальной дезадаптации, общины, общества и т. д. Все это призвано создавать убеждение в незыблемости, вечности существующего при капитализме порядка.

К психобиологизаторскому подходу (направлению) современных буржуазных теорий медицины и здравоохранения, весьма склонных вторгаться в объяснение социальных отношений, всецело относятся замечания В. И. Ленина о схоластичности и бесплодности биологизации общественных явлений: «На деле никакого исследования общественных явлений, никакого уяснения метода общественных наук нельзя дать при помощи этих понятий. Нет ничего легче, как наклеить „энергетический“ или „биолого-социологический“ ярлык на явления вроде кризисов, революций, борьбы классов и т. п., но нет и ничего бесплоднее, схоластичнее, мертвее, чем это занятие»¹.

Вместе с тем нужно помнить, что, решительно отбрасывая ошибочные, идеалистические и реакционные по своей сущности и направлению концепции, мы должны очень внимательно относиться к конкретным наблюдениям и фактам и даже к некоторым теоретическим обобщениям по специальным вопросам, накопленным создателями и сторонниками этих теорий, примеры которых были приведены в работе. Они могут быть с успехом использованы в медицине и здравоохранении.

При анализе разбираемых нами теорий выявляется еще одна их особенность, выражающаяся в том, что, несмотря на эклектичность, идеалистическую интерпретацию некоторых общетеоретических вопросов и проблем, классовую направленность, т. е. явную или замаскированную буржуазную партийность — защиту интересов господствующих кругов монополистической буржуазии, они подчас отражают в специфической форме действительно имеющие место пороки и противоречия современного капиталистического общества. Так, противопоставляя понятию общественно-экономической формации абстрактное, внеисторическое понятие цивилизации и создавая концепции «болезней цивилизации», они тем не менее, пытаясь конкретизировать влияние факторов цивилизации на здоровье людей, оперируют обычно примерами, взятыми из жизни современного капиталистического общества, говорят об общих и частных факторах, пагубно воздействующих на физическое и психическое здоровье человека. Обращаясь к особенно

¹ В. И. Ленин. Материализм и эмпириокритицизм. Сочинения. Изд. 4-е, т. 18, стр. 348.

популярному и распространенному среди многих теоретиков тезису о подавлении личности, деперсонализации и конформизме как фундаментальной предпосылке болезни и нарушения поведения, они невольно отражают в действительности имеющее место угнетение индивидуума в условиях капитализма, на которое указывал еще К. Маркс, подчеркивая необходимость построить такое общество, где был бы достигнут расцвет творческих сил индивидуумов. «В современную эпоху, — писал К. Маркс в „Капитале“, — господство вещных отношений над индивидами, подавление индивидуальности случайностью приняло самую резкую, самую универсальную форму, поставив тем самым перед существующими индивидами вполне определенную задачу. Оно поставило перед ними задачу: вместо господства отношений и случайности над индивидами установить господство индивидов над случайностью и отношениями... Эта диктуемая современными отношениями задача совпадает с задачей организовать общество на коммунистических началах»¹.

Но скованные рамками буржуазного мировоззрения и отражая интересы господствующего класса, теоретики здравоохранения и медицины капиталистических стран, разумеется, не могут указать пути коренного устранения пороков и антагонизмов, порождающих социальные условия, неблагоприятно воздействующие на здоровье населения. Поэтому, как мы видим, их советы не идут далее некоторых санитарно-технических, медицинских предложений и психологических рекомендаций, призванных помочь «приспособиться» личности к существующему социально-экономическому и политическому устройству буржуазного общества. Однако выявление ими ряда конкретных факторов, неблагоприятно влияющих на здоровье личности или группы людей, критические высказывания о воздействии на здоровье современного образа жизни, условий труда и быта в капиталистических государствах свидетельствуют также о неотвратимости процесса разложения, который, как отмечается в Программе КПСС, «охватил капитализм от основания до вершины: его экономический и государственный строй, политику и идеологию»². Эти материалы должны шире

¹ К. Маркс, Ф. Энгельс. Сочинения. Т. 3, стр. 440.

² Программа Коммунистической партии Советского Союза. М., 1962, стр. 54.

использоваться в идеологической борьбе с антикоммунистическими теориями.

Возникает вопрос, в какой мере рассматриваемые сдвиги в патологии являются всеобщими, т. е. отражают закономерности развития медицины и здравоохранения в целом. Иначе говоря, распространены ли они повсеместно, в том числе в СССР и социалистических странах. С этим вопросом тесно связана проблема общности, существенных сторон картины или профиля патологии, общих черт состояния здоровья населения в экономически развитых странах, принадлежащих к различным социально-экономическим структурам.

В определенной степени ответ на эти вопросы в книге дан. Однако, как отмечалось во введении и в главе 1, в задачу настоящей работы не входил анализ теорий медицины и тенденций в состоянии здоровья населения капиталистических и социалистических стран. Эта задача требует специального обстоятельного исследования. Вместе с тем, учитывая актуальность поставленных вопросов, в дополнение к сказанному можно заметить следующее. Многие наблюдения, факты, методы исследования авторов и последователей анализируемых теорий, а также ряд теоретических положений, особенно относящихся к конкретным проблемам происхождения и генеза патологических процессов, принципов лечения и др., отвечают современным концепциям медицины и здравоохранения, которые разделяют и развивают ученые Советского Союза и других социалистических стран. Это относится и к теоретическим взглядам сторонников физиологического направления, нервизма¹, к учению о кор-

¹ Физиологическое направление как прогрессивное течение современной медицины — выражение преемственного развития передовых физиологических воззрений И. М. Сеченова, Bernard, С. П. Боткина, Н. Е. Введенского, И. П. Павлова и других выдающихся ученых в отношении закономерностей жизнедеятельности организма в условиях здоровья и болезни — течение, провозглашающее своим важнейшим принципом нервизм, опирающееся на положения материалистической философии и естествознания о диалектическом единстве и взаимодействии организма и внешней среды, целостности организма, единства физического и психического и другие положения, объединяет и направляет развитие многих дисциплин, школ и концепций теоретической и клинической медицины и справедливо рассматривается как ведущее направление медицины в СССР. Тесно связанное с профилактическим направлением, оно противопоставлено механистическим течениям в медицине в духе прежнего орга-

тико-висцеральных соотношениях, нейро-гуморальных корреляциях и регуляциях, адаптивных и защитных механизмах и функциях и многому другому, о чем мы неоднократно говорили в этой книге. Более того, подчеркивался прогрессивный характер взглядов ряда теоретиков медицины из капиталистических стран по вопросу об оценке ими значения социальных факторов, оказывающих подчас решающее влияние при возникновении и распространении болезней. Как положительное явление отмечалось стремление к целостному рассмотрению организма в его многосторонних связях с комплексом воздействий внешней среды; стремление проникнуть во внутренний мир больного, раскрыть индивидуальные особенности личности пациента и многое другое, что давно стало традицией отечественной медицины.

Таким образом, уже из данной работы вытекает наличие некоторых общих черт, объединяющих теоретическую мысль ученых различных стран — и социалистических, и капиталистических. Это положение было бы еще более явным, если бы в книге ставилась цель анализа теорий и направлений, распространенных вообще в медицине, если бы автор не ограничился преимущественно критическим изучением лишь некоторых современных концепций, развиваемых буржуазными медиками.

Термин «буржуазные теории» следует относить к взглядам тех медиков капиталистических стран, которые не стоят на марксистских позициях и выступают с интерпретацией общетеоретических проблем в духе буржуазной философии и социологии, в классовых интересах буржуазии, т. е. речь идет не о достижениях теорети-

нолокалистического (анатоми-локалистического) направления, некоторым современным концепциям, в том числе воззрениям ряда представителей разбираемых в нашей работе теорий, объединяемым психобиологическим подходом (направленностью). Однако исследование путей развития физиологического направления — сложнейшая задача, требующая усилий многих ученых. Что касается определения и показа общих черт развития этого направления в современный период, то это в известной степени осуществлено в ряде публикаций, в том числе в следующих работах: Н. И. Гращенков, Ю. П. Лисицын. Здравоохранение в СССР и достижения советской медицины. М., 1958; Ю. П. Лисицын, В. В. Парни. Медицина в СССР. В ст. «Медицина», БМЭ, 2-е изд., т. 17, М., 1960; Ю. П. Лисицын. Важнейшие направления и особенности развития медицины в СССР. В кн.: История медицины СССР. Под ред. Б. Д. Петрова. М., 1964, и др.

ческой мысли, обязанной научно-техническому прогрессу человечества, а о такой интерпретации важнейших вопросов медицины, здравоохранения и выходящих за их рамки социальных и политических проблем, которые требуют принципиальной, партийной критики с позиций марксистской методологии.

Как неоднократно отмечалось, важнейшей предпосылкой возникновения и фактором, определяющим характер современных теоретических концепций медицины, являются изменения в состоянии здоровья населения, эволюция типов или профилей патологии. Очевидно, что в экономически развитых странах, даже относящихся к различным общественно-экономическим укладам, современный научно-технический прогресс создает многие одинаковые или сходные условия окружающей человека среды. Развитие промышленного производства, науки, культуры, т. е. в широком смысле слова цивилизации, порождает социальные факторы, положительно и отрицательно воздействующие на состояние здоровья людей в различных странах мира. Неблагоприятное влияние одинаковых или сходных факторов определяет и общность типов (профилей) патологии людей во всех странах с примерно одинаковым уровнем экономического развития. Действительно, не только в капиталистических государствах, о чем шла речь в главе I, но и в СССР и других развитых в экономическом отношении странах социализма отмечаются общие тенденции в демографических процессах и распространенности заболеваний. Это подтверждается конкретными данными. Так, например, величина показателей рождаемости, смертности, естественный прирост населения находятся в тех же пределах, что и в развитых капиталистических странах (табл. 23). В социалистических странах также обнаруживается тенденция «постарения» населения, постепенного увеличения в его возрастном составе удельного веса лиц 60—65 лет и старше. Это обстоятельство связывается с увеличением средней продолжительности жизни, которая находится на уровне развитых капиталистических государств, составляя в последние годы, например, в СССР, 65 лет для мужчин и 73 года для женщин (70 лет для обоих полов), 69 лет в Болгарии и 68 лет в Польше. Демографы не только дали сведения о сдвигах в возрастной структуре населения, но и определили перспек-

Таблица 23

Рождаемость, смертность, естественный прирост населения
в некоторых социалистических странах в 1950—1964 гг.
(на 1000 населения)¹

Страна	Рождаемость			Смертность			Естественный прирост населения		
	1950 г.	1960 г.	1964 г.	1950 г.	1960 г.	1964 г.	1950 г.	1960 г.	1964 г.
СССР . . .	26,7	24,9	19,7	9,7	7,1	7,0	17,0	17,8	12,7
Болгария	25,2	17,8	16,1	10,2	8,1	7,9	15,0	9,7	8,2
Венгрия	20,9	14,7	13,1	11,4	10,2	10,0	9,5	4,5	3,1
ГДР . . .	16,5	17,0	17,6 ²	11,9	13,6	12,8 ²	4,6	3,4	4,8 ³
Польша	30,7	22,6	18,1	11,6	7,6	7,6	19,1	15,0	10,5
Румыния	26,2	19,1	15,2	12,4	8,7	8,1	13,8	10,4	7,1
Чехословакия . . .	23,3	15,9	17,1	11,5	9,2	9,6	11,8	6,7	7,5
Югославия	30,2	23,5	20,8	13,0	9,9	9,4	17,2	13,6	11,4

¹ Источники: СССР в цифрах в 1964 г. ЦСУ, М., 1965; Экономика социалистических стран в цифрах. Соцэкгиз, М., 1964; Third Report on the World Health Situation. WHO. A. 19 (P and B) 4. Part II Geneva, April, 1966.

² Данные за 1963 г.

тивы дальнейшего «постарения» населения в социалистических странах. Так, например, в одной из статей международного журнала «Здравоохранение» приведены следующие данные в отношении некоторых социалистических государств (табл. 24). Материалы таблицы примерно соответствуют тому, что имело место в СССР, где удельный вес лиц в возрасте 60 лет и старше в 1959 г. по сравнению с 1939 г. (данные всесоюзных переписей населения) увеличился с 6,8 до 9,4%¹. В дальнейшем число пожилых и стариков (60 лет и старше) будет возрастать, как и в других социалистических странах, достигнув примерно 11—12% к 1970 г.²

Как отмечалось, сдвиги в демографических процессах и возрастной структуре населения находятся в тес-

¹ П. Г. Подъячих. Население СССР. Госполитиздат, М., 1961.

² К таким данным приходят не только советские демографы, но также специалисты других стран, например, De Haas, Gezundheitsproblemen in Wereldverband. Sociale Geneskunde, 1964.

Т а б л и ц а 24

Динамика «старения» населения. Число лиц
60 лет и старше в процентах к общему
населению¹

Страна	1950 г.	1960 г.	1970 г.
Болгария	9,6	11,0	14,0
Венгрия	11,6	14,1	16,4
Г Д Р	16,2	20,0	22,0
Польша	8,6	9,0	12,0
Чехословакия	11,8	13,9	16,7

¹ И. А. Троян, Естественно-медицинская проблема «старения» народонаселения в СССР. Здравоохранение, 1964, № 2.

ной связи с характером распространенности заболеваний, с изменением типов или профилей патологии. И в социалистических странах эти сдвиги, особенно «постарение» населения, существенно влияют на заболеваемость и структуру смертности, которая весьма близка к таковой в развитых капиталистических странах. В социалистических странах на первое место среди причин смертности населения также вышли так называемые хронические неэпидемические болезни, прежде всего сердечно-сосудистые расстройства и злокачественные новообразования, в то время как раньше (еще до второй мировой войны) основными причинами смерти были инфекционные заболевания. По данным С. В. Курашова¹, уже в 1958 г. в СССР смертность от сердечно-сосудистых поражений составляла 222 на 100 000 населения, или 31% всех случаев смерти. В дальнейшем число смертных случаев от этой причины еще более возросло. Среди важнейших факторов повышения удельного веса смертных случаев от сердечно-сосудистых заболеваний обоснованно называют «постарение» населения. Достаточно сказать, что смертность от этих причин в возрастной группе 60 лет и старше в десятки раз (25—26 раз) больше, чем в группе 40—49 лет. Похожая картина наблюдается и по отношению к злокачественным новооб-

¹ С. В. Курашов. Организация борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями. М., 1960.

разованиям, число смертных случаев от которых резко возрастает по мере увеличения возраста (в 6—7 раз больше умирает лиц в возрасте 60 лет и старше по сравнению с возрастной группой в 40—49 лет, не говоря уже о более молодых возрастах, где смертность значительно ниже). Что касается удельного веса смертных случаев от злокачественных опухолей в СССР, то он имеет тенденцию к повышению и в последние годы. Материалы, опубликованные к Международному конгрессу онкологов, проходившему в 1962 г. в Москве, свидетельствуют о том, что в 1958—1959 гг. смертность (на 100 000 населения) от злокачественных новообразований в городах СССР составила у мужчин 128,4, у женщин 122,9, т. е. была несколько ниже, чем в ряде развитых капиталистических государств. Однако смертность среди пожилых возрастов, особенно лиц 60 лет и старше (1224,8 у мужчин и 692,2 у женщин) была равна, а подчас и превышала таковую в других экономически развитых странах¹. Таким образом, только сердечно-сосудистые заболевания и злокачественные опухоли в СССР ежегодно являются основной причиной смертных случаев. В других социалистических странах эти заболевания также составляют половину и более случаев смерти, что иллюстрируется данными табл. 25, составленной на основании сведений, полученных ВОЗ из соответствующих стран и включенных в последний сводный доклад о здравоохранении в мире, представленный 19-й Всемирной ассамблее здравоохранения (май 1966 г.).

В числе других причин смерти в этих странах наибольшее значение имеют пневмония, которая в некоторых из них (Болгария, Румыния, Чехословакия) дает 7—8% смертных случаев, а также травмы, составившие в 1963 г. в соответствии с тем же источником около 5% смертных случаев в Болгарии и Польше, около 6% в Чехословакии и около 4% в Венгрии.

Не перечисляя даже других причин смерти населения, в известной степени определяющих характер распространенности заболеваний, еще раз отметим, что общая картина, тип или профиль патологии в экономически

¹ Заболеваемость и смертность населения СССР от злокачественных новообразований. Под ред. А. М. Меркова, Г. Ф. Церковного и К. Д. Кауфмана. Медгиз, Л., 1962.

Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний и злокачественных новообразований в абсолютных цифрах и процентах ко всем случаям смерти в некоторых социалистических странах в 1963 г.¹

Страна	Общее число случаев смерти	Смертные случаи от сердечно-сосудистых заболеваний		Смертные случаи от злокачественных новообразований	
		абс. число	% к общему числу смертей	абс. число	% к общему числу смертей
Болгария . . .	66 057	26 059	39	10 423	15,8
Венгрия . . .	100 830	39 416	39	18 791	18,6
Польша . . .	235 879	51 028	21,6	37 108	16
Румыния . . .	155 767	57 879	37	22 609	14
Чехословакия	133 107	50 349	38	27 310	20

¹ Источник: Third Report on the World Health Situation. WHO. A. 19 (P and B) 4. Part II. Geneva, April, 1966.

развитых социалистических странах весьма напоминает тот, который имеется в развитых капиталистических странах.

Следует ли из этого, однако, что во всех экономически развитых странах мира общие факторы современной цивилизации привели к тождественности типов патологии, что различие в социально-экономической и политической структуре общества не сказывается на состоянии здоровья населения? Как это ни может показаться парадоксальным, именно установление нового общественного строя способствовало сближению типов патологии населения, поскольку оно обусловило индустриализацию, развитие современного производства, науки и культуры, т. е. стало мощным фактором цивилизации в социалистических странах. При этом социализм, как известно, породил высокие темпы развития народного хозяйства, научного и культурного подъема, повышения материального уровня жизни населения, что не может не сказаться на темпах не только строительства материально-технической базы здравоохранения, но и улучшения состояния здоровья людей. Достаточно сказать, что ни одна экономически развитая капиталистическая страна не знала таких высоких темпов увеличения числа врачей, больничных коек, как это, например, имело место в

СССР, где за годы Советской власти коечный фонд увеличился более чем в 10 раз (с 208 тыс. коек в 1913 г. до 2230 тыс. в 1965 г. и будет еще более расширяться — до 2680 тыс. в 1970 г., или 10,8 койки на 1000 населения), а число врачей выросло с 28,1 тыс. в 1913 г. до 555 тыс. в 1965 г. и далее к 1970 г. увеличится до 695 тыс. (28 на 10 000 населения)¹. Высокие темпы расширения материально-технической базы здравоохранения наблюдаются и в других социалистических странах. Только с 1950 по 1963 г. число врачей в Болгарии увеличилось с 11 до 20 на 10 000 населения, в Венгрии — с 11 до 17,7, в Румынии — с 10 до 14, в Чехословакии — с 10,1 до 19,3, в Польше — с 3,7 до 11,4. За этот же период число больничных коек возросло в Болгарии с 35 до 61 на 10 000 населения, в Венгрии — с 56 до 74, в Польше — с 40 до 58, в Румынии — с 42 до 74, в Чехословакии — с 62 до 78². В то же время в развитых капиталистических странах или не было роста медицинских кадров, или он проходил очень медленными темпами. Последние годы дают стабильные цифры обеспеченности койками (в пределах 9—11 на 1000 населения) и врачами (в пределах 11—14 на 10 000 населения) в этих государствах. Более того, говорят даже, например в США, об уменьшении обеспеченности врачами в связи с отставанием увеличения числа врачей от роста населения страны.

Разумеется, сдвиги в состоянии здоровья населения нельзя ставить в прямую зависимость от темпов расширения материально-технической базы здравоохранения. Но в какой-то степени успехи развития социалистической экономики, культурного и материального уровня жизни народа проявляются и в темпах улучшения народного здоровья. Так, например, ни одна экономически развитая капиталистическая страна не знала столь высоких темпов снижения общей и особенно детской смертности, как это имело место в СССР. Как известно, общая смертность в 1965 г. по сравнению с 1913 г. уменьшилась в 4 раза — с 29,1 до 7,3 на 1000 населения;

¹ Источники: СССР в цифрах в 1964 г. и 1965 г. ЦСУ М., 1965; М., 1966, а также см. Материалы XXIII съезда КПСС. М., 1966.

² Экономика социалистических стран в цифрах. Краткий статистический сборник. Соцэкгиз М., 1964.

детская же смертность сократилась почти в 10 раз — с 269 на 1000 родившихся до 28¹. При этом нужно учесть, что около 20 лет наша страна вынуждена была вести войны, отстаивая свободу и независимость, и восстанавливать разрушенное народное хозяйство. Развитым капиталистическим странам для уменьшения в такой же степени общей смертности населения потребовалось не менее 150 лет; только для снижения общей смертности в 2 раза в Австрии, Англии, Франции, Бельгии, США и других странах необходимо было 100 лет (см. соответствующие таблицы в главе I). Этим же государствам нужно было не менее 100 лет, чтобы снизить детскую смертность с показателей гораздо меньших, чем в России в 1913 г. (с 140—160‰), до ее современного уровня, т. е. в 5—6 раз. Преимущество в темпах улучшения показателей состояния здоровья населения можно проследить и на менее продолжительных периодах. Однако, не ставя своей целью детальное изучение материала, отметим, что даже такой инертный показатель состояния здоровья населения, считающийся наиболее емким и всесторонним, как средняя продолжительность жизни в нашей стране, увеличивается более высокими темпами, чем в развитых капиталистических государствах. Так с 44 лет в 1926 г. он увеличился до 70 лет в 1960—1962 гг. (т. е. на 26 лет). В то же время в США этот показатель, составляя в последние годы ту же величину — 70 лет, возрос примерно на 11 лет (с 59 лет в 1926—1927 гг.)². При этом следует учесть, что средняя продолжительность жизни в СССР во всех возрастных группах, начиная от 1 года и старше, выше, чем в США. По сравнению с другими развитыми капиталистическими странами за указанный период ее прирост еще выше. Убедительные сведения о преимуществе в темпах улучшения состояния здоровья населения можно привести и по отношению к другим социалистическим странам. Но не останавливаясь более на этом вопросе, который, как отмечалось, заслуживает специального исследования, считаем вправе уже сейчас подчеркнуть, что при решении вопроса о схожести типов (профилей) патологии в эконо-

¹ СССР в цифрах. ЦСУ. М., 1966.

² По СССР см. уже цитированные статистические справочники: для США — E. Rogers. *Human Ecology*. № 9, 1960.

мически развитых странах, относящихся к разным социальным и политическим системам, должны приниматься во внимание и темпы сдвигов в состоянии здоровья населения. Даже при полной, почти фотографической идентичности основных показателей здоровья населения в определенный временной период различие в темпах не позволяет говорить о тождественности картины (типов или профилей) патологии. И это тем более справедливо, что, по нашему глубокому убеждению, время работает на нас — на доказательство преимуществ социалистической системы и в отношении влияния на здоровье народа порожденных ею социальных условий.

Но не только различие в темпах изменения состояния здоровья населения не позволяет говорить о тождестве типов патологии — при внешней схожести основных показателей имеются некоторые существенные отличия как в указанных показателях, так и в других характеристиках здоровья. Разумеется, для выявления и убедительного обоснования такого рода различий необходимы детальные исследования, выходящие за рамки анализа общепринятых показателей, которые, особенно коэффициенты смертности, относящиеся к так называемым грубым показателям, неспособным раскрыть важные стороны в изучении столь сложных процессов, какими являются изменения в состоянии здоровья населения и факторы, их определяющие. Считая эту проблему важнейшей для исследований, можно уже сейчас привести 2—3 примера, говорящих о различиях в состоянии здоровья населения стран с разным общественным укладом. Уже сравнение общих показателей смертности в СССР и в экономически развитых капиталистических странах говорит в пользу нашей страны, где общая смертность значительно ниже. Это же положение остается справедливым и при стандартизации показателей, т. е. элиминировании возрастно-половых различий, хотя стандартизованные показатели смертности в СССР и в капиталистических странах будут отличаться друг от друга в меньшей степени. Для иллюстрации сказанного воспроизведем результаты стандартизации показателей общей смертности, приведенные в книге А. М. Моркова (табл. 26).

Пожалуй, в еще большей степени ощущается разница в заболеваемости населения. И хотя, как отмечалось

Таблица 26

Показатели смертности (общие и стандартизованные) в СССР
и в наиболее развитых экономически капиталистических
странах¹

Страна	Год	Показатели смертности на 1000 населения		Соответствующие показате- ли для СССР приняты за 100	
		общие	стандартизо- ванные	общие	стандартизо- ванные
СССР	1958	7,2	7,2	100	100
США . . .	1958	9,5	7,9	132	110
Англия	1956	11,7	8,6	163	115
Франция	1956	12,5	8,6	174	169
ФРГ . . .	1955	11,2	8,6	156	110

¹ А. М. Мерков. Демографическая статистика. М., 1965, стр. 116.

в главе I, заболеваемость регистрируется неполно, выявляется с большими дефектами, что весьма затрудняет возможности сравнения данных, особенно в различных странах, однако по совокупности признаков — госпитализированной заболеваемости, выборочных исследований, данных официальной статистики и пр. — можно составить представление о распространенности ряда заболеваний. И если по отношению к инфекционным заболеваниям в целом проявляется тенденция сближения показателей, так как распространенность их в экономически развитых странах уменьшается, за исключением некоторых вирусных заболеваний и в ряде случаев пневмоний и бронхитов, то этого нельзя сказать о некоторых неэпидемических, хронических болезнях и прежде всего тех, в происхождении которых большое значение имеет нервно-психическое напряжение, — неврозах и особенно психозах. Несмотря на отсутствие общепринятых критериев определения психического расстройства, неполноту сведений об их распространенности, для многих специалистов ясна очевидная разница в уровнях заболеваемости в СССР, других социалистических странах и капиталистических государствах. Не случайно в США и других капиталистических странах заболеваемость психическими расстройствами называют проблемой номер один в здравоохранении. Перед нашими исследователями стоит

актуальная задача по возможности полно выявить и сопоставить заболеваемость нервно-психическими расстройствами в социалистических и развитых капиталистических странах, поскольку на примере этих болезней наиболее демонстративно проявляется воздействие социальных факторов, зависящих от социально-экономических и политических условий жизни населения. Предпринятое несколько лет назад изучение распространенности психозов, по данным обращаемости в психоневрологические диспансеры Москвы, Ленинграда, Ставрополя и некоторых других городов, показало, например, что за 12 лет (1945—1956) произошло снижение заболеваемости основными формами неврозов и психозов почти в 3 раза, в том числе шизофренией с 5,5 на 10 000 населения до 2,4, эпилепсией — с 5,5 до 1,4, психозами сосудистого происхождения — с 5,2 до 2,7, психоневрозами, неврозами и реактивными состояниями — с 17,4 до 6,0 и т. п., а всего по 11 формам с 48,0 до 18,13 на 10 000 населения. Эта цифра значительно меньше приводимых зарубежными психиатрами данных относительно распространенности психических заболеваний в капиталистических странах¹.

В нашей работе отмечалось, что при характеристике состояния здоровья населения в капиталистических странах следует с большой осторожностью подходить к общим средним (осредненным) показателям, так как они скрывают резкие отличия в состоянии здоровья различных социальных слоев населения не отражают социальную неоднородность его здоровья. На ряде примеров были показаны существенные отличия в показателях смертности и распространенности заболеваний, особенно психозов. В СССР и других социалистических странах не обнаруживается таких колебаний уровней здоровья, поскольку не может быть речи о социальном неравенстве и столь резких отличиях в материальном положении. Социологические исследования, которые стали активно проводиться в последнее время в СССР, не обнаруживают существенных различий в состоянии здоровья различных социальных групп населения. Если же и фикси-

¹ В. М. Баншиков, И. А. Бергер, Т. И. Голубовская, Е. С. Ремизова. Основные принципы и задачи профилактики невropsychических заболеваний, М., 1958.

руется отличие в показателях состояния здоровья населения, то оно связывается с конкретными условиями труда, быта, профессиональными, возрастно-половыми и многими другими факторами. Так, например, в одной из работ были отмечены некоторые различия частоты заболеваний желудочно-кишечными расстройствами, эксудативным диатезом и рахитом детей у работающих и неработающих матерей, были зафиксированы отличающиеся показатели рождаемости и смертности детей в зависимости от размеров жилой площади семьи¹. Известны исследования акад. С. Г. Струмилина², научных работников ЦСУ СССР, а также представителей ряда кафедр социальной гигиены и организации здравоохранения (в том числе кафедры II Московского медицинского института имени Н. И. Пирогова), которые доказывают влияние конкретных условий жизни, в частности занятости женщин в общественном производстве, величины жилой площади, дохода семьи или дохода, рассчитанного на каждого члена семьи, и др. на отдельные показатели состояния здоровья, рождаемость, заболеваемость с временной потерей трудоспособности и пр. Однако эти и ряд других исследований не дают оснований для выводов о наличии в СССР резко отличающихся по состоянию здоровья социальных групп и классов.

Таким образом, указанные примеры свидетельствуют о существенных отличиях в состоянии здоровья населения социалистических и капиталистических стран и не позволяют говорить о тождестве типов или профилей патологии, хотя, как подчеркивалось, для всех экономически развитых стран характерен ряд сходных черт картины патологии, состояния здоровья населения. Можно говорить о некоторой общности, но не о тождественности типа или профиля патологии. Однако этот вывод подлежит дальнейшему обоснованию, а тема заслуживает специальных исследований. При этом важнейшей проблемой окажется разграничение и изучение факторов цивилизации, развивающейся в условиях социалистического общества, от факторов цивилизации при капита-

¹ Г. А. Снесарев. Вопросы организации труда и быта женщин и расширенное воспроизводство населения. Социальные исследования. «Наука». М., 1965.

² С. Г. Струмилин. К проблеме рождаемости в рабочей среде. Проблемы экономики труда. М., 1957.

лизме. Здесь наряду с факторами, обусловленными общими закономерностями и свойствами научно-технического прогресса, определяющими общность многих условий жизни людей современной эпохи и, следовательно, общность типов патологии населения в развитых странах вне зависимости от их социально-политического и экономического устройства, необходимо отличать те факторы, которые зависят от социально-политической структуры общества. Именно они в условиях социалистического государства становятся мощным рычагом в деле охраны и улучшения здоровья народа. Они создают такие социальные условия, которые способствуют благоприятному воздействию на здоровье населения многочисленных и многообразных факторов современной цивилизации. От них в конечном счете зависят преимущества не только в системе социалистического здравоохранения, являющейся их непосредственным производным, но и в состоянии здоровья народа, все более явные по мере прогресса социалистического общества.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	3
<i>Введение</i>	7
Глава 1. «Болезни цивилизации» (изменение характера патологии)	15
Неполнота регистрации	15
Отступление инфекционных и паразитарных заболеваний «Эпидемия» хронических неэпидемических болезней и травматизма	16
Проблема общественного здравоохранения № 1 — психические заболевания	25
Структура смертности «Постарение» населения	45
О патологии «социальных классов»	56
О патологии «социальных классов»	60
О патологии «социальных классов»	72
Глава 2. «Болезни цивилизации» и теория социальной дезадаптации	77
Внимание к социальным факторам цивилизации	77
Дисгармония биологических и социальных ритмов. Теория дегенерации	80
Социальная гигиена и социальная дезадаптация	93
Глава 3. Теория факторов в здравоохранении	104
Определение понятия	104
«Порочный круг» нищеты и болезней	106
Вариант кондиционализма	118
Глава 4. Социальная экология и экологический подход в медицине	121
Экология как отрасль биологии	122
Основополагающая теория «человеческой экологии» и социал-дарвинизм	125
Реформаторы «классической» концепции. Социальная экология	132
Философия целостности — «холизм» и социальная экология	138

Социальная («человеческая») экология в качестве теории здравоохранения	141
Экологический подход в медицине	147
Глава 5. Патология «патогенных ситуаций» и теория общего адаптационного синдрома	161
Определения «стресса»	161
Болезни — «болезни адаптации»	163
Гуморализм или нервизм?	168
Проблема качества. Концепция «адаптивной энергии» и «реактонов»	170
Философия «благодарности»	179
Вездесущий стресс	185
Глава 6. Психоаналитическая психосоматика	193
Определение термина	195
Из истории проблемы психосоматического единства	199
Основной вопрос и подходы к его решению	209
Психоанализ и неофрейдизм как основа психосоматики	213
Деперсонализация, конформизм, дезадаптация и «экзистенциальная безнадежность»	225
Подсознательные комплексы. Психосоматические болезни	232
О природе психического	243
Рациональные суждения	245
Глава 7. Медицина индивидуальности — неогиппократизм и биотипология	248
Ревизия учения Гиппократа—выход из кризиса медицины	249
Современный вариант конституциональной медицины «Социальная биотипология»	261
«Социальная биотипология»	277
Заключение	281

ЛИСИЦИН ЮРИЙ ПАВЛОВИЧ
Современные теории медицины

Редактор Г. И. Царегородцев
Техн. редактор Н. А. Пошкрёбнева
Корректор В. Н. Самсонова
Переплет художника

В. Журавского

Сдано в набор 27/1 1967 г. Подписано к печати 19/1 1968 г. Формат бумаги 84×108¹/₃₂. 9,38 печ. л. (условных 15,75 л.). 15,19 уч.-изд. л. Бум. тип. № 2. Тираж 5000 экз. Т-01341 МН-53. Издательство «Медицина», Москва, Петроверигский пер., 6/8
Заказ № 1075
Типография изд-ва «Волжская коммуна», г. Куйбышев, пр. Карла Маркса, 201
Цена 1 р. 01 к.

1р.01к.

«Медицина»
1968

Современные теории медицины