

мыслят современное российское общество. Только этот их коммунизм не имеет никакого отношения к учению классиков марксизма. Это – *бюрократический коммунизм*. Он сводится к тому, что на страницах разного рода начальственных реляций и наукообразных штудий реальные, классовые отношения людей в гражданском обществе, основанные на частных интересах, изображаются как отношения внутри иерархической, формальной, *идеальной* общности. Вот и нашлось применение «духовности»! Мифологии чиновника и священнослужителя слились.

А вне исторических, социально-классовых (и связанных с ними культурных) предпосылок социальные явления выглядят явлениями абстрактно-антропологическими. Когда речь идет о бедствиях российских стариков, это приводит к тому, что предмет общественных наук – общественные отношения в их историческом развитии, подменяют предметом геронтологии, науки в своей основе медицинской. Это служит для теоретического обоснования тезиса о несовершенном объекте совершенного государственного управления.

Социальные проблемы, а еще больше – неспособность государственных чиновников справиться с ними, делают существование экономически несамостоятельной части гражданского общества, в особенности пенсионеров, *балластом*, особенно для федерального и регионального бюджета. Их бедственное положение невозможно игнорировать, но ответственность за него перекладывается на них самих. Не могут они утнаться за «радикальным» и «кардинальным» социальным творчеством государства! Так рассуждает наш автор. Из его слов логично, и, главное, *обоснованно* высшими государственными потребностями и интересами, проистекает *законное* желание балласт этот сбросить. Что и подразумевает вдохновленная Г. П. Медведевой и подобными ей «геронтологами» нынешняя «радикальная» и «кардинальная» реформа по монетизации льгот инвалидов и пенсионеров. Если власть отказывается *социально* уничтожить эти категории, она уничтожает их *физически*.

Библиографический список

1. *Коряковцев А.А.* Политическое самоотчуждение труда и проблема социалистической революции: Автореф. дисс. ... канд. филос. наук. Екатеринбург, 1994.
2. *Маркс К.* К критике гегелевской философии права: Введение // Маркс К., Энгельс Ф. Соч. Т. 1. С. 424.
3. *Медведева Г.П.* Введение в социальную геронтологию. М., 2000.

К.В. Кузьмин, Л.Е. Петрова (Екатеринбург)

Социальная работа и медицина: вместе или врозь? (Взгляд не со стороны)

Произошедшее не так давно ведомственное слияние двух федеральных министерств – Министерства здравоохранения и Министерства труда и социального развития – в единое Министерство здравоохранения и социального развития до сих пор вызывает множество споров и недоумений с обеих сторон: и медики, и работники социальных учреждений пребывают в некотором смятении – как можно сочетать практическую медицину, целью которой является забота о физическом здоровье человека и лечение всевозможных хворей,

и «социалку», призванную хоть в какой-то мере смягчить «преlestи» рыночной экономики, поставившей на грань выживания основную часть населения России. Мнений и суждений здесь множество, и знаменитый в первые перестроечные годы анекдот о том, что Е.К.Лигачев на вопрос «Как вы относитесь к плюрализму мнений?» ответил: «Положительно, здесь двух мнений быть не может», в данном случае не действует.

Однако обратимся к небольшому экскурсу в историю вопроса: как это ни странно звучит, но нынешняя ситуация самым парадоксальным образом напоминает ту, что сложилась в академической европейской медицине на рубеже XVIII-XIX вв. К сожалению, в истории частенько повторяется ситуация, когда вновь и вновь «изобретается велосипед», и отсутствует всякое желание хоть в какой-то степени анализировать опыт и ошибки предшественников.

Известно, что вплоть до второй половины XVIII в. в медицине господствовала точка зрения, бравшая свое начало еще со времен раннего средневековья, о том, что большинство болезней, не имеющих внешней причины, таковыми вовсе не являются; они суть «кара Господа» за грехи, а стало быть, больной – это грешник, которого покарал Господь. Всевозможные эпидемии, «посещавшие» Европу – будь то эпидемия горячечной болезни («огонь св. Антония») в IX-XI вв., эпидемия проказы в XII – первой половине XIV в., «черной смерти» (чумы) в середине XIV – первой половине XVI в., эпидемия сифилиса в первой половине XVI в. – все трактовалось с позиций греховности сущности человека и считалось следствием преобладания «телесности», чувственности над разумом.

Такой взгляд на природу вещей рождал и вполне определенные следствия: к примеру, сложившаяся в XVII в. во Франции методика лечения сифилиса, ставшая во многом классической и повсеместно распространенной вплоть до конца XVIII в., первым своим этапом полагала публичную порку «грешника» на городской площади как некое очистительное мероприятие. Публичная порка и клеймение каленым железом ожидали и безумного человека вплоть до середины XVII в., и это при всем при том, что само представление о безумии было неопределенным и туманным [5].

Так, автор знаменитого романа «Корабль дураков» Себастьян Брант, чьему изобретению данного классического образа обязана европейская литературная традиция, поместил на пресловутый корабль не только умалишенных, но и тех, чье поведение отклонялось от общепринятых норм (говоря современным языком, являлось «девиантным») – скряг, распутников, еретиков, пьяниц, обжор и т. п. Подтверждением тому может служить и полотно Иеронима Босха, написанное в конце XV в. и имевшее то же название «Корабль дураков»: на корабле уютно разместились и монах с монахиней, на лицах которых написан грех вождления и сладострастия, и шут, исполняющий роль рулевого, и обжора, пытающийся добраться до подвешенного на мачте жареного гуся. Традиционным было противопоставление «безумия» и «осмотрительности» как пары, являвшей собою противоположность греховности и духовной чистоты человеческой природы.

Конечно же, не все разделяли такую точку зрения: нидерландский писатель и гуманист Эразм Роттердамский (1469-1536) полагал, что имеется особый вид безумия как «приятного заблуждения ума», даруемого Господом гениям, ослепленным божественным светом и сполна вкушившим божественную истину. Мишель де Монтень, посетивший впавшего в помешательство великого итальянского поэта Торквато Тассо (1544-1595), писал впоследствии: «Не обязан ли он этим той живости, которая стала для него смертоносной, той

зоркости, которая его ослепила, тому напряженному и страстному влечению к истине, которое лишило его разума...» [3, с. 253]

Однако представление о безумии, как грехе, было повсеместно распространённым. Именно в связи с этим в XVII в. возник образ «сумасшедшего дома», который, по сути, являл собою полную противоположность психиатрической клинике, так как выполнял вовсе не медицинскую, а *социальную* функцию, исключая из общества его изгоев (умалишенных людей) и, тем самым, создавая иллюзию решения данной проблемы. Вспомним хотя бы то, что в известном британском фильме «Путешествия Гулливера» именно в Вифлееме, лондонский сумасшедший дом, был помещен главный герой после своих странствий, будучи обвиненным в сумасшествии. Тем самым, фантом безумия оказывался социальным конструктом, а появление сумасшедших домов стало средством решения *социальной* проблемы. Ту же функцию выполняли ранее и возникшие в связи с распространением эпидемии горячки во второй половине XI в. госпитали при монастырях, и появившиеся в XII-XIII вв. лазареты для изоляции больных лепрой: и в первом, и во втором случае речь шла не о лечении, а об изоляции больных, представлявших в силу природы своего заболевания опасность для общества.

С другой стороны, естественным следствием таких представлений становились условия содержания и методы лечения больных в клиниках. Так, к примеру, известный исследователь благотворительности Сэмюэл Тьюк, инспектировавший сумасшедшие дома Англии в конце XVIII – начале XIX в., писал о содержании безумца в Вифлееме, признанного «буйным»: «Он был прикован к длинной цепи, продернутой через отверстие в стене и тем самым позволяющей надзирателю управлять им и, так сказать, держать его извне на привязи; на шею ему надели железный ошейник, соединенный короткой цепью с другим кольцом, которое, в свою очередь, скользило вдоль толстого железного прута, закрепленного вертикально, на полу и на потолке камеры» [3, с. 254].

Общее признание в медицинской среде получили так называемые «великие лекарства», выступавшие в роли неких «универсальных средств», способных излечивать практически любую болезнь – кровопускания, рвотные средства, промывания желудка, ванны и т. п. С помощью «великих лекарств» пытались «лечить» и безумие, и сифилис (об этом свидетельствовал, в частности, врач Вифлеема Т. Монроу в 1783 г.). Академическая медицина того времени основывалась на тезисе, что равновесие в человеческом организме поддерживает некая «меланхолическая субстанция», густой *гумор*, клейкая, черная вялотекущая смола, избыток которой необходимо удалять, так как в противном случае *гумор* загрязняет организм и затуманивает мозг. Особенное внимание в медицинских трактатах уделялось «черной желчи», которая, накапливаясь в селезенке, отравляет все тело человека. Отсюда подчеркивалась и роль слабительных средств в лечении больных [2].

Особую опасность представляло и наличие четкой грани между академической медициной и фармацевтикой, когда врачи упорно не желали «замечать» аптекарских снадобий, порой весьма эффективных, потчуж больных «великими лекарствами» и сводя их в могилу (об этом, в частности, пишет английский исследователь И. Лоудон [6]), и господство так называемого «духа докторской этики», когда все права на «лечение» больного получал первый из вызванных врачей, и, при совершении врачебной ошибки, никто не мог воспрепятствовать планомерному убийству больного. Не случайно в одной из своих комедий Жан-Батист Мольер иронически описывал беседу двух врачей:

«Согласитесь с прописанным мною рвотным, и я соглашусь с вашим слабительным».

При этом отсутствовало разделение больных по роду болезней, о чем свидетельствовал в «Картинах Парижа» знаменитый журналист второй половины XVIII в. Луи-Себастьян Мерсье: «Большого кладут рядом с умирающим и с трупом; зрелище смерти тревожит его душу, и без того охваченную отчаянием и ужасом... Больного помещают в комнату, воздух которой пропитан миазмами... Все совершенно равнодушно к тому, выздоровеет он или умрет. Самые разнообразные болезни прикрывает одно и то же одеяло, и легкое заболевание там превращается в жестокий недуг» [4, с. 252]. К данной картине следует добавить и то, что врачам жестко предписывалось лечить больных только в клиниках, независимо от характера болезни: так, к примеру, в Англии до конца XVIII в. врача, осмеливавшегося лечить на дому, ждало уголовное преследование.

В то же время в первой половине XVIII в. в медицинской среде возникло представление о социальной природе болезней. Так, например, популярный парижский врач Дю Лоран полагал, что в лечении больных нет места лекарствам, а необходимы средства иного плана: смешные сказки, веселые компании, легкое и чистое вино, приятные запахи и цвета, в крайнем же случае – «радикальные средства»: плеть или тюрьма, способные вызвать «моральный переворот» в организме [1].

Своеобразный итог эволюции представлений о природе и сущности болезней подвела дискуссия по проблемам благотворительности, прошедшая во Франции в 1760-1770-е гг. Именно тогда была впервые озвучена проблема места и роли медицины в жизни общества, социальной функции больничных заведений и врачебного персонала. И вовсе неслучайным здесь представляется сам факт того, что медицинская проблематика обсуждалась именно в контексте оказания социальной помощи нуждающимся слоям населения. В рамках дискуссии впервые на сознательном уровне обсуждался вопрос общественного долга помощи нуждающимся, и оказание квалифицированной врачебной помощи здесь занимало не последнее место.

В то же время, особое внимание было уделено роли врачей в жизни общества: так, к примеру, один из участников дискуссии Сабаро де Л'Аверньер видел в образах священников и врачей естественных носителей социальной помощи, реализующих на практике тождественную социальную функцию с одной-единственной разницей – священник лечит душу, а врач тело, но цель и того, и другого одна – восстановление гармоничного единства телесного и духовного. При этом особо подчеркивалась социальная природа происхождения болезней: так, Ланфенас замечал, что по сути своей болезни происходят из состояния самого общества, а стало быть – обретают *социальную* значимость. Борьба против болезней становится главной *политической* целью медицины, а освобождение человека от нищеты и тирании даст полное излечение от болезней.

Ныне эти представления кажутся наивными, не более чем мечтами о праздничном человечестве на свободном воздухе, однако смысл воззрений и Л'Аверньера, и Ланфенаса сохраняет свою актуальность и для сегодняшнего дня. И вовсе неслучайно появление на базе таких представлений на рубеже XVIII-XIX вв. в практической медицине во Франции нового образа – образа *участкового врача*, осуществлявшего в первую очередь именно социальную функцию – функцию предупреждения болезней и оказания необходимой социальной помощи. С другой же стороны, в первой половине XIX в. формиру-

ются взгляды на сущность социальной медицины как медицины *превентивной*, нацеленной не столько на лечение, сколько на профилактику заболеваний. Лечить следует не тело, а в целом человека, не болезнь, а ее причину. И сам факт того, что вплоть до середины XX в. социальные работники во Франции именовались не иначе как «*социальные медики*» говорит о многом.

Таким образом, не стоит дважды входить «в одну и ту же реку», социальная составляющая медицины давно осознана на уровне и теоретических представлений, и общественной практики, а отсюда актуальной представляется организация профессиональной социальной работы в системе здравоохранения.

Библиографический список

1. *Арьес Ф.* Человек перед лицом смерти. М., 1992.
2. *Делюмо Ж.* Грех и страх: формирование чувства вины в цивилизации Запада (XIII – XVIII вв.). Екатеринбург, 2003.
3. *Кузьмин К.В., Сутырин Б.А.* История социальной работы: с древности до начала XX в. М., 2005.
4. *Мерсье Л.-С.* Картины Парижа. М., 1995.
5. *Фуко М.* История безумия в классическую эпоху. СПб., 1997.
6. *Medicine In Society: Historical Essays / Edited by A.Wear.* Cambridge University Press. N.Y., 1994.

Е.В. Маратканова (Екатеринбург)

Ключевые компетенции специалиста по социальной работе в системе службы занятости

Профессиональная социальная работа по мере своего становления и развития занимает все новые сферы деятельности, а вместе с этим появляется необходимость совершенствования подготовки специалистов по социальной работе с учетом четкого понимания ключевых компетенций, которые потребуются на рабочем месте. Несмотря на то, что система служб занятости была создана более 10 лет назад, ключевые компетенции специалиста по социальной работе в этой сфере не имеют четких очертаний. Само понятие *компетентности* на сегодняшний день однозначно не определено.

Например, в области профориентации существует несколько подходов к пониманию компетенции специалиста (профконсультанта, психолога, педагога, социального работника) [1]:

1. Компетенции – как способности владения навыками исследования личности, например, методом тестирования.
2. Компетенции – как знания профессиографического материала и ситуации на рынке труда.
3. Компетенции – как специальные умения, позволяющие оптимизировать психоземotionalное состояние клиентов службы занятости, проводить индивидуальные и групповые консультации, вести тренинговые занятия по развитию познавательной активности, целеполагания, обучать клиентов службы занятости самостоятельному поиску работы.
4. Компетенции – как возможность решать проблемы эффективным способом в данном контексте по запросу клиента. Именно этот подход Е.С.Романова и С.Ю. Решетина считают наиболее емким и адекватным для