

HIPPOKRATES



– Прошлое. Настоящее. Будущее –



НАУЧНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБЩЕСТВО:
ВОЗРОЖДЕНИЕ



НАУЧНОЕ
МЕДИЦИНСКОЕ ОБЩЕСТВО:
ВОЗРОЖДЕНИЕ



www.hip-med.com

ОТ РЕДАКТОРА



*Здравствуйте, уважаемые читатели
научно-популярного журнала
«Гиппократ»!*

Первым, осенним номером вестника мы с радостью чествуем лучшие традиции Науки жить и побеждать, а именно Возрождение деятельности Научного Медицинского сообщества. Практика деятельности научного сообщества — по факту, вековая европейская традиция. Более 700 лет подготовка учёных, докторов и экспертов строится и осуществляется благодаря активности научных сообществ.

Как известно, высший европейский научный уровень — это уровень академический. Непосредственно академическую элиту и пред-

ставляют научные сообщества. **Наследие прошлого** гласит о том, что до 1917 года на территории современного государства Украина функционировали самые разнообразные научные общества, в частности, богатой практикой отличались медицинские сообщества (Хирургическое общество; Одесское эпидемиологическое общество; Одесское дерматологическое и венерологическое общество; Одесское бальнеологическое общество; Одесское общество психиатров и невропатологов и др.)

Сегодня 21 век, совершивший видимый технологический скачок, подаривший миру и блага, и комфорт достижений цивилизации, не оставил в стороне ординарные задачи и проблемы. Вопросы здоровья, психического равновесия и жизненного благополучия, напротив, стали лишь более острыми и акту-



альными. Новые времена бросают нам новые вызовы — и как с ними справиться в условиях дефицита времени, давления требований окружающей среды, неоднозначности будущего и собственного миропонимания — что же, это открытый вопрос.

Создание благополучного будущего невозможно без усилий настоящего, без подготовленных людей, знатоков своего дела, равно как и без соответствующих условий, способствующих развитию и становлению научной мысли, оживающей на практике в руках молодого поколения — умов пытливых и ищущих. Более того, создание кадров будущего невозможно и без осознания силы достижений прошлого, без восстановления преемственности поколений (в том числе, научных школ), без соответствующих условий — той самой Среды, в которой воспитывается и выковывается учёный-практик, доктор, врачующий и даже исследователь, распахивающий двери знаний в миры новых Открытий.

Таковой благодатной средой в европейской традиции был и остаются Научные сообщества. И следуя неминуемому ходу времени, превращающего настоящее в прошлое, в трамплин будущего, мы рады поделиться новостью о возрождении преемственности академических медицинских традиций. Да, сегодня возрождено и уже довольно активно функционирует Научное Медицинское общества.

И мы приглашаем читателей заглянуть «по ту сторону» занавеса медицинской науки, погрузиться в некоторые загадки истории, равно как и познакомиться с несколькими злободневными исследованиями и проектами, завершение которых станет новой страницей в летописи Науки Здоровья.

*С уважением,
Главный редактор Вестника,
Ирина Игоревна Лопатюк*



HIPPOCRATES

Сентябрь 2022

6 ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ
И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБЩЕСТВА
ОДЕССКИХ ВРАЧЕЙ

16 МЕДИЦИНА В ОДЕССЕ ДО
1820 ГОДА

26 КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ
ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ
ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА

36 ТАКТИКА РАБОТЫ В УСЛОВИЯХ
ЭПИДЕМИИ

56 ИЛЬЯ ИЛЬИЧ МЕЧНИКОВ:
НАУЧНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ
В ОДЕССЕ И ПРИЧИНЫ ОТЪЕЗДА
ЗА ГРАНИЦУ

68 ВЫЗОВЫ ПОСТ-КОВИДНОЙ
ЭПОХИ: ОБ ИННОВАЦИЯХ,
НОВЫХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ
РЕШЕНИЯХ И ПОДХОДАХ

78 О ФИЛОСОФИИ ЗДОРОВОГО
ВЫБОРА

90 РАЗГОВОР О РАКЕ С ПАЦИЕНТАМИ

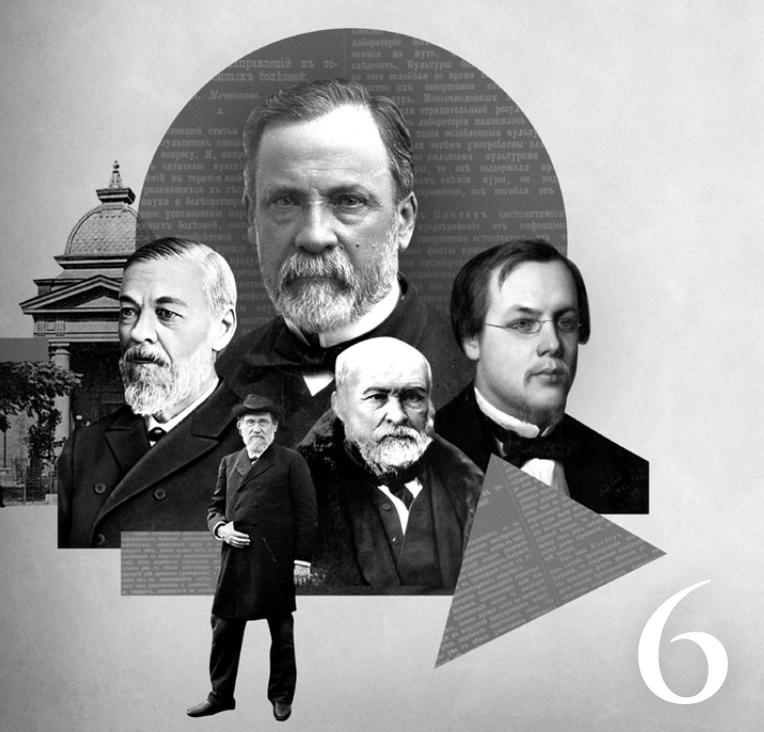
98 О ТОМ, КУДА СЕГОДНЯ
НАПРАВЛЕНЫ УСИЛИЯ
В МЕДИЦИНЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ
ЗАБОЛЕВАНИЙ

102 ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ
ВЫГОРАНИЕ

106 ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА:
РЕФЕРАТИВНЫЙ ОБЗОР
СОВРЕМЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ
И ПЕРСПЕКТИВЫ

114 «ЧЕЛОВЕК-РАСТЕНИЕ»
— ИДЕАЛЬНЫЙ КИРПИЧ
СОВРЕМЕННОГО МИРА

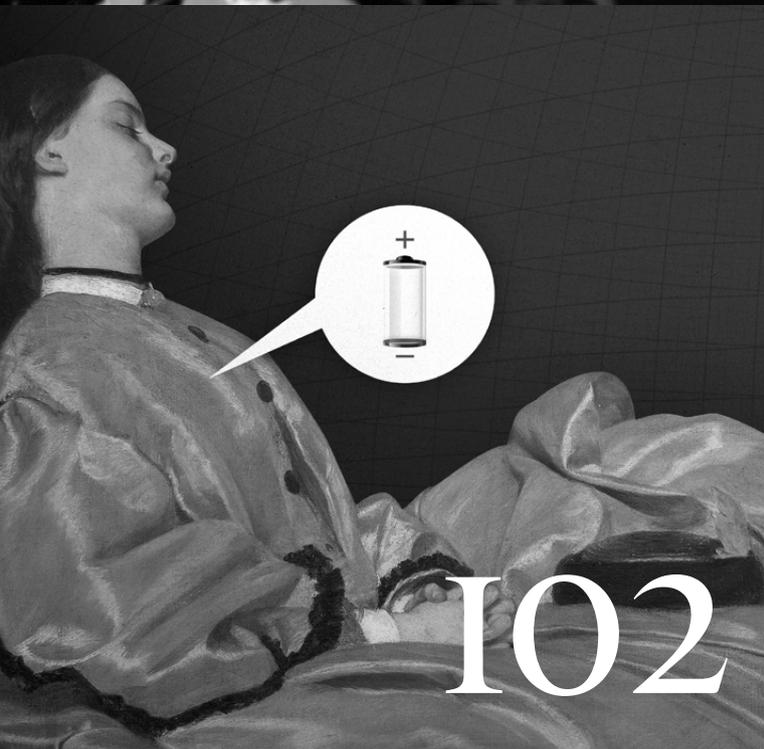
118 НАУЧНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ
ОБЩЕСТВО



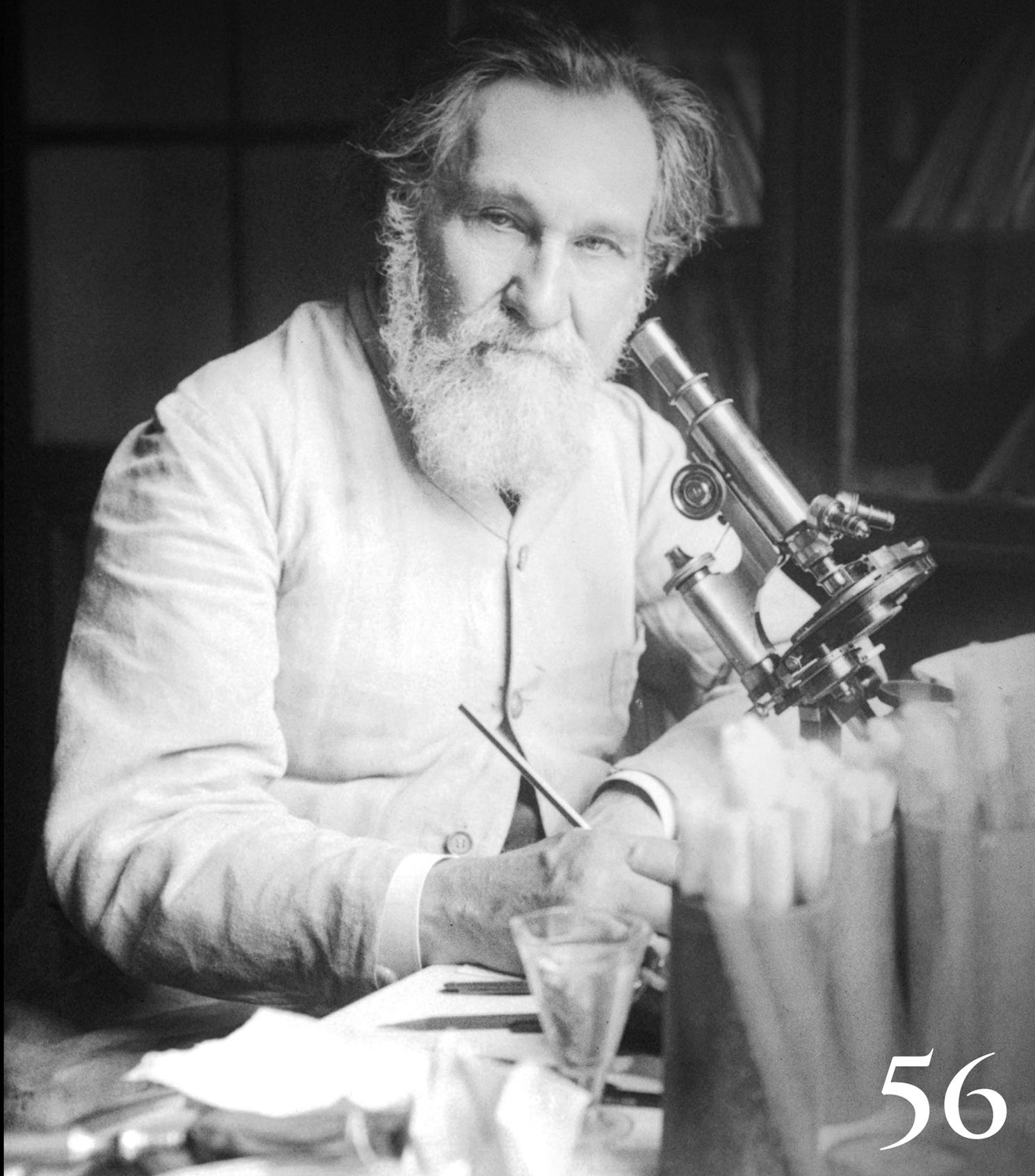
6



36



102



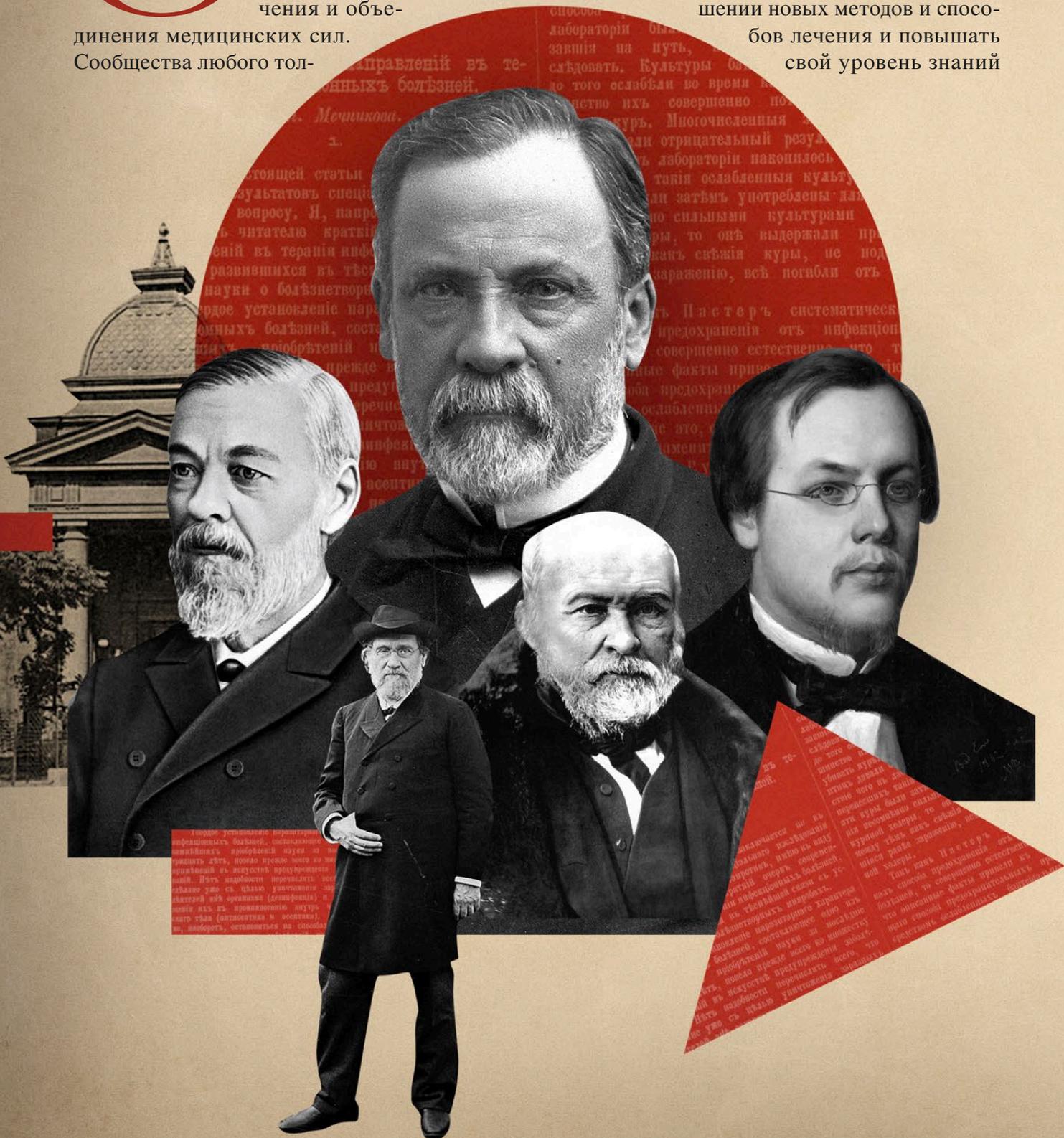
ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБЩЕСТВА ОДЕССКИХ ВРАЧЕЙ



Общество одесских врачей является одним из старейших медицинских сообществ, а также одним из европейских пионеров в деле сплочения и объединения медицинских сил.

Сообщества любого тол-

ка и направленности играют крайне важную роль для специалистов, особенно, что касается медицинской отрасли, ведь врачи отвечают за жизни и здоровье людей. Для врачей крайне важно держать «руку на пульсе» в отношении новых методов и способов лечения и повышать свой уровень знаний



не только за счёт ежедневной практики, но и за счёт дискуссий с коллегами, обсуждения их трудов и прогрессивных инноваций, что приносит пользу всему медицинскому сообществу.

Медицинская среда Одессы XIX века была представлена врачами множества национальностей, поскольку для работы в медицинские учреждения города съезжались желающие не только из различных регионов Российской империи, но из Италии, Греции, Великобритании, но преимущественно всё же из Германии и Франции. У врачей Одессы того времени не было сформированного сообщества или площадки для обсуждения насущных медицинских проблем и обмена опытом. Впрочем, самые активные представители этой благородной профессии (изначально это было всего несколько врачей) образовали своего рода кружок для чтения медицинских газет.

Однако в середине XIX века Одессу охватила очередная эпидемия, которые в то время случались периодически и отмечались множеством жертв, ведь врачи не знали как бороться с такой напастью. И в 1848 году градоначальник в связи с очередной эпидемией холеры инициировал медицинские совещания для публичного обсуждения проблемы. Был создан **«Предохранительный против холеры комитет»**. Врачи комитета собирались два раза в неделю с целью разработки способов борьбы с эпидемией. Первое заседание состоялось 16 июня в здании Лечебницы для приходящих.

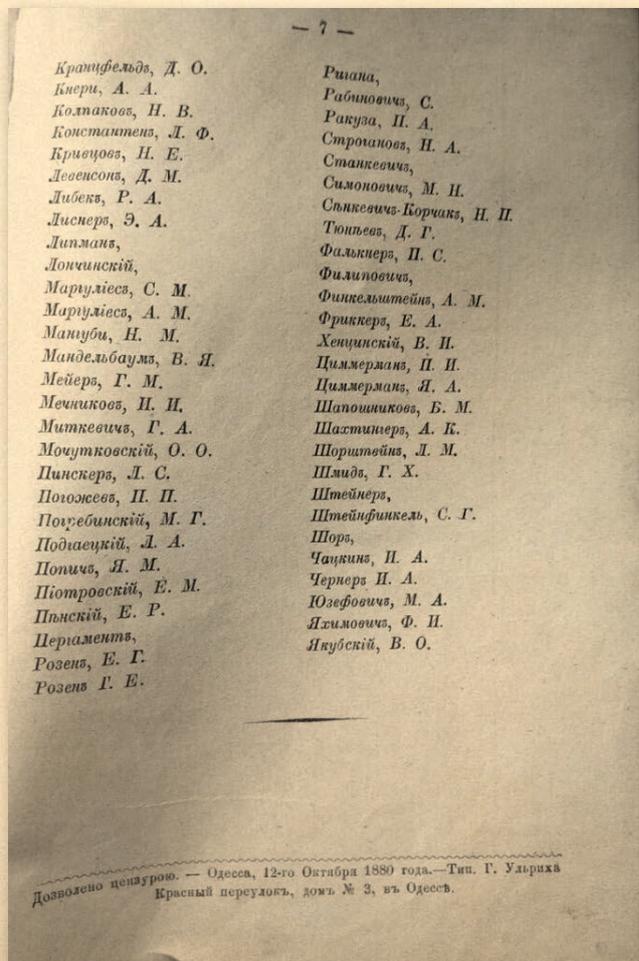
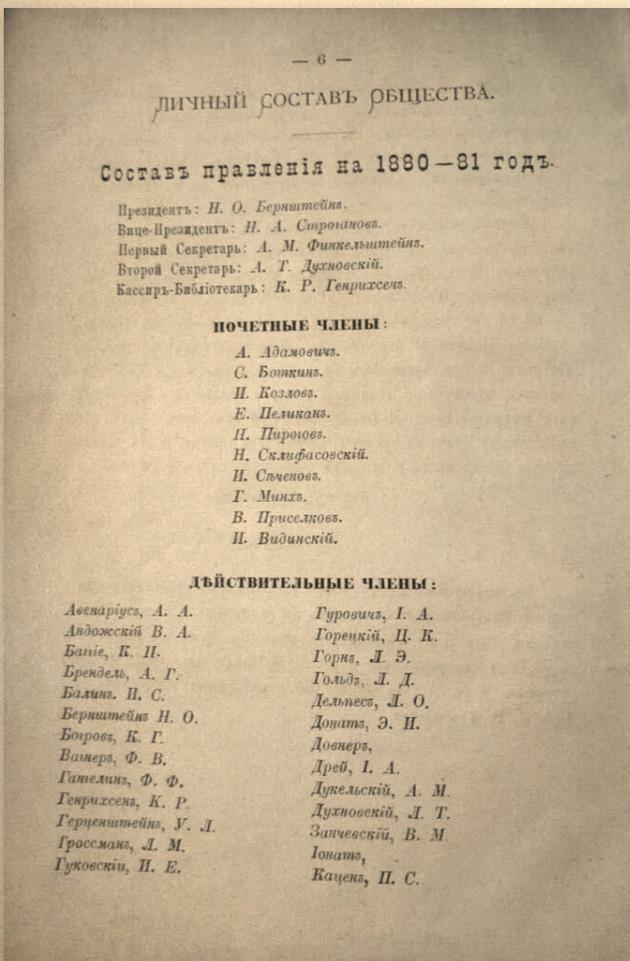
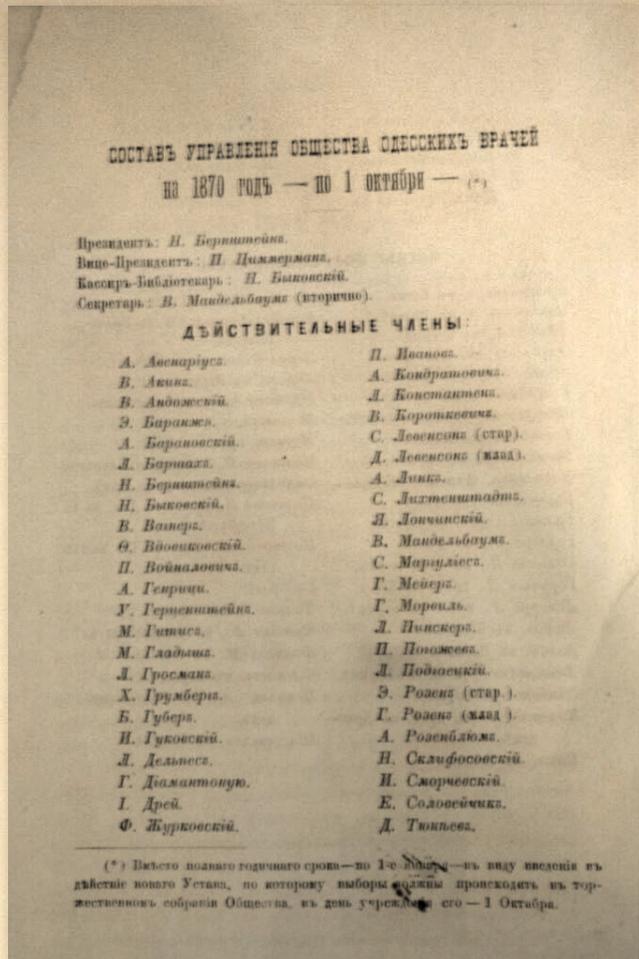
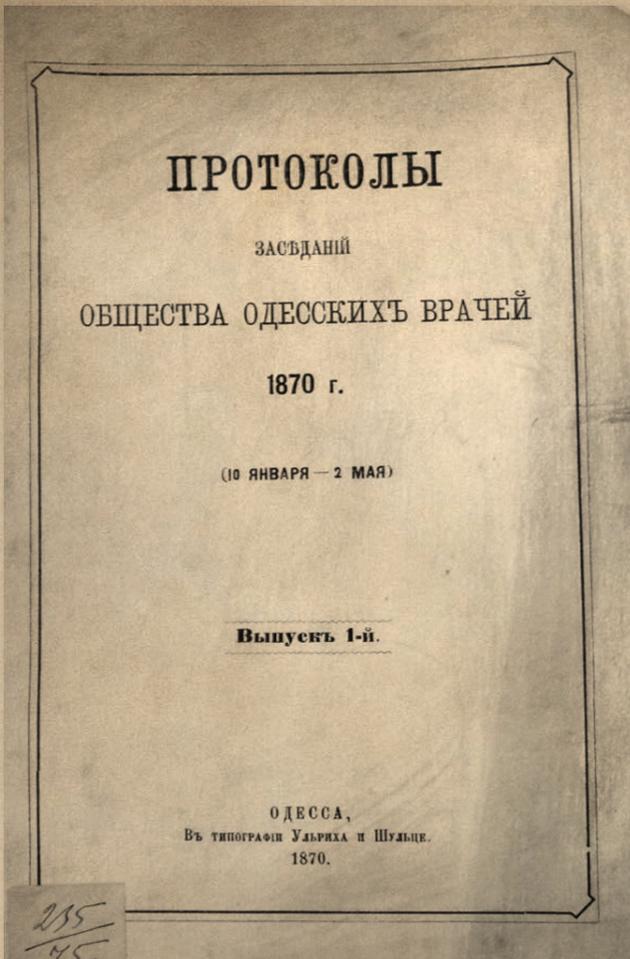
Всеобщие собрания врачей побудили к созданию в Одессе медицинского сообщества. Заранее **была разработана программа занятий общества, которое получило название «Общество одесских врачей»**. Устав общества был утвержден лишь в 1849 году министром внутренних дел графом Л. А. Петровским. А первое заседание состоялось 22 декабря 1849 года.

Общество одесских врачей было учреждено 20-ю врачами: шесть врачей — воспитанники немецких университетов, французских — четверо, австрийского — один, остальные воспитанники из русских учебных заведений. В силу этого на первом же заседании общества возник вопрос: «на каком языке делать доклад». В обществе состояло четверо французских врачей, которые владели только французским языком, при этом все остальные помимо других языков, также свободно изъяснялись на французском,



поэтому было принято решение в качестве основного языка принять французский.

Только спустя десять лет начинается прилив новых участников общества, особенно из госпитальных врачей, и с тех пор весьма значительно оживилось научное движение в обществе. В 1868 году насчитывалось уже 46 действующих членов. Вместе с этим было устранено затруднение касательно языка — господствующим языком в обществе стал русский. За последующие 20 лет число действующих членов увеличилось еще вдвое — 101 человек. Согласно 1-го выпуска протоколов за 1870 год, в обществе числились: президент, вице-президент, секретарь и кассир-библиотекарь, 55 действующих членов и 38 членов-корреспондентов. А в октябре 1880 года: президент, вице-президент, первый секретарь, второй секретарь, кассир-библиотекарь, 10 почетных членов, среди которых — Сергей Петрович Боткин, Николай Васильевич Склифосовский, Николай Иванович Пирогов, Иван Михайлович Сеченов и 81 действующий член.



В 1893 году насчитывалось уже 162 человека. В 1914 г. — 192 действительных членов. В 1869 году общество празднует 20 лет со дня основания. На торжественном заседании Н. В. Склифосовский подвел итоги двадцатилетней работы общества. А 10 декабря 1969 года был утвержден новый устав Общества одесских врачей.

Среди врачей, состоящих в Обществе одесских врачей не просто выдающиеся личности, а светила мировой медицины и науки. Открытия и научные работы, которых не просто стали источником прогресса, но и кардинальным образом изменили направления дальнейшего развития медицины и спасли жизни миллионам людей. Среди них: Мечников Илья Ильич, Николай Васильевич Склифосовский, Николай Иванович Пирогов, Осип Осипович Мачутковський, Натан Иосифович Бернштейн, Николай Федорович Гамалея, Сергей Петрович Боткин, Григорий Николаевич Минх — и это далеко не весь список замечательных врачей и учёных.

Что касается председательствования в Обществе одесских врачей, возглавляли общество в то или иное время следующие знаменательные личности:

- 1868–1869 г. — Николай Васильевич Склифосовский;
- 1870–1873, 1876–1882, 1883–1885 гг. — Натан Осипович Бернштейн;
- 1873–1876 гг. — Григорий Николаевич Минх;
- 1882–1883 гг. — Василий Николаевич Приселков;
- 1885–1890 гг. — Николай Алексеевич Строганов;
- 1890–1893 гг. — Осип Осипович Мочутковский;
- 1893–1897 гг. — Авраам Маркович Финкельштейн;
- 1897–1902 гг. — Густав Теофилович Духновский;
- 1902–1924 гг. — Яков Юльевич Бардах (1857–1929).

Главной задачей общества было развитие медицины как науки и практики. В первые десятилетия общество наибольшее внимание уделяло инфекционным болезням: холере, малярии и тифу, которые были распространены в Одессе. Помимо этого общество занималось

помощью бедным, ведению медицинской статистики Одессы и региона, изучению санитарных условий города, условий развития эпидемий и многими другими медицинскими проблемами.

В 1863–1864 года в Одессе разыгралась эпидемия возрастного тифа. В связи с этим заслуживает особое внимание доклад Н. О. Бернштейна, который он сделал на заседании Общества одесских врачей, где не только описал болезнь, но и изложил ее диагностику, отметил значение социальных факторов в его распространении. На первую из его публикаций ссылался С. П. Боткин, описавший в 1864 г. эпидемию возвратного тифа в Петербурге».

Вице-президент Общества одесских врачей А. М. Финкельштейн на заседании общества сказал:



«Высокие достоинства этого человека, я думаю, всем вам хорошо известны. С каким достоинством он исполнял должность председателя (Общества одесских врачей) памятно большинству общества. Его беспристрастие, уважение членов нашего его человеческой личности, высокий научный уровень и необычайный талант давали ему возможность шороховатости, которые неизбежны при столкновении мнений в ученых обществах. Как врач, Натан Осипович, по своим познаниям, имел весьма мало конкурентов в нашем обществе. Возьмите его как товарища — и не найдёте и не припомните случая, где бы он неосторожным словом задел самолюбие кого-либо из своих товарищей. Как человек, он пользовался симпатиями всех слоев общества».



В борьбе против эпидемии холеры в Одессе Общество одесских врачей также принимало активное участие.

В 1869 году был введен новый устав общества, утверждённый 10 декабря 1869 года. В новую редакцию документа вошло предложение Н. В. Склифосовского об изучении статистики заболеваемости и смертности. Это направление начало активно развиваться после избрания в 1873 году президентом общества Григория Николаевича Минха, который предложил создать комиссию по изучению смертности

и заболеваемости. В 1887 году Н. А. Строгонов инициировал сбор данных об инфекционных болезнях и их публикации в еженедельных бюллетенях вместе с отчетами о смертности населения.

Собранные сведения о смертности населения и данные об инфекционной заболеваемости оформлялись в специальные бюллетени, которыми затем общество обменивалось не только с отечественными городами, но и зарубежными. Вообще Общество одесских врачей активно взаимодействовало с зарубежными медицинскими обществами, на заседаниях обсуждались труды ученых из разных стран. В библиотеку общества регулярно поступали отчеты других сообществ и работы зарубежных медицинских деятелей, что отражалось в виде отчетов библиотекаря в протоколах общества. В заметке «Южно-Русской Медицинской Газеты» за декабрь 1892 года говорится, что общество по обмену на тот момент времени получало 34 медицинских издания: 14 русских, 3 польских, 8 французских, 6 немецких, ежегодные издания медицинского общества и 15 политических газет. Поступали приглашения на участие в различных конференциях и конгрессах. Так, например, в «Южно-Русской Медицинской Газете» от 21 января 1893 года напечатана следующая заметка:

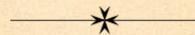


XI. Международный медицинский конгресс в Риме с 24 сентября по 1 октября 1893 года. Генуя, 22 декабря, 1892 г

Милостивый государь и любезный товарищ! Бюро уже имело честь обращаться к Вам и многоуважаемым членам Вашего общества с просьбой принять приглашение, сделанные им от имени организованного комитета XI Международного медицинского конгресса, который должен состояться в Риме в 1893 году. Бюро горячо желает, чтобы Конгресс удачным собранием и чтобы товарищи могли оказать ему драгоценное содействие своей личной работой, чтобы таким образом, отдельные силы дали итог, достойный той высоты, которой достигла в настоящее время медицинская наука. Вот поэтому к приглашению присовокупляется просьба, чтобы Вы и Ваши товарищи собра-

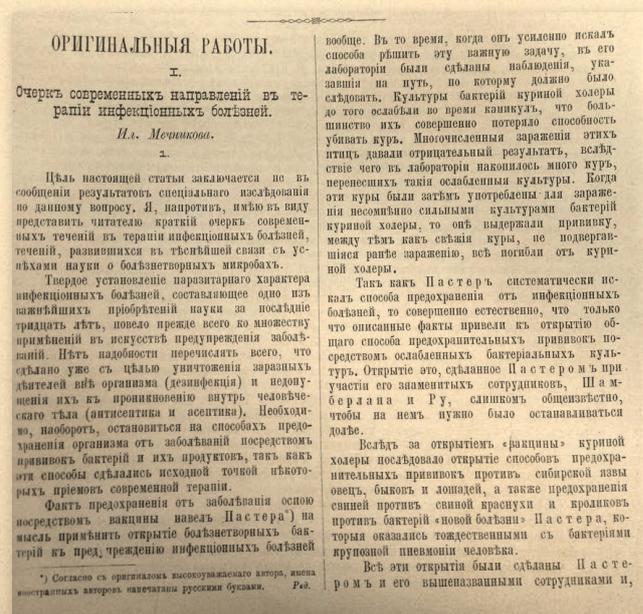
говорили содействовать успеху конгресса участием в его работах каким-нибудь сообщением. Бюро льстит себе надеждой, милостивый государь и дорогой товарищ, что Вы возьмете на себя труд передать членам вашего общества желание, которое имела честь выразить Вам от имени комитета, и заранее горячо благодарит Вас за усердие, которые вы окажете, участием в подготовке научной работы конгресса.

*Главный Президент G. Vaccelli
Главный секретарь E. Maragliano*



Среди членов Общества одесских врачей можно было встретить огромное количество зарубежных ученых. Вот начальный краткий перечень: общественный и судебный деятель Э.-В. фон Лейден (E. V. von Leyden), французский бактериолог и иммунолог Э. Ру (E. Roux), немецкий хирург Ф. фон Эсмарх (F. von Esmarch), немецкий хирург Ф. фон Эсмарх (F. von Esmarch) и многие другие.

Среди выдающихся отечественных ученых в рядах общества состоял Илья Ильич Мечников — нобелевский лауреат. Активное участие в деятельности общества Мечников начинает с 1980-х годов. Он делает ряд докладов по теме фагоцитарная теория. Первый выпуск «Южно-Русской Медицинской Газеты» открывает работа Мечникова «Очерк современных направлений в терапии инфекционных болезней».



Непосредственное отношение Илья Мечников имел и к открытию в Одессе первой в Российской империи и второй в мире бактериологической станции. 29 января 1886 г. на заседании Городской думы действительный член общества и гласный думы Л. А. Маровский внес предложение об учреждении бактериологической станции, чтобы производить средства защиты от различного рода эпидемий. Этот вопрос был рассмотрен на экстренном заседании общества, где по рекомендации Ильи Мечникова было принято решение отправить Н. Ф. Гамалея в Париж в лаборатория Пастера для ознакомления с его методами. И уже 12 июня 1886 года в Одессе на Канатной, 14 (квартира Николая Гамалея) была организована станция. А директором был назначен Илья Мечников. Активное участие в деятельности станции принимали также Яков Юльевич Бардах.

Луи Пастер — выдающийся французский микробиолог и химик состоял в почётных членах Общества одесских врачей. Профессор Пастер — личность мирового масштаба, внесший неопределимый вклад в развитие медицины. В Обществе одесских врачей относились к нему с особым уважением и почтением. Так, в дека-

бре 1892 года по случаю 70-летия профессора совместно с Обществом естествоиспытателей было организовано торжественное заседание, на котором говорилось о значении исследований Пастера в области биологии, химии и медицины. В то же время общество обратилось к Мечникову, чтобы он стал представителем общества на юбилее в Париже.



«Общество одесских врачей постановило просить проф. И. И. Мечникова быть представителем общества на юбилее Пастера в Париже 15 декабря сего года.»



Позже в «Южно-Русской Медицинской Газете» в рубрике «Письма из Парижа», которая хоть и не была постоянной, но частенько украшала страницы издания, появилась заметка о том, как в Париже прошло чувствование юбиляра. Торжество превратилось во всемирное поклонение одному из величайших учёных. На нём присутствовали: президент республики, все министры, представители иностранного дипломатического корпуса, представители Академии наук и множество делегаций.

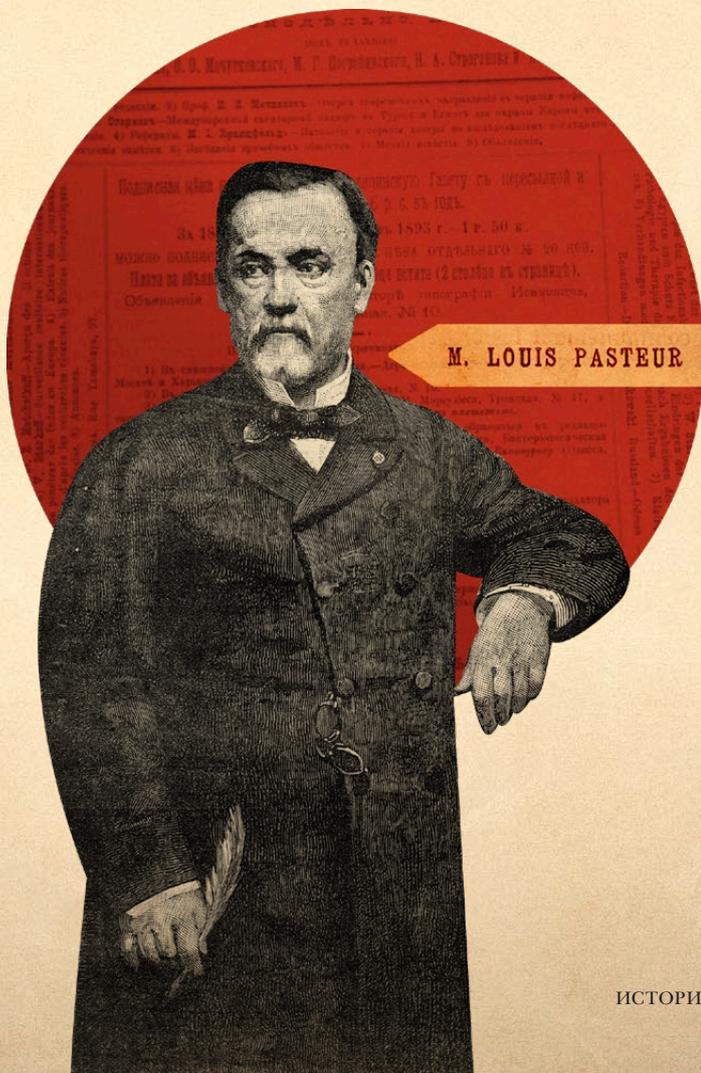
С таким же уважением относились к еще одному почётному члену общества — Пирогову Николаю Ивановичу — великому хирургу, ученому и педагогу. В 1881 году Пирогов отмечал пятидесятилетие. В Обществе одесских врачей для выработки программы чествования Учителя была создана специальная комиссия. Было принято решение накануне дня рождения отправить двух членов общества для личного вручения поздравительного письма. Оно имела следующий текст:



ВАШЕ ПРЕВОСХОДИТЕЛЬСТВО,
Милостивый Государь,
Николай Ивановичь,

Общество Одесскихъ врачей нынѣ торжественно празднуетъ день 50-ти-лѣтняго юбилея славной научной дѣятельности своего почетнаго члена.

Съ произнесениемъ дорогаго для русскихъ имени Вашего, весь ученый мѣръ нынѣ прекло-



няется передъ Вами не только, какъ передъ представителемъ нашей науки, но и какъ передъ высокоморальнымъ, популярнымъ педагогомъ-руководителемъ.

Мы безмѣрно счастливы, что на долю нашу выпала завидная честь праздновать полувѣковую дѣятельность своего великаго учителя, прославившаго русское имя далеко за предѣлами отечества.

Проникнутые чувствомъ глубокаго уваженія и благодарности къ своему знаменитому учителю, мы искренно желаемъ ненарушимой и долгой, на многія лѣта, связи между Обществомъ Одесскихъ врачей и Вами, многоуважаемый юбиляръ нащъ, Николай Ивановичъ.



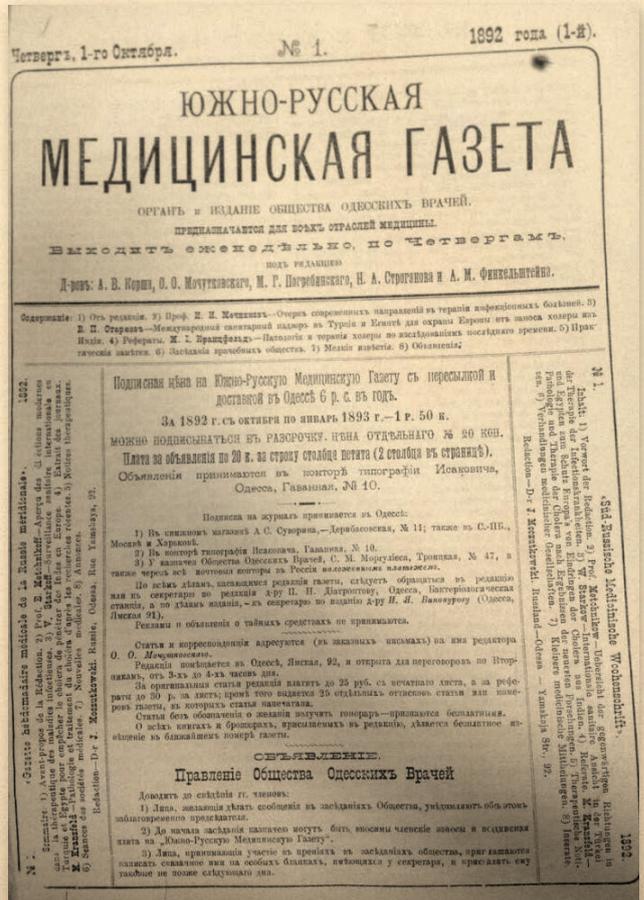
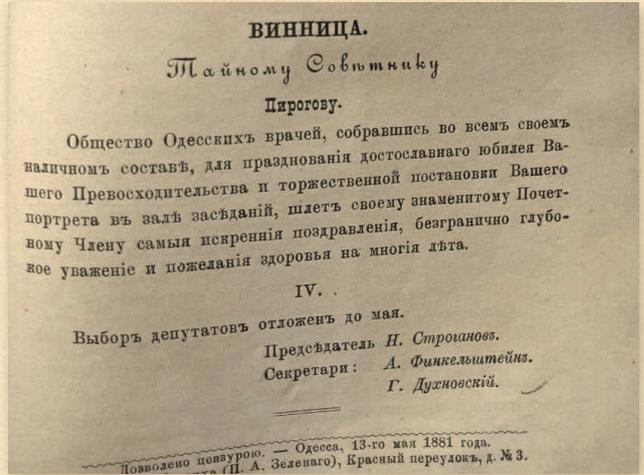
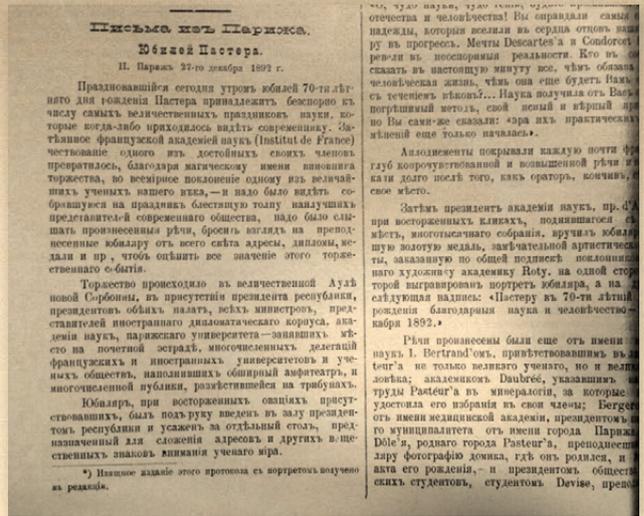
В день юбилея, то есть 24 мая, было принято решение провести экстренное заседание, на котором заслушивались речи о славной учёной деятельности Пирогова. Зал заседания украсили портретом юбиляра, а накануне отправили телеграмму следующего содержания.

У Общества одесских врачей был и свой рупор — «Южно-Русская Медицинская Газета», но она содержала работы не только членов общества, а отражала на своих страницах медицинскую деятельность всего региона. «Южно-Русская Медицинская Газета» выступила одним из первых медицинских периодических изданий в Украине. Первый номер газеты увидел свет в Одессе 13 октября 1892 года — в день годовщины Общества одесских врачей. Инициатором издания газеты стал Осип Осипович Мочутковский. Выходила она один раз в неделю.

Редакторами этой еженедельной газеты — органа Общества одесских врачей — были: О. О. Мочутковский, Николай Алексеевич Строганов и Александр Всеволодович Кор., Моисей Григорьевич Погребинский и Александр Маркович Финкельштейн.

Газета не преследовала коммерческих целей. На ее страницах публиковали материал по следующим направлениям:

1. особенно важных в медицинском отношении правительственных распоряжений и циркуляров;



2. статей по всем отделам медицины;
3. рефератов по медицине и примыкающим к ней наукам;
4. библиографий и критических обзоров;
5. отчетов о заседаниях медицинских обществ;
6. практических заметок по медицине;
7. назначений, перемещений, биографий и некрологов врачей и других мелких известий;
8. объявлений (платных).

В номере газеты от 5 ноября 1892 года опубликована речь председателя общества, доктора О. О. Могутковского «о задачах «Южно-Русской Медицинской Газеты» как органа общей медицинской печати».



Милостивые государи!

44-й год жизни нашего общества начинается весьма важным для него событием — появлением на свет лежащего перед Вами первого номера «Южно-Русской Медицинской Газеты». Вы знаете, что явление это не есть дело случая. Издание газеты затеяно нашим обществом после зрелого обсуждения в то время, когда оно почувствовало себя в силах взяться за это трудное и тяжелое дело.

Уже в первом номере обнаружилось некоторые промахи неопытной редакции и недостатки газеты, которые со временем будут устранены, и нам теперь, больше, чем когда либо, необходимо условиться — чего мы можем ждать от газеты, чего от нее требовать и, наоборот, что мы, члены общества, должны вносить в нее.

Вы хорошо понимаете, что успех нашей газеты, помимо материальных условий, будет зависеть от ее содержания и направления. Как орган провинциальной печати и выразитель деятельности общества практических врачей, газета не может претендовать на академический характер, не должна быть представителем отдельной отрасли медицины и, поэтому, обязана занять место в длинном ряду общей медицинской прессы. Потребность в общей врачебной прессе еще очень велика, — из числа 1120 медицинских

изданий, публикуемые «Index medicus», получаемых почти все издаваемое по медицине на земном шаре, половина приходится на долю общей врачебной прессы. Место, которое занимает наша газета среди этой прессы, не противоречит, таким образом, требованиям времени; для газеты же оно является необходимым в силу качественного состава нашего общества, состоящего из 152 представителей всех отраслей практической медицины. Таким составом членов общества должно, без сомнения, определяться и направления издаваемой газеты: она должна служить преимущественно разработке клинических, терапевтических и гигиенических вопросов...



«Южно-Русская Медицинская Газета» широко освещала деятельность Общества одесских врачей и Одесского бальнеологического общества. Кроме того, на страницах газеты помещали свои протоколы общества и с других регионов Российской империи.

Однако издательство газеты продлилось лишь пять лет и в середине 1897 года прекратилось. Из публикаций на страницах газеты стало известно, что ещё в октябре 1893 года сразу два редактора подали письменные отказы от редактирования газеты — это А. В. Корш и Н. А. Строгонов, в то же время третий редактор прекратил свою деятельность из-за отъезда из Одессы. Уже в это время дальнейшее издание газеты стало под угрозой. Несмотря на безвозмездный труд редакторов и других сотрудников, все пять лет, пока газета издавалась, она испытывала финансовые трудности. При этом ей оказывала финансовую помощь Одесская городская дума. Так, 16 декабря 1892 года было принято решение об выделении Обществу одесских врачей финансовой помощи в размере 1000 рублей на издание газеты. Всё же в середине 1897 года газета прекращает свою деятельность.

Помимо газеты Общество одесских врачей издавало «Протоколы», в которых излагалась информация о заседаниях общества. Но и они были опубликованы не за все годы. Позже, как гласит заметка в газете «Одесские новости» за январь 1904 года, обсуждался вопрос об издании в память о председателе общества О. О. Мочутковском «Трудов общества». Несмотря на печальный пример издания «Южно-Русской



Открытие станции. Двенадцатый справа – граф Толстой.
Foto odessitclub.org

Медицинской Газеты», которую пришлось закрыть из-за отсутствия финансирования, труды общества решили издавать с периодичностью три раза в год. Хотя некоторые высказались скептически относительно данного решения. Так, например, доктор А. И. Гринфельд высказал сомнения относительно выбранного названия и сказал, что это издание будет лежать мёртвым грузом. Заседание общества сопровождалось оживленными дискуссиями, но все же было принято положительное решение относительно издания «Трудов общества».

Важной стороной деятельности Общества одесских врачей стала **организация станции скорой медицинской помощи в 1903 году — первой в Российской империи**. Она была создана благодаря активному участию членов общества и обеспечению семьей графа Толстого финансовой стороны, который сделал крупное пожертвование на создание станции, закупку оборудования и санитарных карет. Остальная часть необходимых денежных средств была обеспечена благодаря добровольным пожертвованиям горожан. Большую роль в создании станции сыграл Я. Ю. Бардах, который в последующем стал ее руководителем. В Обществе одесских врачей для организации деятельности станции был создан специальный комитет, председателем которого стал граф. М. М. Толстой, вошли: Г. Т. Духновский (в то время председатель Общества), вице председатели Общества И. Г. Оршанский и Я. Ю. Бардах, секретари Общества Н. М. Бенисович и И. А. Костевич, казначей Общества И. Я. Винокуров, а также действительные члены ООВ — И. Г. Мандельштам, Я. В. Зильберберг, Ч. А. Дю-Буше.

Председатель общества (на тот момент времени Духновский) обратился к властям

о выделении участка земли под строительство станции, и тот выделили бесплатно, 150 кв. саженей. А в 1904 году было дополнительно выделено ещё 195 кв. саженей. Одесская станция скорой медицинской помощи была открыта 23 апреля 1903 г., когда впервые карета скорой медицинской помощи выехала к пострадавшему. Торжественное открытие состоялось через 6 дней — 29 апреля. В последующем члены Общества одесских врачей принимали активное участие в деятельности станции и давали свои рекомендации по улучшению ее деятельности. Например, доктор Я. В. Зильберберг указал на то, что крайне важно врачам скорой помощи использовать асептические средства, в частности, предложил использовать особые перчатки.

В мае 1904 года состоялось торжественное собрание общества по случаю первой годовщины «Скорой помощи», на котором собралось более 100 членов общества и гостей.

В 1900 году при Новороссийском университете был создан медицинский факультет, а также в это время создается ряд обществ более узкой медицинской направленности. В частности, в 1904 году при Новороссийском университете появляется Медицинское общество, а в 1909 году Общество русских врачей. В 1902 году было создано Одесское дерматологическое и венерологическое общество, с 1903 начата деятельность Одесского офтальмологического кружка, который в 1910 перерос в Одесское офтальмологическое общество. В 1911 году основано Одесское отоларингологическое общество. В 1916 году было основано Одесское общество невропатологов и психиатров, 1917 — Общество детских врачей, в 1920 году — Одесское хирургическое общество, в 1921 году — Одесское акушерско-ги-

некологическое общество. В результате чего Общество одесских врачей в 1924 году было переименовано в Одесское терапевтическое общество.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Васильев Ю. К. История организации общества одесских врачей и ее деятельность в 50–60-х годах XIX в. / Юрий Константинович Васильев. // Вестник Сумского государственного университета. Серия Медицина.— 2006.
2. Васильев Ю. К. Деятельность Общества одесских врачей в начале XX в./ Юрий Константинович Васильев. // Вестник Сумского государственного университета. Серия Медицина.— 2010.
3. Васильев Ю. К. К истории первых периодических медицинских изданий на Украине: «Южно-русская медицинская газета» (1892–1897 гг.)/ Юрий Константинович Васильев. 2006 год.
4. Васильев К. К. Деятельность общества одесских врачей. 1990 год.
5. Газета «Одесские новости» январь 1902 г. № 5521.
6. Газета «Одесские новости» ноябрь 1903 г. № 6129.
7. Газета «Одесские новости» январь 1904 г. № 6206.
8. Газета «Одесские новости» май 1904 г. № 6304.
9. «Протоколы заседания Общества Одесских врачей». (28 июня — 27 декабря), выпуск 2 из 3-х. 1869 год.
10. «Протоколы заседания Общества Одесских врачей». октябрь 1880 года № 1
11. «Протоколы заседания Общества Одесских врачей». январь 1881 года № 9
12. «Протоколы заседания Общества Одесских врачей». апрель 1881 года № 15
13. «Южно-Русская Медицинская Газета» октябрь 1892 год № 1.
14. «Южно-Русская Медицинская Газета» ноябрь 1892 год № 6.
15. «Южно-Русская Медицинская Газета» декабрь 1892 год № 13, 14.
16. «Южно-Русская Медицинская Газета» январь 1893 год № 3.
17. «Южно-Русская Медицинская Газета» март 1893 год № 11.



МЕДИЦИНА В ОДЕССЕ ДО 1820 ГОДА



История медицины в Одессе берет свое начало задолго до основания Общества одесских врачей, которое появилось только в середине XIX века. Ведь очевидно, что для такого предприятия должны были появиться определенные причины и условия. Как говорится, ничто из ничего не возникает. Следовательно, и научные медицинские общества не появились в Одессе из ниоткуда, без каких-либо на то оснований. Так что же предшествовало их учреждению?



В этом смысле крайне полезно и логично было бы обратиться к трудам, изданным в первые десятилетия существования Одессы. Здесь следует отметить, что, по крайней мере, до наших дней таких свидетельств дошло немного, и эти источники, разумеется, изданы на языках, которые тогда в Одессе иностранными не считались, как не считались иностранцами люди, которые этот город основали, содействовали его развитию и всячески его благоустроивали.

Довольно подробное, хотя краткое, описание разных аспектов жизни города в начале XIX века мы находим у одного из свидетелей тех времен и ближайших соратников губернатора Новороссийского края герцога де Ришелье, историка маркиза Габриэля де Кастельно д'Орос в его известном труде «Essai sur l'histoire ancienne et moderne de la Nouvelle Russie, Statistique des provinces qui la composent. Fondation d'Odessa; ses progrès, son état actuel, détails sur son commerce. Voyage en Crimée, dans





Габриэль де Кастельно д'Орос (Gabriel de Castelnau d'Auros)
(1757-1826 гг.).

Жил в Одессе в 1803-1813гг.

l'intérêt de l'agriculture et du commerce avec Cartes, Vues, Plans, etc. Dedié a S.M. l'Empereur Alexandre I-re. Tome troisiéme» [«Очеркъ древней и новейшей исторіи Новороссійского края. Статистика провинцій. Основаніе Одессы, ее развитіе, нынѣшнее состояніе, подробное описаніе торговли. Путешествіе въ Крымъ, веденіе сельскаго хозяйства и торговли. Съ картами, видами, планами и т.д. Посвященъ Его Величеству Императору Александру I. Томъ третій»], изданном в 1820 году в Париже.

Трехтомник этот начинается со слов посвящения его государю императору Александру I:



ЕГО ВЕЛИЧЕСТВУ ИМПЕРАТОРУ АЛЕКСАНДРУ I.

Всемиловейшій Государь,

Высочайшею наградою за мой трудъ является позволеніе Вашего Императорскаго Величества преподнести его Вамъ.

Не мне восхвалять Августейшего Государя, подарившего жизнь Новороссійскому краю: похвальные слова современнаго историка внушатъ недоверіе последующимъ поколеніямъ, ибо они желаютъ говорить только о событіяхъ. ГОСУДАРЬ, въ ихъ глазахъ всеобщее признаніе красноречивее самыхъ изысканныхъ речей.

Пусть Ваше Императорское Величество встречаютъ приветственные возгласы самыхъ разныхъ народовъ!

*Прошу Васъ, ГОСУДАРЬ,
принять заверенія въ моемъ наивысшемъ уваженіи
къ Вашему Императорскому Величеству,
Вашъ скромнейшій и покорнейшій слуга,
маркизь Габріэль де КАСТЕЛЬНО».*



В рамках небольшой серии статей будет опубликован перевод этого труда маркиза де Кастельно в части, касающейся медицинских учреждений, борьбы с эпидемией чумы, настигшей Одессу в 1812–1813 годах, и интересных исторических фактов, сведения о которых мы вряд ли найдем в русскоязычных источниках.

Рассказывая об Одессе периода после 1803 года, в главах XVII и XXIV маркиз де Кастельно предоставляет нам краткое описание медицинских учреждений, созданных в то время:



ГЛАВА XVII ОДЕССА ПОСЛЕ 1803 ГОДА. О ГОСПИТАЛЯХЪ.

Самое красивое здание въ городе есть дань благодарности Господу. Это сердечное подношеніе, которое воздвиглось до небесъ въ созиданіи русской церкви. Чувство это нашло отраженіе въ превосходномъ сооруженіи, возведенномъ для людей. Одесскій гражданскій госпиталь ничемъ не уступаетъ столичнымъ. Его архитектура благородна, палаты просторны и хорошо проветриваемы. Здесь соблюдается строжайшая чистота, все находится подъ тщательнейшимъ присмотромъ. Здесь позаботились обо всемъ, и у каждаго паціента своя койка. Госпиталь разсчитанъ на двести сорокъ паціентовъ.

Средства, необходимые для этого учрежденія, пока что взяты изъ сбереженій городского управленія. Сейчасъ мы собираемъ для этой цели капиталъ.

Въ одесскомъ гражданскомъ госпитале имеются апартаменты для людей состоятельныхъ, избравшихъ для леченія это место. Данное преимущество не является зауряднымъ для путешественниковъ и одиночекъ.

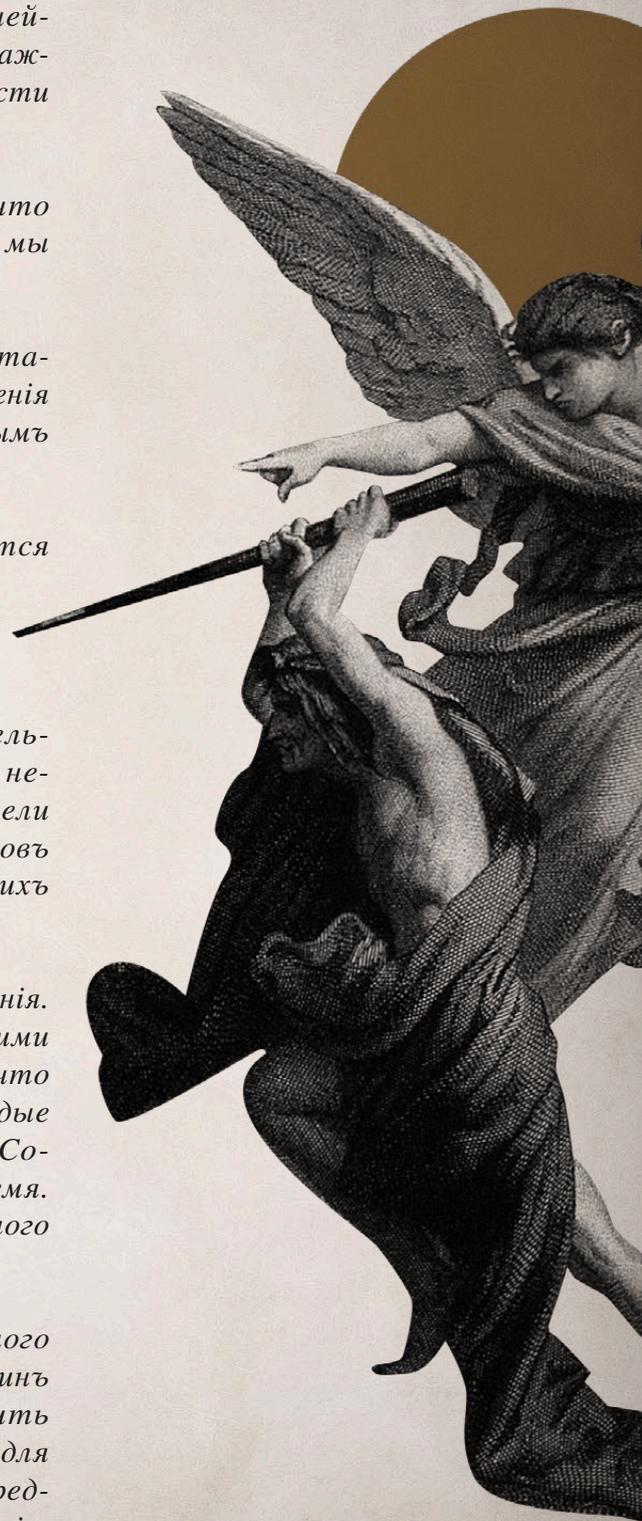
Военные госпитали раздельные. Въ это время строится церковь для обслуживанія госпиталя и его района.

КОМИТЕТЪ ПО ЗДРАВООХРАНЕНІЮ.

По разпоряженію губернатора и подъ его председательствомъ былъ созданъ комитетъ по здравоохраненію, независимый отъ карантинного комитета. Его члены имели быть изъ числа врачей, купцовъ, полицейскихъ офицеровъ и вообще представителей всехъ классовъ, заслуживающихъ доверія.

Его основная цель — выясненіе состоянія здоровья населенія. Такимъ образомъ, его полномочія являются действующими постоянно, то есть его наблюденіе такъ поставлено, что некоторые его члены всегда находятся на службе. Каждые две недели этотъ комитетъ проводитъ засѣданія. Составляется отчетъ о томъ, что произошло за это время. Если обстоятельства требуютъ проведенія внеочередного собранія, это делается незамедлительно.

Запрещается хоронить кого-либо безъ предварительного осмотра тела дневнымъ лекаремъ и установленія причинъ смерти. Священники всехъ религій обязаны уведомить одного изъ членовъ комитета, когда они понадобятся для погребенія, и погребеніе не можетъ состояться безъ предварительного на то разрешенія. Это есть, безъ сомненія, самый действенный способъ искоренить заразу. Техъ, кто не жилъ среди чумы, врядъ ли можно убедить въ томъ, что нетъ ничего проще для ее уничтоженія, чемъ немедленное



предостереженіе о первыхъ случаяхъ зараженія. Однако мы надеемся показать это приведенною въ конце данного труда исторію чумы въ Одессе.



ГЛАВА XXIV КАРАНТИНЪ.

Между двумя пристанями есть участокъ земли, который съ самого начала существованія Одессы предназначался для принятія кораблей, прибывающихъ изъ турецкихъ морей, и размещенія ихъ экипажей въ карантине. Вообще-же тамъ построено несколько складовъ и временныхъ жилищъ.

Въ то время Таганрогъ былъ портомъ, куда доставлялись всевозможные товары изъ Ливана. Въ города Могилевъ и Дубоссары, расположенные на Днестре, поступали ткани, небеленая шелка, хлопокъ и шерсть. Съ 1806 года товары такого рода, за исключеніемъ небеленого шелка, не пропускали черезъ сухую границу.

Успехи черноморской торговли умножались, въ Одессу прибывали суда изъ разныхъ странъ, и стала понятною важность предоставить для нового карантина отдельную гавань, просторное и безопасное место, склады и удобные жилища. Герцогъ де Ришелье представилъ обширный планъ, аналогичный плану карантина въ Марселе, и правительство одобрило его.

Небольшой оврагъ разделяетъ городъ и новый карантинъ, который примыкаетъ къ крепости. Для него приуготовлена огромная гавань — въ ней можно разместить двести кораблей. Со стороны моря онъ защищенъ высокою стеною, фланкированную башнями, а со стороны суши его прикрываетъ крепость.

Преимущества нового карантина заключаются въ наличіи жилья для пассажировъ, складовъ для товаровъ и ихъ дезинфекціи. Изолированное место, огороженное тремя стенами, съ дневнымъ светомъ только на внутреннемъ дворе, куда можно попасть, только минуя три двери, и предназначенное для людей, пораженныхъ заразою. Кроме того, есть помещенія для пользованія моряками, построенные такимъ образомъ, что невозможно общаться другъ съ другомъ иначе какъ перекрикиваясь. Были обеспечены всевозможные средства для укрепления, содержанія и надзора за каждой частью ведомства и службы снабженія.





Былъ разработанъ новый карантинный регламентъ, отчасти основанный на карантинномъ регламенте Марсея, съ измененіями, вызванными срочностью ситуаціи, поскольку корабль можетъ добраться изъ Константинополя въ Одессу всего за три дня.

Инспекторъ карантина, месье шевалье де Розеттъ, отъ которого мы узнали все подробности объ этомъ, виделъ, какъ въ Одессу въ теченіе двадцати четырехъ часовъ прибыло сто пятьдесятъ четыре судна изъ Константинополя, у которыхъ на дорогу ушло два дня.

СОЗДАНИЕ ВЕДОМСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

«Ведомство здравоохраненія состоитъ изъ трехъ членовъ, секретаря и канцеляріи.

Главнымъ членомъ ведомства является инспекторъ. Ему подчиняется весь караулъ. Онъ следитъ за неукоснительнымъ исполненіемъ решеній, кои принимаетъ ведомство какъ органъ, и безпрестанно занимается всею, что связано съ общеніемъ между людьми и безопасностью для здоровья населенія.

Второй членъ, его коллега, въ основномъ отвечаетъ за дезинфекцію товаровъ. Его непрременная обязанность — обеспечивать целостность товаровъ, осуществляя въ равной степени надзоръ за всеми служащими.

Третьимъ лицомъ въ ведомстве является лекаръ. Его служебные обязанности одинаковы во всехъ карантинахъ страны.
Разположеніе карантина.

Карантинъ разделенъ на три отдѣленія: первое предназначено для приѣма товаровъ, подлежащихъ только проверке съ целью убедиться, что нетъ никакихъ нарушеній. Есть голова этого отдѣленія — комиссаръ, и заместитель комиссара. Въ зависимости отъ обстоятельствъ въ это отдѣленіе направляется необходимый караулъ.

Вторымъ отдѣленіемъ также заведуютъ комиссаръ и заместитель комиссара, которые следятъ за сходящими на берегъ людьми, принимаютъ пассажировъ, размещаютъ ихъ въ комнатахъ и следятъ за доставкою провизіи въ учрежденіе по ценамъ, установленнымъ ведомствомъ. Этотъ главный комиссаръ второго отдѣленія одновременно является интендантомъ карантинного учрежденія.

Въ третьемъ отдѣленіи находятся товары, подлежащіе дезинфекціи. Комиссаръ и заместитель комиссара этого отдѣленія выполняютъ эту сложную и опасную операцію съ помощью каторжниковъ, коихъ ведомство доставляетъ по ихъ запросу.

Кроме того, здесь есть лазаретъ для больныхъ. Въ случае эпидеміи чумы ведомство, помимо особаго надзора, назначаетъ *ad hoc* [с лат. — «спеціально для этого». — Прим. перев.] техъ своихъ служащихъ, кто наиболее достоинъ доверія и обладаетъ наибольшою сметливостью.

Передъ портомъ находится зданіе вокзала, коимъ заведуетъ бывший военно-морской офицеръ. Онъ встречаетъ суда и позволяетъ входить въ хранилище въ соответствіи съ инструкціями, полученными отъ ведомства. Этотъ офицеръ наблюдаетъ за кораблями, препятствуетъ ихъ сообщенію другъ съ другомъ, арестовываетъ техъ, кто нарушаетъ отданные приказы, и обеспечиваетъ порядокъ на корабляхъ въ соответствіи съ морскими постановленіями.

Хотя путь черезъ Черное море, какъ и черезъ Средиземное, остается судоходнымъ круглый годъ, прибывающіе сюда моряки используютъ этотъ курсъ только въ періодъ съ конца марта до конца октября, и въ основномъ это австрійцы. Корабли Россійскаго императорскаго флота ходятъ здесь круглый годъ, какъ и корабли Англійскаго

флота. То-же самое можно сказать и о грекахъ, которые ходятъ на маленькихъ корабляхъ, называемыхъ чектырме, и, не обращая вниманія на зиму, приходятъ въ начале января съ грузомъ свежихъ апельсиновъ и лимоновъ.

Когда обстоятельства позволяютъ изменить меры карантина, это делается следующимъ образомъ. Вновь прибывшее судно выгружаетъ все, что есть у него на борту. Затемъ оно остается въ обсерваціи по крайней мере шестнадцать дней, когда чумы въ Константинополе нетъ, и больше — если она есть. Затемъ ведомство разрешаетъ ему выгрузить товары, которые жители города погрузили на лихтеры; было принято решеніе снять съ этихъ лихтеровъ все паруса и т.д. Лихтеры загружаются, городскіе мателоты отходятъ, а мателоты судна, для коего они предназначены, тащатъ на буксире, и, после того, какъ ихъ опорожняють, ихъ вѣдутъ обратно къ месту, указанному ведомствомъ, где ихъ посещаетъ надсмотрщикъ, заставляя муть ихъ и передаетъ хозяевамъ. Такимъ образомъ, большинство судовъ не получаютъ разрешеніе на сношеніе съ городомъ, а на торговле почти не сказывается медленность, которой, похоже, способствуетъ карантинъ».

Создание этихъ медицинскихъ учреждений было обусловлено требованиемъ времени и непростыхъ обстоятельствъ. То, что в каждомъ городе должны быть госпитали, больницы и обеспечена возможность медицинской помощи населенію — очевидно для любого хоть сколько-нибудь здравомыслящего человека, и вряд ли есть необходимость об этомъ говорить. Но в случае Одессы ситуация усложнялась еще тем, что ей и 30 лет от роду не было, положеніе ее было шаткимъ в силу того, что она только-только начинала развиваться, а жителей в городе было очень мало, и ихъ требовалось сохранить, да еще привлечь новыхъ — в лице богатыхъ и состоятельныхъ людей, принадлежавшихъ к кругамъ европейскаго высшаго общества. К слову сказать, Ришелье это удалось на славу, ведь, как писал племянникъ и адъютантъ герцога де Ришелье, который его усыновил, адъютантъ императора Александра I, военный комендантъ Парижа при Людовике XVIII, графъ Луи Виктор Леон де Рошешуар, проживавший в то время в Одессе и состоявший на службѣ при Ришелье, кроме генеральныхъ консуловъ из разныхъ странъ Европы (Франции, Англии, Австрии, Испании), «одесское общество состояло изъ италіанскихъ, венеціанскихъ, генуэзскихъ, рагузскихъ и неаполитанскихъ негодіантовъ»*. Ну, кто согласится поселиться в городе, где постоянно бушуютъ эпидемии и нетъ нормальныхъ условий для жизни? Ответъ особенно очевиден, если вспомнить слова де Капелье в начале третьяго тома данной книги: «Можно съ уверенностью сказать, что въ то время почти все



Градоначальник Одессы,
генерал-губернатор
Новороссии и Бессарабии
(1804–1815 гг.), герцог
Арман Эммануэль София-
Септимани де Виньеро
дю Плесси де Ришелье
(1766–1822 гг.)

одесситы готовы были оставить городъ при первой же остановке торговли», чем обязательно было чревато, в том числе, введение карантина. Потому, разумеется, требовалось взять под контроль этот вопрос.

В противном случае это могло усугубить и без того большую настороженность и подозрительность относительно жизни в Одессе, которые выразились целым рядом возгласов и протестов: «За рубежомъ считалось, что городъ, расположенный на границе Европы, не можетъ внушать богатымъ людямъ и негоціантамъ желаніе въ немъ жить. Пребываніе въ Одессе описывалось въ печальныхъ и мрачныхъ краскахъ. Говорили, что этотъ зарождающійся городъ находится на краю света. Нужно упорно стремиться къ обогащенію, чтобы отпра- виться искать удачу въ этомъ убогомъ пристанище: жизнь тамъ возможна только въ лишеніяхъ, а образованіе детей безъ солид-

ныхъ средствъ не можетъ быть условіемъ воспитанія достойныхъ людей. Что будете делать вы во время досуга, когда умъ, уставшій отъ труда, требуетъ заслуженного отдохновенія, пріятнаго общества? Неужели придется жить среди скифовъ и татаръ? Какую духовную помощь тамъ окажутъ иностранцамъ? Какіе общественные учрежденія смогутъ помочь страждущимъ? Какимъ образомъ тамъ можно осуществлять коммерческое правосудіе? Где на берегахъ Понта Эвксинского искать кредитную или страховую контору? Могутъ ли торговые сношенія разпространиться такъ далеко? Однимъ словомъ, есть ли какие-либо гарантіи, чтобы стоило подвергать себя прихотямъ и надзору неизвестной полиціи?



Именно в таких, мягко говоря, непростых условиях герцогу де Ришелье и его преданным друзьям и соратникам пришлось поднимать на ноги совсем еще молодой город и заселять его вновь прибывшими жителями, преодолевая безмерное число препятствий на этом пути (конечно же, не только в сфере медицины), и всем на удивление и зависть обеспечить великий и стремительный успех Одессы, когда вера в такую

возможность была лишь у немногих людей, преданных этому славному делу.

Однако в будущем Одессу ожидало еще много бедствий, одним из которых стала чума 1812–1813 годов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Gabriel de Castelnau. Essai sur l'histoire ancienne et moderne de la Nouvelle Russie, Statistique des provinces qui la composent. Fondation d'Odessa; ses progrès, son état actuel, détails sur son commerce. Voyage en Crimée, dans l'intérêt de l'agriculture et du commerce avec Cartes, Vues, Plans, etc. Dedié a S.M. l'Empereur Alexandre I-re. Tome troisième. — Paris, 1820. — С. 30, 39, 101–106
2. * Louis Victor Léon de Rochechouart. Souvenirs sur la Révolution, l'Empire et la Restauration (2e édition) / par le général comte de Rochechouart, aide de camp du duc de Richelieu, aide de camp de l'Empereur Alexandre Ier, commandant la place de Paris sous Louis XVIII; mémoires inédits publiés par son fils. — Paris, 1892. — С. 132

Перевод со старофранцузского и авторство: Елена Эрманн



КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА



В статье аргументируется, как и почему фактор поведения в отношении здоровья важен и целесообразен при прогнозировании смертности и продолжительности жизни индивидов. Поэтому психологи (в частности, специалисты в области общественного здравоохранения) пытаются понять и предсказать человеческое поведение, связанное со здоровьем.

Отмечается, что наличие и распространенность повседневных теорий имеет по крайней мере одно ключевое, принципиальное последствие для целей терапевтических интервенций, осуществляемых специалистами в области здравоохранения: производительная коммуникация между специалистом-клиницистом и пациентом будет принципиально невозможной, если пациент будет придерживаться таких представлений о собственном здоровье, которые неизбежно противоречат профессиональным представлениям специалиста. Анализируется роль убеждений в отношении здоровья в прогнозировании, связанным со здоровьем человеческого поведения, что становится всё более отчетливым и проявленным в условиях современных изменений в структуре причин смертности.

Подчеркивается, что некоторые исследования, изучающие убеждения относительно здоровья, делают упор на повседневных теориях, описывая людей как таковых, чье поведение влияет сложная система взглядов и теорий относительно собственного тела и здоровья. Эта научная перспектива представляет человеческих индивидов как менее рациональных личностей и изучает повседневные теории в отношении неструктурированном формате с использованием качественного подхода. Делается упор на то, что другие исследователи используют более количественный подход, исследуя такие понятия, как атрибуции, locus контроля здоровья, нереалистичный оптимизм и стадии изменений. Психологи также



АВТОРЫ:**Л.М. Гудкин**

Председатель Научного Медицинского общества, соискатель PhD Института психологии имени Г.С. Костюка НАНУ Украины

В.Е. Лунёв

Доцент кафедры общей и медицинской психологии Национального медицинского университета имени А.В. Богомольца, кандидат психологических наук, доцент, член АРА, ААСР, WFMH.

разработали структурированные модели для объединения этих разнообразных убеждений и прогнозирования поведения в отношении здоровья, такие как теория защитной мотивации (ТЗМ), модель убеждений относительно здоровья (МПЗ), теория планируемого поведения (ТПП) и подход процесса здоровой жизнедеятельности (ППЗД). Авторы делают вывод, что эти модели исследуют индивидов как активных обработчиков информации, отличающихся по степени и способу описания когний индивида его социального мира. Такие модели могут быть использованы для количественного прогнозирования поведения в отношении здоровья и способны выступить методологической основой для развития качественно новых моделей сохранения и развития как индивидуального, так и общественного здоровья.

Ключевые слова: здоровье, болезнь, внутренняя картина здоровья, поведение в отношении здоровья, личность.

Постановка проблемы. В течение последнего столетия поведение в отношении здоровья играло всё более важную роль в вопросах здоровья и болезни. В работе «Роль медицины» Т. Маккеон исследовал [McKeown, 1979] влияние медицины на здоровье с начала XVII века. В частности, учёный проверял на предмет достоверности расхожее убеждение относительно достижений медицины и ее роли в уменьшении распространенности и остроты

инфекционных заболеваний, например: туберкулеза, пневмонии, гриппа, дифтерии, оспы, коклюша и других. Маккеон критиковал популярные представления о том, что снижение уровня заболеваемости этих инфекционных болезней было обусловлено только медицинскими факторами, в частности, фармакотерапией и прививками, и что непосредственно **антибиотики следует «благодарить» за спад уровня заболеваемости пневмонией и гриппом.** Исследователь показал, что значимое уменьшение уровней этих болезней началось еще до массового внедрения соответствующих медицинских технологий.

Маккеон также исследовал здоровья и болезни в XX веке. Его видение заключалось в том, что современные болезни вызваны, прежде всего, поведением индивида, его образом жизни (курение, питание, физические упражнения и т.д.) [McKeown, 1979]. В поддержку этого тезиса Маккеон исследовал основные причины смертности в самых богатых современных странах и пришел к выводу, что наиболее распространенные болезни (такие как рак легких, сердечно-сосудистые болезни, цирроз печени и др.) вызваны неким поведением больных.

В частности, было выявлено, что основными причинами более 50% смертности корнями уходят в ярко выраженную поведенческую природу, что показывает, насколько поведение и образ жизни оказывают значительное потенциальное влияние на фактор продолжительности жизни. Долл и Пито приводят [Doll and Peto, 1981] оценки роли различных факторов как факторов смертности при различных видах рака. Исследователи подсчитали, что злоупотребление табака послужило причиной 30% случаев смертей от рака, алкоголь — 3%, пищевое поведение — 35%, репродуктивная и сексуальное поведение — 7%, соответственно. Соответственно, примерно 75% всех смертей от рака связаны с поведением. Маккеон отмечает влияние курения на смертность, исследуя изменения в продолжительности и качества жизни мужчин в период с 1838 по 1970 годы. **Связь между смертностью и поведением** также иллюстрируется раком желудка и кишечника, которые охватывают около 11% от всех смертей от рака среди мужчин и 14% среди женщин соответственно; в частности, рак желудка связан с такими формами пищевого поведения, как

диета с высоким содержанием жиров и низким содержанием клетчатки соответственно.

Анализ последних исследований и публикаций. Связь между поведением и смертностью также может быть продемонстрирована при сравнении показателей максимальной продолжительности жизни людей в разных странах. Например, в США лишь три человека из 100000 имеют возраст более 100 лет, а в Абхазии (Грузия) этот показатель достигает 400 человек на каждые 100000. Вег исследовал [Weg, 1983] особенности образа жизни абхазцев и предположил, что их продолжительность жизни по сравнению с другими странами высока благодаря сочетанию биологических, социальных и индивидуально-поведенческих факторов, которые включают следующие категории:

- Генетику;
- активная физическая работа, в частности общепринятая в трудовой этике и социальных ролях;
- диета с низким уровнем насыщенных жиров и красного мяса, и высоким — фруктов и овощей;
- воздержание от алкоголя и никотина;
- высокий уровень социальной интеграции и поддержки;
- низкий уровень испытываемого стресса.

Изучение этой группы долгожителей показывает, что **поведение в отношении здоровья связано с продолжительностью и качеством жизни**, что, безусловно, может выступать предметом исследования. Беллок, Бреслоу и Энстрем [Belloc and Breslow, 1972; Breslow and Enstrom, 1980] изучали связи между уровнями смертности и поведением на выборке 7000 человек. Ученые обнаружили, что семь основных форм поведения имеют наиболее тесную связь с состоянием и качеством здоровья:

- сон в течение 7–8 часов в сутки;
- полноценный завтрак каждый день;
- отказ от курения;
- воздержание от «фаст-фудных» перекусов между основными приёмами пищи;
- контроль веса в определённых здоровых пределах, регулярное взвешивание;
- умеренное или минимальное потребление алкоголя;
- регулярное занятие физическими упражнениями.

Та же выборка была проверена в пределах лонгтитюдного исследования через 5,5 и 10 лет, и авторы дополнительно подтвердили исходную гипотезу о том, что семь поведенческих форм указывают на отрицательную корреляционную связь со смертностью. В частности, у людей в возрасте 75+, придерживающихся всех семи пунктов перечня, состояние здоровья могло быть соразмерным с исследуемыми возрасте 33–44, которые придерживались трёх или меньше пунктов.

Цель статьи — концептуализировать явление внутренней картины здоровья человека.

ИЗЛОЖЕНИЕ ОСНОВНОГО МАТЕРИАЛА ИССЛЕДОВАНИЯ

Поведение в отношении здоровья важно для целей прогнозирования смертности и продолжительности жизни индивидов. Поэтому психологи (в частности, специалисты в области общественного здравоохранения) пытаются понять и предсказать человеческое поведение, связанное со здоровьем. В том числе, медицинские социологи и социальные антропологи изучали представления о здоровье в терминах обычных теорий или повседневных репрезентаций. Используя глубинные интервью, чтобы поощрить испытуемых говорить свободно и непринужденно, исследователи обнаружили сложные и разноуровневые системы индивидуальных убеждений.

Материалы исследований показали, что повседневные теории как элементарные единицы социального знания могут быть не менее сложными, многоэлементными и внутренне согласованными, чем научные объяснительные модели медицинской науки, несмотря на значительные противоречия между этими двумя типами теорий. Например, Пилл и Стотт обнаружили [Pill and Stott, 1982], что матери из малоимущих рабочих семей более склонны рассматривать болезнь как неконтролируемое явление, формируя отчетливо фаталистическое видение собственного здоровья. Грэхем отмечал [Graham, 1987], что хотя курящие осознают все риски табакокурения, они всё равно настаивают на том, что курение является необходимым для их эмоционального благополучия и важным средством уменьше-

ния стресса. Наличие и распространённость повседневных теорий имеет по крайней мере один ключевой, принципиальный параметр последствия для терапевтических интервенций, осуществляемых специалистами в области здравоохранения. Так, производительная коммуникация между специалистом-клиницистом и пациентом станет принципиально невозможной, если пациент будет придерживаться таких представлений о собственном здоровье, что неизбежно противоречат профессиональным представлениям специалиста.

Многие исследователи склонны использовать количественные методы для изучения и предсказания пищевого поведения человека. Например, Левенталь и др. Отметим [Leventhal et al., 1985] факторы, которые, по мнению исследователей, работающих как предикторы пищевого поведения:

- социальные факторы: обучение, социальное поощрение, ролевые модели и общественные нормы;
- генетические факторы (в частности генетическая предрасположенность к употреблению психоактивных веществ, например алкоголь)
- эмоциональные факторы: тревожность, стресс, напряжение, страх;
- соматические симптомы: боль, тяжесть дыхания, усталость;
- убеждения и установки самого пациента;
- убеждения специалиста-клинициста.

По мнению исследователей, сочетание этих факторов может быть использовано для эффективного прогнозирования и поощрения поведения, связанного со здоровым образом жизни.

Когнитивные модели изучают предпосылки и склонности к поведению в отношении здоровья. Эти модели исторически опираются на теорию субъективной ожидаемой полезности [Edwards, 1954], которая предусматривает, что поведение человека является результатом взвешивания

потенциальных выгод и убытков от такого поведения. Когнитивные модели описывают поведение как результат рациональной информационной обработки и делают упор скорее на индивидуальных Когниция, а не на их социальном контексте.

Модель убеждений относительно здоровья была изначально предложена Розенстоком, с последующей разработкой Бекера и др. с целью прогнозирования и профилактически здорового поведения и поведенческих реакций-ответов на терапию у пациентов с острыми и хроническими заболеваниями. В последнее время однако эта модель используется значительно шире, в частности для прогнозирования широкого спектра поведенческих проявлений, связанных со здоровьем.

Модель убеждений относительно здоровья (МПЗ) предусматривает, что **поведение**





является результатом совокупности ядерных убеждений индивида, процесс формирования и переформирования которых происходил много лет. К ядерных убеждений, в частности, относятся восприятие человеком:

- податливости к болезням («Мои шансы заболеть раком легких очень высокие»);
- тяжесть болезни («Рак легких — серьезная болезнь»);
- ресурсы и усилия, необходимые для внедрения и поддержки определенного поведения («Если я брошу курить, то это сделает меня очень раздражительным / ой»);
- выгоды и достижения, которые приносит поведение («Если я брошу курить, это сэкономит мне много денег»);
- побуждения к действию, которые могут быть как внутренними (например, тяжесть дыхания), так и внешними (информация в социальных сетях или средствах массовой информации);

В рамках модели ядерные убеждения следует понимать и использовать для целей предсказания вероятности того, что определённое поведение может произойти. В ответ на критику авторы модели добавили понятие «мотивации в отношении здоровья», отражающее готовность индивида учитывать проблемы и вопросы собственного здоровья («Я осоз-

наю, что курение вредит моему здоровью») и «ощущение контроля» («Я уверен/а, что могу бросить курить»).

Ряд исследований подтверждает гипотезы модели убеждений в отношении здоровья. Так, Бекер и Розенсток [Becker and Rosenstock, 1984] в своих работах показывают, что соблюдение режима питания, безопасная половая активность, регулярные визиты к стоматологу и занятия физическими упражнениями непосредственно связанные с восприятием индивидом тех или иных заболеваний, с пониманием серьёзности этих заболеваний и оценкой выгоды профилактической поведения (в частности долгосрочные) преобладают расходы.

Отдельные составляющие МПЗ тоже получили научное подтверждение. Норман и Фиттер исследовали [Norman and Fitter, 1989] поведение, связанное с диагностикой состояния здоровья, и обнаружили, что **восприятие препятствий индивидом является крупнейшим предиктором визита пациента в медицинское учреждение**. Также нашла подтверждение роль побуждений к действию в прогнозировании здорового поведения, в том числе внешних побуждений, вроде публично доступных информационных материалов.

Фактически профилактические программы в области общественного здравоохранения используют информационные материалы для изменения убеждений целевой аудитории и соответствующего продвижения здорового поведения в будущем. Информация в форме устрашающих предупреждений может изменять установки и поведение в отношении здоровья в таких областях, как стоматология, табакокурения и употребления алкоголя. Охрана здоровья ставит целью распространения знаний и повышение уровня образованности в ключе здоровья. Некоторые исследования указывают на [Flay, 1985] значительную корреляцию между осведомленностью о заболевании и профилактическую здоровьезбережувальну поведение индивида. В частности, Ример и др. отмечают [Rimer et al., 1991], что осведомленность о раке груди связана с регулярным прохождением маммографии. Критики МПЗ отмечали ряд слабых положений этой теоретической модели, в частности:

- сосредоточенность преимущественно на сознательной обработке информации

- (например, действительно ли такие виды поведения, например чистка зубов, определяются тщательным взвешиванием преимуществ и недостатков?);
- упор на индивидуальных факторах (какую роль играет социальная и экономическая среды?)
 - взаимосвязи между различными ядерными убеждениями (как следует измерять эти убеждения и как они соотносятся между собой? МПЗ — линейная или многофакторная модель?)
 - отсутствие или недостаточно выраженная роль эмоциональных факторов, таких как страх или возражения;
 - недостаточное внимание к альтернативным факторам, которые могут предсказывать поведение в отношении здоровья, например ожидания относительно результатов или самоэффективность;
 - статический подход к убеждениям относительно здоровья. Шварцер замечает [Schwarzer, 1992], что в рамках МПЗ убеждения описаны так, как они имеют место мгновенно, без возможности для изменения или развития;
 - как считают Левенталь и др. [Leventhal et al., 1985], на поведение в отношении здоровья влияет скорее восприятие симптомов, чем индивидуальные факторы, как это описано в МПЗ.

Несмотря на критические замечания этой модели в профессиональной литературе, она активно применяется при исследовании диагностики рака шейки матки, генетических отклонений, чрезмерного употребления алкоголя и табака, резких изменений в пищевом поведении и тому подобное.

Роджерс разработал [Rogers, 1985] теорию защитной мотивации (ТЗМ), которая расширила базовую теоретическую перспективу модели убеждений в отношении здоровья, включив ряд дополнительных факторов. Так, теория защитной мотивации предполагает, человеческое поведение, оказывающее прямое влияние на здоровье, является продуктом взаимодействия четырех составляющих:

- серьёзности или тяжести («Рак желудка — серьёзная, тяжелая болезнь»);
- податливости («Мои шансы заболеть раком желудка достаточно высоки»);

- эффективности реагирования, в том числе профилактического («Изменение питания улучшит состояние моего здоровья»);
- самоэффективности («Я уверен / а, что способна изменить свое питание»).

Эти составляющие являются прогностическими факторами (предикторами) для поведенческих интенций («Я намерен изменить свое поведение»), которые в свою очередь связаны с поведением. Роджерс также отводил отдельную роль пятой составляющей — страху, то есть аффективной эмоциональной реакции-ответу на полученную информацию.

Теория защитной мотивации описывает серьёзность болезни, податливость и факторы ужаса, связанные с оценкой внешней угрозы, а эффективность реакции-ответы индивида и его самоэффективность — с оценкой копинга (то есть с оценкой самим индивидом собственной копинговой деятельности). Согласно положениям ТЗМ, существуют два типа источников информации: экологическая (вербальная коммуникация, убеждения, наблюдения, научение) и интра-личностная (например, опыт человека). Эта информация влияет на пять частей ТЗМ (самоэффективность, эффективность реакции-ответы, серьёзность, податливость, страх), которые затем влияют на адаптивные или дезадаптивные копинг реакции индивида.

Теория защитной мотивации получила меньше критических замечаний, чем модель убеждений относительно здоровья (МПЗ) однако следует отметить, что многие критики МПЗ можно отнести и с положениями ТЗМ. Например, ТЗМ опирается на предположение, что индивиды осознанно обрабатывают полученную ими информацию, поэтому теория слабее учитывает поведенческие привычки и не отводит должной роли социальным и средовым факторам.

Социально-когнитивные модели (модели социального познания) изучают факторы, позволяющие спрогнозировать поведение и / или поведенческие интенции, и исследуют, почему люди оказываются не в состоянии поддерживать поведение, на которую настроены. Социально-когнитивная теория была разработана А. Бандура [Bandura, 1986]. Теория предполагает, что поведением человека управляют ожидания, стимулы и социальные когниции.

Ожиданиям в частности относятся:

- ситуативные ожидания последствий: ожидание того, что определённое поведение может быть опасным («Курение может вызвать рак легких»);
- ожидания последствий: ожидание того, что поведение может уменьшить вред для здоровья («Отказ от курения может уменьшить риски рака легких»);
- ожидания самоэффективности: ожидание того, что индивид в состоянии справиться с желаемой поведением («Я смогу бросить курить, если захочу»).

Понятие стимулов предусматривает, что определённое поведение позволяет управлять дальнейшими последствиями. Например, тяга к курению может ослабеть при снижении тревожности, прохождении плановых обследований или после получения удовлетворительных результатов анализов.

Социальные когниции выступают центральным компонентом социально-когнитивных моделей. Хотя (как и в когнитивных моделях) социально-когнитивные модели рассматривают индивидов как таковых, осознанно обрабатывают информацию, существует однако важное отличие между когнитивными и социально-когнитивными моделями: социально-когнитивные модели включают показатели репрезентаций индивидом его социального мира. Социально-когнитивные модели пытаются поместить человеческую личность в контекст как других людей, так и более широкого социального окружения, что находит отражение в терминах нормативных убеждений («Люди, которые важны для меня, хотят, чтобы я бросила курить»).

Теория рационального действия (ТРД) очень широко использовалась для изучения предиктивных факторов человеческого поведения, долгое время находясь в центре научных дискуссий социальных психологов по соотношений и связей между установками и поведением человека [Fishbein and Ajzen, 1975]. ТРД делает упор на ключевой роли социальных когниций в форме субъективных норм — убеждений индивидов об их социальное окружение, включая одновременно как же убеждения, так и оценки этих убеждений (оба эти факторы влияют на установки индивида). Поэтому ТРД рассматривает индивида

в социальном контексте и кроме того, отводит дополнительную роль ценностям индивида, в противоположность традиционным, более рациональным подходам к человеческому поведению.

Теория планируемого поведения рассматривает поведенческие интенции как результат сочетания и взаимодействия убеждений индивида. ТПП предусматривает, что для достижения поведенческих целей интенции должны быть сформулированы как определенные планы или установки к действию, представляя собой результат таких убеждений:

- установка по определенному поведению, состоящая из оценки этого поведения (положительной или отрицательной) и убеждений о результатах этого поведения («Заниматься физическими упражнениями весело, и это улучшает мое здоровье»);
- субъективная норма, состоящая из восприятия социальных норм (в частности различных видов социального давления для побуждения индивида к определенному поведению) и мотивированная готовность индивида следовать этим нормам («Важные для меня люди одобряют поведение, если я сброшу лишний вес, и я хотела бы получить такое одобрение»);
- ощущение поведенческого контроля, состоящее из убеждения, что индивид может придерживаться определенного поведения на основе учета внутренних (навыки, способности, информация) и внешних (препятствия и возможности) факторов контроля, связанных с прошлым.

Согласно ТПП эти три фактора определяют поведенческие интенции, которые в свою очередь связаны с поведением. ТПП также отмечает, что ощущение поведенческого контроля может иметь непосредственное влияние на поведение без учета поведенческих интенций.

Шварцер критиковал ТПП за недостаточное внимание к хронологической перспективе и считал [Schwarzer, 1992], что ТПП не описывает ни иерархию различных убеждений, ни каузальные связи между ними. Однако в противовес модели убеждений в отношении здоровья (МПЗ) и теории защитной мотива-

ции (ТЗМ), теория планируемого поведения пытается рассматривать проблемы социальных и экологических факторов, в частности в форме нормативных убеждений.

Подход к процессам здорового действия был разработан Шварцером [Schwarzer, 1992], который подчеркивал **необходимость включения временной составляющей в понимание человеческих убеждений и поведения**. Кроме того, он подчеркивал важность самоэффективности как определителя как поведенческих интенций, так и поведенческих самоотчетов. Подход процесса здорового действия (ППЗД) включает в себя определенные элементы из теорий-предшественников и пытается прогнозировать как поведенческие интенции, так и текущую поведение.

Главным дополнением, которое ППЗД сделал к достижениям уже существующих

теорий, стало различие между стадией принятия решений / мотивации и стадией начала действия / поддержки действия. Таким образом, эта модель добавляет факторы времени и процесса к пониманию взаимосвязей между убеждениями и поведением и **предполагает, что индивид сначала решает, будет или нет он выполнять определенное поведение** (мотивационная стадия), **а затем разрабатывает планы для начала и поддержания такого поведения** (стадия действия). Согласно, мотивационная стадия состоит из следующих компонентов:

- самоэффективность («Я уверена, что смогу покинуть курения»);
- ожидания относительно результатов («Если я брошу курения, то это улучшит мое здоровье»), среди которых выделяется подмножество ожиданий



социальных результатов («Важные для меня люди хотят, чтобы я прекратила курить, и если я так сделаю, получу их одобрение»);

- оценка угроз, состоящая из убеждений относительно серьёзности заболевания и ощущений индивидуальной уязвимости.

Конечным результатом этой стадии, согласно модели, есть намерение индивида к действию. Следующая стадия действия состоит из когнитивно-волевых, ситуационных и поведенческих факторов. Совокупность этих факторов определяет степень, в которой поведение начинается и поддерживается в течении этого саморегуляторного процесса. Когнитивный фактор состоит из планов действия («Если мне предложат сигарету, когда я стараюсь не курить, я представляю, что папиросная смола делает с моими легкими») и контроля действия («Если мне предложат сигарету, я смогу удержаться от нее благодаря напоминанию самому себе, что я бросаю курить»). **Эти два когнитивные факторы определяют волевой компонент индивидуального действия.**

Ситуационный фактор состоит из социальной поддержки (например, друзей и подруг, которые поощряют бросить курить) и отсутствии ситуативных препятствий (например, Шварцер считал, что прокладывает мост между интенциями (намерениями) и поведением, подчеркивая понятия самоэффективности — как в смысле формирования намерения к действию, так и в виде когнитивного компонента стадии действия, в ходе которой самоэффективность способствует и поддерживает планы действия и контроль действия.

Как и в случае с другими когнитивными и социально-когнитивными моделями, при обсуждении ценности для целей прогнозирования поведения в отношении здоровья прежде всего возникают следующие вопросы: **являются индивиды сознательными обработчиками информации? Какую роль играют социальные и экологические факторы?** Социально-когнитивные модели пытаются решить проблему социального мира индивида через характеристики нормативных убеждений, однако такие характеристики описывают лишь когниции индивидов по их социального мира.

Некоторые исследователи указывают на специфические концептуальные проблемы описанных выше моделей, а именно:

- каждая из моделей опирается на различные ключевые понятия, как ощущение поведенческого контроля, поведенческие интенции, уязвимость или установки. Эрмитадж и Коннер [Armitage and Conner, 2000] подчеркивают необходимость консенсусного подхода, который бы совмещал ключевые понятия этих моделей;
- модели описывают связи между переменными, которые предполагают каузальность — например, ТПП описывает установки как каузальный фактор поведенческой интенции. Саттон подчеркивает [Sutton, 2002], что эти связи не обязательно причинно-следственную природу, и последняя не может быть подтверждена или опровергнута без использования экспериментальных методов.
- теоретическая модель должна включать механизм сбора данных, которые бы подтверждали теорию или ее опровергали. Огден исследовала [Ogden, 2003] публикации с использованием МПЗ, ТРД, ТЗМ, ТПП и за четырехлетний период и пришла к выводу, что эти модели невозможно опровергнуть в принципе, поскольку всегда можно найти определенные оговорки, которые постоянно подпитывают уверенность в том, что та или иная модель пользуется поддержкой.

ВЫВОДЫ

Роль убеждений в отношении здоровья в прогнозировании, связанным со здоровьем человеческого поведения, становится все более отчетливой в ходе современных изменений в структуре причин смертности. Некоторые исследования, изучающие убеждения о здоровье, делают упор на повседневных теориях, описывая людей как таковых, чье поведение определено сложной системой взглядов и теорий относительно собственного тела и здоровья. Эта научная перспектива рассматривает человеческих индивидов как менее рациональных личностей и изучает повседневные теории

в отношении неструктурированном формате с использованием качественного подхода.

Другие исследователи используют более количественный подход, изучая такие понятия, как атрибуции, локус контроля здоровья, нереалистичный оптимизм и стадии изменений. Психологи также разработали структурированные модели для объединения этих разнообразных убеждений и прогнозирования поведения в отношении здоровья, такие как теория защитной мотивации (ТЗМ), модель убеждений относительно здоровья (МПЗ), теория планируемой поведения (ТПП) и подход процесса здорового действия (ППЗД). Эти модели рассматривают индивидов как активных обработчиков информации, различающихся по степени и способу описания когниций индивида по отношению к его социальному миру. Такие модели могут быть использованы для количественного прогнозирования поведения в отношении здоровья и способны выступить методологической основой для развития качественно новых моделей сохранения и развития как индивидуального, так и общественного здоровья.

Перспективы дальнейших исследований связаны с эмпирическим исследованием внутренней картины здоровья человека.

REFERENCES

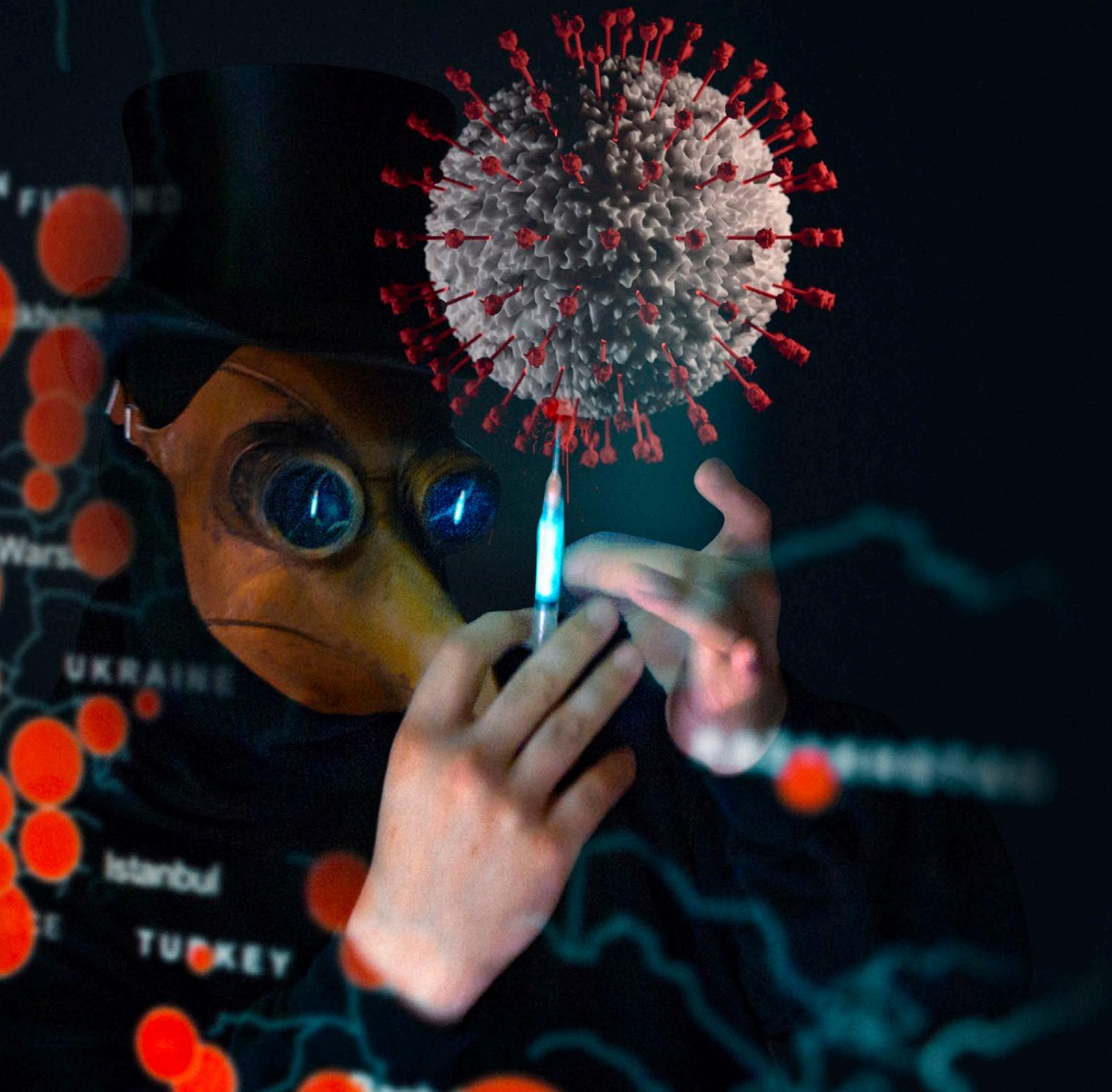
1. Armitage, CJ and Conner, M. (2000) Social cognition models and health behaviour: a structured review, *Psychology and Health*, 15: 173–89.
2. Bandura, A. (1986) *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
3. Becker, MH and Rosenstock, IM (1984) Compliance with medical advice, in A. Steptoe and A. Mathews (eds), *Health Care and Human Behaviour*. London: Academic Press.
4. Belloc, NB and Breslow, L. (1972) Relationship of physical health status and health practices. *Preventative Medicine*, 1: 409–21.
5. Breslow, L. and Enstrom, J. (1980) Persistence of health habits and their relationship to mortality. *Preventive Medicine*, 9: 469–83.
6. Doll, R. and Peto, R. (1981) *The Causes of Cancer*. New York: Oxford University Press.
7. Edwards, N. (1954) The theory of decision making, *Psychological Bulletin*, 51: 380–417.
8. Fishbein, M. and Ajzen, I. (1975) *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
9. Graham, H. (1987) Women's smoking and family health, *Social Science and Medicine*, 25: 47–56.
10. Leventhal, H., Prohaska, TR and Hirschman, RS (1985) Preventive health behavior across the life span, in JC Rosen and LJ Solomon (eds), *Prevention in Health Psychology*. Hanover, NH: University Press of New England.
11. McKeown, T. (1979) *The Role of Medicine*. Oxford: Blackwell.
12. Norman, P. and Fitter, M. (1989) Intention to attend a health screening appointment: Some implications for general practice, *Counselling Psychology Quarterly*, 2: 261–72.
13. Ogden, J. (2003) Some problems with social cognition models: a pragmatic and conceptual analysis, *Health Psychology*, 22 (4): 424–8.
14. Pill, R. and Stott, NCH (1982) Concepts of illness causation and responsibility: some preliminary data from a sample of working class mothers, *Social Science and Medicine*, 16: 315–22.
15. Rimer, BK, Trock, B., Lerman, C. et al. (1991) Why do some women get regular mammograms? *American Journal of Preventative Medicine*, 7: 69–74.
16. Rogers, RW (1985) Attitude change and information integration in fear appeals, *Psychological Reports*, 56: 179–82.
17. Schwarzer, R. (1992) Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model, in R. Schwarzer (ed.), *Self Efficacy: Thought Control of Action*, pp. 217–43. Washington, DC: Hemisphere.
18. Sutton, S. (2002) Testing attitude-behaviour theories using non-experimental data: an examination of some hidden assumptions, *European Review of Social Psychology*, 13: 293–323.
19. Weg, RB (1983) Changing physiology of aging, in DS Woodruff and JE Birren (eds), *Ageing: Scientific Perspectives and Social Issues*, 2nd edn. Monterey, CA: Brooks / Cole.

ТАКТИКА РАБОТЫ В УСЛОВИЯХ ЭПИДЕМИИ



Аннотация: научно-философская статья-рассуждение направлена на практическое разрешение масштабного, международного по актуальности вопроса, который, по множеству причин, сегодня до сих пор остаётся открытым. И это вопрос организации на мировом геополитическом уровне эффективных

тактических действий, конечный инцидент которых — нивелирование эпидемии и её последствий. Автор, критически и объективно оценивая нынешнее положение вещей с междисциплинарной точки зрения, предлагает конструктивный подход в разработке тактику работы в условиях эпидемии.





...Если бы мне надо было дать название современному положению вещей, я сказал бы, что каждый взрывной момент в современном мире, это момент освобождения в какой бы то ни было сфере. Освобождения политического и сексуального, освобождения сил производительных и разрушительных, освобождения женщины и ребенка, освобождения бессознательных импульсов, освобождения искусства.

И вознесения всех мистерий и антимистерий.

Это была всеобъемлющая оргия материального, рационального, сексуального, критического и антикритического, оргия всего, что связано с ростом и болезнями роста. Мы прошли всеми путями производства и скрытого сверхпроизводства предметов, символов, посланий, идеологий, наслаждений.

Сегодня игра окончена — все освобождено.

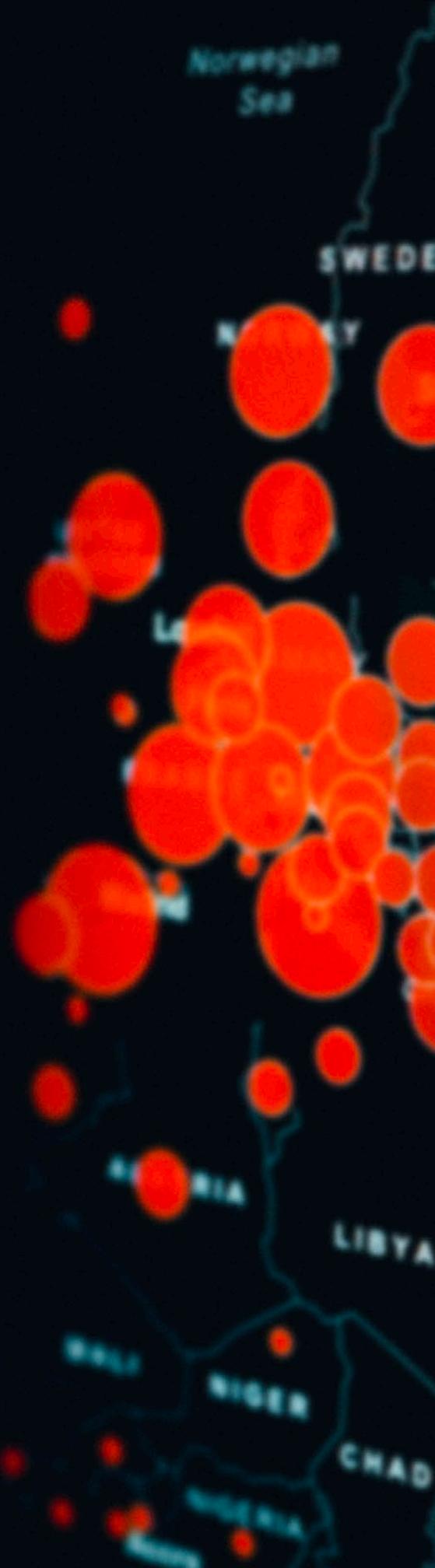
И все мы задаем себе главный вопрос: что делать теперь, после оргии?

«Прозрачность зла», автор — последний пророк Европы, мыслитель и философ Жан Бодрийяр



Данное прикладное размышление предлагается начать с некоего простейшего эксперимента, не требующее специальной научно-практической подготовки. Давайте представим, что мысль человеческая в технологическом плане возвысилась настолько в мире изобретательской обыденности, что существовании машины времени никого бы не удивило. И представим, что пользование машиной времени — тоже дело несложное и даже доступное. Итак, предположим, уносит экспериментатора лет на 200 назад. И всё примерно то же самое, что и сегодня, кроме одного параметра: нет уровня развития средств массовой информации на том уровне, к которому мы привыкли в 21 столетии. Нет интернета, электронных газет, радио и космических спутников-трансляторов, нет блогеров и спикеров на платформе ютуб, нет самодельных авторитетов и людей, изнывающих от свободы выражать собственное мнение на «взрывные» темы с целью «объять аудиторию на хайпе».

И действительно, как люди узнавали в 18 или 19 веке, что где-то бушует невероятная эпидемия, уносящая меньше людских жизней, чем, к примеру, инфаркты или рак? Без интернет-новостей, без специальных выпусков, без социальных сетей? Как могли бы, скажем, жители Тобольской губернии или Бессарабии узнать про события в Ухане? И устраситься вирусному заболеванию? Ответ напрашивается совершенно естественным способом.



... ПАРАНОЙЯ ИЗ-ЗА КОРОНАВИРУСА МОЖЕТ ОКАЗАТЬСЯ КРАЙНЕ ПОЛЕЗНОЙ, ПОСКОЛЬКУ ОНА ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ ВАЖНЕЙШИХ ФАКТОРОВ СМЕНЫ ТРЕНДА В РАСПРОСТРАНЕНИИ КОРОНАВИРУСА. ЭТОТ ФАКТОР — ЕДИНСТВЕННЫЙ СПОСОБНЫЙ РАСПРОСТРАНЯТЬСЯ БОЛЕЕ ВИРУСНО, ЧЕМ САМ КОРОНАВИРУС. ЕСЛИ ИНФОРМАЦИЯ ОБ ЭТОМ БУДЕТ РАСПРОСТРАНЯТЬСЯ И ДОХОДИТЬ ДО СОЗНАНИЯ ЛЮДЕЙ БЫСТРЕЕ КОРОНАВИРУСА, ЭПИДЕМИЯ ОСТАНОВИТСЯ ...

— *Насим Малеб*



В мире сегодня кризис. Страх, опасность, карантин. Жертвы, страдания, убытки. И причина «всем интуитивно понятна» — бушует эпидемия, а если точнее, пандемия некоего коронавируса. И превратить пришествие вируса (как отмечают некоторые эксперты, разновидности гриппа) в настоящее массовое чрезвычайное событие напрямую способствовали развитые средства массовой информации и коммуникационные сети.

Само явление «коронавирус» не является некоей инновацией или неизвестным феноменом для человечества. Напротив, это явление было настолько многогранно осмыслено, что ещё в диапазоне 20 лет назад кинематограф уже презентовал мировой общественности сценарии, где запускающим сценарным механизмом выступал именно «вирус», негласно меняющий условия среды, превращая её в опасную, затем смертоносную и плохо управляемую. В частности, в 2011 достаточно популярным был фильм американского производства «Заражение», впоследствии переведённый на 38 языков мира. Наряду с «Заражением» также надлежит упомянуть киноленту «Последний корабль» и недавний аналог российского рынка «Эпидемия» (1 сезон). Соответственно, даже на основе прототипологических примеров описанных сценариев можно сделать вывод о том, что как «вирус» подобного порядка, так и потенциальный ход развития событий человечеству были известны ещё до вспышки 2020 года. И в тот момент, когда подобного рода сценарий стал в Китае действительностью, представителями китайского правительства было принято решение бороться с вирусом собственными методами: методами жесткого карантина, ограничений и прочими социалистическими способами, естественными для менталитетной составляющей Поднебесной.

Отдельное внимание надлежит обратить на факт появления немалого числа мировых авторитетных консультантов, например, в лице Насима Талеба, который открыто заявлял, что паника — наилучший способ сохранить себя. В качестве не прямой цитаты приведу несколько строк в переводе с английского языка:



«Почему лучше ранняя паника? Допустим, что риск погибнуть от коронавируса всё ещё невелик, и больше шансов быть сбитым машиной. Но! Если я ничего не буду делать по отношению этого риска, я помогу коронавирусу распространяться. И в результате этого кто-то обязательно умрёт. Вот почему сейчас нужно масштабировать панику, а не рациональность. Паранойя из-за коронавируса может оказаться крайне полезной, поскольку она является одним из важнейших факторов смены тренда в распространении коронавируса. Этот фактор — единственный способный распространяться более вирусно, чем сам коронавирус. Если информация об этом будет распространяться и доходить до сознания людей быстрее коронавируса, эпидемия остановится», — именно таким образом выглядит «экспертное

заклучение» в форме обращения, высказанное Насимом Талебом и отмасштабированное всё теми же СМИ.



Следующий этап в подкреплении необходимости сплочёнными мировыми усилиями выступить против разворачивающейся эпидемии стал отчёт всемирно известной компании Маккензи — McKinsey & Company — международной консалтинговой компании, специализирующейся на разрешении задач, связанных со стратегическим управлением. По изначальному замыслу отчёт обещал предоставить прогноз относительно развития глобальных мировых отраслей, об экономике и банковской системе после коронавируса. Начало отчёта знаменуется следующим заявлением:



«Вспышка коронавируса — это, прежде всего, человеческая трагедия, затронувшая сотни тысяч людей. Она также оказывает все большее влияние на мировую экономику. Эта статья призвана дать лидерам бизнеса представление о меняющейся ситуации и последствиях для их компаний».



Тем не менее, помимо некоего рассуждения и обыкновенно предоставляемых графиков данный отчёт не содержит эффективных стратегических или тактических рекомендаций относительно потенциальных перемен в будущем, равно как не содержащий объективных решений относительно противостояния эпидемии. Соответственно, с практической точки зрения опираться на данный отчёт с целью выявления или формирования неких процедур или подходов к формированию тактической системы разрешения задачи не представляется возможным.

Несмотря на присутствующую тенденцию массовости участия в акте ликвидации пандемии коронавируса в мире. Тем не менее, как ни парадоксально, вплоть до этого момента не было предложено ни единой тактической схемы борьбы с эпидемией, что, бесспорно, вызывает ряд вопросов. И даже учитывая тот аспект, что европейские и мировые державы, в основном, ориентируются на китайскую линию внедрения мер по борьбе с вирусом, всё же подход и ценз китайской практики не именуются непосредственно тактической схемой. Если свести уже внедрённый комплекс мероприятий к логической парадигме, то китайский подход к изолированию «карантин — жителям сидеть дома и не выходить на улицу — ждать, пока выздоровеют заразившиеся», пожалуй, является неким шагом, но не системой разрешения проблематики самого вируса. Представленный шаблон — есть пассивная тактическая идея, но не схема. С иной стороны, комплексно рассматривая понятие «тактическая работа в условиях глобальной угрозы» (эпидемия и выступает разновидностью такой угрозы, наряду, например, с техногенны-

ВСПЫШКА КОРОНАВИРУСА — ЭТО, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, ЧЕЛОВЕЧЕСКАЯ ТРАГЕДИЯ, ЗАТРОНУВШАЯ СОТНИ ТЫСЯЧ ЛЮДЕЙ. ОНА ТАКЖЕ ОКАЗЫВАЕТ ВСЕ БОЛЬШЕЕ ВЛИЯНИЕ НА МИРОВУЮ ЭКОНОМИКУ ...

— McKinsey & Company



КАКОГО РОДА ЗАДАЧА СТОИТ ПЕРЕД ЧЕЛОВЕЧЕСТВОМ? С ЧЕМ МЫ СТОЛКНУЛИСЬ: С ВРЕМЕННОЙ ПЕРЕМЕННОЙ УГРОЗОЙ ИЛИ УГРОЗОЙ ГЛОБАЛЬНОГО ПОРЯДКА? ИМЕЕТ ЛИ ПРОИСХОДЯЩЕЕ ОТНОШЕНИЕ К МАСШТАБИРОВАНИЮ?



ми), начинать выработку тактической модели для прекращения подобного рода явления надлежит с объективного понимания картины происходящего. Именно стартовая позиция — ответ на вопрос «Как на самом деле сейчас обстоят дела?» является трамплином и важнейшим аспектом в разработки валидной рабочей тактической схемы нивелирования чрезвычайной ситуации.

С прикладной точки зрения отметим, что ответить на вопрос о картине происходящего, указанный выше, не представляется возможным при условии опоры на количественные показатели. Дело в том, что как показывает практика, количественные показатели разных стран и даже разных служб в пределах единичной страны, сегодня фатально отличаются друг от друга. По факту, в суждениях и прогнозах исключительно опираться на цифры, которые противоречат друг другу, означает самостоятельно вводить себя в заблуждение. Более того, на момент вспышки вирусного заболевания в Китайской народной республике, ведущим умам мирового сообщества надлежало объективно оценить потенциальные масштабы происходящего, в частности, ответив на вопросы класса: «Какого рода задача стоит перед человечеством? С чем мы столкнулись: с временной переменной угрозой или угрозой глобального порядка? Имеет ли происходящее отношение к масштабированию?». Вместо этого была выбрана линия наблюдения и статистического регистрирования, что, безусловно, не влияет на качественную сторону принятия результативных решений.

Первичный аспект, характеризующий эпидемию как разновидность чрезвычайной ситуации, это тенденция эпидемии к масштабированию. Для сравнения: иная разновидность ЧС — техногенная катастрофа — не имеет тенденции к масштабированию. Например, взрыв реактора атомной электростанции, безусловно, влечёт за собой ущерб, есть последствия, но масштабирования нет.

Угроза же, связанная с эпидемией, всегда имеет тенденцию масштабирования (соответственно, этот параметр надлежит учитывать). И поскольку эпидемия имеет тенденцию к масштабированию, логически естественно умозаключение: заранее в той или иной стране или в рамках той или иной формации (институт, группа лиц, общность, регион и пр.) неизвестно, коснётся ли эта угроза некоего региона «X» или её масштабы его не затронут. Однако сегодня, в условиях тотальной глобализации, мы определённо можем рассуждать так: поскольку в нашей стране «X» есть общие границы с Китайской республикой, и даже в случае их отсутствия существует развитое авиасообщение; поскольку граждане нашей страны приезжают в Китай, китайцы также бывают в пределах нашей страны «X», при таком положении потенциально вирусное заболевание будет иметь тенденцию к масштабированию. Обмен людьми сегодня происходит крайне динамично: самолеты осуществляют трансферы очень быстро, например, по сравнению с условиями Средних веков, при которых эпидемия из Китая

в Европу надвигалась бы весьма замедленно. Однако мы живём и осуществляем деятельность в 21 веке, а значит, известно, насколько возрастают скоростные режимы распространения условно вирусов посредством авиатранспорта, возможностей морского сообщения и перемещения по суше. Если буквально сто лет назад путешествие из Пекина, скажем, в Амстердам, исчислялось неделями и месяцами, то сегодня — это вопрос нескольких часов. Соответственно, существует даже вероятность заражения ещё на территории КНР, и после возвращения, например, в Мюнхен, спустя некоторое время симптомы только начинают проявляться. По факту, нас интересует не инкубационный период того или иного заболевания (его сроки или особенности), сколько качественный фактор: **скорости современного сообщения между странами обеспечивают масштабирование.**

На основании этого фактора возможен следующий объективный вывод: чтобы избежать масштабирования, всё, что необходимо предпринять на начальном этапе — это прекратить авиасообщения с зараженным регионом. Например: как только замечена эпидемия коронавируса в Китае — закрыли границы с Китаем до тех пор, пока эпидемия не закончится, что, в частности, не является нарушением международных договорённостей и напротив, дозволено конвенциями. Территория эпидемии должна быть закрыта.

ЧТОБЫ ИЗБЕЖАТЬ МАСШТАБИРОВАНИЯ, ВСЁ, ЧТО НЕОБХОДИМО ПРЕДПРИНЯТЬ НА НАЧАЛЬНОМ ЭТАПЕ — ЭТО ПРЕКРАТИТЬ АВИАСОБЩЕНИЯ С ЗАРАЖЕННЫМ РЕГИОНОМ



... ОТСУТСТВИЕ УЧЁНЫХ, ИССЛЕДОВАТЕЛЕЙ И ЭКСПЕРТОВ В СФЕРЕ ВИРУСОЛОГИИ И ЭПИДЕМИОЛОГИИ, ОТСУТСТВИЕ ИЛИ НЕЖЕЛАНИЕ ФИНАНСИРОВАТЬ РАЗРАБОТКИ В ЭТОЙ ОБЛАСТИ – ЭТО РЕАЛЬНО НЕДАЛЬНОВИДНО И КРАЙНЕ ОПАСНО.



Как бы это выглядело на практике: поскольку началась эпидемия, соответственно, разумно решение «Стоп Граница», тем самым исключается масштабирование. По сути, исключение масштабного распространения эпидемии на начальном этапе не составляет сложностей при условии замедления скорости сообщения или их прекращения. **При отсутствии деятельности авиалиний и прочих транспортных путей сообщения масштабирования не происходит.** Допустим, некоторые граждане КНР прибыли в Европу ещё до момента реализации такого решения. В таком случае было бы целесообразным обратиться к ним с приглашением прибыть на соответствующие контрольно-медицинские пункты и сдать соответствующие анализы с целью выявления наличия подобного рода заболевания или его отсутствия.

В частности, если таковой гражданин не желает проходить процедуру (а он имеет право не желать этого делать), соответственно далее следует приглашение на борт авиатранспорта, который бы доставил граждан Китая непосредственно на родину. Выбор простой: либо лететь в Пекин и там проходить все процедуры и шаги, либо, при желании оставаться в Евросоюзе, обязательно проходить надлежащие процедуры, позволяющие подтвердить отсутствие заболевания. (Такой ход резонен ДО момента закрытия границ сообщения).

Гражданам КНР же, пребывающим на территорию родины извне, рекомендовать по приезду пройти несколько простых шагов. Изначально такой параметр как «Температурный контроль» нередко позволяет выявить случаи заболевания, в зависимости от разновидности эпидемии, безусловно. Допустим, на шаге температурного контроля не выявлено первичных признаков заболевания, значит, далее граждане КНР могут отправляться в режим двухнедельный самоизоляции. Если человек здоров, он две недели посидит дома, с сохранением всех пансионеров на работе и спокойно выйдет на работу. Это простые действия и простые эффективные шаги, которые возможно осуществить за весьма короткий промежуток времени.

Опираясь на международную практику разности реакций азиатских стран, отметим следующее: Вьетнам и Таиланд отреагировали крайне оперативно. Во-первых, были прекращены мероприятия в сфере туризма; во-вторых, закрыто сообщение с Китаем. Так или иначе, именно транспортные средства и пути сообщения имеют способность масштабировать любые опасности, центростремительно увеличивая потенциал угрозы до глобальных размеров. Прекращение транспортного сообщения со страной, поражённой эпидемией, нивелирует масштабирование.

Следующий аспект, на котором обязательно надлежит акцентировать внимание — это люди, непосредственно те, кто образует интеллектуальный потенциал страны. Что логично, достаточно недальновидно с позиции развития страны ослаблять собственные возможности и заблаговременно делать себя слабыми в потенциально возможной ситуации глобальной угрозы. По факту, отсутствие учёных, исследователей и экс-

пертов в сфере вирусологии и эпидемиологии, отсутствие или нежелание финансировать разработки в этой области — это действительно недальновидно и крайне опасно. Равно как и опасна губительными последствиями политика, которая приводит к отсутствию медицинских учреждений, специализирующихся на задачах вирусологии; отсутствию научных институтов, чья деятельность направлена на изучение инфекционных заболеваний. Нецелесообразно не разрабатывать сценарии действий в чрезвычайной ситуации, в частности, не разрабатывать специальных средств, технического оборудования и оснащения и пр., что, несомненно, обеспечило бы эффективную работу в условиях, при которых необходимо ликвидировать последствия внезапно возникшей и/или разрастающейся эпидемии. Отсутствие таких мероприятий, равно как и отсутствие подготовленных экспертов и научного кадрового потенциала по определению делают государства слабыми по отношению к такому типу глобальных угроз.

Соответственно, тактическая рекомендация такова: не нужно допускать ослаблений или им попустительствовать. В большей массе страны ЕС самостоятельно привели себя к этому ослабленному состоянию. И момент такового коллапса в науке известен: это момент прекращения научных разработок в области вирусологии и эпидемиологии. Во многих странах Европы сегодня, по факту, более 20 лет не существует в профессиональном классификаторе такой специальности как «вирусолог» или «эпидемиолог». Стоит на уровне правительства страны ликвидировать эту отрасль в науке, что повлечёт отсутствие кадров, методологий, рабочих процедур, системы оперативного реагирования и прочего. Соответственно, сегодня совершенно естественным выглядит исход, при котором в момент фактического возникновения глобальной угрозы на деле никто не знает, как работать в условиях эпидемии. Печально констатировать, но ныне в большей массе ни европейские государства, ни члены правительств, ни люди-обыватели — законопослушные граждане — не знают даже, как себя вести в условиях эпидемии.

Более того, несложно прогнозировать, что показав тотальную мощь некоей эффективности (выразимся так условно) эпидемии и в дальнейшем станут основными видами глобальных угроз. **Эпидемии — это приоритетные глобальные угрозы.** И неважно, как они станут возникать впредь — или как фатальное стечение обстоятельств, некий несчастный случай, или как явный маркетинговый инструмент в руках недобросовестных частных спецслужб, или каким-то иным способом, важно иное: этим глобальным рычагом и впоследствии будут пользоваться (и исключать таких вариантов нельзя). В таком случае, факт угрозы будет незримо присутствовать, сам тип угрозы будет совершенствоваться, например, будут разрабатываться новые способы масштабирования угроз. Именно поэтому так важно иметь контроль над потенциальными событиями такого порядка как эпидемия в государстве; заранее организовать и снабдить



... ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМО ЗАРАНЕЕ ОРГАНИЗОВАТЬ СПЕЦИАЛЬНУЮ СЛУЖБУ, КОТОРАЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ КОНТРОЛЬ И «В ДНИ МИРА», РАБОТАЯ С ТЕКУЩИМИ ЗАДАЧАМИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ И ВЫЯВЛЕНИЯ ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ УГРОЗ НА РАННЕЙ СТАДИИ.



необходимым санитарно-эпидемиологическую службу, которая обязана специализированно осуществлять деятельность по устранению самой угрозы и её последствий. Как известно, эпидемии бывают разными, вирусы модифицируются, в том числе, искусственно. Понимая этот принцип, жизненно необходимо заранее организовать специальную службу, которая осуществляет контроль и «в дни мира», работая с текущими задачами прогнозирования и выявления потенциальных угроз на ранней стадии. Без активной деятельности службы эпидемиологического контроля возможно узнать об эпидемии только на том этапе, когда она уже достигнет видимых масштабов (когда заболеет большая группа лиц).

Более того, не менее важна задача обеспечения кадрового потенциала заранее: и медперсонал, обученный экспертами и знатоками науки справляться с подобными задачами, и профессионалы-вирусологи, которые способны придумывать лечение, и эпидемиологи, которые постоянно сталкиваются с неизвестными проблемами, то есть, основная характеристика их деятельности — разработка клинических методов лечения. Такие эксперты должны с нуля уметь придумывать и разрабатывать методы лечения, столкнувшись на малой модели с неизвестной угрозой (потенциальной эпидемией). По факту обнаружения данной угрозы эксперты должны быть способны оперативно её исследовать и выработать клиническое решение. Безусловно, навыки подобного порядка не приобретаются за несколько недель или даже месяцев; обычно счёт такого рода подготовки исчисляется годами, прежде чем действительно грамотный, компетентный и достойно подготовленный специалист.

Любая пандемия имеет достаточно серьёзный психологический фактор. Безусловно, тем, кто никогда прежде не сталкивался и не имел дело с глобальными угрозами и чрезвычайными ситуациями, становится страшно. Это естественная психологическая реакция. Соответственно, неподготовленным врачам, без практики, тоже становится страшно. А при условии возрастающего страха, тревоги и опасений эффективно выполнять врачебный долг не представляется эффективным, а порой и возможным. Понимая этот принцип, такого рода исход также важно разрешать заранее, не позволяя страхам становиться препятствием на пути спасения людей. **При подготовке медицинского персонала и высшего экспертного состава отдельное внимание надлежит уделять специальной психологической подготовке.** Более того, врачи и работники этой сферы должны получать высокие финансовые компенсации с одной стороны, будучи действительными специалистами на службе государства.

Второе: эти люди должны быть морально и идеологически подкованными, они должны знать, почему они делают своё дело, почему их деятельность важна, уважаема и почитаема. Их философия должна быть направлена на борьбу со злом в виде глобальных угроз, которые не под силу людям неподготовленными и несведущим. **Неизвестный вирус — это очень опасно для жизни и здоровья каждого человека, в том числе, и врачей.** И государство, и общество должно быть благодарны этим людям, благодарны за то, что живут спокойно; государство и члены общества должно всячески уважать профессию эпидемиолога и вирусолога.

Что можно констатировать относительно нынешних мер, предпринятых по отношению к европейскому обществу: сегодня эти меры не дают никаких результатов, поскольку способов лечения нет, а жёсткий карантин — это не способ лечения и исцеления от коронавируса. Это превентивная мера, эффективная на первом этапе противостояния масштабированию, но не комплекс медицинских и организационных действий, останавливающих сам вирус. Более того, граждане Европы не имеют элементарного представления о том, что на самом деле происходит. **Начиная от того, что маски и респираторы предназначены не для здоровых людей, а для больных, в качестве некоего барьера, затрудняющего распространение мокроты и вовне;** что врач масками пользуется только в том случае, когда приближается к пациенту с целью проведения медицинской манипуляции, после завершения которой маску

ЖЁСТКИЙ КАРАНТИН – ЭТО НЕ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ И ИСЦЕЛЕНИЯ ОТ КОРОНОВИРУСА



ЧЕЛОВЕК ДОЛЖЕН ЗАРАНЕЕ ОТЧЁТЛИВО ПОНИМАТЬ, ЧТО ЕМУ НАДЛЕЖИТ ДЕЙСТВОВАТЬ В УСЛОВИЯХ НАВИСШЕЙ УГРОЗЫ, В ПРОТИВНОМ СЛУЧАЕ, ОН НЕ БУДЕТ ГОТОВ НИ ПРОФЕССИОНАЛЬНО, НИ МОРАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИ.



надлежит снять. Маска, фильтруя воздух, аккумулирует все болезнетворные микробы и вирусы и никуда их не удаляет (это нужно учитывать при длительности использования); так, вместо спасительной функции маска становится источником заразы.

С неврачебной позиции отметим, что длительное нахождение дома только усугубляет картину пандемии с психологической точки зрения. Череда жёстких мер толкают человека к выводам такого порядка, как: «власти не ограничены в своих мерах запретов», «никаких законов не существует», «нарушаются мои права — права человека» и так далее. С точки зрения работы в условиях опасности возникновения эпидемии чрезвычайно важно разрабатывать соответствующие законодательные акты. В конституции каждого государства должен появиться раздел, в котором будет указано следующее: порядок действия населения государства, граждан государства, правительства, президента в условиях глобальных угроз. В высших законодательных актах и документах должно быть чётко написано, что если некоторые права человека и ограничиваются, то на весьма короткий срок, не более 30 дней и в единственном случае: при условии ЧС. Государство обязано не допускать подобного рода явления; не справляться с чрезвычайными ситуациями, а именно не допускать. И если государство допустило подобного рода явления, значит, и вина лежит на правительстве, президенте, парламенте и прочих исполнительных органах власти.

Безусловно, частично ограничивать права людей возможно только на очень короткий промежуток времени, не более, чем на месяц. Месяца должно быть достаточно, чтобы справиться с любой пандемией в 21 веке (человечество сегодня не живёт первобытнообщинном строе, науке известно достаточно технологий и способов, как нивелировать эпидемии и их последствия).

Также мы вынуждены сегодня констатировать масштабную неспособность вырабатывать тактику борьбы с эпидемией, с одной стороны, и неспособность руководить мероприятиями с целью устранения эпидемии, с другой стороны. Соответственно, речь идёт о двух параметрах:

- А) необходима тактика;
- В) необходимы руководители, которые обладают фактическими навыками внедрения этой тактики посредством организации людей.

Что немаловажно: ключевая роль отводится руководству. Первое, что необходимо — это всё-таки повышать квалификацию непосредственно менеджеров, объясняя им, как руководить людьми в сложных ситуациях. Эксперты-руководители должны проходить соответствующие учения и занятия ещё до того, как возникнет опасность или потенция эпидемии. Акцентируем: занятий мало, нужны именно практические учения, в том числе, с привлечением полиции, национальной гвардии и так далее. Человек должен заранее отчётливо понимать, что ему надлежит действовать в условиях нависшей угрозы, в противном случае, он не будет готов ни профессионально, ни морально-психологически.

В тот исторический момент времени начальной вспышки вирусного заболевания в Италии, ничего бы не произошло при условии остановки транспортного сообщения с Итальянской республикой. Не нашлось эксперта и уполномоченного лица, который бы действовал согласно ориентировочной парадигмы: «Изолируйте этот регион от всех, не позволяйте ни одному человеку ни выехать, ни заехать в опасный регион. Затем всех самых лучших врачей направьте туда, чтобы они оперативно вылечили пострадавших людей. Все силы и средства направьте на исцеление и сохранение здоровья наших граждан». При озвученном подходе Италию не захлестнула бы эпидемия, масштабированная впоследствии в прочие страны ЕС.

Как достоверно известно, итальянские границы функционировали в обычном режиме и в момент, когда премьер-министр Италии заявил, что он закрыл границу Италии. Несмотря на заявления, на практике оно реализовано не было. Особый режим пересечения границы с Италией должен был быть введен немедленно. На деле же произошло следующее: остановили транспорт на 4 часа, потом, вероятно, решили, что «с экономической позиции это несколько накладно», после чего транспортное сообщение снова возобновили. Только когда в Италии люди стали умирать тысячами в день, эта европейская держава изолировалась от всех самостоятельно.

В данном ключе крайне важно учитывать так называемый **непрогнозируемый психологический фактор**. Речь идёт о поведении людей в экстремальных ситуациях — сегодня в науке, к сожалению, по достоинству этот вопрос никто не изучает (нет такой Школы Психологии). Равно как и не было обращено должного внимания на ментальную составляющую в условиях необходимости формирования прогноза. Итальянцы, в итоге, волнами начали рассеиваться по всей Европе, чем прямо и способствовали распространению заразы в ещё здоровых странах ЕС. Безусловно, это требовалось не допустить и остановить на раннем этапе, что не является простой задачей. Остановить итальянцев было непросто даже в момент их изоляции на севере страны: в результате такого решения начались бунты в колониях, последовали улич-



ные демонстрации, протесты, разбои и грабежи. В итоге из изолированных областей Италии при тотальном бездействии правительства (и отсутствия реакции премьер-министра) инфицированные двинулись на юг и, заразив практически всё пространство Италии.

С гипотетической точки зрения, если бы глава правительства в момент неповиновения применил бы силу (в рамках полномочий, не преступая их), чрезвычайной ситуации не возникло бы, а многих последствий можно было избежать. Однако силу нужно было бы применить именно в самом начале (в момент выявления первых трёх заражённых областей, в которых вспышка вируса произошла практически одновременно), не запоздавшим эшелонам, когда вирус распространился по всему северу республики. В момент осознания факта, что вирус распространяется по экспоненте, геометрическими темпами, и следовало бы вводить карабинеров, национальную гвардию и изолировать этот участок от всей Италии, и чтобы ни не говорили в ответ, не позволять никому покидать изолированную территорию в рамках закона.

Итальянцы допустили краугольную ошибку, которая стоила жизни огромному числу людей. Не имея никакой тактической модели борьбы с вирусом, они просто шли на поводу своего менталитета, отчего и дали возможность заразить коронавирусом всю территорию Италии. И в силу того, что итальянцы иммигрировали в количестве 60000 человек, в том числе, за пределы Евросоюза (!) и масштабировали вирус вовне, заражена сегодня не только Италия, но и многие мировые державы — Франция, Испания, США и пр.

Первое, как уже отмечалось, что важно исключить — это масштабирование. Локализовать регион, не позволить его покидать, и впоследствии лечить людей, создавая им все условия для наискорейшего выздоровления. При таком концентрированном подходе, пострадавшие выздоровели бы достаточно быстрее, а число смертей было бы сведено к минимуму. Все средства и силы ЕС можно было бы направить в этот изолированный регион, дабы только сохранить жизнь и здоровье людей. Впрочем, когда заболевание приняло ужасающие масштабы в Италии, на тот момент ни врачей, ни медикаментов, ни достаточного медицинского оборудования не оказалось. Бесспорно, лечить 200 человек и 80000 — это разные масштабы. И то внимание, которое квалифицированные врачи могли бы оказать 200 людям, невозможно оказать в той же мере, когда пациентов становится 80000.

Чем больше масштабируется вирус, тем меньше возможностей управляемых эффективных действий остаётся у системы здравоохранения. Этот вывод надлежало вменить мерами на практике в момент, когда заболели люди в Ломбардии и Венето. Однако, даже не возникло предположений о возможной эпидемии. И что произошло далее — сценарий известен.

На данном этапе с целью комплексного пояснения и описания картины происходящего и развития сценария эпидемии,

а также понимания причин наблюдаемого тактического бездействия и неспособности ему противостоять, обратимся к следующей логической модели. Если представить отсеки атомной подводной лодки (что и есть логическая модель), зададимся вопросом: что происходит по факту возгорания чего-либо в отсеке АПЛ? По команде «аварийная тревога» задраиваются все люки, сообщение между отсеками прекращается. Почему так? Дело в том, что в противном случае погибнет весь экипаж подводной лодки. С другой стороны те, кто остались в горящем отсеке, приступают в борьбе за живучесть лодки. И это известная тактика, отработанная десятилетиями. Безусловно, люди-подводники — это эксперты, профессионалы, прошедшие специальную подготовку и не единожды. У экипажа АПЛ учения по живучести проходят практически каждый день. Именно в силу таковой организации членам экипажа известно, что делать в этой ситуации. Граждане Евросоюза — не подводники, это люди неподготовленные, не располагающие знаниями и умениями относительно того, что предпринимать и как вести себя, какую модель поведения реализовывать в чрезвычайной ситуации. Соответственно, надлежит содействовать населению, обучая и демонстрируя, каким эффективным способом бороться и справляться с ситуацией такого порядка.

Сегодня на фоне происходящих событий совершенно логична картина, объясняющая, по какой причине, например, в высокоразвитой Европе не хватает аппаратов ИВЛ (для вентиляции лёгких). Если бы на старте изолировали Ломбардию и Венето, и направили бы со всей страны аппараты на борьбу с болезнью, их бы, безусловно, хватило на всех. Не произошло бы тиражирования вируса в Европе, европейская экономика не потерпела бы никаких убытков, не опасалась бы краха, люди не сидели бы сейчас по домам и не опасались за собственное благополучие пред неизвестным тревожным будущим. Любые деньги и средства при оперативном подходе, где меры известны заранее, оправдывают здоровье и психологическое спокойствие граждан ЕС. Однако сегодня потери многократно выше тех, которые можно было и предвидеть, и не допустить.

С прикладной точки зрения, чтобы разрабатывать тактику, прежде требуется тактическая модель. Появлению данной модели предшествует объективное понимание картины происходящего, что возможно на базе валидной логической модели. Далее на основании итогового представления, возможна разработка тактической модели.

Как уже упоминалось, **мы можем использовать в качестве логической модели модель подводной лодки**. С целью прогнозирова-





ния событий и разработки линии мер и действий в условиях опасности, обратимся к модели отсека.

Немаловажный психологический аспект заключается в том, что сегодня многие руководители буквально сетуют на то, что «им население не подчиняется», впрочем, в происходящем нет ничего удивительного. Граждане просто не понимают, что происходит. Действие «заключение дома на карантине» — это, по факту, бездействие. Люди бездействовать в критической ситуации не хотят, им страшно. Не участвовать, не помогать, не вкладывать какие-то свои усилия в устранение кризисной ситуации людям страшно. Однако, и за пределами моря, на суше, есть некие «капитаны» (условно так назовём этого персонажа-управленца), которым люди привыкли подчиняться. Именно подчиняться по причине того, что эти персонажи-управленцы бесспорно важнее, авторитетнее и эффективнее, чем правительство, которое они видят только по телевизору.

И эти эффективные управленцы для обыкновенных граждан — это их работодатели. И задействовать в борьбе с надвигающейся эпидемией, для ликвидации подобного рода явлений, необходимо было именно бизнесменов-работодатели. Эти люди способны руководить, способны придумывать инновационные подходы и находить решения в условиях неопределённости при нехватке времени. **Если бы европейским бизнесменам создали условия, выделили денежные средства и дали некоторые полномочия, они прекрасно бы справились с ликвидацией любого заболевания.** Если бы к европейским бизнесменам обратились условно так: «Пожалуйста,

вот есть регион, в нём 4 района, на территории которых 20 предприятий. Будьте добры, поделите 4 района на сектора и обеспечьте такое положение, при котором никто не нуждался бы ни в чем. Для этого также выделяем государственные деньги, отчитываться за их распределение не надо, просто сделайте дело!» При таком подходе подавляющее большинство бизнесменов приняло бы на себя руководство, они самостоятельно бы решили множественные вопросы — от обеспечения условий изоляции без бунтов и протестов, до достаточного обеспечения аппаратов для вентиляции лёгких. И маски бы закупили в достаточном количестве, и обеспечили бы пенсионеров (дедов, бабушек) едой и всем необходимым, и даже карантин не был бы жёстким, потому как люди уважают порядок и эффективный подход.

Делегирование полномочий в этой сложной ситуации бизнесу — к сожалению, ни одному представителю европейского правительства, по-видимому, таковой идеи не пришло. И как выяснилось впоследствии некая формация «правительство» такого авторитетного влияния на своих граждан не имеет. Правительство не общается с гражданами, с гражданами общается бизнес. Если бы бизнесу выделили денежные средства, попросили бы их возложить на себя эти обязанности добровольно, сказали бы:



«Помогите, государство в опасности, ваши предприятия в опасности... всем только хуже будет, если граждане не будут ходить на работу, если возникнет жёсткий карантин. Экономика рухнет, ваше же предприятия окажутся на грани банкротства! Поэтому просим, помогите государству в трудный момент времени. Возьмите на себя обязанность руководства», уверен, подавляющее большинство бизнесменов согласилось бы. В частности, в интересах бизнес-кругов — не допустить коллапса экономики и разрешить кризисную ситуацию как можно скорее. Более того, что логично: бизнесмены умеют руководить — с возложенной задачей они бы справились.



Акцентируем ещё раз причину, по которой данная идея рассматривается именно на данном этапе. Итак, чтобы выработать тактическую схему, надлежит понимать, кто способен руководить в этой ситуации. Дело в том, что на практике этим людям придётся руководить огромным количеством людей, в условиях невмешательства государства в реализационно-ликвидационную систему менеджмента. Более того, бизнесмены — люди, не желающие подчиняться правительству, поскольку они привыкли подчиняться законам. Соответственно, создание законодательных актов и разрешений напрямую поспособствует деятельности бизнесменов в рамках ликвидации эпидемии и её последствий.

БИЗНЕСМЕНЫ — ЛЮДИ, НЕ ЖЕЛАЮЩИЕ ПОДЧИНЯТЬСЯ ПРАВИТЕЛЬСТВУ, ПОСКОЛЬКУ ОНИ ПРИВЫКЛИ ПОДЧИНЯТЬСЯ ЗАКОНАМ. СООТВЕТСТВЕННО, СОЗДАНИЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫХ АКТОВ И РАЗРЕШЕНИЙ НАПРЯМУЮ ПОСПОСОБСТВУЕТ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ БИЗНЕСМЕНОВ В РАМКАХ ЛИКВИДАЦИИ ЭПИДЕМИИ И ЕЁ ПОСЛЕДСТВИЙ.





Обыватели — законопослушные граждане стран ЕС — не привыкли, чтобы правительство ими командовало, нарушая права и свободы, пересекая законы и нормы, заставляя сидеть дома или выполнять жесткий карантин. Они воспринимают это как нарушение их прав. С другой стороны, психологически важно понимать, что те же самые люди могут работать сверхурочно на заводах и на предприятиях и не воспринимать подобную практику как нарушение прав. В чём же различие? Дело в том, что в последнем случае работники заинтересованы в результате, а в первом они считают, что проблема — в государстве и правительстве, в его несостоятельности и некомпетентности. В таких условиях понятны причины актов гражданского неповиновения и протестов, поскольку люди не желают подчиняться таковому неэффективному правительству. Чем дольше люди сидят взаперти, тем более накаляется революционная ситуация в государстве. В частности, когда у людей начнут заканчиваться деньги и сбережения, они в этот момент времени поймут: если заболеть коронавирусом, то можно заболеть и выздороветь. А если даже и не заболеет, но умереть от голода, при таком исходе ситуацию не поправить, а значит, из двух зол выбирается меньшее.

Следуем далее. **В любой тактической схеме, прежде всего, требуется учитывать менталитет территории, на которой она будет реализована.** Если нужно руководить большими массами людей, эффективнее опираться на тех людей, которые ними и так руководят сегодня — что и бизнес.

Обратимся также к некоторым урокам истории. Вероятно, когда задействовали преступную организацию «мафия» во Второй мировой войне, чтобы победить фашизм, тактики не посчитали таковой шаг аморальным. В частности, американская разведка задействовала мафию для организации высадки войск на Сицилию. Памятуя эти исторические прецеденты, что же на этот раз помешало задействовать этих авторитетных людей, чтобы спасти Италию? Если в стране крах, почему не пригласили к себе «уважаемых преступных авторитетов», которые контролируют многое на юге Италии, почему не развязали им руки для борьбы с коронавирусом, не дали им карт-бланш?

Вполне возможно было приостановить противостояние, поскольку стоит вопрос сохранения целостности государства, а не обострения внутренних перипетий. Парадигма «Помогите спасти Италию, спасти заболевших и сделать так, чтобы ни один человек не погиб зря!» Приверженцы южноитальянской криминальной субкультуры не просили бы денег — они бы сами организовали все спец-средства и медицинское оборудование и справились бы достаточно быстро. Однако тем самым, они продемонстрировали бы римской, миланской или какой-то иной власти, что те в организационном плане ни на что не способны. Всё же, современной итальянской власти полезно пересмотреть собственные взгляды и убеждения, пересмотреть свою политику.

И дело, безусловно, не в дележе власти, поскольку в условиях эпидемии важна не статусная власть, а эффективные решения и их внедрение. По факту, должен командовать специальный комитет, состоящий из учёных, вирусологов, эпидемиологов, лучших менеджеров и консультантов (не правительства в текущей его формации).

Эффективен и следующий подход: если законодательно на уровне Конституции предусмотреть невозможность правительству руководить в условиях эпидемии, возможно всех текущих менеджеров отстранить от власти на время эпидемии. Высшие полномочия вменить специальному комитету, который обязан разрешать задачи на время эпидемии. А затем, по факту нивелирования эпидемии и глобальной угрозы, благополучно передать власть обратно.

Допустим, стоит задача выработать эффективную тактическую схему и ряд решений по мере её реализации. Для этого нужен самый авторитетный человек, главный специалист в этом области вирусологии. Допустим, это некий врач «Х»; ему требуется партнёр «У», например, человек военный, специалист в области применения бактериологического оружия. Вот две главных фигуры, ключевые руководители. Первую скрипку играют врачи, вторые — военные. Далее надлежит сформировать специальную группу экспертов, членов совета, и бизнесменов, способных руководить и отдавать распоряжения — самых авторитетных людей, которых послушает народ в этих условиях.

Далее, допустим, президент объявляет чрезвычайное положение в государстве, и вперед выступает комитет управления. Правительство страны не складывает с себя все полномочия, только некоторые, в части борьбы с эпидемией, по-прежнему уделяя внимание урегулированию внешней и внутренней политики. А комитет, не подчиняясь президенту, становится автономным в плане реализации тактических мероприятий, только касающихся эпидемии и нивелирования её последствий. Дело в том, что при условии отсутствия некоего централизованного штаба борьбы с эпидемией очень сложно координировать деятельность такого огромного пространства как государство. Требуется непосредственно штаб, в котором организованы информационная, научная, тактическая и коммуни-

... ПО ФАКТУ, ДОЛЖЕН КОМАНДОВАТЬ СПЕЦИАЛЬНЫЙ КОМИТЕТ, СОСТОЯЩИЙ ИЗ УЧЁНЫХ, ВИРУСОЛОГОВ, ЭПИДЕМИОЛОГОВ, ЛУЧШИХ МЕНЕДЖЕРОВ И КОНСУЛЬТАНТОВ ...





кационная системы, которые должны максимально взаимодействовать с населением в условиях эпидемии.

Однако этого не произошло, и ситуация продолжает усугубляться. С позиции рассмотрения логической модели в резолютивном анализе отметим следующее. Правительства стран ЕС своим тактическим бездействием превратили отсек атомной подводной лодки, в котором произошло возгорание, в горящий самолет, изолированный на высоте 10.000 м над землёй. По факту, логическую модель АПЛ ретрансформировали в логическую модель горящего самолёта. Естественно, что в момент возгорания самолета в воздушном пространстве его обязательно надлежит тушить (ещё лучше одновременно совершать аварийную посадку, поскольку продолжительно гореть самолёт не может. Теперь перенесём данную логическую цепочку на события в ЕС и получим следующее: главы правительств ЕС «не устраняют возгорание самолёта», но пребывают в бездейственном ожидании. Более того, налицо и тот факт, что им просто неизвестно, как произвести аварийную посадку самолёта. Данная логическая модель демонстрирует и действия стран Евросоюза, и США, и последствия этого бездействия.

Подводя итоги выше изложенного, резюмируем следующее: тактическая схема, направленная на борьбу с эпидемией, должна выглядеть следующим образом.

- 1. Пресечь масштабирование.** Этим шагом сценарий эпидемии может и ограничиться. Однако же, если пропущен первый этап и эпидемия всё же набрала разгон, то надлежит идти к шагу № 2.
- 2. Изолировать площади эпидемии.** Организовать штаб по ликвидации заболевания и последствия заболевания. Разработать методы клинического воздействия немедленно. Разработать меры обеспечивающие выполнение плана штаба. Ликвидировать эпидемию.

3. Если эпидемия достигла масштабов государства, **сформировать комитет по ликвидации эпидемии и последствий эпидемии**. Разбить страну на сектора, в каждом секторе организовать штаб комитета по координации действий и контролю. Наделить штаб полномочиями и финансированием.
4. **Штабу задействовать руководителей бизнесов регионов**. Наделить их финансированием и полномочиями по руководству ликвидацией последствий эпидемии и самой эпидемии в вверенных им секторах.

**ЛУЧШЕ СМОТРЕТЬ
В ЛИЦО ФАКТАМ,
ЧЕМ ПОРАЖЕНИЯМ.**



Таким образом рекомендуется действовать до окончания последних мер, ликвидирующих эпидемию, после чего ликвидировать последствия эпидемии. Далее необходимо будет собрать конгресс, пригласив тех экспертов и профессионалов, которые участвовали в ликвидации эпидемии на местах с целью проведения разбора событий и происшествий, выявления и анализа предпринятых действий на предмет эффективности. Безусловно, крайне полезно и актуально подвести на конгрессе или симпозиуме такого порядка итог борьбы с эпидемией. Затем завершить мероприятий в рамках чрезвычайной ситуации и перейти к реалиям гражданской жизни.

Обобщённый опыт борьбы с эпидемией должен документироваться, например, в виде научных меморандумов, и поступать централизованно в Научно-исследовательский комитет, объединяющий экспертов в области эпидемиологии. Непосредственно таким образом выглядит предлагаемая системная тактика борьбы с эпидемией, в том числе, учитывающая требования демократического общества современности. При условии соблюдения шагов, разработанных с целью борьбы с эпидемией как разновидностью чрезвычайной ситуации, рассмотренная схема обладает качественными характеристиками, как-то: она срабатывает достаточно оперативно, ставя скоростные режимы под управление; предусматривает необходимость и возможность прогнозирования событий и не дозволению масштабирования угрозы; позволяет организовывать уже подготовленных и способных действовать и руководить в условиях неопределённости людей. Более того, предложенная тактическая схема учитывает психологическую, социокультурную и менталитетную составляющую, которые, как показывает практика, выступают самыми непростыми факторами в плане управления в ходе внедрения мер по борьбе с угрозой в чрезвычайной ситуации.

И в завершении: бесспорное достоинство описанной тактической схемы позволяет на ранних этапах нивелировать как саму глобальную угрозу, так и её последствия, предусматривая обязательную научную разработку специальных методологических систем и прогностических подходов, направленных на недопущение развитие сценариев под грифом «пандемия».

Автор: доктор *Олег Мальцев*

ИЛЬЯ ИЛЬИЧ МЕЧНИКОВ

*научная деятельность в Одессе и причины
отъезда за границу*



Пожалуй, одной из самых замечательных работ о таких корифеях современной научной медицины, как И. И. Мечников, И. М. Сеченов и другие, являются мемуары историка, краеведа, внучатого племянника одного из

основателей Одессы и просто знаменитого одессита Александра Михайловича де Рибаса, которые были опубликованы им в 1913 году в книге «Старая Одесса. Исторические очерки и воспоминания», и которые мы исключительно в просветительских целях и в полном объеме решили опубликовать в нашем вест-



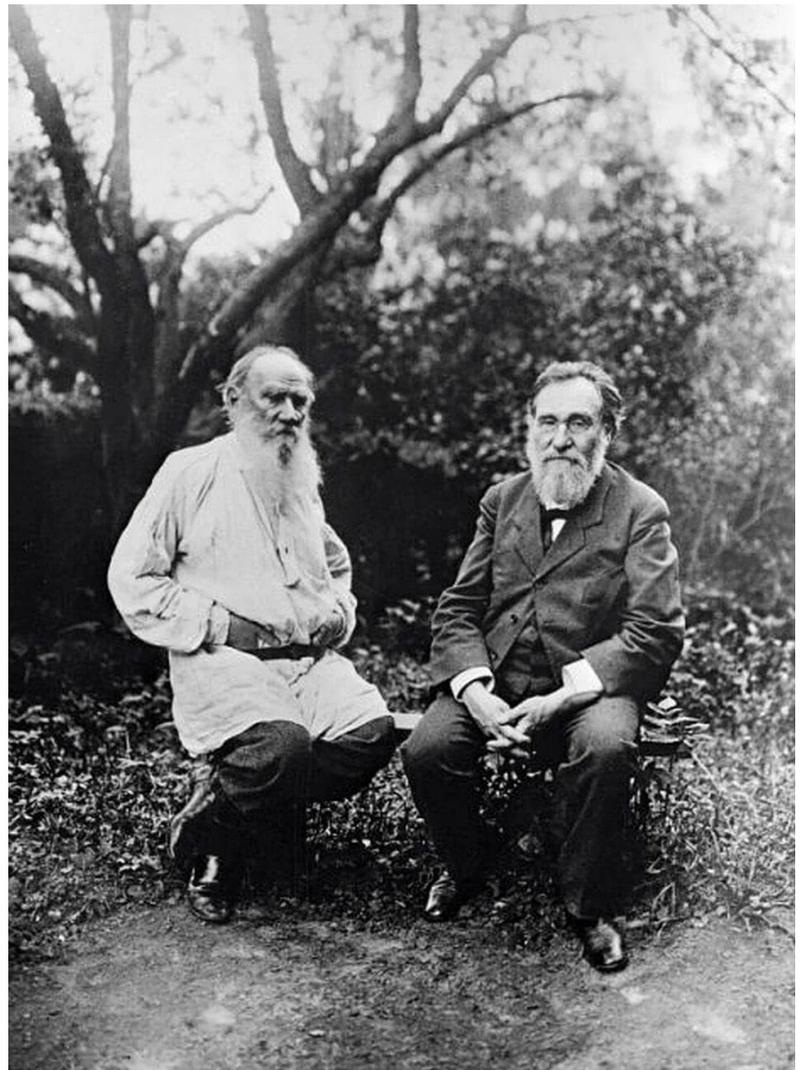
нике. Нельзя не отметить тот особый трепет, с которым автор вспоминает золотое время науки в Одессе, и одесский колорит этого повествования, что также составляет ему большую ценность. Вообще эта книга открывает множество интереснейших исторических фактов об Одессе, но ввиду тематики нашего вестника мы ограничимся вопросом истории медицины. В своих воспоминаниях А.М. де Рибас рассказывает, в частности, о светилах одесской научной медицины XIX века, профессорах И. И. Мечникове (с географией его научной деятельности), И. М. Сеченове, Г. Н. Минхе, О. О. Мочутковском и других ученых, внесших выдающийся вклад в научную медицину — как одесскую, так и европейскую, и вообще мировую, — и написавших золотые страницы ее истории.



«Итакъ, нашъ дорогой Илья Ильичъ, гордость Одессы, профессоръ-естественникъ Новороссійскаго университета, а ныне научное светило Европы — Илья Ильичъ Мечниковъ, завернувшій изъ Стокгольма въ Россію, чтобы повидаться съ роднымъ себе по генію Л. Н. Толстымъ сообщить ему секретъ прожить еще сто летъ — Илья Ильичъ отсюда изъ Ясной Поляны едетъ по железной дороге прямо въ Испанію, а потомъ въ Кембриджъ и оттуда назадъ къ себе... въ Парижъ!»

— А Одесса? И какъ же мы? Неужели почтенный профессоръ насъ минуетъ? Но, ведь, это не только будетъ обидно для насъ, но и неудобно для самого Ильи Ильича. Ведь, отсюда въ Испанію по морю — прямо изъ Одессы до Барцелоны — гораздо пріят-

нее ехать, нежели в жару по сухому пути. Да, кстати, между Одессою и Барцеллоною И. И. могъ бы остановиться въ Неаполе, чтобы посетить те места, где онъ съ женою проводилъ долгіе счастливые месяцы въ совместномъ изученіи подводнаго міра животныхъ. Право, И.И., заезжайте къ намъ въ Одессу! Вы ея не узнаете, но найдете въ ней много людей, которые еще помнятъ о васъ и дорожатъ и гордятся вами. Вы заезжайте къ намъ, какъ къ себе, въ тотъ городъ, где вы провели двадцать лучшихъ летъ вашей жизни. Лучшихъ летъ? Да, конечно, потому что здесь, въ Одессе, зародились ваши лучшія научныя мысли, потому что вы тогда были молоды и не нуждались въ секрете долгой жизни и потому, что здесь, въ Одессе, были ваши лучшіе друзья Сеченовъ, Минхъ, Леонтовичъ, Орбинскій, Яхненко, Мочутковскій и другіе.



И.И. Мечников с Л.Н. Толстым на даче

И поверьте, Одесса васъ встретитъ какъ своего, съ великою радостью и искреннею теплою. Слишкомъ живы еще въ ней воспоминанія о той золотой поре расцвета естественныхъ наукъ в Россіи, лучшимъ соцветіемъ котораго былъ нашъ Новороссійскій университетъ и лучшимъ его украшеніемъ были вы.

Илья Ильичъ перевелся къ намъ изъ Петербурга въ конце 60-хъ годовъ и отдалъ намъ 20 слишкомъ летъ научной и общественной деятельности. Онъ покинулъ Одессу въ 1889 году, оставивъ постъ заведующаго городскою бактериологической станціей, которую самъ же создалъ. Мечниковъ былъ всегда крайне свободолюбивымъ и въ следствіе этого немножко непоседливымъ. Онъ постоянно переезжалъ съ места на место, ища лучшихъ условій для своей научной деятельности и даже, будучи профессоромъ Новороссійскаго университета, онъ подолгу отлучался изъ Одессы въ научныя командировки въ Италію, Германію, Францію. Такъ какъ онъ везде былъ желаннымъ гостемъ и везде ему предоставлялись наибольшія удобства для его работы, то неудивительно, что Илья Ильичъ, разочаровавшись въ Одессе, легко нашелъ въ Париже (въ институте Пастера) пріютъ для своего живого, рабочаго генія.

Но было время, когда Мечниковъ горячо любилъ Одессу и верилъ въ нее. Онъ предпочелъ профессуру въ Одессе многимъ сделаннымъ ему блестящимъ предложеніямъ въ Петербурге и тотчасъ по переезде къ намъ, освоившись со светлымъ духомъ, царившимъ тогда въ нашемъ университете, сталъ звать сюда на работу и своихъ ученыхъ друзей. По предложенію Мечникова былъ приглашенъ въ Новороссійскій университетъ въ 1876 году его ближайшій другъ, знаменитый физиологъ Иванъ Михайловичъ Сеченовъ. Сеченовъ состоялъ тогда, въ званіи доктора медицины, преподавателемъ въ медико-хирургической академіи; но тамъ не было простора для его смелыхъ работъ по физиологіи, и когда Мечниковъ сообщилъ ему, что здесь, въ Одессе, онъ будетъ имѣть полную свободу для пропагандированія своихъ научныхъ мыслей, то онъ съ радостью принялъ сделанное ему предложеніе. Насколько Сеченовъ былъ тогда увлекающимся и молодымъ и какого чуднаго мненія были тогда ученые о нашемъ университете, можно судить по письму Сеченова къ профессору Леонтовичу (въ 1870 году), въ которомъ онъ выражалъ согласіе перейти въ Новороссійскій университетъ на какой угодно окладъ и въ какомъ угодно званіи, такъ какъ «единственнымъ мотивомъ, продиктовавшимъ ему высказанное решеніе, было желаніе сохранить дорогую для него

Императорскій Новороссійскій университет





Иван Михайлович Сеченов
(1829-1905)

возможность служить делу развитія русской молодежи».

Предоставляю людямъ, более компетентнымъ, нежели я, сопоставить эти золотыя слова, смыслу которыхъ Сеченовъ никогда не изменилъ, съ темъ, какъ думаютъ и поступаютъ многіе наши современные ученые. Могу засвидетельствовать лишь, что въ былые годы въ Одессе доминирующей нотой въ работахъ почти всехъ профессоровъ всехъ факультетовъ звучала любовь къ науке и энтузіазмъ. Мечниковъ и Сеченовъ, въ частности, являли живой примеръ безкорыстія и самоотверженія. Вы читали, конечно, о томъ, сделанномъ Мечниковымъ въ Петербуре сенсационномъ сообщеніи, что онъ прививалъ себе, а также профессору Минху и доктору Мочутковскому брюшной тифъ, чтобы проследить на себе за ходомъ его развитія. Но вы не знали, можетъ быть, что этотъ удивительный опытъ былъ произведенъ въ Одессе и что его

иниціатива принадлежала удивительному человеку, доктору Минху, бывшему въ 70-х годах прозекторомъ нашей городской больницы. Этого доктора Минха, впоследствии прославившагося многими работами по вопросу о заразныхъ болезняхъ, не надо было, какъ говорится, хлебомъ кормить — подавай лишь ему сибирскую язву, тифъ, проказу или какую-нибудь еще худшую болячку и онъ съ какимъ-то особеннымъ наслажденіемъ возился во внутренностяхъ зараженнаго трупа, съ энтузіазмомъ передавая друзьямъ о сделанныхъ имъ открытіяхъ. — Кстати сказать, когда Мечниковъ читалъ въ Петербурге свой знаменитый докладъ о тифе, въ которомъ сообщилъ, что Европа выпиываетъ русскихъ клоповъ, чтобы изучить на нихъ причину продолжающихся въ Россіи эпидемій тифа, онъ, вероятно, вспомнилъ, что его другъ Григорій Николаевичъ Минхъ еще въ 1877 году издалъ въ Одессе брошюру на ту-же тему подъ названіемъ: «О высокомъ

Профессора и студенты
Императорского Новорос-
сийского университета.
В числе профессоров И.М.
Сеченов, И.И. Мечников,
А.А. Вериго. (1873 г.)



вероятіи переноса возвратнаго и сыпного тифа посредствомъ насекомыхъ».

— Такъ какъ же вы, дорогой Илья Ильичъ, не заглянете къ намъ въ Одессу по пути въ Испанію, къ намъ, где когда-то вамъ было такъ хорошо среди такихъ-же самоотверженныхъ, какъ и вы, труженниковъ науки? — А помните-ли вы тотъ избытокъ силъ и знаній, которымъ вы и ваши товарищи были полны и для котораго не было достаточно простора въ стенахъ нашего университета, тотъ избытокъ, ради котораго вы решили выйти за пределы вашихъ кафедръ, чтобы отдавать свою науку не однимъ лишь студентамъ университета, но и остальной одесской молодежи, жаждавшей вашего живого слова?

По мысли Сеченова и Мечникова, былъ прочитанъ въ Одессе въ середине 70-х годовъ кругъ публичныхъ лекцій по различнымъ отраслямъ естественныхъ наукъ, особенность которыхъ заключалась въ томъ, что профессора-лекторы читали неподготовленной молодежи не элементарныя основы своихъ предметовъ, а, въ популярной форме, последніе выводы своихъ наукъ. Молодежь была тогда понятлива и быстро осваивалась съ трудными по теме, но легкими по ясности изложенія лекціями. Впрочемъ, читались эти публичныя лекціи тогда съ какимъ-то особеннымъ увлеченіемъ, какъ

будто профессора сознавали, что ихъ знанія принадлежали не имъ, а составляли общее, народное, достояніе.

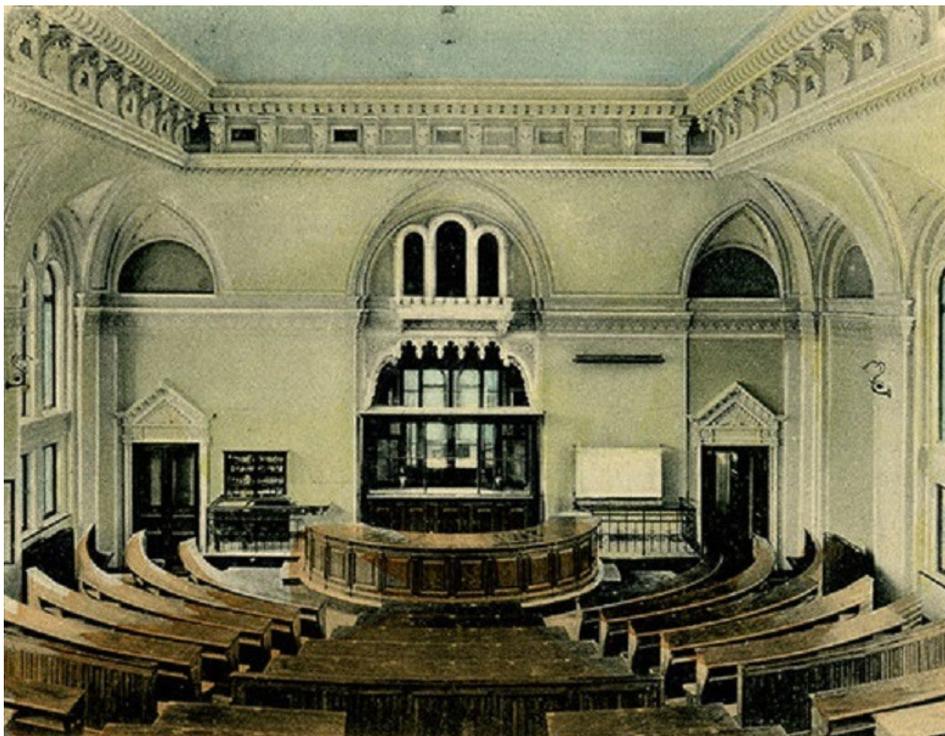
Я не могу забыть аудиторіи (въ зданіи университета, что на Преображенской) въ дни этихъ лекцій, когда не имевшая дипломовъ многочисленная одесская молодежь взбиралась съ какимъ-то священнымъ ужасомъ на высокія скамьи амфитеатра и когда этой молодежи не верилось, что вотъ сейчасъ профессоръ взойдетъ на кафедру ради нея, чтобы поделиться съ нею, непосвященной, тайнами своего знанія. Какъ хороши, какъ интересны, какъ увлекательны были эти лекціи! Сеченовъ съ его новыми мыслями о рефлексахъ человеческого мозга, смотревшій на распространеніе фізіологическихъ данныхъ, какъ на общественное дело, ровный, точный, убежденный; Мечниковъ, не бывший еще тогда такимъ растрепаннымъ, какъ изображаютъ его теперь, но уже съ длинными волосами и въ очкахъ, съ порывистыми движеніями, читавшій объ эмбриологии (какимъ новымъ и страннымъ звучало тогда это слово!) и творившій свою науку здесь же на лекціи, самъ восхищаясь своимъ открытіямъ. Головкинскій — профессоръ геологии — съ его мечтами о будущности нашего земного шара. Астрономъ Блокъ, рисовавшій меломъ по черной доске карту звезднаго неба, читавшій красиво и поэтично. Вериго, профессоръ химіи, спокойный, настойчивый, врагъ фальсификаціи не только въ продуктахъ жизни, но въ спо-

собахъ изложенія своихъ лекцій. Шведовъ, профессоръ физики, красивый, ровный, мало увлекавшій аудиторію, потому, что мало въ нее верилъ. И Вальцъ, суевливый, неряшливый, безалаберный, страстный обожатель своего предмета — ботаники, неустанный лекторъ где хотите и очень часто при пустыхъ аудиторіяхъ, почти всегда въ состояніи невменяемости, алкоголикъ, мученикъ. Онъ говорилъ сильно въ ночь, мало понятно, но чувствовалось, что онъ глубоко любилъ природу, и было обидно, что его старанія увлечь слушателей и приобщить ихъ къ своему культу оставались тщетными.

Большую, неизгладимую из памяти одеситовъ, услугу оказалъ намъ Мечниковъ этими лекціями — не столько фактомъ устройства этихъ лекцій, которыя, будемъ надеяться, могутъ быть когда-нибудь возобновлены у насъ съ новымъ составомъ профессоровъ, сколько той жизненностью и любовью, которыя онъ самъ вдохнулъ въ нихъ своимъ примеромъ и которыя воскресить будетъ не такъ-то легко. Эту жизненность, неисчерпаемую, какъ эманациі радія, Илья Ильичъ продолжаетъ сохранять и расточать и теперь еще, где-бы онъ ни работалъ.

Въ Одессе, вокругъ Мечникова и Сеченова, было много людей, зараженныхъ ихъ научною энергіею, и даже такихъ людей, которые

никакого непосредственнаго касательства къ науке не имели. Однимъ изъ ихъ близкихъ друзей былъ известный общественный деятель Семень Степановичъ Яхненко. Бывшій городской голова, потомъ членъ управы при реформированной думе, Яхненко отличался крупнымъ, яснымъ умомъ и неутомимою энергіею. Онъ верилъ въ силу русскаго генія и хотелъ, чтобы одесское городское хозяйство велось собственными силами и средствами, не прибегая ни къ чужимъ людямъ, ни къ чужимъ деньгамъ. Эти мечтанія его не сбылись, какъ и многіе другіе его личные планы. Но онъ находилъ утешеніе въ научныхъ успехахъ своихъ друзей, успехахъ, которымъ онъ и самъ содействовалъ по-сильно. — Иванъ Михайловичъ Сеченовъ увлекался тогда своими опытами надъ нервной системою лягушекъ. Ему нужны были многія сотни этихъ лягушекъ, и вотъ Семень Степановичъ взялся доставлять ихъ Сеченову изъ своего имени близъ Тирасполя — Косоговки. Любопытно было встречаться съ Яхненко въ поезде, когда онъ, спеша въ Одессу, въ управу, безъ галстука, который онъ, по обыкновенію, забылъ надеть, тщательно берегъ огромную корзину, изъ всехъ щелей которой выглядывали испуганныя очи невольныхъ жертвъ науки. Случалось и такъ, что, воспользовавшись разговоромъ Яхненко



Химическая аудитория в Новороссийском университете

съ попутчикомъ о городскомъ хозяйстве, его лягушки расплзались изъ корзины въ разныя стороны и производили переполохъ въ вагоне своими беспорядочными прыжками подъ ноги публики или подъ юбки дамъ. Все принимались за ловлю беглецовъ при общемъ хохоте... По пути въ управу Яхненко завозилъ Сеченову техъ несчастныхъ, которыя не успели возвратиться въ свое родное болото...

— ... Неужели, дорогой Илья Ильичъ, все эти воспоминанія не тронутъ васъ и не побудятъ заглянуть къ намъ хоть не на долго? Конечно, многіе ваши одесскіе друзья уже умерли, Одесса стала совсемъ другою, вы многого не найдете здесь изъ того, что вы сами здесь создали — ну, хотя бы оставленныхъ вами здесь традицій, неизвестно, где затерявшихся; но все-же Одесса еще на своемъ месте, въ ней есть скрытыя культурныя силы, есть старожилы, и она вся, въ общемъ, такая-же ваша теперь, какою была и раньше. И если вы, продолжая свою экспериментальную деятельность на благо человечества, будете нуждаться, такъ же какъ Сеченовъ, въ экземплярахъ для viviseкціи, то помните, что вы найдете ихъ у насъ въ изобиліи, въ особенности изъ класса земноводныхъ и пресмыкающихся. — Яхненко уже умеръ, Косоговка давно уже принадлежитъ кому-то другому, но лягушекъ въ ней есть и теперь, сколько вамъ будетъ угодно».



Разумеется, у человека выдающегося ума и способностей, уже в 19 лет делавшего доклады о результатах своей исследовательской работы на общегерманском съезде врачей и на-

туралистов в Гиссене и далее продолжавшего свой непростой, но успешный научный путь, не могло не быть завистников и недругов — таковы издержки успеха, пожалуй, в любой деятельности, не только научной. К слову, был даже случай, когда Мечников, работая в Гиссене в лаборатории известного зоолога Лейкарта, в отсутствие последнего сделал самостоятельное открытие о свободно живущем раздельнополом потомстве гермафродитных паразитических нематод. Впоследствии Мечников обнаружил, что об этом его открытии о нематодах Лейкарт опубликовал статью с примечанием, что в работе помогал кандидат Мечников. Однако позже Мечников в своей статье в журнале Дюбуа-Реймона ра-



Илья Ильич Мечников в студенческие годы

зоблачил Лейкарта. Так, после этого неприятного случая, в 1865 году Мечников уехал в Неаполь. В этой истории нет, наверное, ничего особенного, просто поражает сам факт посягательства со стороны почтенного, именитого и знаменитого зоолога на результаты исследований молодого, начинающего ученого, жившего тогда впроголодь в доме рыбака...

Что уж говорить о Российской империи, где Мечников нашел как множество соратников, так и, по-видимому, еще больше противников. К величайшему нашему сожалению, Одесса не стала исключением, а скорее оказалась последним пристанищем в этой стране для его величайшего гения. Но писал ли когда-то об этом сам Илья Ильич? Конечно же, писал. Причины отъезда за границу — вопрос, на который Илья Ильич ответил давным-давно в одной из своих **автобиографических статей под названием «Рассказ о том, как и почему я поселился за границей»**, собранных А. Е. Гайсиновичем и изданных в особом сборнике «Страницы воспоминаний» в 1946 году. И вот фрагменты этого рассказа Ильи Ильича:



«Однажды, осенью 1879 г., когда я собирался урвать на Средиземное море, с тем, чтобы заняться исследованием вопроса о генеалогии низших животных, ко мне явилась студенческая депутация с просьбой не уезжать за границу. Мне было поставлено на вид при помощи прозрачных намеков, что в России готовятся важные политические события, которые потребуют присутствия всех передовых сил страны. В своем ответе я сказал, что считаю мою чисто научную деятельность слишком высокой для того, чтобы пожертвовать ею для чего бы то ни было, и уехал в Неаполь.

Но с каждым днем положение в России и особенно в университете становилась все более и более тяжелым. Политика со всей своей силой ворвалась в учебные заведения, и занятие наукой в них делалось все более и более затруднительным.

Одесский университет с самого своего основания отличался особенным изобилием неприятных дразг. Как учреждение тогда еще новое, он не сливался с городом. Про-

фессора, в большинстве выходцы из других университетов, были в Одессе новичками и не участвовали за крайними редкими исключениями ни в городском управлении, ни в банковых и тому подобных предприятиях. К тому же в Одессе не было других высших учебных учреждений, в которых университетские профессора могли бы занимать места. Ввиду всего этого деятельность их сосредоточивалась исключительно в университете. Все свободное от чтения лекций время профессора проводили в «лектории», где главным образом перетирались косточки товарищей, созидались, укреплялись и разрушались «партии». Выборы новых профессоров и должностных лиц (деканов, секретарей и пр.) составляли наиболее частую тему разговоров. Личные симпатии и антипатии играли очень важную роль при этом. [...] Научная оценка кандидатов большей частью подчинялась личным чувствам. Политика в более тесном смысле долгое время оставалась в стороне. [...] Только в самом конце 70-х годов между молодыми профессорами появились редчайшие представители более крайних направлений, т. е. социалисты настоящие, или катедер-социалисты.

Что касается меня, то я оставался все время моего пребывания в Одесском университете беспартийным и на выборах подавал свой голос за кандидата, имеющего наибольший научный ценз. [...]

Моя беспартийность порицалась моими товарищами, которые уверяли, что общественная деятельность немислима при таких условиях, но я не отступал от своего правила, цена науку очень высоко, а политику, наоборот, очень низко. Видя, однако же, что это мнение почти никем, кроме меня, не разделяется и что политика сверху и снизу начала заполнять университет, я все более и более стал уходить в свою лабораторию.

При таких-то условиях грянул гром. Последствия 1 марта 1881 г. чрезвычайно приотстрили все университетские отношения, и политический характер последних выступил с особенной яркостью. Хотя по закону действовал еще устав 1863 г., но в воздухе уже носился будущий устав 1884 г. Это выражалось в том, что очень многие постановления совета кассировались выс-

шей властью, видящей во всем вопреки действительности, крамолу. [...] Положение профессоров, не имевших ничего общего с противоположительственными направлениями, но не видящих никакой надобности в этих преследованиях, сделалось буквально невыносимым. Лица, как автор этих строк, преданные исключительно науке и ненавидящие всякую политику, почувствовали себя в крайне тяжелом положении и стали тем более подумывать о выходе из него, что оно начало оказывать несомненное влияние на здоровье, особенно на нервную систему. Посещение советских заседаний сделалось настоящей пыткой при виде того, что там творилось. Кандидаты на кафедру, научный ценз которых был ниже всякой политики, делались профессорами и выставляли свое невежество с невероятным цинизмом. Лица, возмущенные этим, стали подумывать о выходе в отставку. Но как осуществить это намерение? Почти все профессора в Одессе были люди без средств, и некоторые при том обремененные семьей. Выход в отставку при таких условиях мог повлечь за собой еще худшие последствия. Положение мое было лучше в том отношении, что жена моя имела небольшие средства, а детей у нас не было никогда. Пользуясь этими преимуществами, я написал прошение об отставке и держал его в кармане на всякий случай.

Такой случай не заставил себя долго ждать. За все время моего пребывания в университетах в качестве студента и преподавателя все ненормальное в жизни их исходило почти всегда из юридического факультета. Я уже упоминал выше, что студенческие сходки всегда устраивались юристами. Впоследствии большинство препирательств в Одесском университете также начиналось среди профессоров юридического факультета.

В то время, когда реакция косила без разбора, осенью 1881 г., декан юридического факультета, пересматривая кандидатские диссертации студентов, кончивших курс весной того же года, нашел в числе их одну, своевременно одобренную факультетом и посвященную разбору деятельности политико-эконома Родбертуса фон Ягцова. Автором диссертации был утвержденный

кандидатом Герценштейн, впоследствии депутат первой Государственной Думы, столь трагически и преждевременно погибший. Найдя, что в диссертации этой проводятся социалистические тенденции, декан предложил юридическому факультету постановить решение, чтобы на будущее время подобные диссертации бывали систематически отклоняемы. Постановление это вызвало целую бурю, в результате которой мое прошение об отставке, до того лежавшее в моем кармане, очутилось в руках ректора.

Студенты, а также многие профессора усмотрели в поступке декана прием с целью выставить профессора, одобрившего диссертацию, «неблагонамеренным» в политическом отношении. При господствовавшей в то время реакции предложение декана и последовавшее за ним постановление факультета могло повлечь за собой очень тяжелые последствия.

Несмотря на подавленность всего левого, а особенно крайне левого, студенты-юристы заволновались. Они устроили враждебную демонстрацию своему декану, повлекшую за собой строгое осуждение нескольких из них. Университетский суд в своей поспешности наказал, между прочим, студента, который, по убеждению его товарищей, не участвовал в демонстрации. Из-за этого возникла новая, еще более крупная история, сильно взволновавшая весь университет и его высшее начальство.

Попечитель Одесского округа, опасаясь, чтобы университетские беспорядки не произвели в правительственных сферах особенно неблагоприятного впечатления, решил принять чрезвычайные меры для успокоения студентов. С этой целью он пригласил меня вместе с одним профессором историко-филологического факультета и предложил нам убедить студентов прекратить сходки и демонстрации и приняться спокойно за продолжение прерванных занятий. Мы оба согласились воздействовать, но, находя, что источником зла был совершенно некорректный поступок декана юридического факультета, мы поставили условием, чтобы после окончательного успокоения студентов попечитель предложил декану сложить с себя эту должность, оставаясь

профессором. Попечитель дал нам слово выполнить эту программу.

Заручившись таким обещанием, нам легко было уговорить студентов возобновить мирные занятия, так что жизнь университета вошла вскоре в свою нормальную колею. Попечитель, однако же, не исполнил данного им слова, ссылаясь на то, что он — лицо подначальное, чиновник, зависящий от министра и лишенный возможности действовать самостоятельно.

После этого мне не оставалось ничего иного, как уйти из университета. После всего, бывшего раньше, измена попечителя переполнила чашу. Так как средства мои не позволяли жить самостоятельно, то я еще несколько месяцев раньше заручился обещанием моего близкого друга, председателя Полтавской земской управы, выхлопотать мне место земского энтомолога. В те времена насекомые производили значительные опустошения на юге России, и мне пришлось заняться вопросом о мерах против этой беды. Полтавская земская управа выбрала меня на должность местного энтомолога, и я готовился приступить к ней, когда совершилось неожиданное семейное событие, изменившее этот план. Жена моя получила наследство, доходы с которого могли обеспечить наше существование. Мы начали с того, что поехали на Средиземное море, куда я давно стремился с целью продолжения своих научных работ. Таким образом я не сделался полтавским энтомологом.

Мое пребывание в Мессине [...] имело последствием то, что из зоолога я должен был превратиться в патолога и бактериолога. Вернувшись в Россию, я снова поселился в Одессе, где устроил маленькую лабораторию на своей квартире. Таким образом шло дело около двух лет, но так как занятия бактериологией требовали больших средств, то мною вместе с двумя моими бывшими учениками было задумано устроить в Одессе бактериологическую лабораторию для открытых в то время Пастером прививок против бешенства, сибирской язвы и пр.

Одесское городское управление и Херсонская земская управа дали необходимые денежные средства для осуществления задуманного плана. Покинув государственную службу, я таким образом попал в услужение городу и земству. Поглощенный научной работой, практическую часть, т. е. прививки и приготовление вакцин, я передал моим молодым товарищам. Казалось бы, дело должно было пойти успешно. Вновь возникшее бактериологическое учреждение с жаром принялось за работу, но против него начали оказывать противодействие. Местные представители врачебной власти стали производить нашествия с тем, чтобы усмотреть какое-нибудь нарушение правил. В Медицинском обществе устраивали настоящую травлю против всякой работы, выходящей из новой лаборатории. Инстанции дававшие средства требовали практических результатов. Работы же



ОДЕССА.—ODESSA. № 104.
Бактеріологическая станція.—La station bactériologique.

Профессором Мечниковым была организована первая в Российской империи и вторая в мире бактериологическая станция, где он собрал молодых сотрудников, впоследствии выдающихся бактериологов, среди которых были: Н.Ф. Гамалея, П.Н. Дятлов, Л.А. Тарасевич. (ул. Пастера, 2)

Сотрудники лаборатории И.И. Мечникова в Пастеровском институте в 1889-1890 гг., среди которых В.А. Хавкин, К.Э. Вагнер, Г.Н. Габричевский, И.И. Мечников.



для достижения последних встречали постоянные препятствия. Для истребления сусликов, вредящих посевам злаков на юге России, нами было предложено испытать действие бактерий так называемой куриной холеры. С этой целью в лаборатории начали производить опыты, но в один прекрасный день мною было получено предписание одесского градоначальника, чтобы немедленно прекратить их. Мера эта была принята по воздействию местных врачей, которые под влиянием фельетона одной петербургской газеты, написанного очень бойко автором, не имевшим понятия о бактериологии, уверили градоначальника, что бактерии куриной холеры могут превратиться в заразное начало азиатской холеры.

Генерал-губернатор, к которому я должен был обратиться, отменил постановление градоначальника, но тем не менее вся эта перипетия не осталась без влияния на деятельность лаборатории. К тому же — и это оказалось особенно важным впоследствии — среди немногочисленных деятелей ее обнаружился глубокий раскол. Лица, взявшие в свои руки прикладную деятельность, перестали работать согласно, я же, погруженный в научную работу, не мог их заменить, и это тем более, что, не имея диплома на звание врача, я не имел права делать прививок людям. Очувтившись в таком положении, я увидел ясно, что мне, теоретику, лучше всего удалиться,

предоставив лабораторию в руки практиков, которые, приняв на себя ответственность, смогут лучше выполнить свою роль. Но так как я страстно хотел продолжать свои научные работы, то мне нужно было во что бы то ни стало найти убежище, в котором бы я мог спокойно предаться своим занятиям. В России в то время, кроме одесской, не было другой бактериологической лаборатории. Принц А. А. Ольденбургский задумал основать в Петербурге большой бактериологический институт. Но проученный одесским опытом и зная, как трудна борьба с противодействиями, возникающими без всякой разумной причины со всех сторон, я предпочел поехать за границу и найти себе там тихий приют для научной работы. Сначала я посетил несколько немецких лабораторий, но тотчас же убедился в том, что условия там для меня совершенно неподходящие. Оттуда я поехал в Париж, где в то время (в 1887 г.) строился Пастеровский институт. Увидя, что там готовится большое здание с многочисленными лабораториями, но что в то же время наличный персонал очень невелик, я спросил Пастера, согласился ли бы он предоставить мне одну или две комнаты в новом институте, в которых я мог бы свободно работать в качестве частного лица. Пастер и его сотрудники отнеслись к этому предложению очень сочувственно, и ко дню открытия института (2 (14) ноя-

бря 1888 г.) мне было предоставлено очень хорошее помещение и предложено звание «заведующего отделением» (chef de service). Вскоре у меня появились ученики, вследствие чего мне было отведено целое большое отделение института; я был привлечен к чтению лекций, и вот в течение двадцати и одного года я продолжаю занятия, о которых я мечтал всю жизнь. В Париже, таким образом, могла осуществиться цель научной работы вне всякой политической или какой-либо иной общественной деятельности. В России же препятствия, исходящие и сверху, и снизу, и сбоку, сделали подобную мечту невыполнимой. Можно было бы подумать, что для России еще не настало время, когда наука может оказаться полезной. Я с этим несогласен. Я думаю, напротив, что и в России научная работа необходима, и от всей души желаю, чтобы в будущем условия для нее сложились более благоприятно, чем в те времена, о которых я повествовал в предыдущих строках».



ЛИТЕРАТУРА

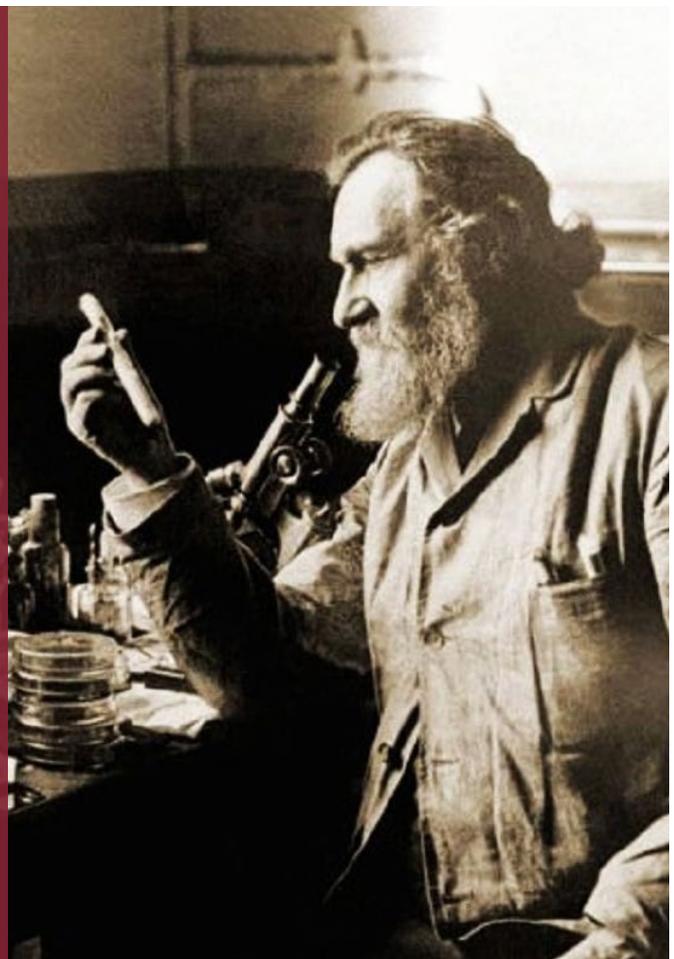
1. Де-Рибас А. М. Старая Одесса. Исторические очерки и воспоминания. — Одесса, 1913.
2. Карлик Л. Н. Выдающиеся деятели русской медицины // Мечников. — М., 1946.
3. Мечников И. И. Страницы воспоминаний. Сборник автобиографических статей. / Составитель А. Е. Гайсинович. — 1946.

Автор: *Елена Эрмани*

СПРАВКА

Илья Ильич Мечников (1845–1916) был избран иностранным членом (Foreign member) Королевского Общества (Royal Society) в 1895 г., членом (membre associé) Парижской Академии медицины в 1900 г., почетным академиком Петербургской Академии Наук в 1902 г., Военно-медицинской академии 1908 г. и членом Шведского медицинского общества (Societas Medicorum Suecana) в 1900 г. Кроме того, Мечников был почетным членом Венской (1911), Нью-Йоркской (1912), Ирландской (1912), Румынской (1911), Парижской (1904) и Бельгийской (1905) Академий наук и множества других институтов, университетов и обществ.

(Из сборника автобиографических статей «Страницы воспоминаний»).



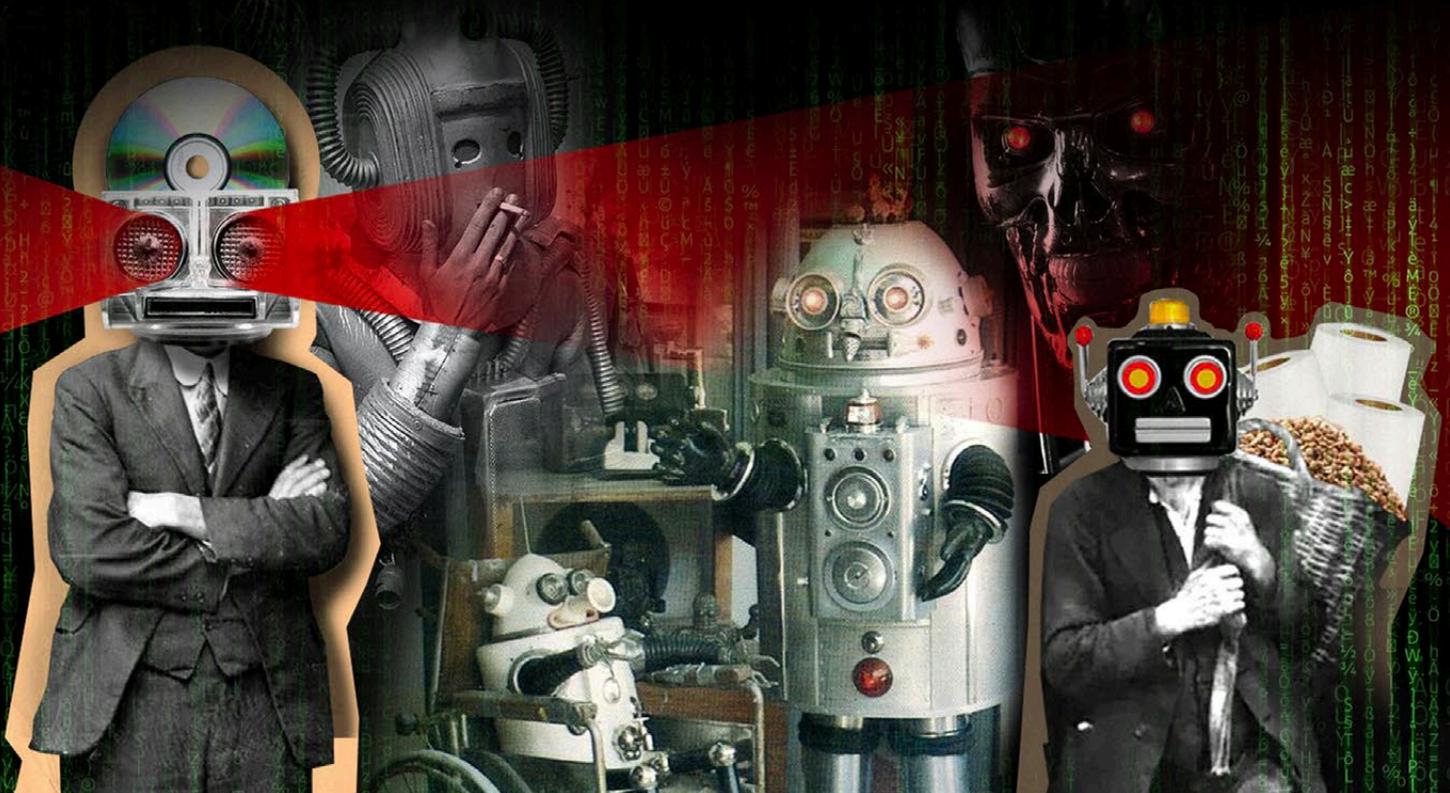
ВЫЗОВЫ ПОСТ-КОВИДНОЙ ЭПОХИ: ОБ ИННОВАЦИЯХ, НОВЫХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ РЕШЕНИЯХ И ПОДХОДАХ



Социетальный дистресс, кризис биоэтики, плагифобия и другие последствия COVIDa: классификация и решение

Эксперты всего мира сходятся в прогнозе, что психологические последствия пандемии мы будем преодолевать еще не одно десятилетие. Американская психологическая ассоциация особое внимание уделяет тренировке своих коучей для борьбы с тревожными расстройствами, обсессивно-компульсивными расстройствами, посттравматическим стрессовым расстройством и другими симптомами, включая даже просто «нарушение настроения». Предлагаются такие методы, например, как бодипозитив и уделение повышенного внимания своим потребностям — пресловутая «любовь к себе». Данная статья предлагает альтернативное описание проблемы, классификацию ее аспектов и четкие способы решения проблемы от действительно члена Европейской академии наук Украины Сагайдака Александра Николаевича.

Как явление общественное, как состояние массового сознания, ковид — это всерьез и надолго. Любая по-настоящему серьезная психологическая проблема — это в основе своей проблема философская. А любая философская проблема, которая претендует на какое-то действенное разрешение, на то, чтобы определенным образом трансформировать реальность, обязательно работает через систему психологического знания.



АСПЕКТОВ ПРОБЛЕМЫ ВЫДЕЛЯЕТСЯ ШЕСТЬ:

1 **Коронавирус как проблема социетального уровня.** «Социетальный» означает глобальный, общемировой — термин из социологии: есть малые, средние, большие социальные группы, а «социетальный» — это то, что касается динамики континентов и всего человечества.

В настоящее время мы переживаем социетальный дистресс. Стресс в самом общем виде — это состояние перегрузки. Но, согласно основоположнику теории стресса Гансу Селье, само по себе состояние стресса не дисфункция, а наоборот, состояние повышенной динамичности. Но когда стресс длится слишком долго или же пути его преодоления не являются конструктивными, перегрузка приводит к истощению баланса и у человека наступают диссоциации.

С лета прошлого года коронавирус превратился в дистресс. В Украине, впрочем, научились преодолевать и не то чтобы восстанавливать прежнюю жизнь — это уже невозможно, — но формировать новую, функциональную и созидательную. Однако не все настолько преуспели: в Испании, например, когда правительство собралось разрешить снимать маски, население этому воспротивилось! А ведь еще год назад их меры критиковались как одни из самых суровых, доходило до того, что людей,двигающихся в противоположных направлениях, обязали ходить по разным сторонам улицы: они не должны были пересекаться.

На уровне массового сознания постепенно наступает психологическое, а затем и невротическое истощение, усиливается психологическая неустойчивость и вместе с ней апатия, ожидающие настроения, повышается внушаемость. «Когда же кто-нибудь придет и все это закончит?» А оказывается, заканчивать и не надо! Это проявление стокгольмского синдрома: люди сроднились с этим страхом, депривацией, санитарной регуляцией и не считают нужным выходить из этой добровольной «тюрьмы», которая как бы защищает их от злого, недоброго окружающего мира.

2 **Кризис биоэтики.** Потребление и биоэтика — это господствующая система ценностей для большинства жителей европеоидной цивилизации. Главная ценность, которая постулируется и даже превозносится на юридическом уровне, это физическое здоровье человека. Причем согласно классификации ВОЗ здоровье — это состояние максимального физического, психологического и социального благополучия человека, действующее в комплексе. Номинально биоэтика признает это определение здоровья, но фактически речь идет только о физическом. Все остальные виды являются как бы его «прислужниками». Социальное, психологическое и можно добавить сюда интеллектуальное здоровье — игнорируются.

В медицине номинально должен доминировать такой подход, как психосоматика: приоритет психического над соматическим.



PhD A. H. Saraydak

КРИЗИС БИОЭТИКИ: ФИЗИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ПРЕВРАТИЛОСЬ В ИДОЛА, КОТОРОМУ ПОКЛОНЯЮТСЯ И ПРИНОСЯТ ТРИЛЛИОННЫЕ ЖЕРТВЫ, НЕ ТОЛЬКО ДЕНЬГАМИ.

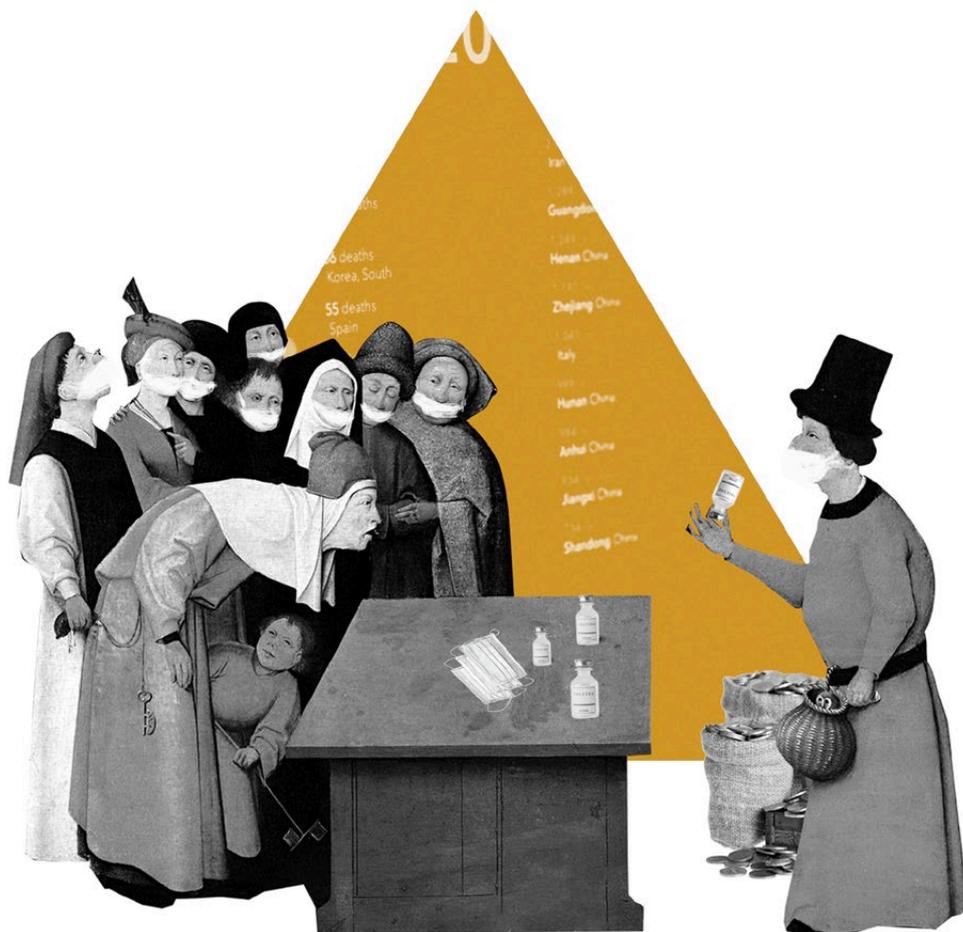


А согласно биоэтике реализуется концепция соматопсихики, когда телесное доминирует над психическим.

И вот в чем кризис биоэтики: физическое здоровье превратилось в идола, которому поклоняются и приносят триллионные жертвы, не только деньгами. Это идол, на котором строится политика большинства западных государств. И вот этот идол оказался фетишем (это португальское слово, которое означает «фальшивый, искусственный»). Сколько ресурсов привычно уходило на то, чтобы физическое здоровье среднестатистического западного обывателя было безупречным! Но именно его и не смогли защитить. Западное сообщество оказалось не в силах защищать те ценности, которые само же и провозгласило.

Следствием кризиса биоэтики стало явление, которое находится на грани психологии и малой психиатрии: **социетальная плаглофобия**. Это невротическое расстройство, выражающееся в паническом навязчивом, неадекватном, иррациональном страхе чумы. А в широком смысле — вообще всякого эпидемического заболевания. До конца 19 века она была постоянным спутником городов и сел, но с изобретением антибиотиков канула в лету.

Следствием фобии является избегание, а также всегда это формирование obsессий. Избегание — это форма поведения, которая серьезно влияет на состояние жизненного простран-



ства человека, на структуру его отношений, на систему его жизненных целей. То есть, избегающий человек — это уже человек дезадаптированный. Соответственно, если знать, чего он избегает, открывается поле для манипуляции. Бизнеса на масках, например. Там, где действуют иррациональные факторы, там всегда возникают ритуализации, и великолепный ритуал ношения маски тому подтверждение.

4 Информационная дезориентация. В ситуации коронавируса информационное общество показалось со своих самых печальных и ущербных сторон. Неистовые прения, противоречия относительно причин, сути и лечения коронавируса, все эти гигабайты информации обрушиваются на несчастного обывателя, который отчаянно ищет генеральную линию партии. Сейчас эта вакханалия несколько поутихла: наступила уже психологическая усталость от недоверия. От кого ждать правду? Ее ждали от медиа — объявите: правда вот такова! Должен был быть издан некий Манифест о коронавирусе. В Китае, по крайней мере, была единая четкая информационная политика. А в Европе и США мы наблюдаем balkанизацию информационного пространства. Сколько абсурдно противоречащих друг другу мнений, высказываемых серьезными медицинскими специалистами: маски помогают или не помогают, вирус на поверхностях держится не держится...

«Инфа» — не главный, но очень важный фактор, второй после индустриального в нашей цивилизации. И от него зависит очень многое. Если в информационном пространстве наступает кризис, то это весьма ощутимо и для всех остальных сфер. До сих пор еще ведутся дискуссии о том, коронавирус ли вызвал экономический кризис или, наоборот, он разразился по не связанным с эпидемией причинам, и чтобы его замаскировать, была раскручена идея с коронавирусом.

5 Дезориентация на уровне коммуникации привела к проблеме страха бедности и социального хаоса. В разных странах, конечно, это проявляется по-разному. В Украине страх бедности оказался сильнее страха эпидемии, и потому люди вопреки всем угрозам Минздрава, всем безумным проклятиям в адрес ковид-диссидентов еще с прошлого года начали зарабатывать деньги. А вот на Западе, в США коронавируса боятся больше. Впрочем, люди там получают социальное пособие в большем размере, чем минимальная зарплата — куда спешить? Социальное иждивенчество приняло ужасающие размеры.

Что касается хаоса, то вспомним, что анархия — мать диктатуры: как пример, возьмем Латинскую Америку, где диктатура и анархия сменяли друг друга циклами. Облик личности, которая является плюс-минус прототипом революционных личностей грядущего, можно представить на лидера босний-



ОТСУТСТВИЕ РЕЗУЛЬТАТА — ТОЖЕ РЕЗУЛЬТАТ



ских сербов, «убийцы с глазами ребенка», полевого командира Желько Ражнатовича. У такого типа людей главный идеал совсем не тот, что у революционеров прошлого (честь), а — власть, причем архаичная, тираническая.

6 Говоря о завершающем аспекте проблемы, мы должны обратиться к терминологии, разработанной профессором Поршневым: **древний механизм интердикции**. Его исследования палеопсихологических детерминант человеческой цивилизации привели его к выводу о том, что главным стимулом палеолитической революции, в результате которой и начало происходить развитие человечества и случился фундаментальный скачок в развитии технологии и начало появляться земледельчество, животноводство, социальная структура общества и так далее, стала борьба между двумя расами: неандертальцами и кроманьонцами (как называл их Поршневы, палеоантропами и неоантропами). Главным оружием неандертальцев в борьбе с кроманьонцами была интердикция — специфические механизмы суггестии (внушения), погружающие жертву в психологический ступор.

В логике есть понятие «катахреза»: соединение в одном высказывании логически несоединимых понятий. Интердикция — это катахреза человеческой психики: **несовместимые тенденции психики активизируются одновременно, сталкиваются и застывают**. Это ступор, но ступор динамический, как клинч в боксе. В качестве психологического примера можем привести фразу «отсутствие результата — тоже результат».

Как выглядит интердикция в картине мира современного человека? Первый посыл: «главное — это потребление». Второй посыл: «потребление запрещено». Закрытые магазины и границы — это же ни что иное как запрет на потребление! В итоге прежняя идеология потребления сохраняется, она даже взвинчивается, приобретая уже какие-то ритуальные формы, а фатическое потребление — запрещается. Как следствие, происходит ступор массового сознания, апатия, которая охватывает миллионы людей.

Поршневы взял термин «интердикция» из практики римской церкви, это был один из самых серьезных способов воздействия на людей: запрет на проведение богослужений в 14 веке. На это столетие прихлась чудовищная пандемия чумы, Столетняя война, но Барбара Такман пишет, что самое сильное влияние на сознание людей оказала битва пап и антипап, когда и те, и другие налагали интердикты на целые области. Духовная жизнь общества, важная для средневекового человека, была остановлена, нельзя было крестить, исповедоваться и т.д., иначе тут же следовала анафема — для того, кто был воспитан в искреннем послушании власти священников, это было серьезно дезориентирующим ударом. Физическая смерть была повседневностью людей средневековья. Деспотизм, глумление власть придержащих, постоянные войны — ко всему можно



было адаптироваться, если дух был крепок. У каждого сословия была своя модель чести, и страшнейшим наказанием было подвергнуться инфамии. А в результате борьбы пап и антипап ей подвергались целые сообщества, начиная от королей и заканчивая крестьянами. Паралич воли охватывал целые сообщества. Так 14 век стал концом средневековья.

Что мы наблюдаем сегодня? То же самое! Не вопиющая ли это абсурдность, не откровенное ли лицемерие, когда до сих пор на словах превозносят права и свободы личности, фактически попранные, ограниченные самым беспощадным и циничным образом. Якобы это сделано для заботы о защите здоровья — но в индивидуальном сознании все воспринимается иначе. Люди поставлены перед выбором между свободой и безопасностью.

ИТАК, КАК ЖЕ ПРЕОДОЛЕТЬ КАЖДЫЙ ИЗ ЭТИХ АСПЕКТОВ ПАНДЕМИИ? ДРУГИМИ СЛОВАМИ, ЧТО ДЕЛАТЬ?

1 Что является способом преодоления дистресса? На индивидуальном психологическом уровне самым тяжелым проявлением дистресса является эмоциональное истощение, выгорание. Чтобы человек мог выйти из дистресса, ему нужна эмоциональная поддержка, источник чувств. А лучше всего он может получить ее в семье, в эмоционально значимых отношениях. Что бы ни говорили о кризисе семьи (якобы, она уже погибла), семья была, есть и будет главным источником эмоциональной поддержки. Просто это феномен, которым нужно уметь правильно пользоваться: комплиментарные, доверительные, взаимообогащающие отношения надо формировать, получить как должное их не получится.

Еще один мощный источник эмоциональной поддержки — это корпоративизм. Но не тот, который ознаменован исключительно праздничными «корпоративами» в каждой компании, а серьезный, основательный, тот, который имеет начало от орденской структуры и предполагает иерархию и систему ответственности. Как правило, он возникает в малой социальной группе, если она объединена чувством доверительности, сходной идеологии и, в идеале, общей миссией. Еще 50–60 лет назад о духе корпоративизма снимали замечательные фильмы: о том, как он помогает горстке храбрецов творить невиданное. Сейчас этого нет, тема «не актуальна».

Однако принцип корпоративности так же, как принцип семьи, бессмертен. Те, у кого есть корпоративный дух, будут доминировать над теми, у кого его нет.

Кстати, фигура полевого командира, о котором упоминалось выше, создает мощную копорацию. Структура Ражнятовича, например, была продолжением традиций сербских гайдуков и тайных обществ. Это была диковинная смесь авантюристов, преступников, наемников и патриотов.

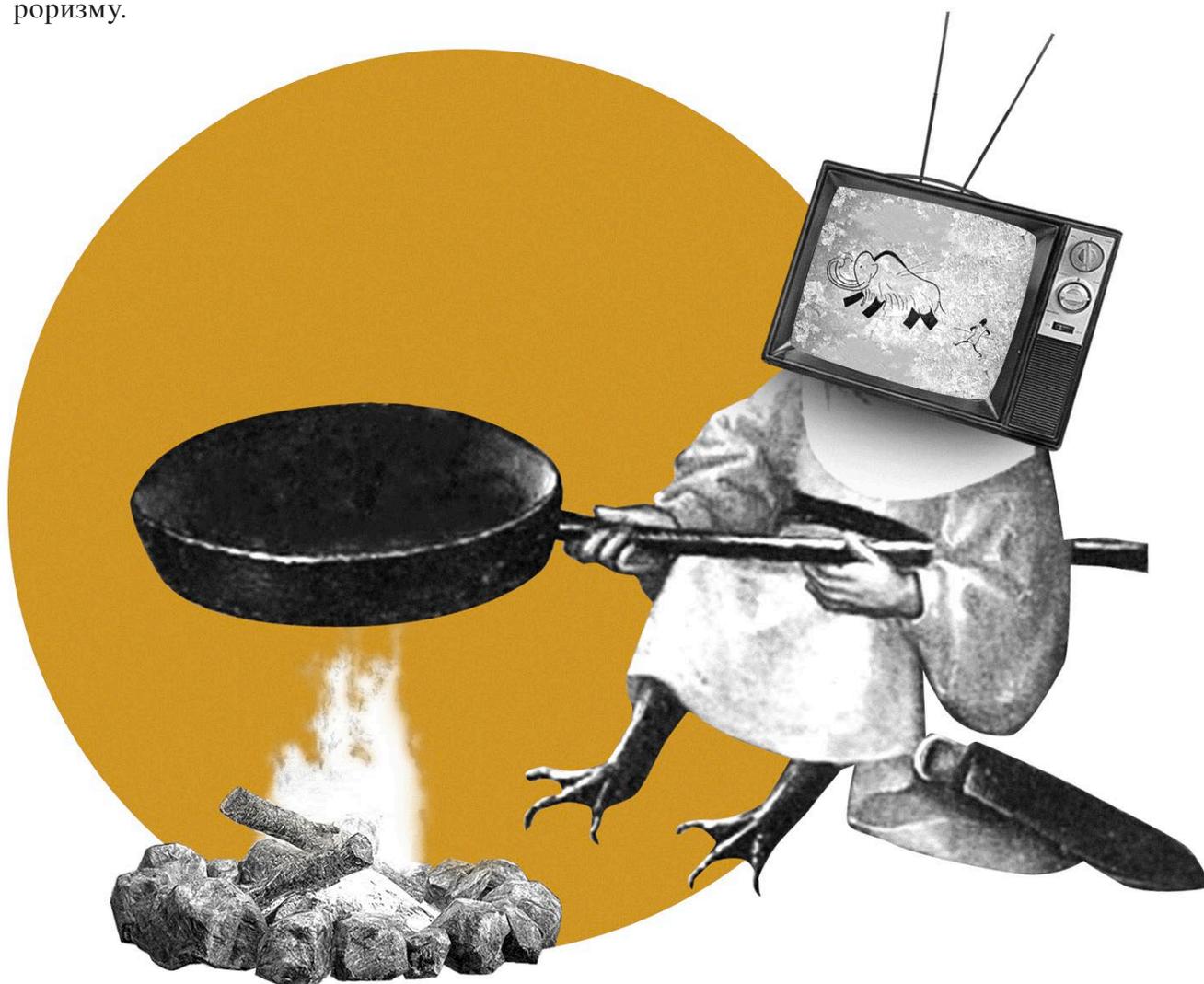
2 Что мы можем противопоставить кризису биоэтики? Разумеется, актуализацию традиционных ценностей. Есть эмпирические ценности — здоровье, а есть трансцендентные — честь семьи, например. Однако здесь речь идет о тех традиционных ценностях, которые соединятся с ценностями модернизма. Задачи не на дифференциацию, а на психологический синтез, сложны для решения, однако это именно то, что нам придется сделать. Подход «или-или» это амбивалентность: человек разделяет себя, вынужден то в одно состояние включаться, то в другое, устраивать себе этот психологический маятник.

Нам придется справляться с задачей синтеза, потому что модернизм себя дискредитировал. А попытки полного возврата к традиции проявляются как исламский фундаментализм — возвращение к средневековому, а то и родоплеменному исламу.

К чему это приводит? Фанатизм, колоссальный энтузиазм народных масс — да. Но это энтузиазм примитивного человека, самая большая цель которого — разрушение цивилизации и культуры, которая объявляется грехом и несправедливостью; возврат в средневековый уровень. Но заканчивается этот регресс как правило тем, что у его сторонников заканчивается оружие — а у соседей с «греховной цивилизацией» оно-то осталось! Пример тому Афганистан, где талибы установили свою власть, но в итоге американцы их захватили. И хоть они надолго там не удержались, сейчас Афганистан не имеет способности к государственному суверенитету: уничтожены образование, наука, производство, социальная защита и другие необходимые для этого отрасли. Также мы можем привести в пример африканский трибализм 1960-х, когда государства начали строить на основе первобытнообщинных ценностей. Сейчас они начинают уже вспоминать наследие колонистов... Возврат — это всегда исторический и цивилизационный регресс. Выходом из проблемы является синтез.

З Как мы можем преодолевать общественную плагифобию? На собственном примере бороться с избеганием, с obsessions, которые возводятся в ранг современной культуры, а борьба с ними приравнивается чуть не к терроризму.

ВОЗВРАТ — ЭТО ВСЕГДА ИСТОРИЧЕСКИЙ И ЦИВИЛИЗАЦИОННЫЙ РЕГРЕСС. ВЫХОДОМ ИЗ ПРОБЛЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ СИНТЕЗ.



ЕСЛИ ЧЕЛОВЕК ЗНАЕТ ТЕНДЕНЦИИ, ТО ЕГО НЕ ОБМАНУТЬ ФАКТАМИ

— основоположник

ЦРУ



Преодоление этих ритуализированных obsessions, невключение в истерический культ борьбы с пандемией, ни в коем случае не исключает классическую социальную гигиену, к которой мы приучены с рождения и которая действительно является очень серьезным достижением модернистской цивилизации. Действительно, с конца 19 века побеждена масса социальных болезней! Но когда это становится индуцированным психозом, то даже с медицинской точки зрения снижает иммунитет и делает человека более уязвимым к болезням. А уж какой вред это наносит психическому здоровью — мы будем расхлебывать эти последствия еще не один десяток лет.

4 Что касается информационной дезориентации, то здесь самым надежным методом — но это уже индивидуальная работа для каждого человека — является **формирование референтной группы**. Это термин социальной психологии, который означает «круг авторитетных личностей». Группа может быть реальной и виртуальной, даже исторические личности могут входить в ее состав. Но самое главное, чтобы круг был действительно релевантным по своей компетентности для человека в упорядочивании информационного хаоса. И здесь мы вспоминаем знаменитую фразу основоположника ЦРУ: «Если человек знает тенденции, то его не обмануть фактами».

Факт — это безоценочное событие, но в таком виде он фактически бесполезен. Факт должен стать осознанным, оцененным и присвоенным опытом. А у нас главный вид манипуляции — когда под видом факта потребителю подсовывается именно оценочность. Все по Бехтереву, который говорил, что «внушение — это обработка данных за человека». Причем как правило эту обработку производит анонимными личностями: безликая масса блогеров, лайки, рейтинги. Эта хорошо отработанная за годы существования интернета система превратила референтную группу для человека в размытое массивизированное нечто. Безликое, не несущее никакой ответственности и просто размывающее фокус человеческого сознания. Самое горестное проявление его — это именно отсутствие ответственности. Ведь каждый день пандемии выдвигались версии, которые потом опровергали друг друга, и никто не нес за это ответственности!

А референтная группа — это как раз те личности, которые берут на себя ответственность за то, что они транслируют. Их компетентность — это их ответственность. Если они настаивают, чтобы человек принял определенное мнение, они несут за это ответственность, если поверив их мнению, он ошибся. Конечно, в наше время понятие личной ответственности — это почти забытый феномен, но иначе информационный хаос не преодолеть.

5 Относительно страха бедности, первое, о чем мы должны вспомнить — **о традиционных моделях самообеспечения**. Уже устаревшим и даже психологически вредным является термин «выживание»: в эпоху модернизма потреб-

ВНУШЕНИЕ — ЭТО ОБРАБОТКА ДАННЫХ ЗА ЧЕЛОВЕКА

— Владимир Михайлович Бехтерев



ность в выживании дезактуализирована, если мы говорим о физическом выживании и минимуме социального. Выжить современное общество дает всем. Бедность — это не столько дефицит удовлетворения потребности, сколько зависимость. Самое тяжелое в бедности — это зависимость. Для преодоления бедности как психологического состояния, таким образом, надо преодолевать зависимость. А это требует задействования механизма самообеспечения. Дефицитарный путь (выживания) ведет лишь к обеспечению жизни, но не развитию.

Научение самообеспечению мы уже проходили в 1990-е. Те же банды представляли собой идею консолидации людей ради значимой цели, в результате которой происходит их дифференциация и выстраивание иерархии.

6 Если задача не решается при этих условиях, надо, как известно, **менять условия**. Если потребление «запрещено», то следует убрать примат потребления, этой фабрики симулякров. Материальное производство не является центральным аспектом потребления; его смысл — в продуцировании иллюзий колоссальных масштабов!

Укоренившаяся иллюзия — это форма зависимости. Это серьезный противник, тот заменитель реальности, в который человек поверил. Речь-то идет о внутренней, а не о внешней реальности; люди же вместо того, чтобы работать над собой и превращать недостатки в преимущества, внушают себе, что их недостатки и есть преимущества. Эта фабрика иллюзий и есть ложная компенсация комплекса неполноценности.

Материал подготовлен на основе доклада PhD А. Н. Сагайдака на заседании Психолого-философского общества 14 июня 2021 г.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ПРОИЗВОДСТВО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЦЕНТРАЛЬНЫМ АСПЕКТОМ ПОТРЕБЛЕНИЯ; ЕГО СМЫСЛ — В ПРОДУЦИРОВАНИИ ИЛЛЮЗИЙ КОЛОССАЛЬНЫХ МАСШТАБОВ



О ФИЛОСОФИИ ЗДОРОВОГО ВЫБОРА



Нередко в силу устоявшихся стереотипов категория «судьба» воспринимается как нечто неизвестное, малопонятно, порой даже фатальное и предопределённое. И, пожалуй, не существует в науке более мистического предмета исследования, чем судьба. Из века в век, из поколения в поколение «рок, фатум, непознанное будущее» как исследовательские

мишени притягивали взгляды философов, писателей, метафизиков и учёных самого широкого круга.

Особые заслуги, безусловно, принадлежат трём великим мэтрам — основателям дисциплины «глубинная психология», что позволила приоткрыть двери к научному пониманию того, что есть «судьба» и «память» и как они связаны с другом. Зигмунд Фрейд, Карл Густав Юнг и Липот Сонди — выдающиеся учёные,



однако, только один из них смог разработать инструмент и методологию изучения судьбы, как многогранного явления и системы; и этот инструмент — тест Сонди.

Данная тема актуальна в первую очередь потому, что в ней комплексно рассматривается, каким образом единственный инструмент исследования прошлого человека — его наследия — позволяет сориентировать человека и определить его жизненные перспективы.

Тест Сонди позволят очень многое безошибочно сказать про судьбу отдельного взятого человека, однако, цель данной статьи — рассмотрение того, как отдельные силы в жизни человека влияют на нашу судьбу: как его собственные внутренние резервы и потенциал, так и внешние силы, направля-

ющие человека и вступающие с ним в противоборство.

В этой статье представлена классификация и первичный анализ того, КАК и ПОЧЕМУ эти силы влияют на судьбу индивида. Говоря простым научным языком, мы рассмотрим первичные данные для управления собственной судьбой, что достаточно актуально, поскольку представленные ниже принципы позволяют человеку прекратить сражаться с жизненными препятствиями и начать организовывать свою судьбу так, чтобы реализовывать задуманные перспективы. Когда мы говорим об «определённых силах, влияющих на судьбу человека», непосредственно в инструменте исследования судьбы — тесте Сонди — они имеют выражение в виде **векторов**.





Если представить логическую модель управления судьбы в виде управления кораблём, мы могли бы предположить, что силы — те самые вектора — можно было бы описать и как силу двигателя самого корабля, и как силу команды, и как силу ветра. В данной статье мы рассмотрим, каким образом эти силы взаимодействуют между собой и тем самым влияют на курс корабля и конечный исход того, что с ним может произойти в море. Как корабль может разбиться на рифах или попасть в бурю в океане, так и судьба человека — может сложиться совершенно идентичным образом. Выражаясь языком логической модели, мы рассмотрим, как судно жизни человека движется в водовороте сил, и к чему оно приходит в конце.

Как известно, в тесте Сонди комплексная картина положения вещей определяется содержанием восьми векторов — h и s (блок навыков), e и hy (блок философии), k и p (блок менеджмента), d и m (блок тактики). Соответственно, в тесте Сонди все 8 векторов работают одновременно, поскольку и все силы (внешние и внутренние) также одновременно воздействуют на человека — и всё это сразу

находит отражение в его жизни. Представьте себе, к примеру, сколько в жизни человека существует приятных и неприятных ему явлений. Но нам с вами важно понимать, каким образом можно воспользоваться этой конструкцией. А для того чтобы ей пользоваться, прежде нужно разобраться, как «работают» вектора, взаимодействуя между собой в блоке, и каким образом блоки взаимосвязаны друг с другом.

Начнем с двух блоков: h, s (1) и d, m (4). Каким образом взаимодействие этих векторов влияет на судьбу человека? Из ранее проведённых исследований нам известно, что вектора d, m — отвечают за условия, а вектора h, s — это субстанция. Соответственно, ситуации в жизни человека могут быть следующие:

- у нас в наличие могут быть условия, но при этом не быть субстанции,
- или наоборот, может быть субстанция, но не быть условий.

В последнем случае непосредственно субстанция (в частности, знания) может позволить создать условия. Но если мы имеем дело с некачественной субстанцией (некачественная информация), то она не позволит создать условия, а, следовательно:

- не будет ни субстанции, ни условий.

Под выбором «субстанции» подразумевается то, что вы используете — какой базой знаний обладаете. Если эта база знаний качественная, то субстанция хорошая, то есть она позволяет что-то достичь, чего-то добиться в жизни. Однако, если база некачественная, то, соответственно, и субстанция не качественная. Все отличие «хорошей» субстанции от «плохой» заключается в том, что одна позволяет что-то делать, а другая не позволяет. И первым прин-

Пример профиля (тест Л.Сонди)

Передний план:									Задний план:								
III	S		P		Sch		C		ЗП	S		P		Sch		C	
	h	s	e	hy	k	p	d	m		h	s	e	hy	k	p	d	m
+									+								
-									-								
	+	+	-	-	+/-	+	+/-	0		+/-	+	-	0	-	+	-	+

ципом, позволяющим взять под управление ряд событий в жизни — это простой вопрос: что я использую? Есть ли у меня в наличии то, что действительно позволит решить задачу или нет? Есть — прекрасно, значит, я смогу добиться результата. Нет — значит, в итоге ничего не получится, и эксперименты никакие не нужны, всё известно заранее.

Теперь предлагается немного порассуждать об условиях. Что мы можем делать с условиями? Варианты таковы:

- человек может создавать условия самостоятельно;
- человек может полагать, что условия создаются автоматически (сами по себе);
- кто-то человеку создаёт условия.

«Условия» — это весьма динамичная категория — они меняются из года в год, из эпохи в эпоху. К примеру, условия 200 лет назад отличаются от условий нашего времени; условия в Америке территориально отличаются от условий в Украине, России и так далее. Такие факторы, как географическая расположенность, территориальное соседство с другими государствами, отраслевые условия и так далее — всё это в совокупности будет складываться для каждого человека по-разному. И прежде чем что-то использовать и как-то действовать, полезно понимать какими условиями располагаете вы лично; соответствует ли желаемое тем условиям, которые существуют или нет. Можно, конечно, желать получить дорогостоящее авто где-нибудь в Монако, и стремиться воплотить этот образ в жизнь, но для того прежде потребуются условия, как основа понимания тактических действий.

Вообще, сами вектора человеку — не враги, они просто существуют. И если человек умеет их использовать, то и судьба у него управляемая; ежели нет — судьба неуправляемая. По сути своей, на американский лад это звучит так, «неизвестно куда кривая американской мечты выведет» — вот это и есть неуправляемая судьба. Приведём ещё один пример. Если помните, в славянских сказках есть такой персонаж как «колобок», который катится и куда-то путника ведёт, при этом, куда именно он ведёт, неизвестно. В жизни всё то же самое: всё зависит от человека: если он действительно захочет самостоятельно управлять своей жизнью, как кораблём, то и судьба его будет управляема; не

захочет — неизвестно, что будет в итоге. Что человек выбирает, то он и получает.

Далее рассмотрим внутреннюю систему взаимодействия сил между собой. И на втором этапе мы будем иметь дело с такими факторами как е, һу и к, р.

Говоря простым научным языком, векторы е, һу — это выражение философии индивида. Философия — это фундамент решений и поступков, поскольку именно философия того или иного человека определяет его сознание в конкретный момент времени. Если человек разделяет какие-то убеждения, системное мировоззрение или просто даже точку зрения относительно чего-то, всё это напрямую влияет на его поступки и способности в определённый момент времени. Рассмотрим простейший пример: случай с семейной парой.

Жена пожелала стать вегетарианкой, на что муж выразил свое возмущение, сказав «я не хочу жить с вегетарианкой, я терпеть не могу вегетарианцев». Этот пример демонстрирует, как срабатывает цепочка «выбор — философия — дальнейшие поступки». Или муж говорит: «Я будут заниматься боксом», а жена ему отвечает: «Нет, не пушу, у меня отец тренер, у меня психиатрическая травма с детства, я знаю, что это такое — это же очень опасно... а вдруг с тобой что-то случится???».

Как вы понимаете, на деле может произойти, что угодно, и даже в приведённых примерах, когда один человек заявляет другому что-то, ни одна ни другая сторона не видит и не осознаёт масштаб последствий выбора философских линий.

ФИЛОСОФИЯ ЧЕЛОВЕКА СИЛЬНО ВЛИЯЕТ НА ЕГО ЖИЗНЬ

На что влияет философия (е, һу)? Первое, что определяет философия человека — это его обеспеченность. Если у вас философия «умника-лентяя», которого нельзя терпеть на работе, то вас не пожелают брать в дело и выбирать всегда будут кого-то другого. Или другой пример: есть люди, которые убеждены, что «все работодатели им должны, а они взамен ничего не должны — ещё чего, на дядю горбатиться!». В таких случаях совершенно неудивительно, что человека с оной философией постоянно увольняют с разного рода работ. Регулярная ситуация подобного типа вынуждает человека

жить за счет кого-то, а, следовательно, он отдаёт рычаги управления своей жизнью кому-то... и что будет дальше — неизвестно. Или такой пример: женщина (по отношению к мужчине) говорит: «Для меня эти отношения не серьёзны», но так считает только она. Для второй половины всё может оказаться ровным счетом наоборот.

Как видим, философия сильно влияет на наши судьбу. Разные люди имеют разное отношение к философии, и у разных людей — своя философия, и это абсолютно естественно.

Люди также объединяются по философским суждениям, говоря: «...этот человек мне близок по духу». Вообще, лучше быть «близким по духу» к тем людям, от которых зависит ваше будущее. А ваше будущее зависит только от тех людей, которые в вашей жизни что-то для вас делают, больше ни от кого другого ничего не зависит. Если эти люди согласны с вами возиться, заниматься, что-то для вас делать, то автоматически ваша философия должна совпадать с философией этих людей, вы обязаны ее разделять, хотите этого или нет. Если вы не хотите ее разделять, тогда вам придется

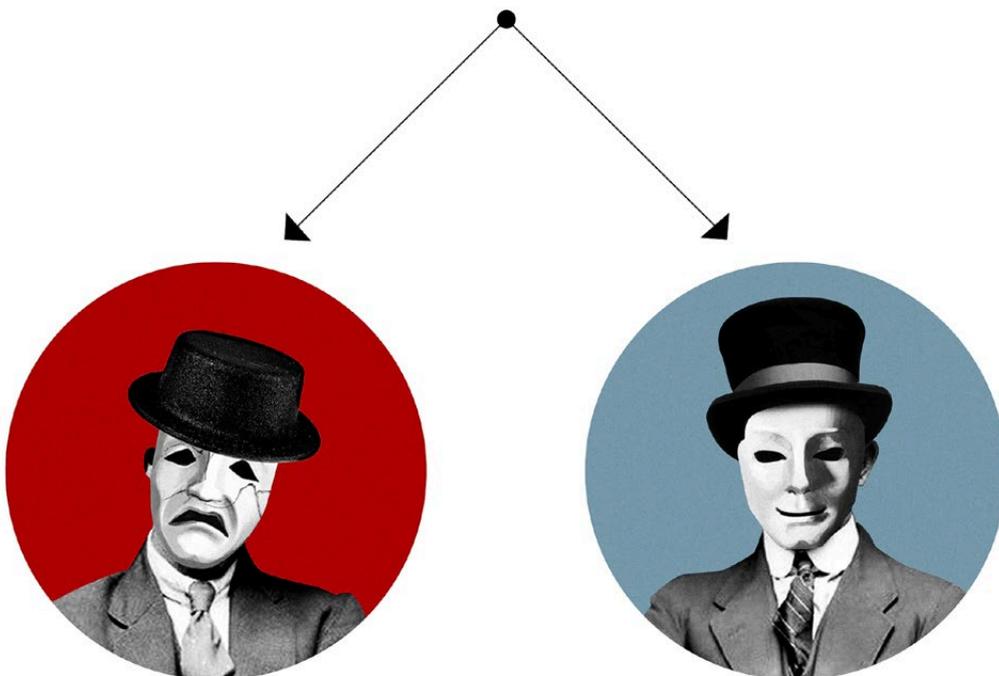
” **ЧТОБЫ ВСЕ БЫЛО УПРАВЛЯЕМО, НУЖНО НЕЧТО, ПОСРЕДСТВОМ ИЛИ С ПОМОЩЬЮ ЧЕГО УПРАВЛЯТЬ.**

быть самостоятельным человеком, самостоятельно открывать бизнес, зарабатывать деньги и тогда вы можете иметь философию, какую сами себе выберете.

Если же вы желаете разделять философию своей мамы, папы или кого-то еще, то придётся маме и папе вас кормить. Если же вы хотите быть самостоятельным человеком, то, безусловно, придётся отказаться от философии мамы и папы, и разделять философию тех людей, от которых зависит ваша жизнь.

Каждый человек в этой жизни что-то хочет из себя представлять, что-то значить. Хотите, чтобы люди к вам относились хорошо, уважали вас? Это ещё требуется заслужить. Человек уважение заслуживает поступками, а значит, и действовать надлежит так, чтобы вас уважали, чтобы к вам хотели прислушаться. Для того — требуется демонстрировать результаты — доказывая тем самым, что вы из себя представляете.

ФИЛОСОФИЯ



НЕ ЭФФЕКТИВНАЯ

Делает человека придурком

ЭФФЕКТИВНАЯ

Делает человека успешным

Итак, мы немного разобрались с тем, как между собой взаимодействуют блоки векторов. Безусловно, все вектора между собой взаимодействуют в разной последовательности, чему можно приводить множество примеров. Но я бы хотел поговорить с вами о рабочем инструменте; о том, как это всё можно превратить в единую систему, которая работает и которую можно использовать.

И с этой целью снова обратимся к измерителю — к тесту Сонди. Чтобы разобраться с представленной моделью, состоящей из 8 векторов (сил) и 4 факторов (блоков), я бы предложил следующий способ использования этой системы.

Как представить себе с прикладной точки зрения все эти «векторы» или перевести их в жизненные категории? Другими словами, применим интегратор. И в таком случае всё просто: вектора h, s — это перспективы человека; вектора k, p — его возможности; вектора e, hu и m, d — препятствия. И в конечном итоге, как видим из таблицы, препятствия по количеству равны числу перспектив и возможностей человека; то есть, наблюдается потенциальное равновесие этих параметров между собой.

Теперь, применив интегратор и получив новые данные, подробно и с примерами рассмотрим каждую пару векторов.

ПЕРСПЕКТИВА — H, S



«Если вы обладаете качественной базой знаний, то вы перспективный человек, так как можете это использовать и добиваться результатов, а значит — с вами хочется иметь дело. Если у вас такая база знаний и база инструментальная по факту есть в наличии, вы, вероятно, самостоятельный человек, а это значит, что вам никто не нужен, вы способны самостоятельно себя обеспечивать жизненно-необходимыми средствами. Для вас эти вещи несложны, вы сами можете многое сделать. Соответственно, если у вас с простыми вещами все в порядке, то вы и далее сможете растить планы на будущее», — Олег Мальцев.



Человек, который обеспокоен вопросами уровня выживания, в частности, «чем ему питаться завтра, на что жить, как оплатить квартиру и т.д.», никаких планов на будущее не имеет, все его планы стекаются к попытке просуществовать как можно дольше. Такие люди выстраивают себе весьма краткосрочные планы. И напротив: человек, который обладает основательной субстанцией у него и планы долгосрочные, и потенциал желаний постоянно поднимается. Такой человек чувствует себя спокойно и имеет стабильное существование: у него оплачена квартира, все в семье сытые и довольные. Он смотрит вперед и говорит себе: «Наверное, я через пару лет дом куплю, наверное я поменяю машину», и прочее. Такой человек начинает планировать свою жизнь на пару лет вперед. Чем больше свободы, тем больше потенциала, чем человек результативнее, тем более вырастает и расцветает его потенциал.

Соответственно, такой человек смотрит всё дальше и дальше в перспективу, по этой причине вектора h, s ещё называются «перспективные вектора».

Когда у человека всего выше перечисленного нет, например, нет возможности купить себе машину, одежду, еду, оплатить квартиру (т.е. не разрешена задача класса выживания), у него нет и перспективы. Вот с этого момента и начинаются все неприятности, так как обязательно найдутся люди, которые нарисуют ему эту перспективу. И вся соль заключается в том, что человеку может понравиться эта перспектива. Затем эти люди расскажут, что необходимо сделать, чтобы у вас появилась эта перспектива. И поскольку человек ничего делать не умеет, и у него знаний нет, то он легко может пойти на поводу у заинтересованных лиц и начать совершать даже противоправные поступки; может, к примеру, стать жертвой искусственного религиозного сообщества. Как известно, религии имеют искусственный характер; и бесспорно, существуют религии менее агрессивные, но есть и религии более агрессивные. Можно «вступить» неосознанно в какую-то неприятную организацию или в криминальную структуру, а после этого — в какие-то «неприятные места» в виде тюрьмы.

Безусловно, присутствует множество примеров того, как человек становится жертвой

какого-нибудь религиозного сообщества, принимает все их догмы и остаётся с ними надолго; да, с голоду он, конечно, не умрёт и его устраивает судьба, где он всю жизнь станет продавать книжонки на площади за похлебку.

Когда у человека нет будущего — нет перспективы — его будущим однозначно будет управлять кто-то другой.

Более того, если рассмотреть современность, увы, большинство людей даже согласны на то, чтобы кто-то за них решал их будущее, они так и говорят: «Пусть решают, кто там старший, главное, чтобы нам было хорошо». Впрочем, очевиден и такой вариант: неизвестно, в чьи руки попадёт человек и какое будущее ему «подарят», ведь чужое будущее легко можно превратить в сущий ад. Позвольте дать простой совет: **ищите хорошую субстанцию.**

ВОЗМОЖНОСТИ — К, Р

Что такое возможности человека?



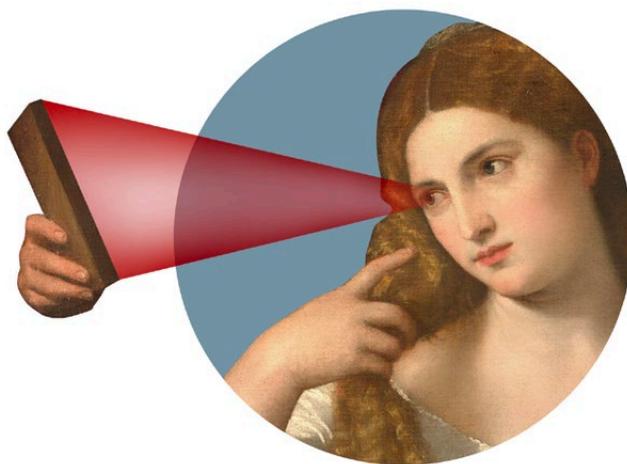
«Ваши возможности – это то, что вы имеете и можете сделать сегодня; то, что вы представляете из себя в настоящий момент времени. И этот фактор очень важно оценивать трезво.

Все неприятности начинаются в тот момент, когда человек необъективно оценивает свои возможности, думает и пытается доказать другим людям, что он лучше, чем есть на самом деле. Я бы вам не советовал так поступать, ведь когда человек начинает демонстрировать то, что он из себя НЕ представляет, это у окружающих вызывает либо смех, либо разочарование.

«Как ни крути, результаты красноречивее слов. Если сегодня в вашей жизни всё обстоит не так, как вы хотите, то это дело ваших собственных рук, вы сами – «беда и причина всех несчастных случаев в жизни», — Олег Мальцев.



Возможности — сродни пластилину: они приобретаются, расширяются, увеличиваются и так далее. Требуется следующее: понимать, как что-то делается, уметь это делать и расширять свои возможности в выбранной отрасли до бесконечности.



Например, человек хочет заключать контракты. Прежде ему необходимо понимать, что такое контракт (что это за явление; как «контракт» устроен и пр.), затем требуется освоить навык заключения контрактов; и уже впоследствии — совершенствовать данный навык.

Каждый человек имеет право обладать колоссальным объёмом возможностей, если он конечно этого хочет, но может и не обладать вообще никакими возможностями. Это вопрос частного выбора.

Существует и другие, не менее важные факторы, порождаемые двумя силами (или двумя векторами k и p , соответственно «иметь» и «быть») — это власть и статус, и в любом человеке, вне зависимости от принадлежности к полу, эти вектора присутствуют и срабатывают одновременно.

Например, любая женщина хочет иметь «приличный статус» и при этом хочет, чтобы ей все восхищались. Однако, одних лишь пожеланий мало — и прежде необходимо объективно на рассмотреть собственные возможности. Для начала женщине полезно самой встать перед зеркалом и спросить: «А чем восхищаться? А так ли это?». Логичным было бы рассудить, что прежде требуется объект восхищения, а ежели объекта нет, то чем восхищаться? Если Леди не одевается каждый день как на фотосессию, если не является Человеком (с большой буквы), если не цветёт и добивается результатов — то почему кто-то должен этим человеком восхищаться — это вопрос оставим к самостоятельному обсуждению.

Касательно «тех, кто словно сошёл с обложки журналов». Дорогие читатели, важ-

но понимать, что восхищаются теми, кто их одевает, а не ими самими. Да, девушка шикарна одета, рядом с ней — дорогая машина, на ней — дорогие украшения, однако же, как выглядит объект восхищения? Не восхищаетесь самой дамой, а восхищаетесь картиной — тем, как она выглядит, а точнее ТЕМ, кто её одевает и обеспечивает. Безусловно, за один день невозможно создать полноценную, самостоятельную личность, но можно в один день начать и постепенно к этому прийти. Как говорится, самостоятельная личность намного интереснее.

Не секрет, что сегодня многие люди «прячутся за картинку», но на самом деле они ничего из себя не представляют. Когда вы видите такую картинку, полезно помнить: чаще всего, это всего лишь «витрина». А что там на самом деле за «витриной» — это уже совсем другой вопрос, и не факт, что вам это действительно интересно.

Поскольку были приведены примеры, касающиеся «слабого пола», не забудем и мужчин. Мужчина изначально стремиться и к статусу, и к власти, что естественно и заложено от природы. Вопрос всегда один: «Каким образом этого добиться?»

Многие люди пытаются статус и власть получить несколькими способами, например, «пройтись по головам». Но только обычно на старте действий, человек не думает о последствиях, а неуправляемые последствия могут привести даже к краху.

Возможности, безусловно, нужно создавать; для этого придётся работать над собой, над своим образованием, над той деятельностью, которую выбрали в жизни, вообще — становиться профессионалом. Знаете ли, существует такое понятие как незаменимый специалист; вроде бы он не генерал, не губернатор штата, ничего такого, но без него на предприятии ничего «не клеится и не вертится». И такое тоже возможно.

Расскажу вам пример, произошедший в жизни одного моего знакомого. В прошлом он был военным, затем оставил службу и решил устроиться на работу. Знакомые пригласили его в достаточно известную и крупную компанию. И вот, мой знакомый, в роли соискателя, на встречу с руководством приехал вовремя, по-военному вошёл к генеральному

директору, представился. Генеральный директор ему и говорит:



— *Итак, мне требуется на предприятие коммерческий директор. Справитесь с этой работой?*

— *Тут ситуация такая. Я человек обеспеченный, в деньгах не нуждаюсь — у меня пенсия военная хорошая. Предлагаю так: дайте мне 3 месяца испытательного срока, посмотрите на меня. Если я вам подойду, возьмёте на работу, не подойду — руки пожмём и попрощаемся. — отвечает тот.*

— *Ну ладно, хорошо. Оформляйте. — с удивлением сказал генеральный директор.*



Как понимаете, человек, который долгую часть своей жизни посвятил организации целой военной структуры, для него должность коммерческого директора не окажется сложной. Спустя месяц предприятие заработало ударным темпом, через два месяца темпы возросли, и к концу третьего месяца предприятие увеличило свою работоспособность втрое. Генеральный директор был в восторге! Прошло время, и генеральный директор уехал в командировку и забыл про договорённости с коммерческим директором, а тот, отработав 3 месяца, собрался и ушёл. Проходит неделя; звонит ему генеральный директор уже домой и спрашивает:



— *А отчего ты не работаешь?*

— *Мы же договорились на 3 месяца, вы уехали, ничего мне не сказали, я так понял, меня на работу не взяли; я вещи собрал и ушел, — был ответ.*

— *Возвращайся, пожалуйста, обратно, на работу, и вообще никогда не уходи с этой работой, просто постоянно там находишься! — сказал генеральный директор.*



На этом примере хотелось бы продемонстрировать, что всего за 3 месяца человек может показать и свои возможности, и реализовать в деле субстанцию, которая у него действи-

тельно есть — знание и навыки — и просто стать незаменимым, уважаемым экспертом. При этом предприятие стало зависеть от такого человека. Вы же понимаете, что сильный, справедливый человек, при этом мастер в своём деле — это редкий феномен, который дорогого стоит. И по факту рекомендуется задуматься над этим вопросом: может, полезно и вам тоже стать незаменимым? Ведь в таком случае судьба из неуправляемой превращается в известную и управляемую.

СЛЕДУЮЩИМ БЛОКОМ РАССМОТРИМ ПРЕПЯТСТВИЯ, КОТОРЫЕ ОПРЕДЕЛЯЮТ ЦЕЛЫХ 4 ВЕКТОРА: Е, НУ, D, М.

Первый тип препятствий: их порождает вектор «е» — «этика». Что такое «е» — этика? Это тормоза, то что нельзя. На самом деле «нельзя» — это весьма умозрительная категория. Человек может сам себе внушать: «это мне делать нельзя», ему так может скомандовать кто-то из окружения; даже «общество» диктует, что «так делать нельзя», «а вот так можно», равно как и закон, государство и так далее — и все эти примеры отражают разные проявления одного «нельзя».

Рассмотрим и такой пример: человек сам себе говорит: «Мне нельзя работать» — вероятнее всего, в скором времени он просто умрёт с голоду. И данный пример строго отражает следующий принцип: если человек сам себе выдумывает препятствия, почему что-либо «нельзя сделать», то он не получит не единого результата. Многие люди так и поступают: они придумывают себе бесконечное число препятствий, только для того чтобы ничего не делать. Однако, по факту — нет никаких препятствий для реализации задуманного, они не существуют. Это человек придумывает себе препятствия и постоянно находится в состоянии придуманного препятствия. Мы нередко слышим фразы: «вот, а если вдруг случится...», «не, так сразу это не сделать, надо...» и так далее. Множество словосочетаний было придумано, чтобы объяснить и себе, и другим, почему что-то «нельзя сделать». Впрочем, полезно задаться и таким вопросом: а зачем человек это делает? Зачем он сам себе генерирует полосу препятствий? Как известно, просто так ни один из нас ничего не выду-

мывает; это может быть и психологическая защита, и обманный манёвр или еще что-то иное. Алгоритмов и шаблонов нет — в каждой ситуации все персонально, и вариантов может оказаться множество.

Второй тип препятствий: их порождает вектор «ну» — «мораль». «Можно, но осторожно» — вот девиз этого блока. Что это значит? Это значит, что человек в своей жизни намеренно всё делает очень сложным. Ведь можно и не придумывать препятствия, но всё специально превращать в сложное в своей жизни. Чем сложнее «дело» в жизни, тем дольше «оно» делается, а чем дольше «оно» делается, тем дальше ничего не получается. И соответственно, чем сложнее действие, тем меньше вероятность того, что оно вообще получится. Вот, например, человек при желании может пол в комнате мыть год; а есть и такие люди, которые за целый день способны написать всего-то 2 строчки текста и больше ничего не сделать. Почему? Потому что было сложно...

Одни препятствия создаются человеком и попросту ним выдумываются. Существуют препятствия, которые создаются обществом — общественные догматы — они скомпилированы для того, чтобы человек был тем, кем он выступает сегодня — среднестатистическим безликим индивидом. Поэтому, неплохо было бы пересмотреть для себя некие общественные догматы и выработать другую философию, эффективную и практичную. Например, можно было бы начать с изучения биографии великих людей. Почитать их и сделать вывод: первое, с чего стоит начать — перестать делать то, что делают другие. Если вы будете делать то, что делают другие, вы и жить будете так, как все живут, а все они живут плохо. Ничего хорошего в жизни «массы», увы, нет.

Типы препятствий, которые порождают векторы «d», «m» — УСЛОВИЯ. Как известно, человеку постоянно что-то мешает по жизни, о чём свидетельствует следующая фраза: «...если бы!» «Вот если бы я родился в другой семье; если бы я закончил не тот факультет университета; если бы послушал адвоката, а не друга» — и так можно продолжать до бесконечности. А если рассмотреть для примера любую женщину, так она такой кинофильм будет крутить, как минимум, пару



суток без остановки, в красках рассказывая себе «если бы». Людям, которые хотят результатов, требуется останавливать такой поток бессмысленных суждений. Что толку голосить и причитать, от этого все равно ничего не изменится. Условия необходимо создавать, и в других действиях нет никакого смысла. Если человек решит ждать каких-то условий, как «с моря погоды», то они никогда и не наступят.

— * —

«Знаете ли, существует такой тип людей, которые рассказывают про шансы в жизни? Я вот сейчас, находясь на острове Тенерифе, смотрю на пустую улицу, а вдали катается на самокате маленький мальчик. Вот глядите: ему дали самокат, создали условия, и он гоняет на нём по всему городу и ему хорошо. Думать ему ни о чем не надо, родители поят и кормят, крыша над головой есть, он одетый и вниманием согретый. И на таком примере я понимаю, вот она — мечта большинства людей. Только к сожалению, наступает такой момент, когда придётся создавать условия, чтобы добиваться результатов.

Ждать что они возникнут — сложно; ждать какого-то шанса — вы же понимаете, кушать и пить надо каждый день, так же, как и жить вам где-то надо. Сидеть и ждать, когда изменится социальный строй и кто-то выделит вам персональное жилье и будет давать, как при коммунизме, «каждому по потребностям» — бесполезно, вряд ли когда-нибудь такое произойдёт на планете Земля.

Так что, хотите вы этого или нет, вам придется создавать условия собственными руками в своей жизни. И только от вас зависит, будет толк или нет.»

— Олег Мальцев.

— * —

Существует и другие категории, выступающие в виде препятствий. Если вспомнить устройство человека, его можно было бы изобразить, как четырёх-этажную конструкцию, элементы которой составляют: дух, психика, биология и механика. Эти элементы соединяет воедино такая категория, как «душа».

В соответствии с устройством, можно сделать вывод, что у человека все элементы также могут выступать в качестве препятствий. Соответственно, комплексно существуют таковые типы препятствий: духовные, душевные, психологические, биологические, физиологические. Совокупно одновременно

существует огромное множество препятствий. Но важен тот факт, что все эти виды препятствий человек придумывает себе сам.

ПОДВЕДЁМ ИТОГ

Кто человеку мешает быть сильным? Только он сам. Кто мешает человеку быть быстрым, точным, результативным? По сути, никто. И все причины, как «корни зла», происходят из ВЫБОРОВ, которые мы совершаем. И первый тип неверных выборов — это выбор неэффективных авторитетов.

На кого вы смотрите? С кого вы берете пример? С тех, «кому на Руси жить хорошо». Но, если логически поразмыслить: кому жить на Руси хорошо? Никому — всем жить плохо, они только «делают вид», что им хорошо, но на самом деле — это внешний, передний план, не более. Однако, в принципе, у каждого же человека свое понимание этого «хорошо».

Если же человек не меняет философию с неэффективной на эффективную, не убирает препятствия, не учится создавать условия для своего же будущего, не заботится о том, чтобы у него в наличии была субстанция, которая и создаёт его перспективу, если не учится приумножать собственные возможно-

сти и правильно их использовать — то, думаю проблемы в жизни такого человека не только не уменьшаться, но еще и возрастут.

В данном ключе считаю необходимым процитировать Олега Мальцева и передать его рассказ в точности:



«Человек очень быстро падает и очень медленно поднимается вверх.»

«Дело в том, что человек очень быстро падает в низ и очень медленно и болезненно поднимается вверх. Это простая и догматическая истина. Чем чаще человек падает в своей жизни, тем с каждым разом ему дольше и тяжелее подниматься вверх. Почему так происходит? Потому что люди имеют такое свойство как ВОСПРИЯТИЕ.»

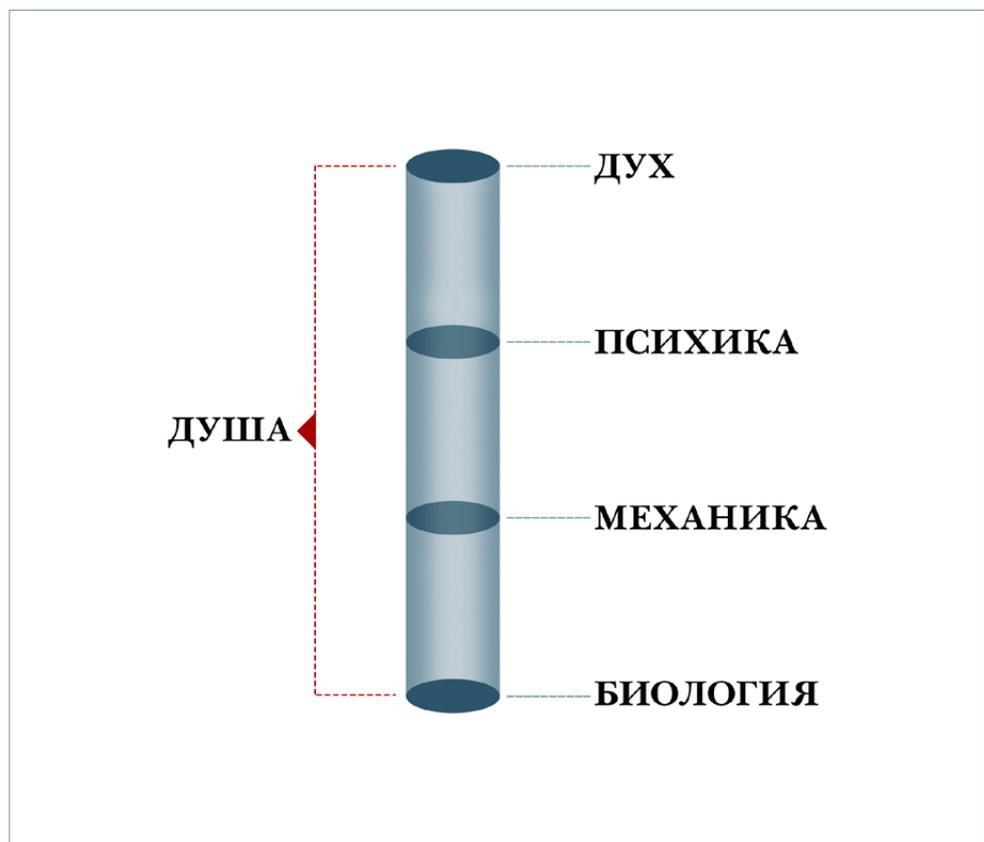
В своё время для газеты «Аргументы и Факты» Борис Березовский давал единственное интервью; в ходе этого интервью ему задали вопрос:

— *Что самое главное в бизнесе?*

— *Научиться держать удар.— ответил он.*

После он рассказывал, как сам пять раз терпел крах и разорение, но это всё не было

Устройство человека



“ ХОРОШАЯ ЖИЗНЬ – НЕ РЕЗУЛЬТАТ РОЖДЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА. ЭТО ПРОДУКТ ЕГО ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

важным. Обратите внимание на следующий принцип: стойкость человека — крайне важна на пути реализации поставленных целей. И если этого нет, нет упорства, нет стойкости, нет смекалки, нет этих простых категорий, которые должны присутствовать в жизни каждого, и он сам ведёт себя, как животное, но не человек, ему будет очень тяжело. Много препятствий его ожидает и нуль перспектив.

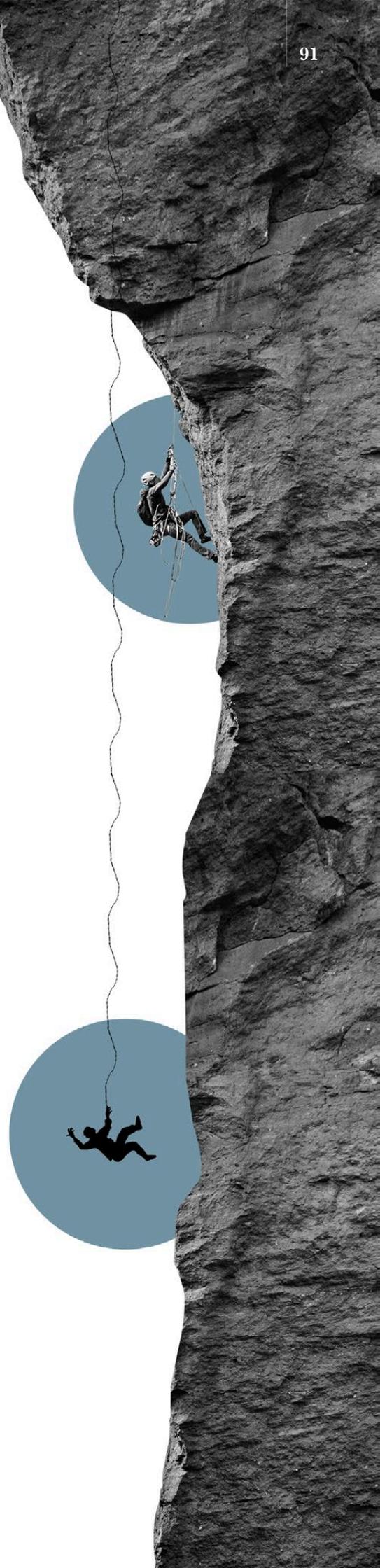
Большинство людей даже не задумываются об этих вещах. Однако же, жить на автомате всю жизнь и ждать, что «всё будет хорошо», «всё само удачно сложится», и более того, заниматься аффирмациями, каждую ночь себя убеждать, что «всё к лучшему», утром всё же просыпаясь и понимая, что все плохо, знаете ли, такой подход только калечит психику. (что, безусловно, не рекомендуется)».



Описанное в данной статье — первичные данные, необходимые каждому человеку только в том случае, если он сам хочет править кораблём своей судьбы. Тому, кто готов стать «Я» — тем самым ответственным, самостоятельным и результативным Капитаном. Безусловно, всё изложенное намеренно описано практичным и научно-популярным языком, дабы продемонстрированные принципы позволили сделать первый шаг к познанию науки управления собственной судьбой. А дальше — дело выбора.

Статья написана по материалам монографии «Философия юга Италии».

Автор: **Лопатюк Ирина**, главный редактор вестника «Гиппократ».



РАЗГОВОР О РАКЕ ДОКТОРА ГУДКИНА Л. М. С ПАЦИЕНТАМИ



— Часть 1 —

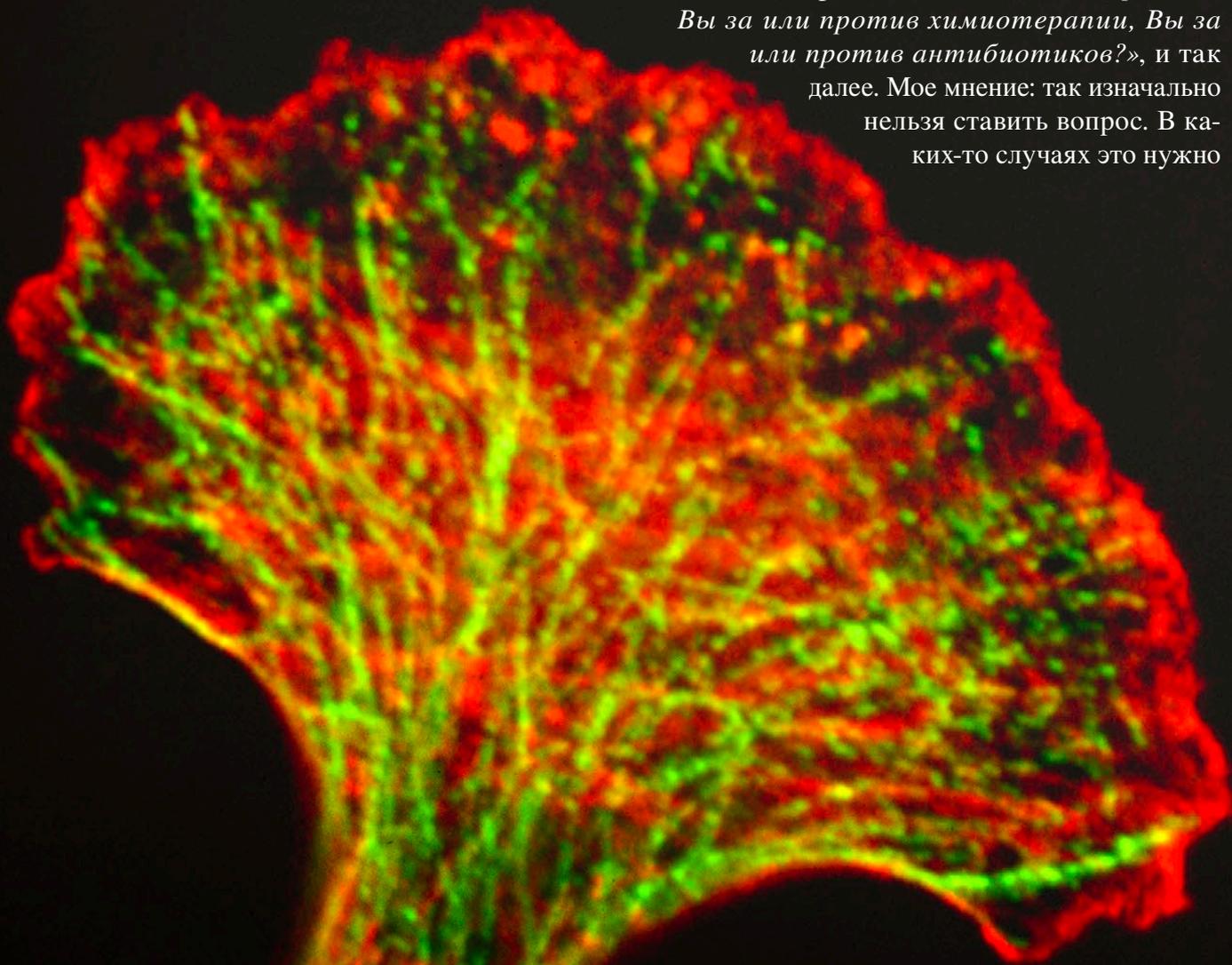
РАК — ЭТО НАКОПИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС; НАШЕ ЗДОРОВЬЕ — КАК ВЕТКА ДЕРЕВА: ПОД ТЯЖЕСТЬЮ ПРОБЛЕМ ОНА ГНЕТСЯ, ГНЕТСЯ, НО ПОКА ЕЩЁ МОЖЕТ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ СВОИ ФУНКЦИИ



Рак — это грандиозный надлом в гомеостазе организма. Грандиозная поломка собственной машины здоровья человека. Я наблюдал много пациентов. Рак — это накопительный процесс; наше здоровье — как ветка дерева: под тяжестью проблем она гнется, гнется, но пока ещё может осуществлять свои функции. Однако в какой-то момент под тяжестью ветка ломается, и тогда процесс болезни летит с огромной скоростью, что и происходит при онкологии.

Рак очень быстрый. Это как тройка лошадей, которая начинает нестись с нарастающим ухудшением состояния человека. Поэтому очень важно быстро осуществить правильный выбор относительно дальнейших действий человека, получившего такой сокрушительный диагноз.

Меня часто спрашивают: *«Леонид Маркович, Вы за или против химиотерапии, Вы за или против антибиотиков?»*, и так далее. Мое мнение: так изначально нельзя ставить вопрос. В каких-то случаях это нужно



применять, а в каких-то совершенно нерационально и даже вредительно. Моя позиция: нужно уходить от шаблонного лечения, нужно рассматривать индивидуально каждого пациента и находить оптимальное лечение, подходящее именно для него, конкретно в его состоянии.

Наш организм — колоссальная саморегулирующаяся машина и, ежели она в рабочем состоянии — всё смазано, все налажено — она справляется с любыми патологиями САМА. При терапии рака — это особенно важно понимать, а значит, важно «ремонтировать», налаживать работу нашей собственной машины здоровья. Не убивать что-то или замещать что-то, а восстанавливать собственные ресурсы человека. Восстанавливать его собственные защитные силы. Можно долго извне вводить что-то и бороться с каким-то вирусом, бактериями или с каким-то новообразованием, даже убить это. Но на это место просто придут другие (бактерии и пр.) — таков бесконечный процесс. Свято место пусто не бывает.

Представьте себе пожалуйста, человек хочет кушать — ему дают рыбу, он съел и опять хочет кушать, ему опять дают, он съедает и опять хочет кушать и так без конца. А не проще ли человека самого научить ловить рыбу? Так и с нашим организмом, и с заболеванием: зачем замещать функции самого организма? Лучше восстановить то, что в организме сломалось.

Жизнь самой раковой клетки очень интересна. Клетка перестраивается с кислородного окислительного (аэробного) процесса на анаэробный процесс. Сначала клетка работает нормально. Затем делятся некие процессы и происходит надлом в клетке, надлом в ядре клетки в митохондриях. Митохондрии, как энергетический завод, перестают работать, они останавливаются. А работают митохондрии на кислороде. Завод остановился, а жить-то надо. И здесь происходит переход на анаэробный процесс (бескислородный процесс) окисления. А этот процесс в десятки раз менее энергетичен. Если в обычном состоянии вырабатывается более 30 АТФ, то при анаэробном процессе всего 2 или 4 АТФ. Вы представляете, какая грандиозная разница? Клетка начинает просто голодать, она постоянно хочет «кушать». Еще профессор Залманов говорил, что любой процесс излечения — это когда мы просто доставляем необходимое количество питательных веществ и кислорода в клетку. Добейтесь доставки кислорода и пищи в клетку, и клетка будет здорова! Насколько долго вы можете поддерживать этот процесс, настолько здорова будет клетка. То есть, по каким-то причинам произошли нарушения доставки.

Как начинают происходить изменения в клетке? Идет переход с аэробного на анаэробный процесс, конечным продуктом являются молочные кислоты и процесс сам по себе приносит мало энергии в клетку. Это похоже на то, когда в доме стоит камин; пока подбрасывали в него дрова, было тепло и хорошо. Вдруг количество дров резко сократилось, и вместо привычного огня тлеют маленькие угли: конечно, теперь в доме становится холодно.



НАШ ОРГАНИЗМ — КОЛОССАЛЬНАЯ САМОРЕГУЛИРУЮЩАЯСЯ МАШИНА И, ЕЖЕЛИ ОНА В РАБОЧЕМ СОСТОЯНИИ — ВСЁ СМАЗАНО, ВСЕ НАЛАЖЕНО — ОНА СПРАВЛЯЕТСЯ С ЛЮБЫМИ ПАТОЛОГИЯМИ САМА

БЕЗУМНОЕ ДЕЛЕНИЕ КЛЕТКИ — ЭТО ПРОСТО ПОСТОЯННЫЙ ГОЛОД!!!



Так же и в организме. Мало того, при перестройке этих процессов клетка начинает вырабатывать молочную кислоту, и кислота окутывает клетку, как мантией, как щитом. Это вдвойне затрудняет приток питательных веществ к клетке, и клетка вдвойне становится голодной, блокируется межклеточное вещество, и тут наглядно становится понятным процесс метастазов. Кислота разрушает межклеточное пространство, разрушаются дороги связи между клетками. А клетка-то голодная, она пытается взять вещества и кислород извне, поэтому начинается прорастание сосудами.

Безумное деление клетки — это просто постоянный голод!!! Клетка начинает делиться, она хочет вырваться из того круга. Притока кислорода и питательных веществ нет и начинается замкнутый цикл.

А теперь немного о молочной кислоте — с одной стороны, она является мантией, бронёй клетки, а с другой стороны, эта броня не пускает любые вещества, которые хотят внедриться в клетку. Молочная кислота разъедает коллаген.

Так, у нас существует клетка, существует межклеточное вещество. Межклеточное вещество можно представить себе, как дороги, реки, автобаны, по которым двигаются корабли или машины и несут нам питательные вещества и кислород. А эта кислота уничтожает, деформирует коллаген. Коллаген становится как бревно и поэтому происходят заторы — машины, фуры, несущие вещества в клетку, встают, как в пробке. И при таких условиях даже химиотерапия не может подобраться к раковому очагу, и нормальное вещество не может добраться к клетке.

Поэтому, когда вводятся химические препараты, которые должны убить раковые клетки, они, в первую очередь, убивают живые клетки. А у больной клетки — броня, и химия через эту броню тоже не может проникнуть, как и любой другой продукт, который клетке так нужен.

И теперь возникает вопрос: зачем нам химиотерапия, если она не воздействует на эту раковую клетку. В первую очередь уничтожаются здоровые клетки!!! Конечно, какой-то процент раковых клеток тоже уничтожается. Но если мы возьмем в процентах — то на 20% раковых клеток уничтожается и 80% здоровых! Более того, у современной медицины нет никакого «замка» или «кнопки», которая бы переключала голод клетки. Не идет процесса восстановления или процесса переключения с анаэробного на аэробный процесс окисления.

— *А что тогда делать?*

О том и речь. Если мы подходим с точки зрения биологии, то это только конец рычага, но существует еще и причина. Необходимо действовать двумя векторами.

— *Почему мы тогда слышим только о химиотерапии?*

Ответ очень прост — это все оплачивается больничными кассами.

Что хочется сказать? Я не против химиотерапии. Но в каждом случае надо рассматривать каждого конкретного человека. И из двух зол необходимо выбирать меньшее. Так жестоко говорить, но больной человек, с позиции современного положения дел, должен быть богатым. Почему? Да потому что альтернативные методы лечения дорогие. И часто человек оказывается на развилке — у него нет денег, у него есть раковое заболевание.

Что-то делать нужно! Но делать-то надо грамотно, нужно с умом действовать на уровне клетки. Химиотерапия — это неумное воздействие. На данный момент существуют десятки методов, которые направлены на разблокирование межклеточного вещества и на завод митохондрий. Мы должны «завести», «включить» естественный энергетический завод в клетке, чтобы переключить клетку на нужный процесс окисления, чтобы клетка элементарно перестала быть голодной. С другой стороны, необходимо разобрать «завалы на дорогах», чтобы питательные вещества и кислород поступали к клетке. Это важно делать, а не просто назначать химиотерапию. Просто потому, что химия не доберется через эти завалы к больному очагу, или же доберется только маленькая капелька, но всё остальное будет убивать на своем пути здоровые клетки.

МЫ ДОЛЖНЫ «ЗАВЕСТИ», «ВКЛЮЧИТЬ» ЕСТЕСТВЕННЫЙ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИЙ ЗАВОД В КЛЕТКЕ, ЧТОБЫ ПЕРЕКЛЮЧИТЬ КЛЕТКУ НА НУЖНЫЙ ПРОЦЕСС ОКИСЛЕНИЯ, ЧТОБЫ КЛЕТКА ЭЛЕМЕНТАРНО ПЕРЕСТАЛА БЫТЬ ГОЛОДНОЙ. С ДРУГОЙ СТОРОНЫ, НЕОБХОДИМО РАЗОБРАТЬ «ЗАВАЛЫ НА ДОРОГАХ», ЧТОБЫ ПИТАТЕЛЬНЫЕ ВЕЩЕСТВА И КИСЛОРОД ПОСТУПАЛИ К КЛЕТКЕ.



Лечить рак и излечить от рака — это две разных категории. Клеточные процессы, о которых мы беседовали ранее, рассматривая суть подхода химиотерапии, можно образно сравнить с тем, как экскаваторы пытаются убирать балки, создающие заторы на автобане. Да, переключить митохондрии на нужный процесс окисления — это всё нужно и можно сделать. Однако если мы не устраним причину — если не разберёмся, почему и КАК какие-то «балки эти самые заторы создают» — лечение будет длительным, и чаще всего нецелесообразным. И даже если «рогом» упереться в химиотерапию, максимум, чего мы достигнем, разве что определённой **временной стабилизации процесса**. Но причина будет продолжать существовать, и заболевание будет продолжать развиваться. А дальше — новая форма деструкции, сводящая на «нет» все прежние усилия.

Есть ли другие подходы? Разумеется. И с целью знакомства с действенным подходом прежде пациенту придётся открыть для себя 2 категории: надлом и сверхзадача. Надлом и сверхзадача — ключевые основы прикладной науки. Что это значит? В первую очередь, человеку нужен надлом; ему придётся взять на себя обязательства делать то, что он никогда не делал и делать это не так, как раньше, непосредственно по-другому. То есть для начала придётся осознать, что собственное выздоровление — это твоя личная, персональная ответственность. Ни родителей,



И ДАЖЕ ЕСЛИ «РОГОМ» УПЕРЕТЬСЯ В ХИМИОТЕРАПИЮ, МАКСИМУМ, ЧЕГО МЫ ДОСТИГНЕМ, РАЗВЕ ЧТО ОПРЕДЕЛЁННОЙ ВРЕМЕННОЙ СТАБИЛИЗАЦИИ ПРОЦЕССА



ни родственников, ни работодателей, ни врачей — именно твоя. Сверхзадача обычно заключается в том, что необходимо изменить свой образ жизни путем надлома. То есть взять на себя обязательства изменить свою жизнь, взять бразды правления в свои руки. Это и возвращает человеку «жизнь», и он действительно начинает жить заново.

То, о чем мы сейчас говорим — не праздные философские рассуждения. Более того, важно чётко понимать, что когда человек поступает в манифестантной форме развития рака, он практически ничего не сообщает. Ему «по барабану» все эти надломы, сверхзадачи. Ему просто плохо, его тошнит, его выворачивает — ему просто ужасно! «Какие надломы, какие сверхзадачи, не до этого, я просто помираю!» Люди только это и говорят. И вот на этой стадии придётся всё взять в руки: и комплекс мероприятий, и препараты, и с профессиональной точки зрения нужно просто что-то начинать делать. Род занятий пациента тоже напрямую влияет на процессы протекания болезни. Если пациент предпочитает ничем не заниматься, просто лежать дома под неукоснительным надзором родственников, перекладывая на них ответственность за свою жизнь — при таком отношении рак можно «полечить», но не «излечить». Принимая препараты и жалея себя, не ждите гарантии наступления ремиссии. Ну, а если будет применяться только химиотерапия — гарантий еще меньше! Всё время получают крайности.

С крайностями мы сталкиваемся постоянно. Как будто решение вопроса заключается во «взвешивании» только одного подхода: химиотерапия или не химиотерапия. Я повторюсь: необходимо сочетать всё, все средства и подходы — сочетать определённым образом, тактически грамотно. Важно индивидуально рассматривать каждого человека: какая опухоль, где находится, сколько лет, как развивается. Здесь нужно быть объективными!

Когда мы мероприятия в совокупности сочетаем, мы можем попытаться остановить манифестантную форму рака. И как только её остановим (разберём заторы и завалы на дороге), тогда необходимо приниматься и анализировать **причину**. Поэтому я всегда объясняю моим пациентам: *«Уважаемые, я не лечу манифестантную форму рака. Здесь требуется комплекс мероприятий больничного и реанимационного характера, нужны капельницы, нужны внутримышечные препараты, нужен контроль кислотно-щелочного состава и не один раз в день, а отслеживая динамику от 2–4 раз в день».*

И тогда мы можем попытаться остановить этот процесс. Так, остановка этого процесса — только половина дела. А вот остальные 50% — это только применение прикладной науки.

Почему все боятся рака? Да потому что рак наглядно показывает, что, не устранив причину, рак возвращается. Посмотрите, чего боятся все онкологи? Да возвращения рака! Онкологи провели химиотерапию, остановили рак и говорят: «Мы вылечили». Да ничего подобного. Они не врут, это просто их



СВЕРХЗАДАЧА ОБЫЧНО ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ТОМ, ЧТО НЕОБХОДИМО ИЗМЕНИТЬ СВОЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ ПУТЕМ НАДЛОМА. ТО ЕСТЬ ВЗЯТЬ НА СЕБЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА ИЗМЕНИТЬ СВОЮ ЖИЗНЬ, ВЗЯТЬ БРАЗДЫ ПРАВЛЕНИЯ В СВОИ РУКИ. ЭТО И ВОЗВРАЩАЕТ ЧЕЛОВЕКУ ЖИЗНЬ, И ОН ДЕЙСТВИТЕЛЬНО НАЧИНАЕТ ЖИТЬ ЗАНОВО.



Я ВСЕГДА ХОТЕЛ ПОНЯТЬ, ЧТО ЖЕ ПРОИСХОДИТ ПО ТУ СТОРОНУ МЕДИЦИНСКОГО ВОСПРИЯТИЯ ОНКОЛОГИИ. И ЭТИ ЛЮДИ, ИСЦЕЛИВШИЕСЯ И ИЗЛЕЧИВШИЕСЯ, ВСЕ ГОВОРЯТ В ОДИН ГОЛОС: «МЫ ИЗМЕНИЛИ СВОЮ ЖИЗНЬ».



безграмотность. Можно говорить об исцелении или излечении рака в случае, когда прошла ремиссия, нет обострения в течение 5–7 лет, а не 2–3 месяцев. Мы сделали химиотерапию, достигли какой-то ремиссии, и врачи говорят, что достигли излечения рака. Да какое излечение?! Достигнуто только облегчение, и это состояние — временное. Почему-то врачи не сообщают статистику, не рассказывают, что происходит с этими больными через 6, через 12 месяцев. Такова жизнь, таковы «статистические приёмчики». Проходит не так много времени, и рак чётко показывает, что, если НЕ делать так, как я пояснял ранее, ни о каком выздоровлении не может идти речи.

Я проводил десятилетние исследования, читал биографии людей со всего мира, которые небезосновательно сообщали «мы излечились от рака». Я изучал случаи людей, которые вылечились от рака самостоятельно, то есть прошло больше 10 или 15 лет, и у людей больше нет онкологического заболевания. Я всегда хотел понять, что же происходит по ту сторону медицинского восприятия «онкологии». И эти люди, исцелившиеся и излечившиеся, все говорят в один голос: «*Мы изменили свою жизнь*». То есть изменили собственную философию

и миропонимание, изменили окружающий мир вокруг себя. Люди, которые констатируют излечение рака, 100 процентов в своей жизни что-то кардинально изменили: своё отношение к окружающему миру, к близким людям или какие-то профессиональные изменения произошли в их жизни. Они вышли из того цикла, из той циклической системы координат, которая и привела к развитию рака. Они удалили причину и, естественно, одновременно провели массивные мероприятия на конце рычага, т.е. биологии. Другого пути нет!

Ежели не делать такую колоссальную перестройку, то можно говорить только о ремиссии, об отсрочке. У рака, по сравнению с другими заболеваниями, другая активность. Почему возможно за короткий период времени увидеть все эти дежавю? У рака просто другая активность. Любое хроническое заболевание приходит к своей основе, то есть, грубо говоря, человек начинает снова болеть своим старым заболеванием, что обратно пропорционально скорости возвращения в свою прошлую жизнь, то есть обратно пропорционально скорости повторения своих предыдущих ошибок. И это все!!! **То есть чем быстрее пациент начинает жить, как он жил до этого, повторяя все свои старые ошибки, тем быстрее будет возвращаться это хроническое заболевание.** Однако поскольку надлом на организме уже произошел, то новая волна заболевания всегда окажется хуже, сильнее в обострении, чем предыдущая.

И на раке это тоже чётко прослеживается. Если посмотреть статистику онкологических заболеваний, наглядно видно: у большинства (более 70 процентов) пациентов это заболевание — не первичное. Обычный пример: если первая волна во многих случаях проявляется в доброкачественных формах рака, которые якобы излечимы, то почему-то через 5 или 7 лет обнаруживают и злокачественную форму. О чём это свидетельствует? О том, что причина однозначно не была устранена; человек начал опять попадать в тот же цикл зависимостей, в ту же систему координат, с той же удобной скоростью. Но жизнь не бывает «той же», естественные изменения происходят постоянно. И по факту, вторая и третья волны заканчиваются не просто болезненными ощущениями. Представьте, как рак теперь даёт не просто пощёчину, но наносит конкретный удар. После чего и обнаруживается, что опухоль переходит из доброкачественной в злокачественную.

То, что даёт прикладная наука, то, что я даю пациентам, те ключевые рекомендации, которые обсуждаются здесь и сейчас — это единственный способ вылечиться от рака.

ЛЮДИ, КОТОРЫЕ КОНСТАТИРУЮТ ИЗЛЕЧЕНИЕ РАКА, 100% В СВОЕЙ ЖИЗНИ ЧТО-ТО КАРДИНАЛЬНО ИЗМЕНИЛИ: ОТНОШЕНИЕ К ОКРУЖАЮЩЕМУ МИРУ, К БЛИЗКИМ ЛЮДЯМ ИЛИ КАКИЕ-ТО ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРОИЗОШЛИ В ИХ ЖИЗНИ.



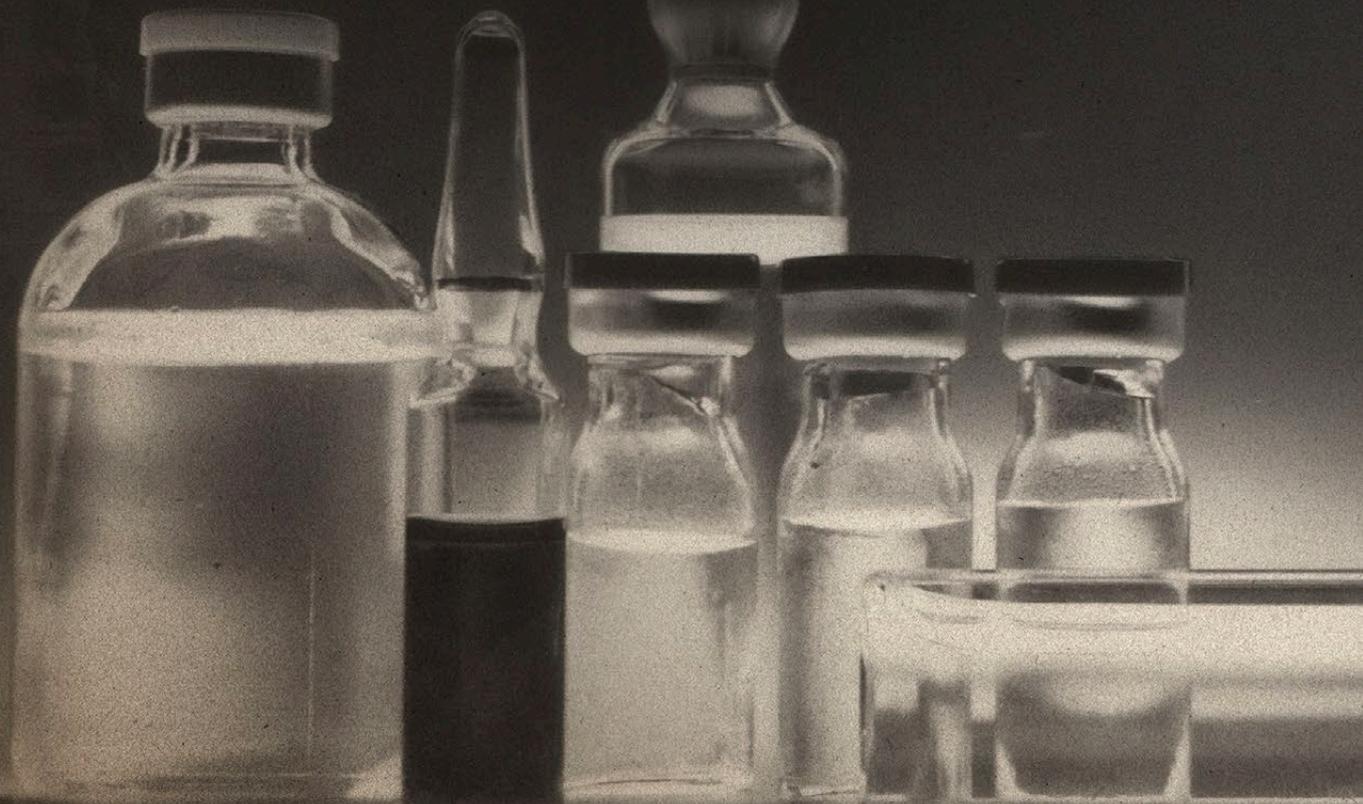
О ТОМ, КУДА СЕГОДНЯ НАПРАВЛЕНЫ УСИЛИЯ В МЕДИЦИНЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ



Последние десятилетия медицинское лечение, к сожалению, находится в плену схематичности лечения. В медицине есть схема: **причина — поражение — симптом**. Лечение, к сожалению, определяется только лечением поражения и удалением симптоматики. Поиском причины практически никто не занимается, но и нет понимания, что при воздействии причины постоянно возникает нарушение функций организма. И только эти функциональные нарушения создают потом поражения. Болезнь — это драма в двух актах. Первый акт

происходит всегда в тишине наших клеток без какого-нибудь проявления. Когда появляются боли и другие беспокоящие факторы, то мы уже находимся во втором акте. Нет локальных болезней органов. Даже панариций — это не локальная болезнь. Это всегда в целом поражение всего человека.

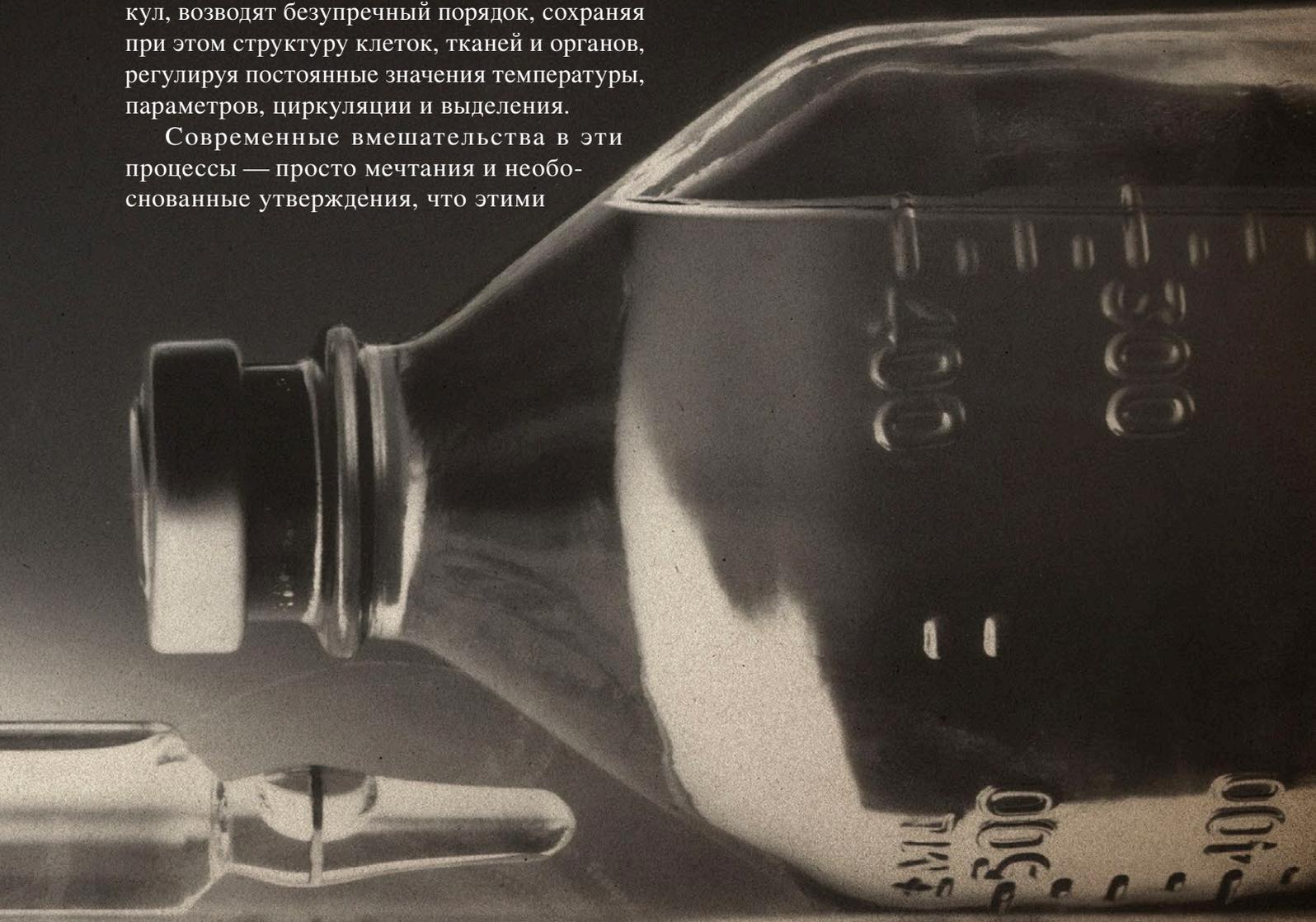
Каждое терапевтическое вмешательство является причиной малых или больших изменений в организме. Самое ограниченное терапевтическое вмешательство, будь оно даже совсем незначительным, вызывает после себя важные биологические последствия и ведет к запутанным химическим феноменам. Наша



так называемая научная медицина находится еще в детских штанишках. Ей каких-то всего сто с небольшим лет. Уже столетие мы преподаем анатомию и гистологию. Но наши «точные» анатомические знания представляют лишь понимание отдельных кирпичиков в огромной архитектуре организма. Гёте говорил, что человек — это Вселенная. Каждая живая молекула — это функциональное соединение атомов, которые взаимодействуют между собой. Совокупность всех ферментов — это огромная лаборатория, которая ежесекундно вызывает взаимодействие мельчайших частиц на площади в миллионную или миллиардную доли миллиметра. Жизненные законы направляют, упорядочивают этот хаос молекул, возводят безупречный порядок, сохраняя при этом структуру клеток, тканей и органов, регулируя постоянные значения температуры, параметров, циркуляции и выделения.

Современные вмешательства в эти процессы — просто мечтания и необоснованные утверждения, что этими

вмешательствами мы можем изменить многообразный ход жизни. Медики смогут только тогда способствовать сохранению и продлению жизни, если они будут постоянно считаться с этой мудростью жизни. Но они становятся опасны, ежели как Демиурги будут себе позволять грубыми вмешательствами корректировать проявления жизни. Я надеюсь, придет время, когда биологи, физиологи и врачи склонятся с почтением и восхищением перед мудростью нашего организма. В каждой нашей клетке Вы найдете направленный выбор, predeterminedный ритм всех биохимических реакций, который установлен раз и навсегда. Эта осознанная способность выбора является



одной из составляющей жизни. Это огромный мир саморегуляции, самоассимиляции и самовыделения. Созданные современные методы терапии слепы, они не имеют уважения к целостности нашего организма. **Жизнь — это постоянное движение процессов в клетках и между клетками. Прекращение этого движения — это смерть.** Общее нарушение внеклеточных и внутриклеточных процессов вызывает заболевание.

В медицинских трудах мы очень редко находим указания на значение саморегуляции физиологических процессов. Клиническое современное образование основывается на узкой специализации и множестве препаратов, которые с какой-то шизофренической активностью выпускаются фармакологическими компаниями на рынок. В терапии просто забыто такое понятие, как аутофармакология. 100 лет назад французский врач Труссо проделал один эксперимент: в течение года 50 процентам своих больных, страдающих одной и той же

“ **ЕСЛИ ДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТЬ, С КОТОРОЙ МЫ РАБОТАЕМ, ПРОТИВОПОЛОЖНА ГОСПОДСТВУЮЩЕЙ ТЕОРИИ, ТО СЛЕДУЕТ ОБРАТИТЬ ВНИМАНИЕ НА ДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТЬ И ОТКИНУТЬ ТЕОРИЮ, ДАЖЕ ЕСЛИ ЭТА ТЕОРИЯ ОСНОВЫВАЕТСЯ НА ВЕЛИКИХ ИМЕНАХ И ПРИЗНАНА ВСЕМИ.**

Клод Бернар

болезнью, он давал фармакологические лекарства, а другой половине пациентов не давал их. Процент выздоровления в обеих группах был одинаковым. Это не призыв отказаться от препаратов, это повод к размышлению, что наш организм обладает огромной силой саморегуляции и наши силы и препараты должны быть направлены на помощь организму, а не на замещение его функций. Бельгийский физиолог Леон Фредерик сказал: *«У любого существа нарушение само по себе вызывает активную функцию компенсаторного аппарата, который нейтрализует и ремонтирует любое повреждение, наша цель — только усилить это и поддержать эту деятельность.»* Чтобы приблизиться к вопросам выздоровления, нужно пересматривать клиническое мышление и направлять его в рамки поддержания саморегуляции нашего организма.

Кризис медицины является логическим следствием общего кризиса. Ежели дерево болеет, болят все его ветви. Никто не стремится учиться мышлению и передавать студентам необходимые логические тренировки. Память врача на сегодняшний день нагружается бесполезными знаниями и множеством шаблонных однотипных схем. Каждая попытка думать самостоятельно воспринимается как ересь. Отсутствует научный взгляд, который всегда должен быть неудовлетворенным в движении, всегда должен глубоко разбираться в каждом подходе, а не просто это отвергать, потому что это не укладывается в призму существующих догматов. Тем самым будет создан научный фильтр, через который будут просеиваться ошибки. Каждое научное объяснение должно быть настолько ясным и простым, чтобы его мог понять любой человек. Против хрониче-



ских заболеваний наша современная медицина, несмотря на так называемые ее великие достижения, практически бессильна. Разве в наш век прогресса не растет количество дегенерационных заболеваний, увеличивается число гипертоников, больше больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, больше случаев подтверждения злокачественных опухолей, многократно увеличились аллергические заболевания. И это, господа, проза жизни. Можно, конечно, себя и дальше гипнотизировать, но от этого ничего не изменится.

Ежели врач не способен отдать должное защитным силам организма, то он, к сожалению, не способен правильно оценить значение своих предписаний. Нужно стремиться восстанавливать собственную работу нашего организма. Следует забыть названия отдельных болезней, а вместо этого наладить комплексный баланс дыхания клетки кровообращения ассимиляции и диссимиляции. В протоплазме клетки постоянно происходят ферментативные реакции. Эти реакции происходят на площади 200 га. Это соответствует поверхности развернутой протоплазмы клеток человека. Все это имеет физико-химическую организацию. Без блокировки внутриклеточных процессов и нарушения работы межклеточного вещества не возникает никакой болезни. Клетка голодна, она хочет пить, ей не хватает кислорода. Каждая клетка — это микромозг, микролёгкое, микропочка, микроэлектроцентр. Каждая клетка — это оборонительная саморегулирующаяся система. **Наш организм, с одной стороны, хрупок, а с другой стороны — это мощнейшая машина. Излечить заболевание — это отладить уже существующий механизм.**

Рассмотрим такой пример: в 1886 году был основан один из первых институтов исследования и терапии рака. С тех пор прошло более 130 лет и в мире теперь открыто более 500 институтов рака. В каждой стране имеются объединения по борьбе против рака. Каждый год онкологи объединяются на торжественные конгрессы, чтобы подвести баланс своих исследований. Результат после 130 лет исследований практически нулевой. Почему мы имеем такую неудачу? Причина очень проста. Всегда проводились исследования, которые направлены на уничтожение раковой клетки, на ее обезвреживание. Ежели мы посвящаем себя

методам убийства, то это не биология, это некрология. Если пытаться получить только цитостаз, некроз, снизить митоз, не думая о том, чтобы отремонтировать, отладить метаболизм внутри клетки и мобилизовать в области раковых клеток все защитные силы организма и наладить удаление некротических шлаков, то ни о какой рациональной терапии рака не может быть и речи. Попытки найти какой-то специфический «яд» для опухолевой ткани является бесплодным и остается таким на протяжении 130 лет.

Никогда не забывайте слова Гиппократа *Medikus curat — Natura sanat. Врач лечит, природа излечивает.* Необходимо идти по силе природы.

Автор: Гудкин Леонид Маркович, Председатель научного Медицинского общества; научный сотрудник Института «Памяти», врач, клинический психолог, директор «Новый Иерусалим» (г. Мюнхен)



ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ ИЛИ «BURN-OUT» ЭФФЕКТ

О причинах



ВНИИ «Международное Судьбоаналитическое Сообщество» совместно с Институтом Памяти под руководством учёного, академика EUASU Олега Викторовича Мальцева проходят исследования, посвящённые психологии профессии и профессионального ориентирования. Исследования производятся на стыке наук — от прикладной психологии Мартина Ахтниха и Липота Сонди — до социальной антропологии, философии, криминалистики и пр.

Вклад Мартина Ахтниха, пожалуй, по достоинству можно назвать исключительно ценным: его тест профессионального ориентирования, — это валидный проективный тест, дающий надёжные результаты относительно оценки потенциала человека

” ЧЕЛОВЕК МОЖЕТ ПОСТАРЕТЬ ДЛЯ ПРОФЕССИИ УЖЕ В 23 ГОДА

и прогноз профессии, в которой человек точно реализуется с максимальной скоростью и минимальным сопротивлением.

Во время исследования под руководством О. Мальцева в 2020 г. уже были сопоставлены разного рода профессии на основании логики и подхода ученого, психолога, специалиста в профессиональном ориентировании М. Ахтниха, в результате чего была выведена классификация, согласно которой всего типологически существует четыре (4) вида профессии, определяющие вектор профессионального становления и перспективы самореализации.

В данном отчёте речь пойдёт о том, по каким причинам и каким образом индивид осуществляет профессиональный переход, то есть меняет одну профессию (ключевую на текущий момент) на другую.



Для понимания такого рода причин прибегнем к простой логической модели. Давайте представим, что существует некая «**капсула профессии**», в которой содержится определенная субстанция. Другими словами, мы могли бы этот механизм представить в виде топливного бака, в котором находится субстанция — бензин. В случае, если капсула опустошается, человек стареет для этой профессии. И заполниться данная капсула вновь может только при условии перезарядки человека на следующую профессию.

Приведем несколько примеров. Женщина, вышедшая замуж в 18 лет, в большинстве случаев уже «постарела» для многих профессий, поскольку ее внимание и силы сосредоточены в иной плоскости: с момента замужества у нее существуют другие обязанности, в частности, воспитание детей, домашний быт и прочее — по сути, другие заботы, интересы и иная жизнь. Такая женщина уже постарела для деятельности, о которой ранее, вероятно, мечтала и выработала другую профессиональную капсулу. Заметим также, что в силу нестабильной экономической обстановки в 21 веке нередко молодых женщин, у которых есть маленькие дети, не хотят брать на работу.

Сама по себе капсула как механизм существует в любой профессии;

и что немаловажно — у каждой профессии существует своя субстанция, отличная от любой другой по качеству. Субстанция эта не статична. Она расходуется в процессе деятельности, поэтому содержимое капсулы всегда можно «перезарядить», но об этом, безусловно никто не задумывается, поскольку не знает, как это сделать.

Помимо «**капсулы профессии**», существует вторая система, она называется, «**социальная капсула**». Это придуманная система, изобретенная капсула, которая по составу и качеству совершенно другая, отличная от первой капсулы.

«**Социальная капсула**» может выражаться по-разному: общественная деятельность, семья, хобби и т.д. — по сути, в виде любой системы, на которую человек рассчитывает, на которую опирается, ожидая поддержку в момент сложностей, конфликтов, жизненных барьеров, препятствий, неудач и пр.



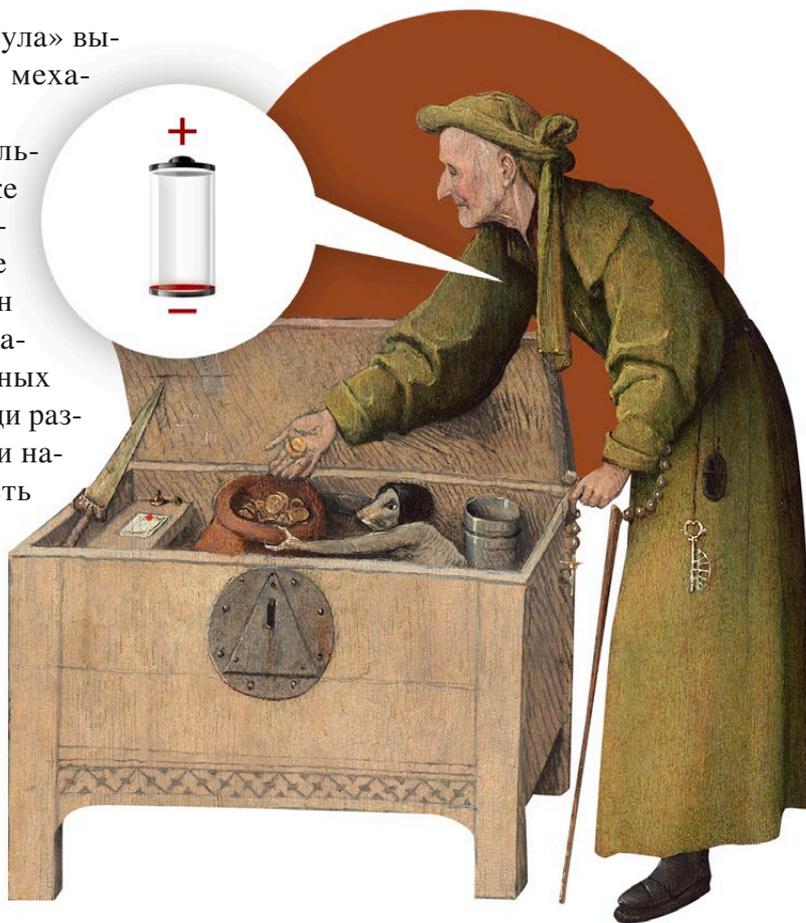
Принципиально «социальная капсула» выступает для человека защитным механизмом.

Что полезно понимать: социальная капсула имеет точно такой же механизм выработки, как и капсула профессиональная. Содержимое социальной капсулы, словно бензин в топливном баке, тоже «прогорает», что проявляется в виде банальных жизненных происшествий: так, люди разводятся, семьи распадаются, хобби надоедает, общественная деятельность конечна и т. д.

Субстанция социальной капсулы также вырабатывается. К примеру, у женщины социальная капсула вырабатывается в тот момент времени, когда у неё вырастают дети и «уходят из дома» (начинают самостоятельную жизнь). В этот период она полагает (или «чувствует») что стала не нужной, не востребованной и даже старой для любой профессии. Такого рода мышление свидетельствует о том, что «бак» социальной капсулы опустошен, что содержимое выработано. Что происходит далее? Обыкновенно человек начинает искать себя и свое призвание в чем-то другом, и в том случае, если ответ на вопрос «как быть \ что делать далее» не находит, попадает в тупик.

Для осуществления перехода индивида от профессии к профессии, ему для другой профессии требуются совершенно иные навыки. А для этого, безусловно, полезно освоить другие навыки, но если человек этого делать не умеет — по этой причине капсула не перезаряжается. В силу этого человек не может поменять профессию и продолжает заниматься тем, чем занимался, и будет так действовать до тех пор, пока капсула вообще до конца не опустошится, потому как новых навыков обрести не может и обучить себя сам не может.

И смысл происходящего заключается в том, что капсулу перезаряжает только приобретение новых навыков! В случае, если человек сам себя обучить не способен, соответственно, он не может перезарядить содержимое профессиональной капсулы. По сути, в этот момент человеку важно начать



осваивать новую профессию. Нет новой профессии — не задействуется и механизм перезарядки капсулы.

КРАТКО ПОДВЕДЕМ ИТОГ

Существуют две капсулы: одна капсула — **профессиональная**, другая — **социальная**. На логической модели данные капсулы их возможно представить как два бензобака. В случае, если содержимое капсулы профессии выработано (бензин израсходован), человек придумывает в противовес социальную капсулу. Например, если человек не востребован в профессии, полагает, что «он никому не нужен», он впоследствии начинает устраивать свою социальную жизнь: заводит новых друзей, создает семью. Если и это человеку не удастся, он, например, заводит себе животных, чтобы быть «хотя бы кому-то нужным и востребованным».

И даже при таком стечении обстоятельств человеку может казаться, что он способен еще многое сделать в своей жизни, но на самом деле если обе капсулы разряжены, далее следует разрушение механизмов психики личности (защитные механизмы психики, предохраня-

тели сознания и пр.). Однако, вне зависимости от возраста, пола, предпочтений, образования и т.п. перезарядить капсулу ВСЕГДА может только новая профессия.

Логическая схема может быть описана так: новое дело — полный бак, новое исследование — перезагрузка капсулы, новая тема — перезарядка капсулы. Почему так? Дело в том, что человек в момент освоения нового навыка и перехода к новому профессиональному этапу жизни становится эффективным, более сильным и также социально востребованным — в нем начинают нуждаться в силу его навыков. И у такого человека нет необходимости создавать себе какую-либо социальную капсулу, он и так может управляемо решать задачи в качестве эксперта и одновременно быть

достойным отцом, дедушкой и примером для других.

Данный фрагмент научно-практического отчета знакомит с понятиями профессиональная и социальная капсула, а также с ключевыми механизмами их образования. Знание логики срабатывания капсул способствует профессиональной объективности и важно для разрешения вопроса собственной эффективности. С точки зрения того, каким именно образом качественно и быстро научиться самостоятельно перезаряжать содержимое данных капсул, рекомендуем следить за ходом текущего научного исследования психологии М. Ахтниха в 2021 году, результаты которого будут опубликованы на сайте Медицинского научного сообщества.



ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА: РЕФЕРАТИВНЫЙ ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ПЕРСПЕКТИВЫ



АННОТАЦИЯ

Авторы, исходя из анализа методологии и практики подготовки специалистов по психологической медицине из ведущих университетов ЕС и США, представляют реферативный обзор современных исследований.

Проанализированы предметное поле психологической медицины, как, прежде всего, медицинской специальности, построенной на интеграции исследований в ключевые области: психологии, биологии, биохимии и фармако-

логии. Психологическая медицина рассматривается в контексте связей с психологией и неврологией. Рассматривается проблема положительной психологической медицины в контексте усиления человеческого капитала организаций. Проанализированы исследования, которые определяют ведущее влияние психологической дисциплины на будущее психиатрии.

Актуализируется вопрос «неудовлетворённой психиатрической потребности». Обобщены



АВТОРЫ:***М. М. Матяш***

Заведующий кафедрой общей и медицинской психологии Национального медицинского университета имени А. В. Богомольца, председатель Ассоциации по медицинской и психологической реабилитации, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач Украины.

В. Е. Лунёв

Доцент кафедры общей и медицинской психологии Национального медицинского университета имени А. В. Богомольца, кандидат психологических наук, доцент, член АРА, ААСР, WFMH.

исследования о месте фармацевтической психиатрии, рассматриваются вопросы концептуализации психологической медицины как клинического применения психосоматического подхода. Авторы указывают связи психологической медицины с медицинской этикой, гуманистической и нравственной природы психологической медицины. В статье также рассматриваются вопросы подготовки специалистов и ученых в сфере психологической медицины.

Ключевые слова: психологическая медицина, психосоматическая медицина, психоневрология, подготовка врачей-психологов.

ВВЕДЕНИЕ

В исследовании авторы обратились к практике реферативного разведывательного анализа исследований проблематики **психологической медицины** по материалам статей из рецензируемых периодических изданий.

По мнению Кгоенке К. (2002) значимость непосредственно психологической медицины объясняется распространенностью симптомов, условно говоря, «непонятных» якобы, размытой и неопределённой картиной заболеваний (по крайней мере треть этих симптомов остается непонятной, учитывая сугубо субъективные интерпретации).

Цель исследования заключается в анализе предметного поля, методологии и практики

подготовки специалистов по психологической медицины.

ИЗЛОЖЕНИЕ ОСНОВНОГО МАТЕРИАЛА

D'Souza, R., & De Sousa, A. (2018) определяют предметное поле психологической медицины. По их мнению психологическая медицина обеспечивает процессы диагностики, лечения психических заболеваний и эмоциональных проблем. Психологическая медицина рассматривается как междисциплинарная медицинская специальность, базирующаяся на исследованиях нейронаук, психологии, медицины, биологии, биохимии и фармакологии. Кроме того психологическая медицина признается определенным «посредником» между неврологией и психологией. Однако, в отличие от других врачей и неврологов, по мнению D'Souza, R., & De Sousa, A., именно специалисты по психологической медицине сделали вклад в обогащение экспертных знаний, актуальных для применения разного уровня методов психотерапии и прочих терапевтических подходов к коммуникации.

Указанные положения раскрывают релевантность прикладных аспектов психологической медицины. Авторы заверяют, что отрасль практической психологической медицины расширяется от диагностики и управления психологическими расстройствами на рабочем месте — до позитивной психологической медицины, эффект которой усиливает человеческий капитал организаций. Указанный тезис выступает крайне актуальным для украинского общества. Sharpe, M. (2014) рассматривает психологическую медицину в тесной связи с будущим психиатрии. Автор делает акцент на том, что психологическая дисциплина преследует целью интегрировать психиатрию в прочие сферы медицины, что в свою очередь является достаточно важным шагом, в частности, для «выживания» психиатрии как медицинской дисциплины. Sharpe, M. акцентирует внимание на семи вызовах, которые должна решить психологическая медицина.

Во-первых, это конкретизация сфер деятельности, направленных на разрешение вопросов, связанных с «неудовлетворённой психиатрической потребностью» по четырём основным направлениям:

- А) по улучшению психиатрических и медицинских результатов пациентов;
- В) по увеличению кругозора и опыта пациента относительно предоставлении медицинской помощи;
- С) обеспечению безопасности пациентов;
- Д) содействию повышению общей эффективности фармацевтических препаратов.

Во-вторых, вызов, определённый предостережениями относительно чрезмерной субспециализации.

В-третьих, требуется более творческий подход к организации и системному управлению предоставлением услуг; в частности, необходимо разработать модели обеспечения, пересекающих традиционные границы доверия.

В-четвёртых, интеграция предметного поля психологической медицины (сестринская помощь, терапия боли, паллиативная медицина).

В-пятых, психологическая медицина должна выходить за пределы первичной медицинской помощи, чтобы улучшить управление ходом выздоровления (касается психиатрических и сопутствующих им хроническим заболеваниям).

В-шестых, четкое определение устойчивых механизмов финансирования.

В-седьмых, современные исследования для информирования, оценки инновационных нововведений и моделей предоставления услуг психологической медицины.

Fava, G.A. (2009) осмысливает важный вопрос об упадке фармацевтической психиатрии и растущей роли психологической медицины. В основе предлагаемого автором подхода — использование мультидисциплинарного подхода, акцент на психотерапевтических стратегиях, ведущих к самоуправлению, интеграция различных способов лечения и независимость от фармацевтической отрасли. **Концепция психологической медицины, определена Fava, G.A. как клиническое применение психосоматического подхода.**

Автор отмечает, что в настоящее время термин «психологическая медицина» используется с различным значением, особенно в Великобритании. Кроенке К. предлагает понимание психологической медицины как «изучения и практики психологических

аспектов медицинского оценки и лечения». Это определение психологической медицины существенно совпадает с определением психосоматической медицины, более распространённого за пределами Великобритании. Оба определения психологической медицины, по мнению Fava, G.A., подчёркивают роль психиатрии в общей медицине, а не наоборот, в отличие от психосоматической медицины. Джон Райл, один из величайших врачей прошлого века, утверждал, что половина практической медицины — это фактически психология. Райл рассматривал психологическую медицину не как медицинскую специальность, а как некую линию продолжения психологического призвания врача.

Интересен подход W. Clare Anthony, который указывает на раскол между психологическим и биологическим аспектам медицины. Этот процесс начался с подъёмом развитии психиатрии как специальности, и психиатриче-



ского отделения как её основного воплощения. К сожалению, научное сообщество до сих пор зависимо от декартовой логики «поиск различий»: между биологическим и психологическим, функциональным и органическим, психическим и физическим, реальным и воображаемым.

Психологическая медицина была неразрывно связана с медицинской этикой и обязательствами врачей перед пациентами, обществом, коллегами и наукой. В 1976 г. Халстед Холман выступил против усиления редукционизма, пренебрегающего воздействием небιологических обстоятельств на биологические процессы. Замечания Холмана послужили ключевым посылом, вдохновившем автора статьи 1977 г. о биопсихосоциальной модели Джорджа Энгеля.

Однако, по мнению Fava G. A., без должного внимания остаются три инновационных аспекта концепции психологической медицины, которая действительно рассматривались еще в группе Рочестера (Rochester).

- **Первый аспект** — указывает на опасную связь между медицинским редукционизмом, финансовыми аспектами медицинских исследований и практики, которые позже могли бы оказаться в зоне конфликта интересов.
- **Второй аспект** — унифицированная концепция здоровья и болезней. Здоровье часто расценивают как «отсутствие болезней», несмотря на то, что 50 лет назад Всемирная организация охраны здоровья определила здоровье как «состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или немощи».
- **Третий аспект** — все заболевания, независимо от того, относятся ли они к медицинской, хирургической или психиатрической сферам, требует комплексного и многопрофильного подхода.

Концепция психологической медицины заключается в клиническом применении психосоматического подхода. Согласно модели психического здоровья Fava G. A., психологическая медицина реализует задачи на практике посредством специалистов — «мультидисциплинарной бригады», состоящей из психиатра, интерна и четырех клинических психотера-

певтов, которые могут оказать психотерапию (изначально выдерживающую аргументы) после первичной оценки клинического случая психиатром. По мнению цитируемого автора, окончательная характеристика психологической медицины заключается в её гуманистической и этической природе.

Следует согласиться, что именно клиническая реализация психосоматического подхода требует особого методологического анализа. Так, Figueira, M.L., & Ouakinin, S. (2008) предлагают решения методологических вопросов путём критического осмысления категорий «психосоматическая медицина», «психологическая медицина» и «психонейроиммунология». Поэтому, как заверяют авторы, возникает потребность в новой теоретической парадигме, которая предусматривает интеграцию внешних факторов (экологических) и отдельных детерминант устойчивости / уязвимости психологического, эндокринного или нейроиммунологического характера. Последний тезис, по нашему мнению, раскрывает перспективы в ключе уточнения содержания профессиональной подготовки врачей-психологов, начиная с изменения парадигмы преподавания курса «Общая психология», которая, чрезмерно психофизиологизирована (школа Павлова, деятельностный подход и пр.) и потому игнорирует достижения нейрпсихологии, психо-нейро-эндокринологии, а следовательно, не имеет связи с психосоматической медициной и психологической медициной.

Последняя статья Walker, J., Burke, K., Toynbee, M., van Niekerk, M., Frost, C., Magill, N. ... Sharpe, M. (2019) по результатам сравнения применения проактивной **психологической медицины** в практике обычной медицинской помощи осветила следующие важные тезисы. Прежде всего, указано, что неумение эффективно управлять психологическими и социальными аспектами болезни является весомой причиной длительного пребывания пациента в больнице. Авторы разработали новую модель медицинского сопровождения под названием «**Проактивная психологическая медицина**» (ППМ) которая имеет целью решить ограничения существующих подходов:

А) она (ППМ) является активной в отношении всех принятых пациентов (опираясь

на опыт проактивной психиатрической консультационной службы, стартовавшей в больнице Йель Ньюхавен в США);

- В) она применяет биопсихосоциальный подход;
- С) она обеспечивает интенсивный вклад в уход за пациентом, чему способствует всесторонняя оценка консультантов и врачей дневного наблюдения;
- Д) она выступает интегрированной системой, при этом клиницисты, работающие с ППМ, являются членами расширенного медицинского коллектива.

Во-вторых, указывается, что проактивная психологическая медицина (ППМ) — это новый способ предоставления услуг психиатрии пациентам. ППМ является активной, концентрированной, интенсивной и интегрированной составляющей медицинской помощи, и главной целью ППМ — сокращение времени, которое люди старшего возраста проводят в больнице ввиду неуправляемых психологических и социальных проблем. ППМ определяет первичный результат — количество стационарных дней, проведенных в общей больнице за месяц (30 дней) после рандомизации. Вторичные результаты для каждого участника (измеряются в период 1–3 месяца) включают такие параметры как: качество жизни, независимое функционирование, симптомы тревоги и депрессии, когнитивные функции и опыт их пребывания в больнице.



Рассмотрим вопрос профессиональной подготовки в области психологической медицины, которая, по мнению авторов статьи, может быть эффективно реализована в программах подготовки непосредственно врачей-психологов.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА НА ДОДИПЛОМНОГО УРОВНЕ

Проблематика психологической медицины рассматривается в ключе вопросов профессиональной подготовки специалистов, содержание которой уместно экстраполировать на содержание программы подготовки врачей-психологов в Украине. Rikard-Bell, C., & Woolley, T. (2018) рассматривают этот вопрос на предмет соответствия с потребностями психического здоровья местного региона и компетенциями выпускников по направлению психологической медицины. Мы таковой подход считаем крайне актуальным, в связи с определенной «географией» болезней как в клинике соматогений, так и психического здоровья.

Так, например, в Медицинской школе университета Джеймса Кука (JCU) пересмотрен учебный модуль о развитии и поведении человека, на предмет актуальности, практичности и большей согласованности с приоритетами психического здоровья местного региона (север Квинсленда) и предложен курс «Психологическая медицина и развитие человека» (ПМРЛ). На выборке студентов медицинских курсов, которые приступили к практике после ПМРЛ установлено, что по сравнению со студентами, которые не проходили курс по ПМРЛ, студенты значительно чаще сообщали, что в практической деятельности чувствуют себя комфортно: в частности, при подготовке к обсуждению вопросов психического здоровья с пациентами ($P < 0,001$); и, собственно, при самом обсуждении вопросов психического здоровья с пациентом ($P < 0,001$). Авторы предложили новую методологию преподавания психологической медицины, с содержанием которой можно ознакомиться в цитируемой статье.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА НА ПОСЛЕДИПЛОМНОМ УРОВНЕ

Что получают врачи первой медицинской помощи в ходе последиplomного курса психологической медицины? Собственно, ответу на этот вопрос посвящено исследование груп-

пы учёных Lam, T.P., Goldberg, D., Tse, E.Y.Y., Lam, K.F., Mak, K.Y., & Lam, E.W.W. (2011). Как свидетельствуют результаты исследования, большинство респондентов были уверены в диагностировании (96,9%) и решении (97,0%) общенных психических проблем после курса психологической медицины. Большинство выпускников изменили свой подход, уделяя больше внимания и сопереживания к пациентам с психическими проблемами. Процент респондентов, у которых стало достаточно времени для лечения этих пациентов, увеличился с 55,8% к 72,1%. Среднее количество пациентов с проблемами психического здоровья, наблюдение за которыми осуществлялось в течение недели, находившихся в пределах 3–6 ранее, и выросло до 7–10 недель после курса. Доля респондентов, уверенных в принятии соответствующих направлений, выросла с 72,8% к 97,0%, тогда как количество обращений к психиатрам значительно сократилось.

Предлагаем ознакомиться с содержанием курса психологической медицины (**авторский коллектив** Lam, T.P., Goldberg, D., Tse, E.Y.Y., Lam, K.F., Mak, K.Y., & Lam, E.W.W., 2011).

Цель: получение знаний, описывающих психологические проблемы с конкретными ссылками на их диагностику и управление.

Содержание. Двадцать семинаров на темы, касающиеся общих психологических проблем и психотерапии:

- обзор и навыки собеседования;
- стрессовые расстройства;
- тревожные расстройства — паника и фобические нарушения;
- тревожные расстройства — обсессивно-компульсивное и др. связанные расстройства;
- расстройства настроения, включая биполярное расстройство;
- расстройства сна;
- расстройства питания; сексуальные расстройства;
- соматоформные расстройства;
- наркомания, в том числе, алкоголизм; психотические расстройства;
- разлом личности;
- психические расстройства у женщин;
- детская и подростковая психиатрия;
- психогетриатрия;
- основы психофармакотерапии;

- психотерапия — поведенческая;
- психотерапия — когнитивно-поведенческая;
- психотерапия — поддержка и консультирование;
- кризисное вмешательство и самоубийство.

Клиническое приложение: восемь сессий — обсуждение клинических случаев. Работа в группах. Студенты присоединяются к клиническим подразделениям больниц. Семь учебных занятий у клинических специалистов.

Для клинической подготовки студенты присоединяются к психиатрическим и первичным медицинским клиникам и реабилитационным заведениям.

ПРИКЛАДНАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

D»Souza, R., & De Sousa, A., предлагают следующее содержание дисциплины организационной **психологической медицины**, которая должна строиться именно на нейронаучном подходе, и раскрывать перспективы ниже обозначенных направлениям (проецируем некоторые из них, смысловой перевод представлен авторами статьи):

1. Увеличение человеческого потенциала организации на основании принципов позитивной психиатрии.
2. Стойкость человека.
3. Профилактическая психологическая медицина — предотвращение психопатологических последствий в человеческом капитале организаций.
4. Признание и управления психопатологическими последствиями, возникающими на рабочем месте и вне человеческого капитала организаций.
5. Повышение потенциала человеческого капитала организации на фундаменте достижений нейронаук, позитивной психиатрии, динамических психологических принципов, принципов управления, квантовой физики и принципов духовной философии.
6. Максимизация потенциала практики и результатов, влияющих на организационное творчество и предпринимательство.
7. Научные программы, основанные на доказательствах, для совершенствования применения имеющихся дискреционных усилий и моделей поведения.

8. Предложение программ общественного управления человеческим капиталом и оптимизация поведения в организации.
9. Использование нейронаучных программ для повышения человеческого капитала в интеллекте, выносливости, корректирующих с условиями деятельности, что приводит к улучшению навыков человека.
10. Предупреждение психологических патологий в человеческом капитале организации.
11. Программы, идентифицирующие и предлагают профилактику психопатологических последствий, в частности, сопутствующих проблем — таких как деморализация, сложное обучение, усталость от занятий и выгорания.
12. Предотвращение психопатологических последствий обеспечивает защиту от негативного влияния на личностный, физический, психологический и социальный статус человека, защита личности.
13. Консультации и информационно-юридическое сопровождение руководства организаций по программам и обучению, с целью предотвращения психопатологических результатов среди человеческого капитала в организациях.
14. Учебные программы психопатологии для менеджмента по раннему выявлению, с целью минимизации негативных результатов.
15. Знания о принципах реабилитационных программ — возвращение к учебным программам на рабочем месте. Программы предотвращения рецидива и устойчивости для человеческого капитала организаций.

ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Наш реферативный анализ привел к многочисленным информационным ресурсам и рецензируемым изданиям, крайне соотносящихся с проблемой научной и профессиональной подготовки специалистов по психологической медицине. В частности, это касается:

- журнала «Psychological Medicine» (издатель Cambridge University Press);

Психологические журналы

- «Indian Journal of Psychological Medicine»;
- «Translational Behavioral Medicine»;
- «Health Psychology and Behavioral Medicine»;

- «Journal of Psychological Medicine and Mental Pathology»;
- «Andhra Pradesh Journal of Psychological Medicine»;
- «Journal of Clinical Psychological Medicine»;
- «PhD Researcher publishes in Psychological Medicine Journal»;
- и другие издания.

Кроме того, мировая практика предусматривает подготовку по психологической медицине на уровне магистерских и докторских программ. Интересным в этом отношении является опыт Department of Psychological Medicine at King's College London, программа «Психологическая медицина и клинические нейронауки» (Cardiff University), магистратуры по психологической медицине — курс после 4 года — это клиническая программа при Медицинском факультете Университета Малайзии, так же магистратуры по психологической медицине Университета Гонконга и многие другие. Интеграция современной украинской медицины требует учета соответствующих программ в совершенствовании содержания подготовки врачей-психологов как на стадии додипломного, так и последипломного образования, а также непосредственно в их научной деятельности.

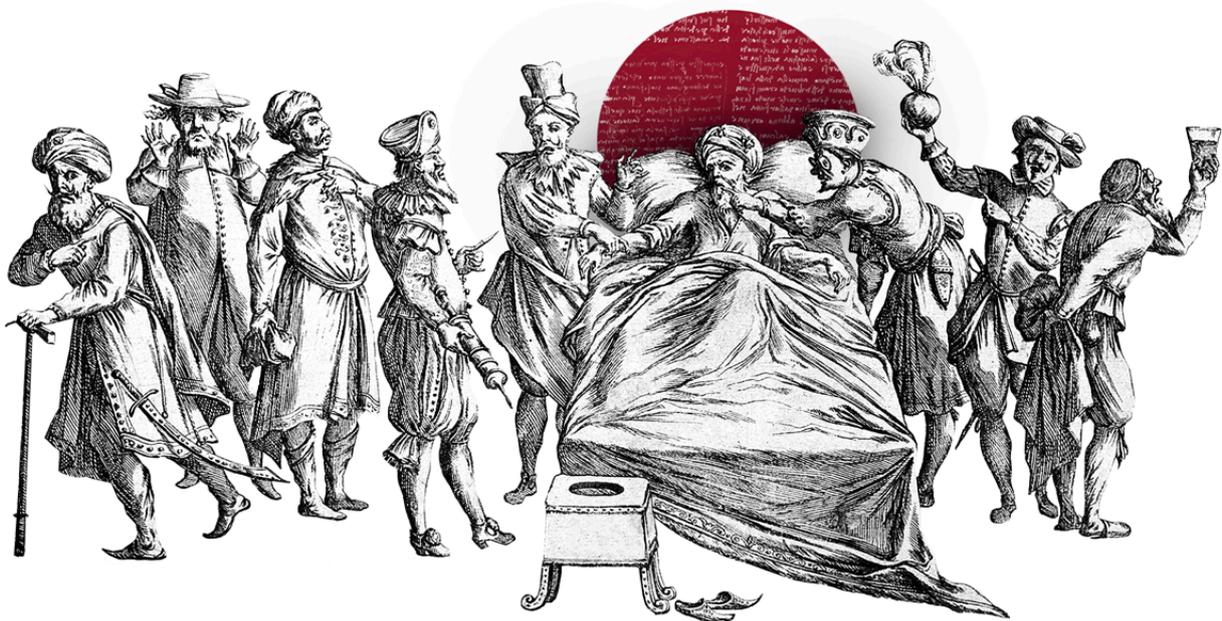
ВЫВОДЫ

Выявлено, что психологическая медицина в мировой практике медицинской и психологической помощи выступает достаточно автономным направлением в интеграции достижений психосоматической медицины, психоневрологии, психологии и профессиональной этики. Достижения и наработки в сфере психологической медицины раскрывают перспективы уточнения содержания профессиональной подготовки врачей-психологов в Украине.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. D'Souza, R., & De Sousa, A. (2018). Organisational psychological medicine: an upcoming branch of psychological medicine. *Open Journal of Psychiatry & Allied Sciences*, 9(1), 1–2. <https://doi.org/10.5958/2394-2061.2018.00018.6>
2. Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196:129–136.

3. Engel, G.L. (1987). Physician-scientists and scientific physicians. *Am J Med*;82:107–111.
4. Engel, G.L. (1960). A unified concept of health and disease. *Persp Biol Med*;3:459–484.
5. Fava, G.A., Sonino, N (2005). The clinical domains of psychosomatic medicine. *J Clin Psychiatry*, 66, 849–858.
6. Figueira, M. L., & Ouakinin, S. (2008). From psychosomatic to psychological medicine: What's the future? *Current Opinion in Psychiatry*, 21(4), 412–416. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328300c731>
7. Fava, G. A. (2009). The decline of pharmaceutical psychiatry and the increasing role of psychological medicine. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(4), 220–227. <https://doi.org/10.1159/000214443>
8. Holman, H.R. (1976). The 'excellence' deception in medicine. *Hosp Pract*, 11:11–21.
9. Kroenke, K. (2001). Studying symptoms: sampling and measurement issues. *Ann Intern Med*, 134:844–855.
10. Kroenke, K (2002). Psychological medicine: integrating psychological care into general medical practice. *BMJ* 324:1536–1537.
11. Lam, T. P., Goldberg, D., Tse, E. Y. Y., Lam, K. F., Mak, K. Y., & Lam, E. W. W. (2011). What do primary care doctors get out of a year-long postgraduate course in community psychological medicine. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 42(2), 133–149. <https://doi.org/10.2190/PM.42.2.c>
12. Quick, J.C. (1999). Occupational health psychology: the convergence of health and clinical psychology with public health and preventive medicine in an organizational context. *Prof Psychol Res Pract*, 30, 123–33.
13. Reid, S., Wessely, S., Crayford, T., Hotopf, M. (2001). Medically unexplained symptoms in frequent attenders of secondary health care: retrospective cohort study. *BMJ*, 322:1–4.
14. Ryle, J.A. (1935). The Hippocratic ideal. *Lancet*, ii:1263–1268.
15. Ryle, J.A. (1948). *Changing Disciplines: Lectures on the History, Method and Motives of Social Pathology*. London, Oxford University Press.
16. Rikard-Bell, C., & Woolley, T. (2018). Aligning an undergraduate psychological medicine subject with the mental health needs of the local region. *BMC Medical Education*, 18(1), 118. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1192-4>
17. Sharpe, M. (2014). Psychological medicine and the future of psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 204(02), 91–92. doi:10.1192/bjp.bp.113.132894
18. Sivik T, Schoenfeld R. Psychosomatology as a theoretical paradigm of modern psychosomatic medicine. *Int Congr Ser 2006*; 1287:23–28.
19. Walker, J., Burke, K., Toynbee, M., van Niekerk, M., Frost, C., Magill, N., ... Sharpe, M. (2019). The HOME Study: study protocol for a randomised controlled trial comparing the addition of Proactive Psychological Medicine to usual care, with usual care alone, on the time spent in hospital by older acute hospital inpatients. *Trials*, 20(1), 483. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3502-5>



«ЧЕЛОВЕК-РАСТЕНИЕ»

— идеальный курьер современного мира



К сожалению, человек, который рождается в современном мире со сложившимися в нем социальными условиями, почти в ста процентах обречен на жизнь, подобную неизвестной полосе препятствий. Так, через каждые сто метров он вынуждено сталкивает-

ся с препятствиями; иные кажутся непреодолимыми, а некоторые — действительно становятся фатальными. Взаимодействие лиц в современном обществе, в отличие от средневековья или еще более раннего периода существования человечества, базируется на законах и общепринятых моральных принципах, которые в значительной степени ограждают че-



ловека от какого-либо произвола, посягательств на его жизнь, достоинство, имущество либо иного воздействия. Это, с одной стороны, считается значимым достижением человечества, поскольку отношения между людьми строятся на гуманных началах, но, с другой стороны, в этом мире всё можно довести до абсурда, что и играет с человечеством злую шутку.

В современном мире все устроено таким образом (стечение ли череды обстоятельств или намеренное выстраивание определенных социальных условий), что человек, стартуя, очень быстро оказывается на скамейке запасных и ему очень повезет, если все же удастся еще раз выйти «на поле» и сыграть. В подавляющем большинстве, игрок оказывается в запасных надолго, возможно, и навсегда.

Что же с человеком делают или не делают с первых лет жизни, обрекая влачить жалкое существование? Во-первых, с медицинской точки зрения, ему не объясняют «кто такой человек». Что человек — существо не только биологическое, но и социальное. Что он живет в некой среде, с которой нужно взаимодействовать, а она, в свою очередь, оказывает влияние на него — и с этим тоже требуется уметь справляться. Человека в современной медицине принято рассматривать как некий набор различных систем, которые существуют автономно друг от друга. И никто не объясняет, как они взаимосвязаны между собой и что это единое целое.

По аналогии это выглядит тождественно тому, как если человеческую конструкцию представить в виде автомобиля. Человек рождается и получает в свое распоряжение автомобиль последней марки в виде человеческой конструкции. Человеку предлагают этот автомобиль эксплуатировать: то есть садись за руль и поезжай. При этом предварительно никто не объясняет, как правильно водить автомобиль, как он устроен, куда нужно «нажимать», чтобы увеличить скорость или затормозить. Что автомобиль состоит из множества деталей, которые при эксплуатации со временем выходят из строя, поэтому регулярно нужно проходить технический осмотр. Человек ездит на автомобиле, при этом не знает, как он устроен, как им нужно управлять и вообще, у водителя нет даже карты дорог, по которым он безопасно мог бы перемещаться.

Аналогичная картина происходит и с человеком: ему не известно, что, по сути, человеком является. В его распоряжении — некие обрывочные знания. Если соотнести логически ситуацию с автомобилем, то нередко человек считает, что руль — и есть автомобиль, а все остальное (прочие элементы машины) ему не известны. Как вы считаете, сколько просуществует автомобиль, если его таким образом эксплуатировать? Не долго.

Человек едет на автомобиле, но и сам не знает маршрут — у него нет карты! А за углом может быть карьер, куда он просто свалится и разобьётся. То же самое происходит и с жизнью человека. Он начинает свой жизненный путь и сразу встречается с различными препятствиями, сталкиваясь с которыми, он и получает повреждения. Со временем, когда повреждений накапливается очень много, у него пропадает желание вообще что-то делать, поскольку впереди — новые препятствия и повреждения. Человек становится «малодействующим» и с биологической точки зрения, и в социальном плане. По сути, человек превращается в растение. А растению особо-то ничего и не нужно: растёт себе под солнышком. Растение статично, оно не перемещается. **Так и человек превращается в статическую субстанцию, которая ничего не делает.**

Но с человеком все немного сложнее, поскольку даже если он готов довольствоваться малым, минимальные потребности все же нужно удовлетворять: еда, одежда, где-то нужно жить. А чтобы удовлетворить минимум, приходится что-то делать. А многие хотят не просто довольствоваться минимумом, а жить хорошо. А для этого нужно действовать. Снова садиться за руль автомобиля и ехать по трассе жизни. По пути снова встретятся препятствия, которые человек просто не обучен преодолевать — а значит, от ударов о препятствия возникнут повреждения, травмы и боль. И человек пытается убежать от всего этого, отгородиться от внешнего мира. А к чему это приводит? К постепенному и медленному самообучению и, что нередко, к самоубийству.

Причиной всему является отсутствие знаний у человека о самом себе. Человек не знает, кем он является; как управлять своей жизнью. Все эти знания сейчас скрыты. Более того, немаловажным аспектом является совре-

менное воспитание. Еще 30–40 лет назад оно было совершенно иным. Выстраивалось таким образом, что формировало систему предохранителей, которые не просто не позволяли человеку превратиться в растение, а жить полноценно. И все начиналось с самого детства. В детских садах, школах, программа была построена таким образом, что всех приобщали к активному образу жизни: спорт, походы, совместные игры, где происходило активное общение. При этом случались разные инциденты: не обходилось и без травм (когда кто-то кого-то толкнет нечаянно). Только это не воспринималось настолько болезненно, как сейчас, что выливается в разбирательства на самых высших инстанциях.

К сожалению, на сегодняшний день программа воспитания детей и социальные условия таковы, что какие-либо тренировочные процессы сведены к нулю. Но как в таких условиях ребенок будет развиваться? Например, ранее господствовало мнение, что мальчик должен вырасти сильным и защищать слабых. В виду этого, возникали различного рода проявления выяснять, кто же из мальчишек сильнее. А кто проигрывал, тот понимал, что он слабый и ему нужно тренироваться, чтобы следующий раз победить. Это и есть проявления сопротивления внешней среды, с которым ребенок уже в детстве должен научиться справляться. Но в современных условиях, все сопротивления внешней среды пытаются минимизировать или полностью исключить из жизни. Существует выражение:



БЛАГИМИ НАМЕРЕНИЯМИ ВЫМОЩЕНА ДОРОГА В АД.

То есть детей пытаются оградить от любых воздействий внешней среды, что в результате оказывает очень негативное воздействие. Это проявляется в том, что ребенок вырастает асоциальным — дети не общаются практически друг с другом, все происходит в интернете. Они не выходят практически на улицу, а все свободное время проводят за компьютерами —



а это общение с «самим собой» или с какой-то виртуальной личностью.

Ребенок в сложившихся условиях и при современном воспитании вырастает слабым, поскольку тренировка практически исключена, присутствует лишь в единичных проявлениях, а как массовое явление исчезло. Дети уже на первом жизненном этапе попадают в среду, которая делает их слабыми и несамостоятельными. Вырастая, он хочет чего-то добиться, но, в силу предыдущей программы тренировки, а вернее, её отсутствия, не способен чего-то добиться в жизни. А затем и вовсе, получив множественные поражения в жизни, превращается в безинициативную и бездействующую субстанцию, то есть по способу действий — в растение.

С точки зрения менеджмента, «человек-растение» — это идеальная конструкция для управления. Такими людьми очень легко управлять. Поскольку они не стремятся что-либо делать, заниматься какой-либо деятельностью, им просто требуется некое место в виде «горшка», где можно пребывать в бездействии. Мало того, к сожалению, для таких людей не имеет особого значения, что это будет за место — что предложат, то и хорошо, главное, чтобы меньше ответственности и необходимости что-либо делать, а за это удовлетворяли их минимальные потребности.

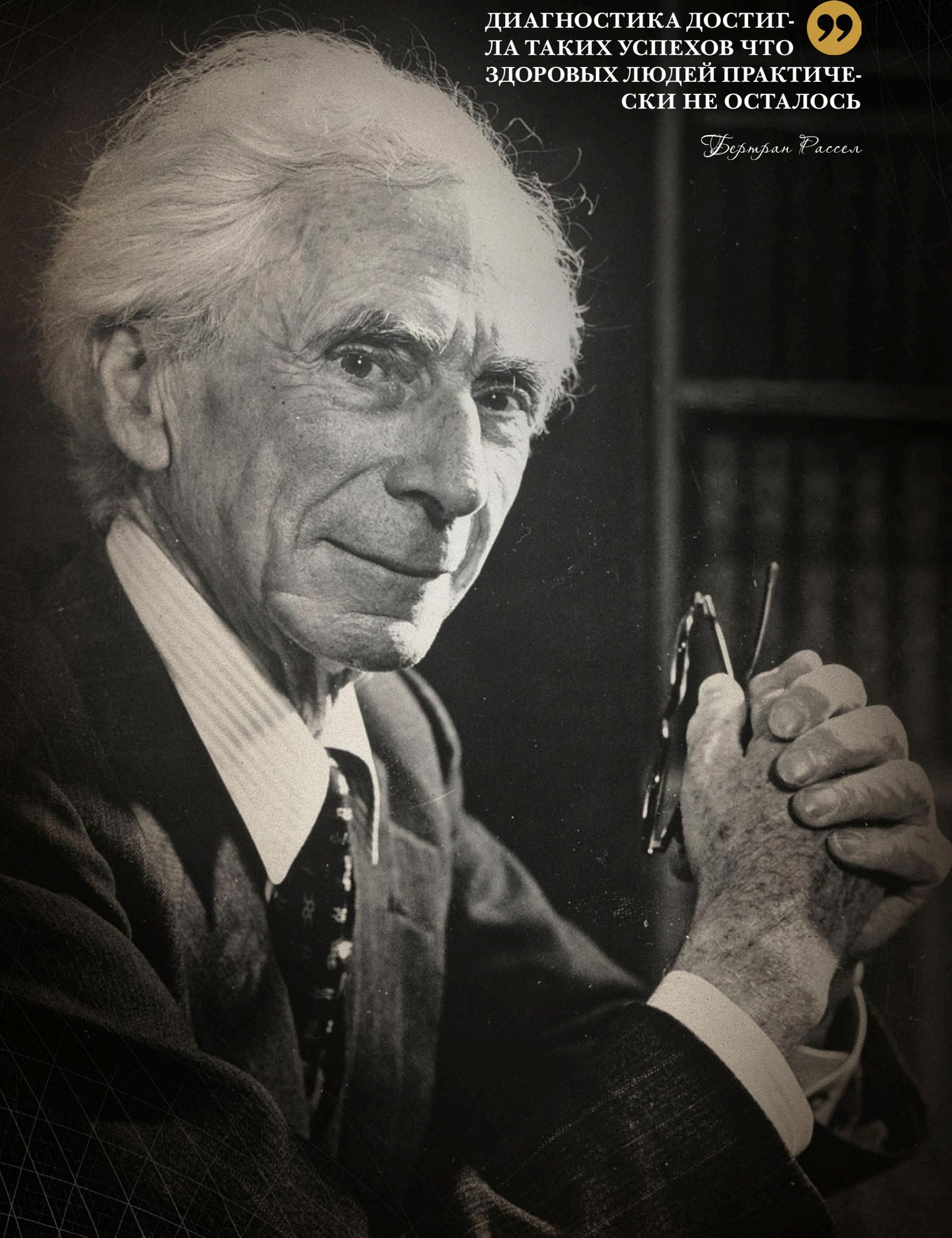
Людьми в таком состоянии очень легко управлять, ведь они не просто готовы, а рады, когда их используют, отдают команды и распоряжения, указывая, что делать, а им остается только исполнять поручения. «Человек-растение» — это идеальный кирпич современного мира.

*Статья подготовлена по материалам беседы журналиста **Анжелы Хамицевич** с **Леонидом Марковичем Гудкиным** — доктором, руководителем кл. «Новый Иерусалим», председателем «Научного медицинского общества».*

ДИАГНОСТИКА ДОСТИГ-
ЛА ТАКИХ УСПЕХОВ ЧТО
ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ ПРАКТИЧЕ-
СКИ НЕ ОСТАЛОСЬ



Бертран Рассел





ОСНОВНЫЕ ЦЕЛИ:

1. Обмен результатами научно-исследовательской деятельности в области медицины, в области психиатрии (связанной с клинической терапией), а также использование и обнародование результатов таких исследований.
2. Рассмотрение научных вопросов, имеющих отношение к научно-исследовательской деятельности в области медицины, психиатрии (связанной с клинической терапией), а также использование, обнародование результатов таких исследований.

Для достижения поставленной цели организация «Научное медицинское общество» осуществляет следующие задания:

- способствует научно-исследовательской деятельности в области медицины, психиатрии (связанной с клинической терапией), в том числе посредством обмена опытом, научными трудами и исследованиями участников Организации, приглашенных экспертов и другое;
- способствует научно-исследовательской деятельности в области распространяющихся заболеваний, а также методов лечения и администрирования борьбы с эпидемиями, в том числе посредством обмена опытом, научными трудами и исследованиями участников Организации, приглашенных экспертов и другое;
- способствует научно-исследовательской деятельности в области психиатрических заболеваний и разработок эффективных методов психотерапии, в том числе посредством обмена опытом, научными трудами и исследованиями участников Организации, приглашенных экспертов и другое;
- способствует научным исследованием в области применения фармацевтической комплексной медицины и результатов медикаментозных лечений, в том числе путем обмена опытом, научными трудами и исследованиями участников Организации, приглашенных экспертов и другое;
- способствует научным исследованием, разработке концепций в области профилактики заболеваний, в том числе путем обмена опытом, научными трудами и исследованиями участников Организации, приглашенных экспертов и другое;
- создает и проводит на систематической основе консилиумы врачей, специалистов из разных отраслей медицины с целью постоянного обмена клиническим опытом и новыми терапевтическими приемами лечения;
- в пределах Организации предпринимает действия, направленные на воспитание молодого поколения ученых-врачей;
- на бесплатной основе принимает участие в исследовательских, фармацевтических, клинических и педагогических проектах;
- в пределах Организации осуществляется волонтерскую деятельность с целью профилактики заболеваний;
- осуществляет гуманитарные миссии за рубежом;
- организует взаимодействие с меценатами;
- «Научное медицинское общество» создаёт постоянно-действующий научный ар-

битраж и медиационные группы с целью соблюдения врачебной этики, соблюдения верности клятвы Гиппократова, а также чистоты и законности научных исследований;

- выступает в качестве основателя медицинского журнала «Гиппократ»;
- осуществляет научную, педагогическую, просветительскую деятельность — в пределах задач и целей Организации;
- снимает документальные фильмы — в пределах задач и целей деятельности «Научного медицинского общества»;
- в пределах Организации созданы и функционируют три подразделения (лаборатории), в которых проводятся: открытые научные дискуссии специалистов; закрытые дискуссии, связанные с разработками в области терапии; закрытые дискуссии, в которых принимают участие ученые, занятые в сфере клинических исследований. У каждого подразделения (лаборатории) — свой руководитель, который избирается на общем собрании Организации;
- в пределах Организации создается и действует Школа безопасности и жизнедеятельности;
- «Научное медицинское общество» активно взаимодействует с международными и другими профессиональными обществами, организациями, сфера деятельности которых касается задач и целей деятельности Организации;
- объединяет экспертов, специалистов, ученых, лиц, врачей;
- проводит научные исследования;
- размещает материалы экспертного характера в средствах массовой информации, научных сборниках, научных журналах, занимается написанием книг, брошюр, другой печатной продукции;
- организует и проводит научные лекции, конференции, семинары, симпозиумы, международные конгрессы, международные семинары, консилиумы, публичные чтения, публичные лекции, публичные научные чтения, круглые столы, сборы, научные сборы, научные беседы, научные доклады, чтения, акции, общественные сборы, диспуты, а также другие мероприятия с целью реализации задач и целей Организации;

- устанавливает, поддерживает связи со специалистами, международными государственными и негосударственными организациями, предприятиями, учреждениями и организациями независимо от форм собственности;
- за средства Организации с целью реализации задач и целей «Научного медицинского общества» осуществляет издание собственных журналов (для бесплатного распространения), профессиональной, научной, технической литературы;
- основывает средства массовой информации, издательства;
- составляет научные доклады, другие доклады, связанные с целью и основными целями Организации;
- основывает собственную библиотеку, архивы, музеи;
- организует командировки, экспедиции, научные экспедиции членов «Научного медицинского общества» с целью сбора архивных материалов, а также с иными научными целями.

Возрожденное «Научное медицинское общество» является преемником четырех медицинских обществ:

1. Общество одесских врачей;
2. Одесское эпидемиологическое общество;
3. Общество одесских врачей-терапевтов;
4. Общество фармацевтов в Одессе.

- Председатель Научного медицинского общества — доктор Леонид Маркович Гудкин.
- Секретарь — Новоселова Алиса Геннадиевна.
- Руководитель Первой лаборатории — всемирно известный учёный Мальцев Олег Викторович.
- Руководитель Второй лаборатории — PhD Лунёв Виталий Евгеньевич.
- Руководитель Третьей лаборатории — Ильюша Марина Николаевна.
- Главный редактор Вестника «Гиппократ» — Лопатюк Ирина Игоревна.



WISSENSCHAFTLICHE ZEITSCHRIFT
HIPPOKRATES

KONTAKTE

E-mail: info@hip-med.com

Site: www.hip-med.com

IMPRESSUM

WISSENSCHAFTLICHE ZEITSCHRIFT
«HIPPOKRATES»

ANSCHRIFT

Neuwiehler Str. 33, D-51674 Wiehl

Telefon: +49 (0)151 54284669

E-Mail: info@hip-med.com

GESCHÄFTSFÜHRER

Sergej Engelmann

Verantwortlicher gem. §55 Abs. 2 RStV: Sergej Engelmann

Ust: 212/5052/2947