

**БОЖИДАР ИВКОВ**

**ЗДРАВЕ, БОЛЕСТ,  
МЕДИЦИНА И  
ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ**

**СОЦИОЛОГИЧЕСКИ АСПЕКТИ**

**(ИЗБРАНИ ПРЕВОДИ И СТАТИИ ОТ ЛИЧНИЯ БЛОГ)**

**Издателство Омда**

**2014**

©Божидар Ивков, автор  
© Издателство „Омда“

Научен редактор:  
доц. д-р Здравка Тонева

Рецензенти:  
доц. д-р Саша Тодорова  
доц. д-р Николай Михайлов

**ISBN 978-954-9719-76-5**

## СЪДЪРЖАНИЕ

ПРЕДГОВОР

ЗА НЯКОИ ОСНОВНИ ПРОБЛЕМИ В СЪВРЕМЕННАТА МЕДИЦИНА И  
ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

ПРОМОЦИЯ НА ЗДРАВЕТО – ОСНОВНИ ПОНЯТИЯ И ДЕФИНИЦИИ

СОЦИОЛОГИЯ НА МЕДИЦИНАТА

ПАРТНЬОРСТВОТО МЕЖДУ ЛЕКАР И ПАЦИЕНТ – ПРОБЛЕМИ И  
НАЧИНИ ЗА ПРЕОДОЛЯВАНЕ

ДОВЕРИЕТО В ЛЕКАРИТЕ НАМАЛЯВА

ЛЕЧЕНИЕ ПО АМЕРИКАНСКИ

МЕДИЦИНАТА В РОЛЯТА НА МАСОВ УБИЕЦ

„СЪВРЕМЕННАТА МЕДИЦИНА – ТОВА Е ОСНОВНАТА ЗАПЛАХА ЗА  
ЗДРАВЕТО ПО СВЕТА“

СОЦИАЛНИ НЕРАВЕНСТВА И СЪСТОЯНИЕ НА ЗДРАВЕТО

СОЦИАЛНИ НЕРАВЕНСТВА И МЪЖКО ЗДРАВЕ

ТРИ ОТ НАЙ-ВАЖНИТЕ ОСНОВНИ ПРИЧИНИ ЗА ПОЯВАТА НА  
БОЛЕСТИТЕ. НОВО ИЗДАНИЕ НА „ПАТОЛОГИЯ“ НА РОБИНС

СЕКС, СЕКСУАЛНО ЗДРАВЕ И ХРОНИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

БОЛЕДУВАЩОТО ТЯЛО ИЛИ ЗА СОЦИОЛОГИЯ НА ТЯЛОТО И  
НЕЙНИТЕ ИЗСЛЕДОВАТЕЛСКИ ПОЛЕТА

КОННИЦИ НА МЕДИЦИНСКИЯ АПОКАЛИПСИС

НАРАТИВНАТА МЕДИЦИНА: НАКРАТКО ЗА НЕПОЗНАТОТО  
НЕВЪЗМОЖНО В БЪЛГАРИЯ

ПАЦИЕНТЪТ (разпилени размисли)

СОЦИОЛОГИЯ НА МЕДИЦИНАТА И ХУМАНИЗАЦИЯ НА  
БИОМЕДИЦИНАТА

СОЦИОЛОГИЯ НА ХРОНИЧНАТА БОЛЕСТ

РАНЕНИЯТ РАЗКАЗВАЧ

## ПРЕДГОВОР

След сборниците „Светът на хората с ревматични заболявания“ и „Социология на инвалидността“ това е третия и засега последен сборник от поредицата „Избрани преводи и статии от личния блог“, посветена на различни социологически, философски и антропологически аспекти на здравето, болестта, медицината и здравеопазването.

Здравето и болестта, медицината – като система от научни дисциплини, генериращи и развиващи знание, свързано със здравето и болестта, както и здравеопазването – като организационна система за приложение на медицинското знание, в някакъв момент от живота на всеки човек се превръщат в екзистенциални въпроси на живота му. От тази гледна точка всяка информация и познание, което усвоява индивидът е важна и значима за него, защото те формират и развиват неговата здравна култура. Нещо повече, те са значими и за социалните групи, категории и общности, за цялото общество.

Настоящият сборник се докосва до различни проблеми, които са предмет и обект на изследване на социология на здравето и болестта, социология на медицината, социология на здравеопазването и медицинската антропология. Целта му е не толкова да генерира знание, колкото да предостави достъпна информация и съвременно знание на достъпен език на хората, които имат някакъв здравословен проблем, както и на студентите и младите учени, чиито интереси са в сферата на медицината и здравеопазването. Тук обаче не става дума за „чисто“

медицинско знание, за методи на диагностика и лечение, за използване на различни лекарства и т.н. Става дума за знание, свързано със социалните измерения и значимост на болестта, с възможностите на човека с хронично заболяване да води нормален живот и да има възможно най-високо качество на живота, обусловено от здравето, с възможностите на медицината да лекува, на здравната система да предлага адекватно и качествено здравеопазване и здравно обслужване. И в този смисъл сборникът може да се разглежда като своеобразна реакция срещу медикализацията на живота на болния човек, особено на човека с хронично заболяване.

И накрая, темите, разисквани тук могат да служат като отправна точка за формулиране на социални проблеми и за създаване и реализация на научни изследвания за тяхното решаване.

Доколко сборникът постига своите цели, е въпрос на оценка на читателя. За мен остава надеждата, че ще бъде полезен на хората и на изследователите обществоведи.

**доц. д-р Божидар Ивков**

## ЗА НЯКОИ ОСНОВНИ ПРОБЛЕМИ В СЪВРЕМЕННАТА МЕДИЦИНА И ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Съвременният свят е изправен пред нова структура на заболяемостта. През XX век изцяло е променена честотата на типовете заболявания – „днес хронично болните са правило, а болните с остри заболявания – изключение“, т.е. в общата лекарска практика „хронично болните представляват 70%“ (Дернер 2006: 156). Не малка част от тези хронични заболявания са социално значими: захарен диабет, затлъстяване, хипертония, онкологични заболявания и др.

Успоредно с глобализацията се засили влиянието и на пазарната икономика, и тя навлезе в сферите на здравеопазването и медицината. Икономическите интереси – стремежът към печалба, битката за конкурентноспособност и др. доведоха до там, че за фармацевтичните компании, за редица частни здравни заведения, а не рядко и за националните системи на здравеопазване, икономическата ефективност и печалбата се превърнаха в основна цел, а опазването на здравето на хората едва ли не остана като далечен спомен от „златния век“ на медицината.

Например фармацевтичните компании в борбата си за все по-големи печалби, вдигали и продължават да вдигат голям шум около заболявания, които засягат малко хора. Така те привличат средства за изследвания и лечение. Същевременно все по-често не се обръща внимание на заболявания, които засягат големи части от населението на всяка страна (Тай 2012).

Не рядко новите лекарства не само, че не са по-добри от старите, а и са по-малко ефективни. Както показва анализът на Агенцията за контрол на качеството на лекарствените и хранителните продукти на новите лекарствени средства, появили се през 80-те години на XX век в САЩ, „53% от новите лекарствени средства не са имали никакво лечебно предимство пред вече съществуващите и само 16% са имали сериозни терапевтични предимства пред вече съществуващите на пазара лекарства” (Плавинский 2006; Drake, Ulman 1993). И още нещо интересно, но не предизвикващо изненада: под натиска на фармацевтичните компании тази Агенция била принудена да преустанови класификацията на новите лекарствени средства на класове по терапевтична значимост и затова нови данни от такова естество вече няма (пак там). Това обаче съвсем не означава, че нещата са се променили към по-добро. И така:

Разходите в здравеопазването нарастват.

Расте потребността от лекарства.

Въвеждат се все по-нови и скъпи методи и технологии за диагностика.

**Резултатите: ниска ефективност на лечението.**

Същевременно относителния дял на смъртността остава висок, а лечението на хроничните заболявания е с ниска ефективност. Загубите от неадекватно лечение или невъзможност да се контролира хроничната физическа болка например, нанасят огромни щети на икономиките по цял свят, но носят огромни печалби на медицинската и фармацевтичната индустрии.



Оказва се обаче, че смъртността сред пациентите, лекували се в скъпи болници, е доста по-висока в сравнение с тази при пациенти, лекували се в по-обикновени здравни заведения (Тай 2012).

Процесът на глобализация заедно с пазарната икономика, превърнаха медицината и здравеопазването от елемент на възпроизводствения компонент на обществото (като система) в елемент на компонента материално производство. Така тези институции са принудени да търсят всевъзможни пътища и да преследват максимална печалба. В това число и чрез оказване на безполезна, но по принцип безвредна медицинска помощ. Този вид помощ „...се отнася към най-маловажните увреждания, които нарастващата медицинска индустрия нанася на съвременното общество. Болката, дисфункцията, инвалидността и страданието, които са следствие от технологическите медицински въздействия, днес си съперничат със заболяемостта, която е последица от нещастните случаи по пътищата и в производството, дори и от военните действия, което прави медицинското влияние най-бързо разпространяващата се епидемия на нашето време” (Illich 1976)<sup>1</sup>.

Свидетели сме на невероятна масирана атака на фармацевтичните фирми, които ежедневно рекламират по телевизията и другите електронни медии продукти – понякога абсолютно безполезни, маскирани като хранителни добавки. Появяват се и продукти, рекламирани от топ-модели с „неземна” красота. Рекламата внушава, че тази красота е резултат от употребата на рекламирания продукт, докато всъщност всичко е въпрос на компютърни програми и техника.

---

<sup>1</sup> Цитат по Плавинский 2006.

Рекламните технологии на големите фармацевтични компании въздействат на лекарите, настройват пациентите да използват повече лекарства за лечението на дадена болест или за премахването на даден симптом.

Никой обаче не си прави труда да информира пациентите за опасностите, които крие употребата на повече от едно лекарство. Заслужава внимание афористичното изказване на д-р Богуслав Хабрат от Института по психиатрия и неврология във Варшава: „Добрият лекар знае, как дадено лекарство действа и какви странични ефекти има, хората с академични титли знаят, какви взаимодействия могат да се извършват между две лекарства, най-знаменитите фармацевти и клиницисти знаят, как (взаимно) си въздействат три лекарства, как си взаимодействат четири лекарства вероятно знае само Господ бог, а как си взаимодействат 5 и повече лекарства вероятно остава извън знанието му”<sup>2</sup>. Възниква въпросът: дали даването на лекарства на пациента за негово „здраве” винаги е в съответствие със стария медицински принцип преди всичко да не се вреди („*primum non nocere*“)? Убеден съм, че това не е така. Даването на лекарства често е свързано с принципите и законите на печалбата.

Процесите на медикализация на живота, интензивните рекламни кампании др., карат хората винаги да се чувстват болни от нещо. Здравият, но изпитващ в даден момент някакъв физически дискомфорт, човек започва да търси някакво лекарство за страданието си, да търси лекар и т.н., т.е. да започне да изразходва финансови средства, без да си

---

2 Виж: Symulator Faktu, Lekih<http://ww6.tvp.pl/3565,20061122424494.strona>. Цитат по: Medycyna a zdrowie, 2012. [http://ekomedycyna.net.pl/?p=301#\\_edn19](http://ekomedycyna.net.pl/?p=301#_edn19)

дава сметка, че по този начин може да предизвика появата на същинско заболяване, провокирано от страничните ефекти на „доказано“ безопасните лекарства (хранителни добавки).

Фармацевтичните компании и дистрибутори на лекарства умишлено задушават евтините и често много ефективни лекарства, лекарите и изследователите не развиват простите и евтини, доказали през вековете своята полезност методи на лечение, защото не носят или носят твърде малка печалба.

Чудесен пример може да се види в подходите и методите за лечение на ревматичните заболявания днес. Лечението им е изключително скъпо и увреждащо. Основите на това изключително агресивно лечение са кортикостероидите и т.нар. биологични лекарства, които пряко се намесват в имунната система. Постиженията на народната медицина, възможностите на медицинската рехабилитация при много от заболяванията просто вече не са предмет на обсъждане в процеса на взаимоотношенията лекар-пациент – проблем, породен пряко от здравноосигурителните отношения и публичните политики, регламентиращи тези отношения и легитимиращи корпоративни интереси на различни участници в процеса здравеопазване. Всичко това превръща ревматично болните в „медиализирани зомбита“, които не могат да видят нищо друго или по-далеч от проблемите, свързани с достъпа до едно лекарство или влиянието му и възможните странични негативни ефекти.

Съществува и друг проблем в глобален мащаб. Успоредно с политиката на „производство“ на повече хронично болни и в съответствие с това на все повече лекарства и лекарствени технологии,

непрекъснато се оказва влияние върху изследователите и лекарите да не вярват и да не се занимават(загуба на знание) с алтернативни методи на лечение – например много лекари, представители на традиционната медицина се отнасят открито враждебно към хомеопатията или народната медицина.

\*\*\*

Мое дълбоко убеждение е, че *здравето и животът* на човека са изключително значими *ценности* и са достойние на цялото човечество. *Те не са стока*. И здравеопазване и/или медицина, които заместват здравето и болния като висши свои цели, с печалбата и парите, се превръщат в обикновени търговски дружества, които не са в състояние да опазват здравето на населението на една страна. „Когато между лекаря и пациентът застанат парите, забравете за опазване на здравето” – каза още през 2001 година доц. д-р З. Тонева.

Тук маркирах само малка част от съвременните проблеми, свързани с и произтичащи от медицината и здравеопазването. Извън темата на този материал остават такива въпроси, като достъп до здравеопазване, създаване и задълбочаване на социалните неравенства в медицината и здравеопазването и много други.

Ще завърша с няколко по-обширни цитата които казват много.

Успешната медицина и успешното лечение винаги са свързани със сътрудничеството между лекаря и природата, лекаря и организма. Има множество болести, които ни демонстрират „колко малко наистина можем да направим в случаите на липса на сътрудничество от страна на организма. Въпреки това медицината до голяма степен подценява това

сътрудничество, игнорира действията на организма и им противопоставя своите лекарства. Срещу болката и възпалителното състояние се дават например нестероидни противовъзпалителни лекарства, а в най-трудните ситуации (за съжаление все по-често) стероиди, които още по-успешно потушават възпалителната реакция. В други случаи например се блокират или възбуждат определени рецептори така, че организмът да не може да продължи своите действия. Това предизвиква защитна реакция на организма, която често възприемаме като странични ефекти.

Медицината, прилагаща много научни методи, практически **не е изработила научни теоретични основи за посоката на своите действия**, а единствено механицистични модели. Съвременното медицинско знание се основава върху фрагментарни изследвания на функционирането на механизмите на части от системата, каквато е организмът, от което не произтича цялостна хармония на равновесие и развитие, които са решителни за здравето. Благодарение на съвременната медицина живеем по-дълго, а болестите имат по-смекчено протичане, но дали тя няма дългосрочно въздействие върху психичното състояние на цялата популация?".

И още нещо изключително важно: „Дехуманизацията на съвременната медицина не е въпрос на нечувствителността на лекарите – тя е системен проблем, тя произлиза от приетата парадигма за човека като машина и борбата с болестите. Успоредно с развитието на медицината това състояние на нещата може да се задълбочава<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Medycyna Przyszłości; Telemedycyna, cyberchirurgia i nasze szanse na nieśmiertelność, Alexandra Wyke, Prószyński i S-ka SA; Warszawa 2003

Често против волята на хората, които я практикуват и които просто са наврени в тази медицинска машинария. Лекарите са обвързани с непрекъснатото професионално развитие, заливани са с невъзможна за осмисляне специализирана информация от фронтовата линия на научните изследвания, по-голямата част от тях вече не са в състояние да се заинтересуват дори от влиянието на медитацията върху понижаването на кръвното налягане<sup>4</sup>. Дали общото недоволство от здравните системи<sup>5</sup> не трябва да ни насочи към преосмисляне на принципите и правилата, на които те се основават, към верификация на задължителната дефиниция на здравето, която ръководи посоката на тяхната дейност”?<sup>6</sup>

Особено атрактивно тези проблеми са представени от Питър Клемънт в неговия роман „Процедурата”. Ето какво казва авторът за американското здравеопазване:

„...те бяха първите, които пледираха в съда: „Ние отказваме плащане, не медицинско обслужване”, и това се превърна в бойния вик на тази индустрия всеки път, когато се случи гаф...

В предишните години единственото ми задължение като преподавател бе да въоражавам стажантите срещу изненадите на различните болести, като например менингококовата инфекция. Сега вече програмата за обучение включва инструкции по подготовка за

---

4 Blood Pressure Response to Transcendental Meditation: A Meta-analysis, James W. Anderson, Chunxu Liu and Richard J. Kryscio; American Journal of Hypertension (2008) doi:10.1038/ajh.2007.65

5 Reforma zdrowia nigdy się nie kończy, Witold Gadomski, Gazeta Wyborcza 2008-06-

6 Medycyna a zdrowie, 2012. [http://ekomedycyna.net.pl/?p=301#\\_edn19](http://ekomedycyna.net.pl/?p=301#_edn19)

надвисналите от страна на здравното осигуряване опасности” (Клемънт 2005: 19-20)

И още: „Усетих, че ме завладява гняв към всички от калибъра на „Брама” и новия свят на медицината, който бяха създали. Това бе свят, в който решенията да се въздържат от покриване на разходите, за да достигнат максимална печалба, причиняваха болести и смърт, а пък законът ги подкрепяше. – Дори знам как точно можем да наречем тази смърт и всяка смърт като нея. Непредумишлено убийство. (пак там, с. 21-22)

Медицината и здравеопазването са „индустрия за милиарди. Нищо не е крайно и прекалено, когато трябва да се защитават такива пари” (пак там, с. 49); „... нямам нищо против здравеопазване, съобразено с разумни разходи. Против съм обаче разходите да са това, което определя развитието на здравеопазването” (пак там, с. 220).

Големият въпрос е: какво да се прави от тук насетне?

#### **ПОЛЗВАНИ И ЦИТИРАНИ ИЗТОЧНИЦИ:**

Дернер, К. (2006) *Хороший врач*. Алетейя, Москва.

Клемънт, П. (2005) *Процедурата*. ИК „Унискорп”, София.

Плавинский, С. (2006) Осознала ли медицина свои пределы? К 30-летию „Медицинской немезиды” Айвана Иллича. В: *Отечественные записки*, № 1 (28).

Тай, Т. Д. (2012) *Проблемы современного вызова глобальной медицине*. <http://www.doctortai.ru/site/problemy/>

Drake D., M. Ulman (1993) *Making Medicine, Making Money*. Kansas City, Missouri: Andrews and McMeelm.

Illich, I. (1976) *Limits to medicine. Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. London: Penguin Books, 1976.





## ПРОМОЦИЯ НА ЗДРАВЕТО – ОСНОВНИ ПОНЯТИЯ И ДЕФИНИЦИИ

### Детерминанти на здравето (Health determinants)

Детерминанти на здравето са индивидуалните, социалните, културните, икономическите и екологичните фактори, влияещи върху здравето на отделните хора и народи. Обхващат широк кръг от фактори като доходи, заетост, образование, социално подпомагане и др.

### Здраве (Health)

В речниците на Световната здравна организация могат да се открият най-малко три дефиниции на понятието „здраве“:

„Здравето е състояние на комплексно физическо, психическо, емоционално, интелектуално и социално благополучие, а не само отсъствие на болест или недъг“. (Konstytucja 1946)

Речникът на WHO/EURO „Zdrowia 21“ се позовава на тази дефиниция, но се предполага, че „това определение изразява идеал, който трябва да бъде цел на всички дейности, предприети по отношение на здравето (например здравето като фундаментално човешко право и глобалната цел)“, тя е „неподходяща за обективно измерване“ и е необходимо да се разработи по-специализирана. По тази причина се предлага друга дефиниция: „Здравето се отнася до намаляване на смъртността, заболяемостта и уврежданията, по повод възможността за

откриване на заболявания или разстройства, както и за увеличаване на равнището на търсеното здраве” (виж Definicje w promocji zdrowia).

В резултат на IV-та международна конференция на тема „Промоция на здравето”, се създава дефиниция, според която: „Здравето е ресурс, който прави възможен ежедневиия живот, а не е цел на живота. Това е положителна концепция, която подчертава значението на индивидуалните и социални ресурси, както и на физическите възможности” (WHO 1998).

В съвременната концепция за здравето то се определя като *ценност*, благодарение на която индивидът или цялата група, е в състояние да реализира своите житейски планове и да променя средата. Здравето се разбира и като *богатство* за обществото, гарантиращо неговото социално-икономическо развитие. Здравето е и *средство* за и в ежедневиия живот, правещо възможно неговото по-добро качество. Като се взима предвид холистичната или цялостна концепция за здравето се различават четири негови измерения:

1. *Физическо здраве* – правилно функциониране на организма и неговите системи и органи;
2. *Психично здраве*, състои се от:
  - умствено здраве – способността за ясно, логично мислене,
  - емоционално здраве – способността за разпознаване и изразяване на чувствата по подходящ начин; умение за справяне със стреса, напрежението, депресията и страха;

3. *Социално здраве* – способността за поддържане на адекватни релации между хората и изпълнение на социалните роли;

4. *Духовно здраве* – при някои хора е свързано с вярванията и религиозните практики, при други се отнася до поддържането на вътрешно спокойствие (Woynarowska, Sokołowska 2000: 10).

### Здравен статус/здравословно състояние (Health status)

Здравният статус на индивидите или групите, се оценява въз основа на заболяемостта, уврежданията, антропологичните измервания, смъртността и показателите за функционалността и качеството на живот.

### Здравни резултати (Health outcomes)

Промени в областта на настоящото или бъдещото здравословно състояние на индивидите или общностите, които могат да бъдат свързани с предишни действия или проекти.

### Здравно образование (Health education)

Това понятие съответства на английския термин „*health education*” или на по-рядко използвания „*education for health*”, което всъщност на български трябва да се разбира като проздравно образование или образование за

здраве, здравна култура. Образованието (лат. *educatio* – обучение, грижи) обхваща като цяло многоизмерни действия и процеси, предназначени за обучението и изграждането на лицата или социалните групи и може да бъде разглеждано като процес на учене през целия живот (Kwieciński, Śliwerski 2003). В практиката най-често се използва понятието „здравно образование“, защото то е по-„общо“ в сравнение с образование за здраве или здравно поведение и се отнася към целия живот на хората, като обхваща в себе си различни действия и форми на обучение и научаване и т.н.

*В съвременните дефиниции се подчертават следните черти:*

- учене, означава активност и заангажираност на лицата, участващи в здравното образование;
- процес, обхващащ целия живот, систематичност на действията и тяхното планиране;
- въздействие върху индивидите и групите, върху болните и здравите, с цел повишаване на техните компетенции;
- доброволно участие – без принуда и натиск върху учащите, при пълно разбиране и приемане от тях на действията, предприемани в рамките здравното обучение;
- Интердисциплинарност на здравното обучение.

Като взема предвид ролята на съвременното здравно образование Woynarowska (2008) препоръчва следната дефиниция.

*Здравното образование е процес на учене през целия живот на хората как да живеят, за да:*

- поддържат и подобряват собственото си и на другите здраве,
- могат в случай на болест или инвалидност активно да участват в нейното лечение, да се справят с проблемите и да намалят нейните негативни последици.

### Мониторинг (Monitoring)

Редовно наблюдение, контрол или проверка на промените в състоянието или обстоятелствата, или промените в дейностите.

### Оценка (Evaluation)

Системна оценка на съответствието, годността, прогреса, адекватността или ефективността на политиката, програмата или проекта, по отношение на поставените цели.

### Оценка на въздействието (Impact assessment)

Оценката – това е „оценка на размера, качеството и ценността“ („estimation of size, quality, value“). Влиянието – това е „ефект или резултат/промяна“ („effect or influence“)

## Равенство/справедливост в здравето (Equity in health)

Понятието „равенство в здравеопазването“ означава, че всеки трябва да има лесна възможност да получи пълно здраве, както и че никой не трябва да бъде лишаван от възможността да има достъп до този потенциал. Терминът има ясна ориентация към етиката и морала.

## Политика (Policy)

Пакет от становища или позиции имащи за цел извършване на дейности, насочени към постигане на специфични цели на публични или частни институции.

За да се приложи тази политика, е необходимо да се разработят редица програми или проекти.

Програмата обикновено е набор от дейности/проекти, проектирани и предназначени за постигане на специфични цели (напр. програма за грижа за децата, програма за борба с тютюнопушенето).

Проектът обикновено е по-тясно дефиниран, въпреки че по отношение на използваните ресурси може да бъде по-голям или по-малък от програмата (например изграждането на малка рафинерия или организиране на курс за обучение, като и двете могат да се разглеждат като проекти).

## Промоция на здравето (Health promotion)

*Промоция на здравето* е нова област на стратегията за практически действия по отношение на здравето на човека и обществото. Свързва елементи от много сфери и научни дисциплини – главно социология, социална психология, медицина, педагогика, икономика и политически науки. Постигането на консенсус за една, общоприета дефиниция на промоция на здравето, днес изглежда трудно от гл.т. на сложността и многоаспектността на нейните концепции и стратегии, както и на полидисциплинарния подход. Най-често използваната дефиниция е тази, заложена в Хартата от Отава 1986 (виж Karski 2000; Karski, Słońska, Wasilewski 1994), която определя промоцията на здравето като: „процес, който прави възможно хората да повишат контрола над тяхното здраве, както и неговото подобряване и заздравяване”.

*По-точно промоцията на здравето:*

- се концентрира върху ежедневиия живот на цялата популация, а не само върху хората, намиращи се в ситуация на заплаха от определена болест;
- е насочена към действия в сферата на детерминантите на здравето, изисква пълно сътрудничество между различните сектори на управление, от централната до местната власт;
- свързва в себе си различни, но допълващи се методи за въздействие, насочени против заплахите за здравето;

- е насочена към ефективното и конкретно участие на обществото (на различни негови групи) при дефиниране на здравните проблеми и вземането на решения, свързани с заплахите за здравето;

- основава се на помощта на медицинските специалисти като един от особено важните социални субекти в изграждането и въвеждането на промоция на здравето (Dolińska-Zygmunt, 2001).

*Важни за практиката аспекти на промоция на здравето:*

- концентрация върху здравето (не върху болестта) и повишаване на неговия потенциал. По-големият здравен потенциал е средство за подобряване качеството на живота, или: активно функциониране през късната старост, по-висока трудоспособност и по-високи доходи, както и удовлетворение от живота;

- основна цел е да се изгради здравословен начин на живот и здравословна среда (физическа и социална)

- осведомяване на хората, че сами вземат решения и правят избори по въпросите за своето здраве и носят отговорност за собственото си и на другите в тяхното обкръжение;

- осведомяване на политиците и управляващите на различни нива и във всички организации, че тяхно задължение е създаването на условия, в които „изборите за здраве ще бъдат по-лесните избори“ (Woynarowska, 2008).

Профилактика (Prophylactic)



Профилактика (превенция, предпазване) – това са всички мерки, предприемани, за да се предотврати появата и/или развитието на нежелано поведение, състояния или събития сред дадено население. Крайната цел на тези мерки е да се предотвратят заплахи (включително болести), чиято поява или увеличение в бъдеще е възможна. Профилактичните мерки трябва да намалят вероятността от тези рискове и се използват за поддържане на досегашното състояние (status quo).

Традиционно се разграничават три равнища на медицински профилактични дейности:

*Профилактика I фаза* (начална, първична) – отнася се за цялото население или голяма част от него; обхваща най-ранните мерки, насочени към намаляване на предубежденията към заболяването или на риска от развитието му. Тя има широк обхват и включва следните дейности:

- *специфични* – за предотвратяване на конкретно заболяване, например ваксинация, даване на витамин D на кърмачета и малки деца за предпазване от рахит;

- *неспецифични* – предотвратяване на много заболявания, като естествено кърмене, рационално хранене, физическа активност.

*Профилактика II фаза* (вторична) – тя е насочена към определена група от населението с повишен риск за изява на някои заболявания. Нейната цел е ранното откриване на симптомите и лечение. Този тип профилактика се основава главно върху извършване на профилактични прегледи, сред които могат да бъдат отграничени три групи:

- *Скринингови изследвания* и профилактични медицински прегледи на деца;

- *Профилактични лекарски прегледи*(включително лабораторни и рентгенови) на различни професионални групи;

- *Други профилактични изследвания* при възрастни с цел ранно откриване на най-често срещаните заболявания, включително измерване на кръвното налягане, холестерола в кръвта, стоматологични прегледи, цитологични изследвания при жените, мамография и/или ултразвук на гърдите, при мъжете (над 50 години) да проучи нивото на PSA за ранно откриване на рак на простатата.

*Профилактика III фаза* (третична, рехабилитация, ревалидизация, ново обучение) – насочена е към хронично болни или хора с увреждания. Нейната цел е предотвратяване на други неблагоприятни ефекти от заболяването или уврежданията, в т.ч.:

- *възстановяване* (рехабилитация) или заместване (напр. протеза) на увредени функции;

- *оказване на помощ за справяне* с болестта и за възприемане на собственото състояние;

- *противодействие* на социалната изолация, водеща до вторична инвалидизация;

- *помощ за поддържа* не на добра физическа и психична кондиция, напр. развиване на компенсирани инвалидността функции, на умения за самооценка на здравето и самообслужването, развитие на интересите и

уменията, повишаващи възможностите за активно и самостоятелно участие в социалния живот (Woynarowska, 2008).

### Увеличаване на възможностите/сила на влиянието (Empowerment)

Предприемане на действия за увеличаване на възможностите за влияние върху събитията и хората, с цел получаване на повече възможности по отношение на желаните ефекти. (Karski 2000)

### Участие (Participation)

В областта на политиката, участието се отнася до активното участие на всички заинтересовани страни в планирането, функционирането и контрола, мониторингът и оценката на използването на проектите и ресурсите.

### Ценности (Values)

Ценността означава качества или предимства. В категориите на политиката, „солидарност“ или „демокрация“ могат да бъдат примери за ценности.

## Источници и литература

*Definicje w promocji zdrowia.* [www.lider.szs.pl/slownik/download.php?...f..](http://www.lider.szs.pl/slownik/download.php?...f..)

Dolińska-Zygmunt, G. (2001) *Podstawy psychologii zdrowia.* Uniwersytet Wrocławski, Wrocław.

Karski, J. B., Z. Słońska, B. W. Wasilewski (1994) (red-y) *Promocja zdrowia.* Sanmedia, Warszawa  
Konstytucja (1946)

*Konstytucja Światowa organizacja zdrowia.* <http://www.isk.infor.pl/dziennik-ustaw,rok,1948,nr,61/poz,477,konstytucja-swiatowej-organizacji-zdrowia-porozumienie-zawarte-przez-rzady.html>

Kwieciński, Z., B. Śliwerski (2003) *Pedagogika. Podręcznik akademicki, t. 1-2.* WN PWN, Warszawa

Promocja zdrowia (2010) *Promocja zdrowia. Podstawowe pojęcia i definicje.* <http://www.szpital-marciniak.wroclaw.pl/definicje.html>

WHO (1998) *Health Promotion Glossary.* WHO, Geneva.

Wojnarowska, B., M. Sokołowska (2000). (ed.) *Szkoła promująca zdrowie.* KOWEZ, Warszawa.

## СОЦИОЛОГИЯ НА МЕДИЦИНАТА

Проф. д-р Магдалена Соколовска (1922-1989) е една от най-известните полски социоложки, работили в сферата на социология на медицината.

Първоначално тя е работила като медицинска сестра, след това като лекар, а по-късно и като социолог на медицината. Счита се, че именно тя е създателка на полската социология на медицината и един от популяризаторите на новата по онова време наука в страните от Източна Европа.

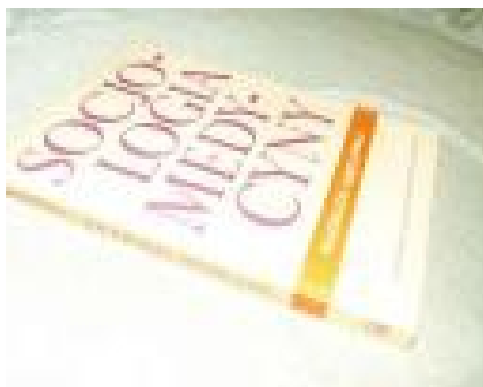
Тя е била и инициатор на редица емпирични изследвания както в сферата на медицината, така и на социологията. Освен изследователската си дейност М. Соколовска е и преподавател и обучава първите поколения бележити полски социолози на медицината.

Днес в Полша проф.д-р Магдалена Соколовска е призната за създател на полската школа по социология на медицината, която си остава водеща в страните от Централна и Източна Европа.

Тук предлагам превод на няколко кратки фрагмента от нейната известна монография – „Социология на медицината“. В тези фрагменти проф. Соколовска разглежда такива значими и днес проблеми като: самопомощ и групи за самопомощ в медицината, социална и здравна депривация, болест и девиация, етикет и етикетиране, медикализация.

\*\*\*

Sokolowska, M. (1986) *Socjoloocjologia Medycyny*. Panstwowy Zaklad Wydawnictw Lekarskich. Warszawa



## Част II. Социални фактори в лекарската практика

### Раздел I. Поведение при болест

#### САМОПОМОЩ (с.77-78)

Понятието „самопомощ“ в сферата на здравето обхваща много разнородни явления. Към тях принадлежат, преди всичко, различните индивидуални поведения, основаващи се на понятието „начин на живот“: профилактично поведение, оценка на симптомите на болестта, самолечение, интеракции с професионалния сектор. Понятието „самопомощ“ обхваща също и такива въпроси, като грижата на роднините за „своя“ болен, различните форми на помощ, оказвана от страна на локалната общност (съседите и другите хора от неформалните кръгове), както и от формалните групи за самопомощ. Във всички случаи може да става дума за проблеми, свързани с физическото или психичното здраве, за профилактика, лечение или рехабилитация. Формите за организация на помощта и действията разбира се, са различни във всеки отделен случай.

Участието на лаиците в здравеопазването не е нещо ново. Където и да е и по всяко време хората са могли да получат лекарства, смятани за „собствени“, като също така са имали роднини или съседи, които са им

препоръчвали „проверени“ лечебни методи, така почти всички са били склонни да се уповават предимно на тези източници и на собствените си оценки. Никаква здравна система, независимо от техническите си и финансови възможности, не би била в състояние да обхване това, което хората правят един за друг в сферата на здравето и болестта, не би могла да се справи с толкова огромен товар. Първите наръчници и съветници по „домашна медицина“ през 18 в. били създадени от лекари, тъй като още тогава те си дали сметка за значението на съюзниците и партньорите, каквито са лаиците, интересуващи се от здравето.

Тази ситуация се променила успоредно с развитието на научната медицина и професионализма. Непрофесионалистите престанали да се разглеждат като партньори. Още преди десетилетия СЗО смятала „техническата“ помощ за единствената форма на здравни грижи и помощ. Считало се, че всички недъзи на здравните служби могат да се отстранят с помощта на професионалните решения. 70-те години донесоха основна промяна в тази идеология. Това се свързваше, между другото, с огласения от СЗО девиз „Здраве за всички до 2000 г.“, който се превърна в доминираща цел на тази организация. Дългогодишният процес на реализация на това намерение се опира върху постулата за промяна на ценностната йерархия в медицината. Фундамент става (или трябва да стане) първичното здравеопазване с възможно най-широкото участие на лаиците, които трябва да носят главната отговорност за своето здраве, по смисъла на друг девиз „Твоето здраве е в твои ръце“.

Лаическият компонент в здравеопазването до скоро оставаше малко изследвана и позната сфера. Социологията на медицината беше концентрирала вниманието си върху медицинските институции, т.е.

изследваше болниците, професията на лекаря, отношението между лекаря и пациента и др.п. Съвсем до скоро дори изследванията върху поведението на хората по време на болест се концентрираха в посока на професионалните аспекти, а подминаваха семейството, дома, съседския кръг, църквата, клубовете. А точно там се реализират мнозинството от човешките действия, които се свързват със здравното поведение или лечението на болестта. Все пак през последните години се разшири обхвата на изследователските интереси. Изследователите обърнаха внимание на съществуването на различни форми на самопомощ в процеса на боледуване, действали от зората на човечеството, както и на огромното значение на това явление.

#### **ГРУПИ ЗА ВЗАИМНА ПОМОЩ (с. 79-81)**

Взаимната помощ, а следователно предоставянето и приемането на помощ в рамките на естествените или други групи социални връзки, винаги е било важен елемент от историята на човека. Все пак едва през втората половина на XX век тази форма на самопомощ се превърнала в динамична обществена сила. Това е реакция срещу нарастващата комплексност и отчужденост на съвременните институции, срещу увеличаващите се материални и социални разходи, свързани с техниката.

Съвременните групи за взаимна помощ посредничат между анонимните държави и беззащитния спрямо тях човек, като си осигуряват взаимно материални средства, социална, морална и емоционална помощ, като улесняват самореализацията. Те обхващат не само естествените социални връзки, т.е. семействата, колегите от работата или училището, съседите, кръвните роднини и приятелите, но преди



всичко много просветни, икономически, здравни организации. Това е характерна черта за съвременните групи за самопомощ.

В сферата на здравето тези групи възникват, както в капиталистическите, така и в социалистическите страни, както там, където има държавна служба по здравеопазване, така и там, където тя не съществува. Те възникват затова, защото липсват подходящите служби и необходимите услуги, или защото те са препълнени и малко ефективни, или защото хората искат други служби и други грижи.

Понякога се среща възгледа, че самопомощта е сякаш заместител на здравеопазването за хора, които са лишени от него, че по своята същност то е втора категория, насочено към бедните, онеправдани от съдбата хора. В познатата декларация от международната конференция в Алма-Ата, посветена на първичното здравеопазване, СЗО заема друго становище. „С цел да се осигури бърз повсеместен достъп за дадена общност до основното здравеопазване е необходимо да се опрем на индивидуалните и групови грижи за собственото здраве на тази общност”<sup>7</sup>. СЗО смята, че от една страна самопомощта е (или трябва да бъде) интегрална част от професионалното основно здравеопазване, а от друга, че успехът на която и да е система за основно здравеопазване може да зависи в голяма степен от познаването и използването на неформалната самопомощ.

Науката от скоро се интересува от групите за самопомощ и по тази причина това е малко позната и изследвана област<sup>8</sup>. Групите за самопомощ съществуват под различни форми почти във всички страни,

---

<sup>7</sup> Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata 1978, World Health Organization, Geneva 1978

но точно не се знае колко и какви. Този факт е следствие от това, че значителна част от тези групи ценят своята интимност и неформалност, избягва публичността и не желаят да се превърнат в обект на социологически изследвания или каквито и да било други интереси.

Най-старите традиции имат групите на Анонимните алкохолици, но съществуват също много други, например обединяващи родители и попечители на деца с умствени увреждания, хора, страдащи от различни форми на психически смущения, от различни форми и видове рак, болести на сърцето, почти всички видове недъзи и инвалидност, групи, обединяващи наркомани, лица след прекарана болест, травма и операция (например след инсулт, след изгаряне, след операции на сърцето, жени, след ампутация на гърдите и др.).

В САЩ, където това движение е най-старо и сравнително най-добре проучено, се оценява, че през 1980 година са съществували около 750 хиляди групи, обхващащи около 15 милиона души. Почти всяка от 200-та най-разпространени болести и увреждания с хроничен характер притежава своя еквивалент в група за самопомощ. В тези групи се срещат също хора, които например са правили опит за самоубийство, развели са се, загубили са дете или съпруг, били са напуснати от партньора си. В последно време в САЩ, Канада и в мнозинството от страните на Западна Европа, на успех се радват групите на жените, които поемат много функции, традиционно присъщи на гинеколозите, например в сферата на контрацепцията и грижата за бременните.

---

8 В Полша е написана интересна работа по тази тема: H. Andrzejczak, D. Duch: Samopomoc jako zjawisko społeczne na przykładzie ruchu Anonimowego Alkoholika w Polsce. Instytut Socjologii UW, 1981

Мнозинството от групите за взаимна помощ функционират независимо от формалната система на здравеопазване. СЗО в Европа се стреми да сближи тези два компонента на помощ. В някои европейски страни, между другото и в Полша, такива групи съществуват главно в рамките на формалната система. Така например мнозинството от клубовете на анонимните алкохолици са свързани с местата за лечебно отказване от алкохол. При днешните условия у нас е трудно да се разчита на спонтанна инициатива за организиране на група, която да се създаде от алкохолици и техните близки. Обикновено такъв „запаянко“ у нас най-често е лекарят.

По примера на алкохолизма в Полша се вижда, колко много е недооценено у нас и не само у нас, движението за самопомощ. А впрочем помощта на групата за алкохолици навсякъде е призната за най-успешна и при това много евтина. В различна степен това касае и другите групи за самопомощ. Наистина, самопомощта не е лекарство за всички болести на съвременната система за здравеопазване, но би могла да се превърне във важно допълнение.

### **Част III. Структура на обществото и здраве**

#### *Раздел III. Семейство и болест*

## ПРОБЛЕМЪТ ЗА СОЦИАЛНАТА И ЗДРАВНА ДЕПРИВАЦИЯ (с.205-209)

Понятието „депривация“ се появява в социологическата литература през 60-те години и оттогава все по-често се използва. Обикновено се замества с понятията „бедност“, „нищета“, но се третира по различен начин. Социологическите публикации нарастват от момента на „откриването“ на нищетата в развитите и богати общества. Оказало се, че в тези общества съществуват „ниши на нищета“, „застрашени групи“, различни „непознати“ групи и общности лишени от условията на живот, които обикновено определят участието на хората, групите, общностите и др. в живота на обществото. На описанието на ситуацията на тези групи са посветени много изследвания. Същевременно липсвали теоретични разработки, които да изяснят упоритостта, с която се задържа депривацията в някои групи и общности. Изследвали се причините за това явление чрез категориите на различни философски и социални теории, от което произтичали различни изследователски конструкции, а също и различни аргументи, подчертаващи биологични, психологически, икономически и структурни фактори. Характерна черта за всички тези изследвания, независимо дали са теоретични или емпирични, било тяхното практическо ангажиране с пряко или косвено влияние върху концепциите и имплементацията на социалната политика, която почти всички съвременни изследователи считат за неадекватна.

Потребностите от провеждането на различни изследвания върху бедността и депривацията в Европа са очевидни. Във всички европейски страни се чувстват последствията от световната икономическа криза. В западните страни те застрашават трудно постигнатите придобивки от

„държавата на всеобщото благоденствие“, а общественото мнение се настройва враждебно към „бедните“ или към действия, които са насочени към подобряване на влошеното им социално положение. Отживели са вижданията, които имат тенденцията да „обвиняват жертвите“ или да третираат нищетата като естествена и неизбежна язва на обществото. В богатите държави съществуването и изследването на нищетата е „деликатна“ работа. Не съществува никакво пълно познаване в тази област.

През 1979 г. Унгарският институт по социология към УАН започнал серия от изследвания върху причините и последствията забавили през 70-те години социалната подвижност и най-вече вероятността за влиянието на различните синдроми, акумулирани от депривацията. Една от главните хипотези на това изследване е, че съзнателното или несъзнателно формиране и наследяване на социалните блага и лишения, е обща тенденция във всички общества структурирани йерархично. Тази тенденция не е обусловена от биологични или исторически обстоятелства...

Понятията „нищета“, „пространства на бедност“, „зона на лишенията“ и др. са въведени наскоро в употреба. Често към пълния списък се причисляват такива различни категории като: „дезорганизиранни семейства“, „семейства с патологични черти“, „семейства на престъпници“, многодетни семейства, самотни, семейства на хора с инвалидност и др. Тези групи ги обединява факта, че живеят под т.нар. социален минимум. В Полша през 70-те години такива хора са 7 мил., като мнозинството от тях е принадлежало към традиционния кръг на бедните. Ниският доход на хората от този кръг се придружава

обикновено с такива черти, характерни за най-ниските социални позиции, като: ниско образование, неквалифицирана и тежка физическа работа, лоши жилищни условия и др.

През 1982 год. Европейското бюро на СЗО започна работа по подготовката на изследване в региона на Европа на тема: Връзката между бедността и здравето. Това било разширяване на първоначалните концепции, които се ограничавали до изследвания на безработицата в западните страни. *Признато е, че явлението безработица, заедно с неговите импликации, за определени възрастови групи и социални категории, е важна (но само една от многото) компонента на по-широкия проблем – бедността. Това е проблемът, който съществува във всички европейски общества, макар и не навсякъде изразяващ се по този начин, а точно като безработица. Защото безработицата засяга предимно най-бедните и слабо образовани групи и така не може да бъде подминат в изследванията на бедността.*

Главните изследователски търсения са концентрирани в отговорите на следните въпроси:

1. Сред различните причини за бедността се нареждат болестта и инвалидността, а също и недостатъците на здравеопазването. Какви? В каква област и по какъв начин тези причини са отговорни за бедността?

2. Бедността има последствия за здравето. Какви? (чрез категориите за смъртност, заболяемост и качество на живота.)

3. Какви действия се изискват от системата на здравеопазването и социалното подпомагане с цел смекчаване последствията от бедността. Необходимо ли е да се развиват способности в бедните с цел по-добра грижа за собственото здраве?

Да се развиват ли, също така, нови форми на здравеопазване и да се разширяват ли социалните служби, които ще бъдат по-добре пригодени да смекчават последиците от бедността в сферата на здравето.

Накрая се подчертава необходимостта от по-добро адаптиране на службите в здравната и социалната системи към специфичните потребности на бедните.

Установено е, че основните изследвания са концентрирани в следните тематични области:

- 1. Разграничаване значението на бедността и връзката ѝ със здравето;*
- 2. Системите на здравеопазване, като бариера пред последствията от бедността в сферата на здравето;*
- 3. Показатели за взаимовръзките между бедността и здравето;*
- 4. Особени черти на групите идентифицирани от гледна точка на бедността, болестта или връзките между бедността и здравето (бедни, непълни семейства, самотни, стари хора, безработни, етнически малцинства, работници-емигранти, хора с инвалидност).*

Успешните действия на социалната политика в тази област зависят до голяма степен от възрастта на хората, които ще бъдат обхванати от тези действия. Затова в мнозинството от изследванията върху депривацията на първо място присъства детето.

Децата от най-заstraшените семейства имат значително по-лош житейски старт от връстниците си, живеещи в по-нерискови семейства. Тяхната съдба е друга. Тези деца получават релативно по-ниско образование и намират по-лошо платена работа. Няма шансове да живеят по-добре от родителите си, защото по правило наследяват тяхната ниска позиция.

Бедността често се съпровожда, също така, с други явления: алкохолизъм, престъпност, разпад на семейството. Едновременното действие на негативните причини затруднява нормалната социализация на децата и влияе върху тяхната социална дезадаптация.

Такива деца имат по-лошо здраве и по-слаби параметри на физическо и психическо развитие, отколкото техните връстници<sup>9</sup>. За това свидетелстват многобройните убедителни изследвания и материали, които – както пише британската социоложка на медицината Маргарет Блакстър, „непрекъснато отново доказват, че съществуват социални различия в здравословното състояние на децата. Като че ли обществото не искаше да повярва в това и беше необходимо регулярно да му се напомня. Но продължаващите доказателства, че здравето и развитието на децата се различава в зависимост от професионалната класа или образованието на родителите има слабо влияние върху изясняването на това, защо е така или трябва да бъде”<sup>10</sup>.

Маргарет Блакстър направила опит за такова изясняване, извършвайки преглед на съществуващото познание върху предаването от поколение на поколение неравенство в здравето. Тя искала да изследва връзката между генетичната наследственост и вроденото здраве, между чертите на майката и здравето на детето, здравето на бебето и здравето на

---

9 A. Firkowska-Mankiewicz, M. P. Czarkowski: Sytuacja zdrowotna, psychologiczna i społeczna uczniów warszawskich szkół specjalnych. Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 1983.

10 M. Blaxter: The health of the children - A review of research on the place of health in cycles of disadvantage. Heinemann, London 1981



по-голямото дете и (с по-малка сигурност в отговора) между здравето на детето и здравето на възрастните. Опитала се, също така, където било възможно да осветли интеракциите между структурата, чертите на човека, неговото съхраняване и здраве.

Попаднала в толкова добра ситуация, че разполагала с уникални, дългосрочни източници на данни, които съществуват само във Великобритания. Това били различни официални материали, а също и изследвания провеждани в рамките на много науки и специалности. Авторката използвала следните източници: дългосрочни статистически описания, разрези от местни данни от годишника за населението, изследвано еднократно; дългосрочни местни данни, касаещи определени годишници за населението; немногочислени ретроспективни изследвания на житейските цикли; изследвания, изясняващи с малък брой променливи и „етнографски описания“, „историята на случаите“, които служат като илюстрация на протичащите процеси или изследвания „в дълбочина“ на субективните явления и случки.

Все пак и тази работа не е била в състояние да реализира главната цел на изследването – да разкрие причинните връзки в процеса на обществено-биологичните интеракции, свързани с наследяването на депривацията. Повод за това било накъсаният характер на материалите, на които се опирала авторката. Тези разработки отразяват дълбоките пропасти, които съществуват между отделните науки. Всяка от тях изследва определен фрагмент от действителността, когато интердисциплинарните изследвания в тази действителност липсват.

Авторката отбелязва, че трябва да се предприемат изследвания, които да траят през целия живот на изследваните от различните групи.

Те би трябвало да се базират върху документация и анализ на възловите моменти от живота на тези хора. Би трябвало да се проследява връзката между различните модели на здраве и професионалната работа, социалната подвижност по вертикала и хоризонтала, възможност за прогнозиране в ранно детство на хронично лошо здраве при възрастните и т.н...

Маргарет Блэкстър провела уникално емпирично изследване върху наследената депривация в областта на отношението към здравето и положението спрямо системата на здравеопазване. Изследвала три поколения в няколко десетки семейства (баба, майка и деца) принадлежащи към IV и V социални класи, и социално неподвижни от цяло поколение. Оказало се, че жените (на средна възраст) са привърженички на наричания някога метод „култура на бедността“. Характеризира я апатията, чувството за безсилие и скромни изисквания към службите за здравеопазване (очакват специализирани грижи за децата), но не се ориентират в комплицираните системи на лечение и не знаят как да се отнасят с тях. Подобно на техните майки не знаят значението на предпазните мерки. Авторката твърди, че децата в такива семейства по-често са подложени на депривация.

#### **Част IV. Девиация, етикет, петно**

#### **БОЛЕСТ И ДЕВИАЦИЯ [с. 210-218]**

Девиация означава форми на поведение, които се считат за неприемливи в дадена култура, отдалечаващи се от задължителните в нея социални норми. Девиантно поведение е това, което ако бъде открито се

превръща рутинно в предмет на коригиране, лечение или наказание от страна на съответните институции за социален контрол.

За нас значение има връзката между девиацията и болестта. Някои социолози определили болестта като известен тип девиация, защото „да бъдеш болен“ е нежелано състояние. Фрайдсън изразил това по следния начин: „Човешката, а оттук и социалната оценка на това, какво е нормално, ценно или желано, е така дълбоко вкоренена в понятието болест, както в понятието моралност“. Затова болестта според него се превръща в девиация от установените в дадена култура норми или от стандартите за „добро здраве“. Затова, също така, всеки, който е бил признат за болен, основателно се стреми към „лечение“, за да се коригира състоянието на тялото и разума.

Създателят на този начин на мислене за болестта бил Парсънс. Той смятал, че болестта задвижва неописани преди това, самобитни видове девиантно поведение, по-различни, отколкото познатите видове поведение, например престъпното. Според Парсънс човек, който в развитите страни, като напр. САЩ, започва да боледува от заразна болест има признати известни права, но същевременно и наложени задължения. Той трябва да се стреми да оздравее, а също и да търси компетентна медицинска помощ и да ѝ сътрудничи. Тези права и задължения са вкоренени в културата. Ако човек в началото на заболяването си пренебрегне тези задължения, или ако бъде обвинен в симуланство, или ако, в най-добрия случай, бъде третиран като безотговорен, то е защото поведението му се отклонява от това, което е очаквано и задължително.

Съществува и друга връзка между болестта и девиацията, която най-често се изследва от социолозите от гл.т. на голямото ѝ социално

значение. Това са именно много болести или прояви, които се третират в обществото като девиация. Това засяга болните от венерически болести, страдащите от епилепсия, слепите, хората с инвалидност или хората с умствени увреждания и много други осмивани състояния, избягвани или изолирани от „нормалните“ хора. Изследванията в тази област имат непосредствено практическо значение, защото насочват лекарите към случаите, които за живота на пациентите могат да имат диагностични етикети. Защото лекарската диагноза не просто е само удобна класификация на определено биопатологично явление. Тя може да се превърне в етикет, който има важни социални последици, например информирането на пациента, че има анемия вероятно няма да го впечатли особено, но информирането му, че страда от епилепсия може да предизвика съществени промени в живота му в следствие на социалното значение, което е донесла лекарската диагноза. Тези промени могат да имат по-голямо влияние върху живота на пациента, отколкото първоначалното установяване на биологичната дисфункция. [с.210-211]

## СОЦИАЛНОТО ЗНАЧЕНИЕ НА СТИГМАТА

Думата клеймо (стигма) днес се отнася към всяко състояние, атрибут или черта, която означава неодобрение на индивида от културна гл.т., или го квалифицира като „лош“. Определенията какво се одобрява и какво не, са променливи и различни в различните исторически и културни епохи.

И така от историята на медицината можем например да научим, че някога в Европа масово се е боледувало от едра шарка, за нормални са се приемали лицата, набраздени с белези („дупки“), а гладките лица за

девиация. Изследванията на антрополозите на културата показали, че в някои части на Бразилия и сред африканските племена хората с епилептични припадъци са били дарявани с най-висши оценки (лекаримагьосници), когато в нашия културен кръг епилепсията като цяло е стигматизирано състояние.

Такива различия се съдържат, също така, в професионалните интерпретации, защото медицинската теория и практика не се развиват в културна пустиня и са подложени на влиянието на публичните стереотипи, на изискванията на пациентите, организацията на труда и др. Това показало класическото изследване на Р. Скот от 1969 г., представляващо съдържанието на книга с впечатляващото заглавие „Създаването на слепи“ („The making of blind men“). То деликатно представя разликите в отношението към слепите в САЩ, Великобритания и Швеция.

В САЩ главна цел на здравеопазването е „приспособяването“ на слепите хора към тяхното състояние. За „приспособен“ индивид се смята такъв сляп човек, който с помощта на специалните служби приема своето увреждане и се учи да живее с него. Във Великобритания лекарите наблягат значително повече върху „повдигането на духа“. Във връзка с това центровете за лечение на хора, които наскоро са загубили зрението си, подчертават необходимостта от „добро отношение към проявите на противната съдба“. Затова пък в Швеция загубата на зрението се смята по-скоро за „техническа“ бариера, която може да се компенсира с помощта на съвременните технически съоразения.

При проведените преди повече от десет години изследвания в Полша върху социалната ситуация на хора с невъзвратими увреждания

на опорно-двигателния апарат ние се интересувахме, между другото, от проблемите на сексуалния живот на хората с инвалидност. В част от специалистите забелязахме учудването, че въобще питаме за това. Сексът днес все още не се вмества в мисловния стереотип на лекаря спрямо човека с инвалидност. Доминират различни предразсъдъци на тема сексуалните потребности на хората с инвалидност, например, че техните потребности са по-малки, отколкото при „нормалните“ хора.

В интригуващата книга на холандски автори от шестдесетте години, с красноречивото заглавие „Те не са създадени от камък “ (Not made of stone), е представена дискусия на тема секса в групата на параплегичите. Когато лекарят, участващ в дискусията в ролята на експерт, отбелязал, че професионалните писания сочат намалено либидо при параплегичите, това било отречено с неохота от пет от шесте параплегици, а шестият казал, че при него напротив, настъпило значително засилване на либидото. Всички присъстващи били съгласни, че първият въпрос на пациентите, които познавали, след операция, звучал: „Ще живея ли?“, а веднага след него: „Сега какви ще бъдат моите сексуални реакции?“ и едва след това задавали въпроса: „Ще мога ли да ходя и да работя?“ Противно на широко разпространеното мнение, че най-важно е безпокойството за потенциалното бащинство, събраните потвърдили, че най-важна е потребността от интимен контакт и изпитването на удоволствие.

А ето фрагмент от експертната на Полската академия на науките на тема „Ситуацията на хората с инвалидност и състоянието на рехабилитацията в Полската Народна Република“ (1978 г.): „Бавното развитие на сексологията в Полша не дава надежди за организиране в

близко бъдеще на различни форми на сексологическа помощ за хората с инвалидност. Те са осъдени през дълги години техните сексуални желания да трябва да бъдат заглушавани и прикривани от порицание. В убежденията на много среди сексуалните контакти на хората с инвалидност представляват аргумент за израждане, а не елемент на пълната социална рехабилитация. На помощ не могат да разчитат нито тези, които физически са в състояние да влизат в сексуални контакти, а несполучливите опити и погрешните експерименти са предизвикали неврози, нито тези, които се нуждаят от технически улеснения при създаването на сексуални контакти. Всякакви протези, които би трябвало да служат за улесняване на сексуалните контакти, ще бъдат свързвани от по-голямата част от обществото с порнографията и „секс-магазините“. Фалшивият пуританизъм на обкръжението поставя нов елемент на стигма върху тези, които въпреки инвалидността се опитват да живеят като нормални хора”. [с.211-213]

### СИЛАТА НА ЕТИКЕТА

Когато човек получава етикет, например „епилептик“ или „сляп“, то той получава нова девиантна социална роля или самоличност. Преди това е имал лошо зрение или учудващи пристъпи на слабост, или атаки. Вместо това сега е „официално“ сляп или epileptic. Във връзка с това привържениците на теорията за етикетирането определили девианта като някой, на който „му се е отдало да прилепи етикет“. А девиантното поведение е „поведението, което така е било етикирано от другите“.

За човека, който е получил етикет, нещастната последица, че стигмата започва да доминира при възприемането му от другите, е факт.

Какъвто и да е той (например баща, занаятчия и др.), се третира като девиант.

Силата на „прилепеният“ етикет при психичното заболяване е била добре показана в известният експеримент на Д. Л. Розенхейм, който бил публикуван през 1973 г.: осем здрави човека, набрани от средите на психолозите, психиатрите, педиатрите, художниците и домакините, дали секретно съгласие за хоспитализиране в различни психиатрични болници в САЩ. Всички се оплаквали, че чуват неопределени гласове. Били приети с диагноза шизофрения. В болниците се държели нормално и рационално, за да ускорят изписването си. Все пак, въпреки очевидното публично демонстриране на „нормалността“ си, тяхното поведение, според персонала, се обяснявало чрез категориите на шизофренията. Когато накрая ги изписали, всички получили заключението „шизофрения в ремисия“. [с. 213]

## Част V. Медицина и обществен контрол

### МЕДИКАЛИЗАЦИЯ (с. 224-227)

Този термин, създаден в САЩ, означава процес на експанзия, при който все повече и повече области от живота се подчиняват на юрисдикцията на медицината<sup>11</sup>. Последниците от това е определянето на социалните проблеми с категориите на медицината и разглеждането на лечението като подходящ метод за действие. Тази експанзия се

---

11 M. Sokolowska: Problem medikalizacji społeczeństwa. W: Granice medycyny. Wiedza Powszechna, Warszawa 1980



разпростира особено върху девиатното поведение. Тя често замества религията, а най-вече правото по начините и със средствата на обществения контрол. Повече от 20 години се водят дискусии дали медикализацията е изцяло негативно явление или заместването на наказанието с лечение е винаги израз на обществен напредък. Привържениците на този възглед смятат, че е по-добре да се предприеме лечение на алкохолиците, сексуалните престъпници, наркоманите и др., отколкото да бъдат осъдени на затвор. В този контекст С. М. Хилър привежда думите на декана на един от американските Университети, който при новината, че група негови студенти са започнали да правят „фокуси“ със свръхестествени сили, казал: „Преди няколко века щяхме да ги изгорим на кладата, преди 25 години бихме ги изхвърлили от университета. А днес просто ще ги изпратим на психиатър“<sup>12</sup>.

Дискусията, разбира се, касаела главно американската психиатрия. Обмисляло се дали психическата болест съществува така, както физическата болест, или нейното лечение е израз на „империализма на медицината“, което означава разпростиране интересите на психиатрите върху сфери, които не принадлежат към традиционните за медицината. Следователно върху т.нар. житейски проблеми, като: злоупотреба с лекарства, наркотици, алкохолизъм, престъпност, бедност и т.н., и в следствие на това алкохолиците, наркоманите, лекарствоманите, някои престъпници се разглеждат като болни.

В известната книга „Митът за умствените увреждания“<sup>13</sup>, Т. Шаш оспорил възможността болестите да се прилагат при решаването на по-

---

12 Medicine and social control. // Sociology as applied to medicine (red. D.L. Patrick and G. Scambler). Bailliere Tindall, London 1982

горе изброените проблеми. Негов главен аргумент било твърдението, че етикета на психическата болест е удобно средство за действие по отношение на много трудни социални проблеми. Все пак мнозинството психиатри смятат, че психическата болест има определена органична етиология или е предизвикана от психологически смущения и използването от тях на всички достъпни лечебни средства с цел смекчаване на страданието е не само оправдано, но е подходящо и правилно.

Малко по-различно е течението, при което се критикува индивидуализацията на обществените проблеми, която носи със себе си медикализацията. Изразителите на тази тенденция твърдят, че приемането на индивидуалната ориентация е повод за рекрутация на представителите на такива професии, които ги обединява научния интерес към свойствата на индивида, т.е. психолозите, психиатрите и другите лекари. Дори и ако те не се занимават непосредствено със своите подопечни, то философията на техните професии оказва влияние върху хората, които правят това, например върху медицинските сестри и социалните работници. В резултат на това най-типичната черта на разглеждането на съвременните социални проблеми е тяхното формулиране предимно с медицински категории. Обаче, както се твърди, болестта е главният въпрос на начина на живот, на социалната структура, условията на труд и начина на хранене. Затова ефективното предотвратяване на болестите трябва да се основава също и на социалната промяна, а не върху неуспешни интервенции на

---

13 T. Szasz. Myth of mental illness, 1961

индивидуално ниво. Защото дори въпросите, които изглеждат чисто медицински и се намират в компетентността на хората с медицинска квалификация, често са продукт на действието на социални фактори, върху което индивида няма влияние. В обществото медицината е консервативна сила. Тя поддържа status quo и отвлича вниманието от главните заплахи за здравето на човека.

Какво значение имат тези твърдения за нашата страна? Мнозинството от тях не са актуални. Все пак може да се обърне внимание на това, какви симптоми, страдания и смущения са свързани с физиологичния компонент (например стареенето) и трябва да се разглеждат индивидуално, а кои биха могли да се избегнат, като се оказва влияние върху обществената структура с немедицински действия. Например възможно е да се намалят пътно-транспортните произшествия чрез ограничаване на пианството, чрез увеличаване на пътната култура и др.п.<sup>14</sup>. В края на крайщата това изискват най-вече лекарите, може би главно в такива държави – подобни, както е при нас, където основните форми на здравеопазване са социализирани. Затова тезата за медикализацията в нашата страна също буди скептицизъм. И тъй каква практическа алтернатива може да се препоръча за мястото на медицината? Някои смятат, че „моделът на медицината“ трябва да замести „моделът на просвещение“, но за всеки социален политик е ясно, че просветния модел е непригоден за решаването на огромния брой проблеми, решавани по-добре от медицината. Концепциите за

---

14 M. Sokołowska: Odpowiedzialność społeczna za grupy zależne. Studia Socjologiczne, 1981, с. 3

медикализацията са следователно ефективни и убедителни със своите критични елементи, и в същото време много скромни със креативните си елементи.

Върху медицинацията може да се гледа, също така, от гл.т. на предлагането и търсенето. Търсенето касае тези системи на здравеопазване, където съществуват предпоставки за непосредствен финансов интерес на лекарите. В тази връзка медицината завладява като че ли все повече терени. Все пак няма никакви доводи за подкрепата на тази теза и изглежда, че медицината по-скоро предлага „повече от същото“ (при нарастваща цена). Изглежда, също така, че контрола върху девиантните поведения, упражняван от някои лекари не е повсеместно подкрепян от мнозинството членове на тази професия. Те биха желали да си останат в традиционните сфери.

Разширяването на обхвата на медицината може да се разглежда, също така, като функция на предлагането, защото винаги се намират желаещи да получат това, което медицината предлага. Все пак няма доводи за подкрепа на тезата за съществуването на масова „зависимост от медицинските грижи“. Липсата на исторически материали прави невъзможен извода, че днес хората отдават повече значение на своето здравословно състояние, отколкото в миналото. Изглежда, че се е променила единствено компетентността на лекарите и организираното здравеопазване като успешно средство за решаване на проблемите, свързани с болестта или постигането на по-добро качество на живота.

превод от полски език

## ПАРТНЬОРСТВОТО МЕЖДУ ЛЕКАР И ПАЦИЕНТ – ПРОБЛЕМИ И НАЧИНИ ЗА ПРЕОДОЛЯВАНЕ

„Човекът с ревматично заболяване често не знае, какво да попита лекарят, а лекарят не знае как да разговаря с него. В някои случаи е възможно неуспешното лечение да е следствие именно от взаимното неразбиране – смята проф. Бригида Квиатковска, ръководител на Клиниките за ранни възпаления на ставите в Института по ревматология във Варшава“. Така започва един много интересен материал, посветен на една значима тема – ролята на отношенията лекар-пациент в процеса на лечение на ревматичното хронично заболяване. Тема, която реално присъства в „дневния ред“ на малцина български ревматолози.

Твърде често лекарите използват своя професионален (медицински) език, за да обяснят – ако въобще го правят – същността на болестта, която откриват в своя пациент. Пациентът, от своя страна, не разбира нищо или поне не всичко, в т.ч и всички или част от препоръките на лекаря за предстоящото лечение. От друга страна не рядко самия човек с ревматично заболяване не знае, какво трябва да попита ревматолога – това се случва особено често в началото на заболяването, защото знае твърде малко за същността на своето заболяване и перспективите за неговото протичане. Той все още не се е научил да интерпретира симптомите, атаките и отстъпленията на болестта. Тези трудности в комуникацията лекар-пациент могат да създадат сериозни проблеми по отношение на ефективността на лечението, особено когато човекът с ревматично заболяване усети безразличие или досада в лекаря по време на комуникацията им.

С оглед на все по-разширяващата се хронична патология в лекарската практика и осъзнаването на значимостта на проблема „трудности в отношенията лекар-пациент“, както и на значението му за успеха на лечението, днес много Университети са въвели (или имат намерение да въведат) програми за обучение на студентите по медицина, свързани със създаване на умения за разговор с болния, за изграждане на уважение към пациентския наратив, който е изключително важен за пациента, а не рядко може да се окаже също толкова важен и за лекаря.

В съвременната ревматология идеята, че *решенията за лечението на човека с ревматично хронично заболяване трябва да се вземат съвместно от лекаря и пациента*, се превръща в своеобразна социална лема, в трузъм. Това означава, че решенията за лечението на човека с ревматично заболяване не трябва и не може да бъдат авторитарен избор на лекаря (доминация), а пациентът не може и не трябва да се превръща в пасивен изпълнител на тези решения. Преди да каже „да“ и да започне лечението си, пациентът трябва да е разбрал и осъзнал всички лечебни процедури, рискове, плюсове и негативи от медикаментозното лечение и др. А за да стане това той трябва да е получил необходимата информация на достъпен и разбираем за него език. За съжаление това днес не се случва често, а причината, която се изтъква от лекарите е липса на време за разговор.

Първите контакти между лекар и пациент са особено важни за успеха на цялостното лечение. Това е времето, когато лекарят трябва да обясни, какво представлява болестта, какви са възможностите за лечение и потенциалните перспективи пред човека с ревматично заболяване,

какви са плюсовете и минусите от терапията. Именно тогава, съвместно с пациента, се създава план за по-нататъшни действия. Това е единствения път за изграждане на доверие между лекаря и пациента, без което нито една терапия не може да доведе до максимално положителни ефекти [1].

Макар и посветен на по-широк кръг проблеми (глухотата на медицината спрямо екзистенциалните измерения на болестта), точно тук заслужава да приведа един по-обширен цитат, посветен на неразбирането между лекаря и пациента, което всъщност представлява конфликт на интерпретациите и последиците от него:

„Глухотата на медицината към екзистенциалното измерение на болестта е проблематична не само етически, но и перформативно, защото в края на краищата се обръща в неефективност на терапията и в необратима хронификация на патологичния процес. Медиците, ръководейки се от благородни намерения, предполагат, че заболялия човек е длъжен да интерпретира своите страдания с тези термини, които господстват в наличното медицинско знание. Но в действителност, както показват специализирани изследвания, всичко се случва по съвсем друг начин. Между тези смисли, с които обикновено пациентът натоварва своите увреждания, и тези интерпретации, които му предлага лекарят в рамките на лечебната практика, често лежи огромна пропаст [2]. Това обстоятелство влияе и върху степента на доверие на пациента, и върху успеха на лечението като цяло. „Конфликтът на интерпретациите“ в тази област, не съгласуването на системите за обозначаване, пренебрежението на екзистенциалните аспекти на опита с болестта, води не само до неблагоприятен емоционален фон на лечението, но и пряко влияе върху

протичането на болестта, силата на болевия синдром, самочувствието и сроковете за оздравяване. Ако става дума за хората с хронични заболявания (а те представляват 70% от структурата на съвременната патология!), то игнорирането на субективните смисли, на екзистенциалния опит с неизлечимата болест, превърнала се в част от биографията на човека, днес в медицината е по-скоро правило, отколкото изключение, то влияе върху ежедневието на хронично болния, върху неговата способност за социална мобилност, социална адаптация, върху неговите идентификационни структури [3].

\*\*\*

В началото на 2013 година е проведено глобално изследване сред хора с ревматоиден артрит, в което са взели участие над 10 000 лица с това заболяване от целия свят (без България). Изследването е проведено в рамките на кампанията: „РА: Присъединете се към действието“ или „РА: Бъдете активни“. Около една трета (31%) от лицата с РА в Полша са оценили, че са лекувани добре, което е с 20% по-ниско от средното за света. Според полските специалисти тези данни говорят, че в страна не съществува най-доброто сътрудничество между лекар и пациент [4]. За ситуацията в България можем само да гадаем, но най-вероятно е твърде смело да се мисли, че една трета от хората с ревматоиден артрит в България биха оценили своето лечение като добро.

От друга страна 79% от поляците с РА са признали, че имат доверие в професионалните препоръки на своите лекари. Тази оценка показва, че релациите между лекарите и пациентите по-често се изграждат на основата на взаимно разбиране и сътрудничество [5].



Върху формирането на оценката на човека с РА за качеството на лечението влияят множество личностни и социално-контекстуални фактори, независимо от това дали човекът с РА осъзнава или не този факт. Например един млад човек, на когото е поставена диагнозата РА трябва да започне да се съобразява с такива реалности от своето ежедневие, като: (а) отказ от извършване на определени дейности и активности, (б) промяна в начина на извършване на други дейности, (в) справяне с личните ограничени възможности и ограниченията на възможностите, налагани от обществото, (г) (само)обучение за преодоляване на социалните бариери и др. Това е от много голямо значение, защото придобиването на умения и опит за живот с „болест, която ограничава, е изключително трудно“ [6], може да провокира появата на депресия, страхови психози, паник атаки и редица други социално-психологически проблеми.

За хората с РА, както и за тези с други хронични ревматични заболявания, е много важно да осъзнаят, приемат и да се адаптират към следното:

(1) ревматичното заболяване е болест за цял живот;

(2) необходимо е (дори задължително) човекът с ревматично заболяване да се научи и да придобие умения да контролира – сам и с помощта на близките си и лекарите – болестта до такава степен, че тя да не му пречи в ежедневието във възможно най-голяма степен;

(3) трупането на позитивен опит за живот с ревматично заболяване е труден, понякога мъчителен, продължителен и сложен процес, който

изисква адекватно и разнородно знание, както и непрекъснатата интерпретация и самоинтерпретация на житейските събития.

И това са само част от основните причини, които превръщат отношенията лекар-пациент във много важен фактор за успеха на лечението.

Не по-малко важно е, също така, човекът с ревматично заболяване да не се затваря в дома си, а да търси възможности и да участва в различни групи за самопомощ и взаимна подкрепа, както и помощ и подкрепа от други специалисти – например психолог. Тук огромен проблем са т.нар. символни бариери – например мисленето в посока, че търсенето на помощ от психолог е всъщност лечение на някакъв вид лудост, което е тотално погрешно, но често се налага като етикет на човека с ревматично заболяване от социалното му обкръжение, особено ако живее в по-малки, по-затворени и консервативни общности. Тук обаче няма място за срам, защото ревматичните заболявания са сериозни и често могат да доведат до инвалидност.

\*\*\*

В процеса на преодоляване на конфликта в интерпретациите на заболяването и постигането на разбиране между лекаря и пациента, могат да се открият поне два типа събития:

Първо, това са събитията, които протичат в първоначалните етапи на живота с ревматично заболяване. Тогава човекът с ревматично заболяване има необходимост от адекватна и разбираема информация за болестта и своето състояние. Тази информация трябва да дойде от ревматолога, а не

от Интернет, най-малкото защото: (а) човекът с ревматично заболяване няма достатъчно знания, за да може да усвои и да разбере информацията в електронните публикации – тук вероятността от грешки е много голяма; (б) неправилно разбраната информация е в състояние да предизвика сериозни психологически проблеми, дори да доведе до депресивни състояния; (в) човекът с ревматично заболяване все още не е усвоил опита да интерпретира сравнително правилно различни симптоми – всяка промяна може да се третира като заплаха или влошаване, а всъщност да става дума за нещо друго. И тук ролята на ревматолога е изключително важна – да помогне на пациента да усвои онези знания за своето заболяване, които ще му бъдат необходими в бъдеще и да предоставя мнения за интерпретациите на пациента без да го пресираща и без да доминира.

Второ, съществуват и обратни събития, когато човекът с ревматично заболяване излиза от лекарския кабинет до такава степен уплашен и безнадежден, че това може да доведе до срив в психиката му. Това е последица именно от сериозните трудности в разбирането между лекаря и пациента. Според Кшиштоф Кухарски не малко хора излизат от лекарския кабинет силно уплашени, защото са получили сведения за болестта си по неподходящ начин: „имате неизлечима [7], хронична болест, ще се опитваме да задържим развитието ѝ, но не разчитайте на нещо голямо“ [8]. Това води до силен стрес в човека с ревматично заболяване и той започва да търси в социалните мрежи повече информация, за да може – подобно на барон Мюнхаузен – сам да се измъкне от блатото, в което е бил потопен от ревматолога.

\*\*\*

В съвременната медицина, особено тази, която се занимава с хроничните заболявания (в т.ч. и ревматичните), за адекватното лечение и нормалните, безконфликтни отношения лекар-пациент, са много важни следните изисквания и характеристики:

(1) умения на лекаря да изслушва болния и да го включва в лечебния процес като партньор, а не да доминира над него и да го пренебрегва;

(2) умения на лекаря да изгради и поддържа доверие в себе си в пациента;

(3) умение на лекаря да убеди, а не да принуди, пациента, че определен вид терапия е най-добрата за него;

(4) умение на лекаря да проявява емпатия, а не безразличие;

(5) за лекаря пациентът трябва да бъде преди всичко човек и всеки негов проблем да бъде приеман като значим.

Един от най-добрите пътища и методи за усвояване на тези умения от страна на лекаря, е т.нар. наративна медицина. Тя е и един от най-добрите методи и практики за туширане и/или преодоляване на конфликта на интерпретациите на болестта между лекаря и пациента, както и много добра основа за изграждане на доверие в пациента към лекаря.

И тъй като в отношенията лекар-пациент участват поне двама социални актьори, то пациентите също трябва да бъдат подготвени за

визитата си при ревматолога, както и за по-продължителни контакти. Създаденият в Полша пътеводител за пациента има за цел да подобри комуникацията на човека с РА и лекаря. Според авторите му наръчника „Как да се говорим с лекаря – пътеводител за пациента“ се стреми да помогне на човека с РА да използва по най-добрия начин времето, през което е в лекарския кабинет и да го подготви за сътрудничество с лекаря с цел да се изгради най-добрия възможен дълготраен план за лечение.

В заключение отново ще напомня една мисъл на великия руски неврофизиолог Вл. Бехтерев: „Ако на болния след разговор с лекаря не му стане по-леко, то това не е лекар“. Срещата с лекаря обаче изисква и известни усилия от страна на самия човек с ревматично заболяване.

#### Бележки

[1] Partnerstwo lekarza i pacjenta w leczeniu – jak je osiągnąć? W: Rynek zdrowia, 10 listopada 2014. <http://www.rynekzdrowia.pl/Reumatologia/Partnerstwo-lekarza-i-pacjenta-w-leczeniu-jak-je-osiagnac,146350,11.html>

Текстът е създаден на основата на изказвания на представители на лекарите и пациентите, записани по време на дебата „Партньорство в лечението – ка да го постигнем? Разговорът лекар-пациент такъв, че да се постигнат възможно най-добрите ефекти“, който се е състоял в Института по Ревматология по повод на Световния ден на ревматизма (Варшава, 10 октомври 2014 година).

[2] Strauss, A. (1963) The negotiated order. In: A Sociology of Medical Practice. Collier Macmillan, London.

Класически пример за такъв разрыв между значимостта на болестта, която тя придобива в преживяванията на болния и медицинската интерпретация на това събитие, намираме в повестта на Лев Толстой „Смъртта на Иван Илич“. Когато след нараняване Иван Илич получил

силна и не преминаваща болка в хълбука и започнал да се лекува при лекарите, той осъзнал едно нещо. За него „беше важен само един въпрос: дали положението му е опасно или не? Но лекарят отбягваше този неуместен въпрос. От гледището на лекаря този въпрос бил празен и не подлежал на обсъждане; трябвало само да се преценят вероятностите – плаващ бъбрек, хроничен катар и болест на сляпото черво. Не ставаше въпрос за живота на Иван Илич, спорът беше между плаващия бъбрек и сляпото му черво” (Толстой, Л. Н. (1956) Смъртта на Иван Илич. В: Повести и разкази 1872-1886. Събрани съчинения, том 10. Издателство „Народна култура”, София. с. 339-375). През цялото време Иван Илич се опитвал да преведе „всички тия объркани, неясни думи” на свой език, за да изясни собствените си преживявания. Той се опитвал да осмисли това, което се случвало с него с термините на господстващата през XIX век „медицина на страдащите органи” (Фуко, М. (1998) Рождение клиники. Смысл, Москва, с. 287), докато изведнъж той не разбрал съвсем ясно, че въпросът „не е в сляпото черво или в бъбрека, а в живота и... в смъртта” (Толстой, 1956: 348).

[3] Лехциер, В. (2013) Субективните смисли на болестта. Основни методологически различия и подходи към изследването. В: Философски алтернативи, № 3, с. 127-128.

[4] Partnerstwo lekarza i pacjenta w leczeniu... цит.съч.

[5] Пак там.

[6] Пак там.

[7] Масово разпространена е грешката – и сред лекарите, и сред пациентите – да не се прави разлика между понятията „лекувам” и „излекувам”. Едно е да се каже на човек, че има неизлечима, но поддаваща се на контрол, не застрашаваща живота му, хронична болест, съвсем друго е да се каже, че има nelечима болест и да не разчита на големи успехи в контрола ѝ.

[8] Partnerstwo lekarza i pacjenta w leczeniu... цит.съч.



## ДОВЕРИЕТО В ЛЕКАРИТЕ НАМАЛЯВА

*„Без общото доверие, което хората имат един в друг, самото общество ще се дезинтегрира, тъй като много малко отношения са основани изцяло върху това, което се знае със сигурност за другия човек, и много малко отношения биха се запазили, ако доверието не е толкова силно, или по-силно, от рационалното доказателство или личното наблюдение“*  
Георг Зимел „Философия на парите“ [1]

Поляците „бият“ тревога: „Полските пациенти са загубили доверието си в лекарите“. Под това заглавие на страниците на полския медицински портал <http://www.termedia.pl>, е публикуван материал, който представя резултатите от изследването „Публично доверие в лекарите“.

В американското списание New England Journal of Medicine (NEJM – October 23, 2014 Vol. 371 No. 17) е публикувана статията „Публичното доверие в лекарите“ ( Public Trust in Physicians) и в нея са представените резултатите от изследването на равнището на доверие, което получават лекарите като професионална група чрез общественото мнение. Констатира се, че доверието в лекарите „драматично спада“ – в сравнение с 2011 г., когато то е 73%, през 2013 година то вече е 56%. Българите и поляците са сред нациите, които имат най-ниско доверие в лекарите.

„Изследването е било проведено в периода 2011-2013 година в рамките на „International Social Survey Programme (ISSP)“, реализирано в 29 страни от научно-изследователски институти в тях, в рамките на международно сътрудничество. Изследвани са два параметъра – доверие в лекарите като професионална група и индивидуалната удовлетвореност



от полученото лечение по време на последната визита при лекаря. Данните, получени от респондентите в 29-те страни показват, че липсва зависимост между нивото на доверие, което изследваните лица имат към лекарите и индивидуалното удовлетворение от последната визита при лекаря“ – информира фондация „Му Рацијенци“ („Ние, Пациентите“). Подобен резултат не е изненада, защото доверието в представителите на една от все още най-престижните професии, не се формира само от една визита при един лекар, а зависи от множество други фактори.

Данните от изследването показват, че на най-голямо доверие се радват лекарите в Швейцария, Холандия, Дания, Великобритания, Франция и – обърнете внимание – Турция (равнището на доверие варира от 83% до 75%). В дъното на ранг листата, т.е. страните, в които лекарите се радват на най-ниско доверие, попадат Хърватска, САЩ, Чили, България, Русия и Полша – в тях равнището на доверие варира от 58% до 43% (за България то е 46% и страната ни заема 27-о място). Става ясно, че по-малко от половината пациенти в България, Русия и Полша имат доверие на лекарите.

Относителните дялове на пациентите в същите тези три страни, които излизат удовлетворени от последната си визита при лекар, също са сред най-ниските. За България този относителен дял е 30%, т.е. по-малко от една трета. В Швейцария, Дания и САЩ относителния дял на удовлетвореност от последната визита при лекаря достига до 64%.

Тези резултати са обезпокоителни. Известно е, че голяма роля за успеха на всяко лечение има доверието на пациента в лекаря. Липсата на таква доверие може да „взриви“ още „на входа“ цялостното лечение и да

затормози отношенията лекар-пациент. Известно е, също така, че доверието е важен фактор за успеха на прилаганата терапия и лекарства. То е основата, върху която се изгражда едно добро взаимно сътрудничество в процеса на лечение, особено при хроничните заболявания, когато срещите между пациента и лекаря са регулярни. Липсата на доверие в лекарите е проблем, който изисква намеса и решение, защото доверието няма да се възстанови от само себе си. Подобни резултати е важно да провокират дискусия с участието и на двете заинтересовани страни, за да се предприемат „възстановителни“ действия.

Разбира се трябва да се има предвид, че представените по-горе резултати показват една твърде обща картина, в която не намират място множество важни детайли. Например, на основата на моите наблюдения мога да твърдя, че е много вероятно доверието в лекарите при здравите хора да е по-високо в сравнение с доверието на хронично болните и хората с инвалидност. Или, че доверието в известни и добри хирурзи е значително по-високо в сравнение с доверието, което имат пациентите в своите лични лекари и т.н.

Освен това не е ясно кои фактори и как влияят върху формирането или загубата на доверие в пациентите спрямо лекарите. Доколко то се диктува от системата на организация на здравеопазване – поставено изцяло на пазарни принципи, и доколко от професионализма на самия лекар? С други думи, дали – и ако да, доколко – доверието в институциите оказва влияние върху доверието към конкретни

представители на тези институции (имат се предвид министерство на здравеопазването, ДКЦ-та, болници и др. медицински институции)?

Дебатът за спадането на доверието на българските пациенти в българските лекари, е наложителен. Неглижирането на този проблем е изключително опасно за стабилността и развитието на обществото, защото пряко или косвено засяга както личното здраве, така и здравето на нацията. Ще приведа три по-общи извода на българската изследователка проф. П. Бояджиева, които струва ми се потвърждават подобна теза:

(1) Доверието произвежда социалност, а недоверието я разяжда – „Образно казано, социалната тъкан на нашето общество е разкъсана и „проядена“ – тъй като хората се отнасят с недоверие помежду си и към социалните институции, те се оказват в жизнена ситуация, която всекидневно произвежда напрежение и несигурност“;

(2) В доверието е съсредоточен голям положителен потенциал – „Доверието е носител на жизнена „енергия“ както за отделната личност, така и за обществото като цяло. Хората, които изпитват доверие към другите, не само се чувстват по-щастливи и удовлетворени, но и са по-толерантни към различните от тях. Доверието „зарежда“ с позитивна сила като стимулира социалната ангажираност и активност. Затова развитието на българското общество като гражданско общество, в което хората са солидарни и активно отстояват личностните си позиции, означава в същност създаване на социална среда, излъчваща и формираща доверие“. Ако приложим този извод към сферата на здравето и здравеопазването, то бихме могли да кажем афористично:

„Доверието е здраве!“ Колкото по-голямо е доверието към лекарите, толкова сме по-здрави ;

(3) Доверието е „деликатно“ и сложно детерминирано социално явление – според П. Бояджиева доверието е сложен социален феномен, и неговата величина зависи от влиянието на множество фактори: социален статус, културен капитал, условия на ранна социализация и семеен културен капитал и др. [2]

Доверието – „незаменимата, но и невидимата ос на обществото“, както го нарича проф. Бояджиева, е сложен и деликатен социален феномен и той никога не може да бъде обяснен и разбран чрез еднозначни каузални връзки и взаимодействия. Ето защо дебатът за намаляването на доверието в българските лекари е просто наложителен. Проблемът е, че той едва ли ще се състои в скоро време.

#### Източници:

Polscy pacjenci stracili zaufanie do lekarzy <http://www.termedia.pl/Polscy-pacjenci-stracili-zaufanie-do-lekarzy,14885.html>

Blendon, R. J., J. M. Benson, J. O. Hero (2014) Public Trust in Physicians – U.S. Medicine in International Perspective. In: New England Journal of Medicine, October 23, Vol. 371 № 17, pp. 1570-72. <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1407373>

#### Бележки:

[1] Simmel, G. (1990) The Philosophy of Money. Ed. by D. Frisby. Translated by T. Bottomore and D. Frisby. Routledge, London and New York, 2nd ed, pp.

178-179. Цитат по: Бояджиева, П. (2009) Доверието – невидимата ос на обществото. В: Европейските ценности и днешното българско общество Университетско издателство „Св. Кл. Охридски“, София, сс. 31-64

[2] Бояджиева, П. (2009) Доверието – невидимата ос на обществото. В: Европейските ценности и днешното българско общество Университетско издателство „Св. Кл. Охридски“, София, сс. 31-64.

## ЛЕЧЕНИЕ ПО АМЕРИКАНСКИ

### Бележка на преводача

В архива си с преводи от полски език открих малък материал, посветен на американското здравеопазване. Преводът е направен през 1997 година и доколкото си спомням бе публикуван във в-к „Кураж“ с разрешение на редакцията на Бюлетина, в който бе поместен. Преглеждайки превода, си помислих, че може би е добре той да придобие по-голяма публичност – знанието никога не е излишно, макар и след повече от 15 години.

\*\*\*\*\*

Здравеопазването преживява криза не само в Полша. Американската система за здравеопазване е подложена на непрекъсната критика. Американците плащат за здравни услуги средно с една трета повече от британците, наполовина повече, отколкото японците и италианците, и три пъти повече от... канадците. Последното сравнение е особено важно. Толкова голяма разлика в здравните плащания в съседни страни е учудваща. Ефикасността на лечението е сравнително еднаква. Пример в това отношение може да бъде лечението на болните след инфаркт на сърцето. В Канада се изпълняват на половина по-малко скъпите операции by-pass (бай-пас), а процентът на излекуваните е подобен.

Американските лекари с охота се хващат за скапела. По-скъпото лечение носи и по-големи печалби. Използването на алтернативни, поевтини терапии е не само неетично, но и правно невъзможно. В случай на неуспех лекарят го грози съдебен процес и високи обезщетения.

Една от причините за високите стойности на лечението в САЩ са увеличените правни услуги. Излизаният от болницата пациент често

получава оферта да обвини болницата или лекаря за лошото лечение (поради малко практика). Адвокатските бюра разбира се не гарантират спечелването на делото, но и не вземат за него никакви такси. В случай на успех взимат само ... 30%. Вече има за какво да се борят. Застрахователните фирми, осигуряващи лекарите, трябва да плащат все повече обезщетения. Така се увеличават вноските на лекарите при застраховките за гражданска отговорност. В резултат на това поскъпват лекарските услуги, в които е калкулирано застраховането... Тази система сама се курдисва и приема формата на спирала, предизвиквайки постоянното поскъпване на медицинските услуги.

Пациентите заплащат средно една четвърт от стойността на лечението. Останалите три четвърти покриват частното осигуряване и три федерални програми (финансирани от данъците): Medicare – покрива разходите за първите 60 дни от лечението, Medicaid – е предназначена за хронично болните и тези, които са здрави. Съществуват още военни застраховки.

Опит за промяна на това състояние предприе президента Клинтън. Той представи закон за създаване на система за национално осигуряване, която все пак не намери признанието на сенаторите. В този закон се препоръчва въвеждането на всеобщо осигуряване на работниците, за сметка на работодателите, развитие на медицинските корпорации и диференциране на плащанията за медицинските грижи. Тази система би обременила допълнително средната класа, която в замяна на това би получила по-лоши медицински услуги. Тя също би провокирала по-нататъшното развитие на правителствената бюрокрация. Същевременно американците очакват пазарни и частно-публични решения, а не

увеличаване на задълженията на правителството спрямо гражданите, което се свързва винаги с увеличаване на данъците.

От 1960 г. насам средната продължителност на живота в САЩ е нараснала с 5 години и е достигнала понастоящем 79 г. за жените и 73 г. за мъжете. Това води до повишаване на плащанията от Medicare. Изчислено е, че поддържането на добро здраве при 85 годишна жена струва два и половина пъти повече отколкото при 65 годишната. По-голямата част от стойността на лечението се пада на последните години от живота. Днес частта на пенсионерите по отношение на всички американски граждани представлява 13%, а през 2020 г. тя ще нарасне на 21%. В младите американци буди безпокойство факта, че успоредно със застаряването на обществото все по-голяма част от техните данъци ще бъде използвана за пенсионерите. През последните 25 години доходите на хората над 65 години са нараствали по-бързо, отколкото тези на по-младите. Трансферът на пари между поколенията, при снижаващата се професионална активност на пенсионерите може да доведе до конфликти. Днес петима работника издържат и лекуват един пенсионер. През 2020 г. този брой ще спадне на трима. Единственото решение ще бъде повишаване възрастта за пенсиониране и удължаване на професионалната активност на днешните и бъдещите пенсионери. Много хора смятат, също така, че средствата от осигуровката Medicare трябва да се инвестират добре. Ако допълнително се увеличи личния дял на пациента при заплащане стойността на лечението, то повечето хора ще избират по-евтино лечение. Песимистите твърдят, че досегашните реформи на Medicare напомнят подреждането на столовете по палубата



на Титаник, извършвано с вярата, че няма да се стигне до сблъсък с леден блок.

Днес се изграждат корпорации, които поглъщат не само малките частни кабинети, но също и болниците. Те покриват нова мрежа от поликлинични пространства, за които досега е било трудно да се намери лекар. Корпорациите правят това, разбира се, заради печалбата, но едновременно с това подобряват снабдяването на болниците и кабинетите. Ефектът от това е подобряването на медицинските грижи, макар понякога да ограничава избора на лекар. За лекарите това означава по-малко неприятности, свързани с организацията и лечението, и по-малко професионални рискове.

Реформата води, все пак, също и до негативни за самите лекари резултати. Защото нейната цел е намаляване броя на лекарите и особено на специалистите. Те ще получават по-малко доходи при по-голямо натоварване в работата. Съюзът на американските лекари АМА бди за ограничаване достъпа до професията. Ограничава се броя на медицинските училища. Въвеждат се все по-трудни процедури за приемане на чужденците. Обсъжда се драстично утежняване на издаването на визи при медицинско обучение в САЩ.

Американските проблеми на здравните служби съществуват в малко по-друго измерение. Средната продължителност на живота в Полша от много години не достига американската. Не трябва, също така, да се притесняваме от увеличаване стойността на лечението, свързано с внезапно нахлуване на скъпи технологии. Реформирайки здравеопазването все пак е по-добре да се вгледаме в грешките, които

правят другите. Винаги е по-добре да се учиш в чуждите университети и от чуждите грешки, отколкото от своите.

**превод от полски**

**Източник:** „Wiadomości Mieñskie”, No 1 (32), януари-февруари 1997 г.

## МЕДИЦИНАТА В РОЛЯТА НА МАСОВ УБИЕЦ<sup>15</sup>

В края на януари 2014 година в руския сайт фармапрактика се появи интересен материал под заглавие „Националната институция на САЩ по онкология (NCI): главната причина, предизвикваща рак, е ... класическото лечение от рак” (подч.м.- Б.И.). Изнесените данни звучат шокиращо.

Материалът започва с директна атака срещу академичната наука, занимаваща се със здравето на човека, която дори скрита зад „оградата” на нобеловите награди, все повече проявява симптоми на предстоящ крах. „На първо място това е крах на светогледа. Голият материализъм, лишен дори от зачатъци на духовност, вкара както самата наука, така и цялото човечество в системна криза. Сега, когато по цял свят здравето на хората е поставено в изгода на пазара, тази страна на кризата се прояви най-отчетливо” (подч.м.-Б.И.).

Потресаващите, силно стресиращи и шокиращи, със своята откровеност дори днес данни за „убийците в бели престилки”, извършвани под патронажа на рокфелеровата Световна здравна организация, могат да разтърсят и най-извратени умове на любителите на ужаси. Убийства в името на печалбата! Това са данни, публикувани в

---

15 Материалът е създаден изцяло по: Национальный институт онкологии (NCI), США: главная причина, вызывающая рак — классическое... лечение от рака, 2014. [<http://pharmappractice.ru/102107>]

американски правителствен отчет „за практиката да се лекуват здрави хора от несъществуващ при тях рак“. Лечението, както е известно, е скъпо и с тежки последици, които често предизвикват в невинните хора истински ... рак.

В отчета на Националния институт по онкология на САЩ съвсем официално е признато: „на милиони хора е била поставяна невярна диагноза и са били лекувани „от рак“. В същия отчет е признато, че през последните няколко десетилетия значителен брой хора, които са били лекувани от рак, е било възможно да не са поразени изобщо от тези заболявания. Това изследване, извършвано по поръчка на правителството на САЩ, е публикувано в електронното издание на Американската медицинска асоциация (JAMA – August 28, 2013, Vol 310, No. 8) (<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleID=1722196>) и показало, че както лъжливата, така и несъществуващата диагноза, „уж рак“ всъщност са „двете главни причини за цялата засилваща епидемия от тези болести“. Така милиони здрави хора са били лекувани излишно – с химиотерапия, хирургическа интервенция или рентгенотерапия.

Интересно е, че в доклада са посочени шокиращи начини, за това как са били диагностицирани много видове „ракови“ заболявания. Например ракът на млечната жлеза често отсъства, а на лице е безопасно доброкачествено образование „(ductal carcinoma in situ, DCIS)“. Въпреки това на милиони жени с това доброкачествено образование е била поставена лъжлива диагноза като заболели от рак и им е било назначено – далеч не безвредно лечение. Същото е и при мъжете, когато не

опасното заболяване на простатата (high-grade prostatic intraepithelial neoplasia, HGPIN) обикновено се лекувало така, сякаш вече има рак.

„Съществуващата онкологическа практика в САЩ се нуждае от сериозни реформи и инициативи, за да се приключи с с проблема за лъжливите застрашаващи диагнози и ненужното лечение от несъществуващ рак, което следва от съобщението на работната група, назначена от Националния институт по онкология” – пояснява Medscape.com по повод на публикувания отчет. Още по-драматично звучат предложенията на работната група, според която „някои показатели за наличие на вероятно заболяване от рак, като наличие на DCIS или HGPIN (каквото и да означава това – б.м.-Б.И.), въобще трябва да се изключат от списъка на раковите заболявания”.

И така, класическото лечение от рак за пореден път се представя като главна причина, предизвикваща... рак.

Е, това вече наистина са шокиращи признания, още повече, че NCI се финансира от правителството и активно поддържа класическите модели на диагностика и лечение на рака, дори тогава, когато тези методи са явно негодни. Най-лошото е, че милиони хора са били подложени на лечение с отрови, без да са имали онкологически заболявания, което е довело до такива и дори до смърт.

Оказва се, че цялата концепция за „ранна диагностика” е порочна в своята същност, защото съвременните методи при диагностициране не могат да различат доброкачествени клетки от ракови. А това означава, че

много пациенти нямат рак, но си го „заработват“ благодарение на лечението от рак. Това доказва пълната абсурдност на целия модел.

„Дори в случаите на откриване на доброкачествен тумор, резултата от неговото хирургическо лечение или лечение с методите на химио- или рентгенотерапията ще бъде, и това е широко известно, развитие в него на още по-мощни и по-злокачествени ракови клетки от това незначително количество, което се е намирало там да лечението” – обяснява Сайер Джи (Sayer Ji) за изданието GreenMedInfo.com (<http://www.greenmedinfo.com/blog/millions-wrongly-treated-cancer-national-cancer-institute-panel-confirms?page=2>).

„Като пример, съвсем наскоро в изследователския онкологически център UCLA (UCLA Jonnsson Comprehensive Cancer Center ) е било открито, че дължината на вълните на рентгеновото излъчване, прилагане против рак на млечната жлеза, трансформира тези клетки в много по-опасни ракови стволови клетки, т.е. такива, лечението на които ще нанесе 30 пъти повече вреда на пациента”.

## „СЪВРЕМЕННАТА МЕДИЦИНА – ТОВА Е ОСНОВНАТА ЗАПЛАХА ЗА ЗДРАВЕТО ПО СВЕТА“

Тази мисъл е изказана през 1974 година от Айвън Илич – авторът на „Пределите на медицината. Медицинската Немезида: експроприация на здравето“ [Illich, I.(1976) *Limits to medicine. Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. Penguin Books, London].

Кой е Айвън Илич? Роден е на 4 септември 1926 година във Виена, Австрия, от където семейството му бяга през 1941 г. В Университета във Флоренция Илич изучава кристалография и хистология, а след това теология и философия в Папския Университет във Ватикана. В Залцбургския университет Илич получава докторска степен по история.

Айвън Илич говори 14 езика. Работи като свещеник в Ню-Йорк и през 1956 година е избран за проректор на Католическия университет Пуерто-Рико.

През 1961 година основава научно-изследователски Център за межкултурна документация (Centro Intercultural de Documentacion, CIDOC) в Мексико. Радикализмът на CIDOC предизвиква конфликт с Ватикана и през 1976 година Центърът е закрит.

През 80-те години на XX век преподава в Бременския и Пенсилванския университети. До края на своя живот той преподава и пише статии. Когато разбира, че операция на тумор на лицето може да доведе до загуба на говора, той се отказва от нея.

Айвън Илич умира на 76 години на 2 декември 2002 година.

Той не е само критик на съвременната медицина и здравеопазване. Славата идва при А. Илич през 1971 г., когато публикува книгата си „Общество без училища“ (Deschooling society), в която подлага на жестока критика обществото и една от ключовите му институции – всеобщото училищно образование. Според Илич „училищното обучение, въпреки своята основна задача – предаване на знания на младите хора, необходими за по-нататъшния им плодотворен живот, е придобило друга, хипертрофирана функция: то социализира младежта по нежелан начин, подчинявайки я на господстващите в дадено общество властови отношения, като изработва светоглед, изгоден за управляващата класа. Освен това продължителното образование е необходимо не на последно място за намаляване на напрежението на пазара на труда“ (по Плавинский 2006).

В друга своя работа – „Тишината като общностна собственост“ (Silence as a commons), Илич говори за това, че държавата обикновено се опитва да „монополизира средствата за информация и предпочита да ги контролира“ (звучи доста познато, нали?) и затова обича – осъвременявайки изказа на Илич – телевизията, като не се стреми да създава мрежа от двустранни телевизионни предавания, за да могат хората да общуват по между си. „Държавата предпочита лесно контролируемите системи от вида „един източник – множество получатели“, а не лошо контролируемите, но по-перспективни за развитието на човека взаимно множествени системи“.



\*\*\*

Критицизмът на Айвън Илич го въвежда в множество конфликти с различни професионални общности. Една от тях е лекарското съсловие.

В „Медицинската Немезида“ Илич подлага на сериозна критика съвременната система на здравеопазване. Според него една от главните беди, идващи от здравеопазването, е *ятрогенезата*, т.е. *обусловеността на множество заболявания от медицински вмешателства*. Терминът „ятрогенеза“ произлиза от латинските думи „*iatros*“ – „лечител“ и „*genesis*“ – „произход“.

Илич разграничава три равнища на ятрогенеза: клинична, социална и културна. Именно на анализа на негативното влияние на тези три компонента на здравеопазването върху човека и обществото, е посветена книгата. Илич започва с въпроса за ефективността на медицината. Той не е съгласен, че промените в структурата на заболяемостта и намаляването на инфекциозните заболявания се дължи на повишаването на качеството и количеството на медицинската помощ.

Според него: „Изучаването на еволюцията на заболяванията със сигурност потвърждава, че в течение на последното столетие лекарите са повлияли върху развитието на епидемическия процес не по-силно, отколкото свещенниците преди тях. Епидемиите идвали и си отивали, проклинани и от едните, и от другите, но абсолютно независимо от тях. Епидемиите откликват на ритуалите, изпълнявани в медицинските клиники не повече, отколкото на тези, които се извършват в църквите.

Обсъждането на здравеопазването и неговото бъдеще трябва да започва с признаването на този факт”. (цит. по Плавинский 2006).

А. Илич достига до извода, че ефективността на медицината се преувеличава и това може да се илюстрира с множество данни от различни страни, включително и от България... но ако все пак има сериозна статистика за заболяемостта и болестността в страната. Такава имаше до средата на 90-те години, днес вече целенасочено тя или не се създава, или старателно се прикрива. Една от основните причини за това е, че липсата на адекватни и съпоставими статистически данни до голяма степен отнема възможностите за сериозна критика на медицината и особено на системата за здравеопазване.

Системата на здравеопазване разходва огромни средства за множество безполезни по своята същност методи за лечение: „Внушаващата благоговееен ужас медицинска технология в съчетание с егалитаристката реторика, създават впечатление, че съвременната медицина е изключително ефективна. Без съмнения през последните десетилетия се появиха известен брой специфични и доста ефективни процедури. Но тези от тях, които не са монополизирани от професионалистите като инструменти за комерсиализация и са приложими за лечение на широк кръг заболявания, обикновено не са скъпи и изискват минимални навици за правилното им използване. Междувременно лавинообразното нарастване на медицинските разходи се извършва за диагностични и лечебни процедури, ефективността на които в най-добрия случай е съмнителна”.

Според А. Илич, „...за съжаление, безполезна, но по принцип безвредна медицинска помощ принадлежи към най-маловажните увреждания, които нарастващата медицинска индустрия нанася на съвременното общество. Болката, дисфункцията, инвалидността и страданието, които са резултат от технологически медицински въздействия, днес си съперничат със заболяемостта, породена от нещастни случаи по пътищата и в производството, дори с военните действия, което прави медицинските влияния най-бързо разпространяващата се епидемия на нашето време“ (цитат по Плавинский 2006).

През 1998 г. Институтът по медицина на САЩ публикува доклад, в който се казва, че в САЩ от медицински грешки ежегодно умират между 44 и 98 хиляди пациенти. Според други оценки през 2003 г. количеството смъртни случаи, свързани с потенциално предотвратими причини в болниците, е значително по-голямо – 264 хил. човека от 2000 до 2002 г., което извежда здравеопазването на трето място сред причините за смърт, след сърдечно-съдовите и онкологичните заболявания.

А. Илич разглежда и социалната ятрогенеза: „На второ равнище медицинската практика спонсорира болестните състояния, подкрепяйки болното общество, което способства за това неговите членове да станат потребители на лечебната, профилактичната, промишлената или екологичната медицина... Ятрогенезата на второ равнище намира своя израз в различните симптоми на социалната свръх медикализация... „която аз наричам експроприация на здравето“.

Един от големите проблеми на съвременната медицина са огромните разходи за здравеопазване. По-голямата част от тях обаче не отива при лекарите, както отбелязва А. Илич, а при медицинските мениджъри – „произвеждащите хартия, които университетите започнаха да бъдат в големи количества“, при фармацевтичните компании и компаниите, производители на медицинско оборудване.

Системата на здравеопазването се нуждае от непрекъснато разширяване на своята дейност. „До скоро медицината се опитваше да подкрепя и съдейства на процесите, които протичат в природата. Тя съдействаше за естественото заздравяване на раните, съсирването на кръвта и на естествените имунни процеси в борбата с вирусите и бактериите. Днес медицината се опитва да създаде това, което разумът би могъл да си представи само на сън“ (тук А. Илич използва игра на думи и препраща читателя към известната картина на Гойя „Сънят на разума ражда чудовища“ (по Плавинский 2006).

Социалната ятрогенеза се реализира чрез: фармакологична инвазия, нарастване на показанията за диагностични тестове („диагностичен империализъм“), умножават се профилактичните вмешательства и др.

А. Илич критикува зависимостта на съвременната медицина от т.нар. „обективни“ диагностични процедури, които днес – понякога очевидно, се използват за т.нар. „предизвикано търсене“. Става дума за следното. „Лекарят, по силата на своите професионални знания, по-добре се ориентира в това, какво се случва с пациента и затова пациентът е длъжен да се доверява на лекаря при определянето на това, какво се е случило с него и какво лечение е най-добро. Това обаче създава

възможности за злоупотреби – лекарят може да препоръча на пациента не това, от което той действително се нуждае, или дори да каже на пациента за разстройства, които в действителност няма (предизвикване на търсене на услуги). Възможностите за предизвикано търсене се увеличават, ако пациентът не се оплаква от нищо (в противен случай погрешната препоръка ще доведе до това, че на пациента няма да му стане по-добре, ще се разруши доверието). Именно затова най-голям размах това явление придобива в областта на профилактиката” (Плавинский 2006).

Илич обръща специално внимание на т.нар. „групи в особен риск”. Това са хората, които не се чувстват болни, но на базата на научните изследвания и/или теории, те имат някакъв признак, който „статистически – вероятно, е свързан с развитие в бъдещо заболяване”. Хората, смятани за носители на един или друг „рисков фактор”, са значително повече, в сравнение с реално болните. Например смята се, че равнището на общия холестерин над 5 ммол/л, е висок и за понижаването – съответно за намаляване на риска от инфаркт на миокарда, е необходимо вмешателство на диетолог, кардиолог, необходима е промяна в начина на живот. Хората с такова равнище на холестерин в популацията са повече от половината, същевременно не е известно дали подобно масово вмешателство ще доведе до някакво трайно и чувствително подобрене на здравето на хората, „но броя на потребителите на медицински услуги нараства значително” (Плавинский 2006).

Интересно е, че Илич въвежда термина „ноцебо“, по аналогия с плацебо, но „ноцебо“ означава негативно въздействие. Ефектът ноцебо не зависи от влиянието на самата медицинска интервенция (т.е. тя не е техническа грешка или страничен ефект от лекарството, както положителния ефект плацебо не е свързан с влиянието на лекарството): „Медицинските процедури се превръщат в черна магия, когато заедно с желанието да се мобилизират собствените оздравителни сили на болния човек, те го превръщат в парализиран и изплашен наблюдател на собственото си лечение“. (по Плавинский 2006).

И така, за Илич социалната ятрогенеза лишава пациента от способността за самоизлекуване, води до клинична ятрогенеза и вреда за здравето. Социалната ятрогенеза преминава в културна ятрогенеза.

„На трето равнище т.нар. професионалисти в областта на здравеопазването имат по-дълбок здраве-отричащ ефект, доколкото те отричат потенциала на хората да се борят със своите човешки слабости, да живеят със своята уязвимост и своята уникалност, да вървят по своя личен път. Културната ятрогенеза е страничен ефект от медикализацията на обществото и същността ѝ е в паралича на здравия отговор на страданието, болката и смъртта“. Илич показва, че в задача на медицината се е превърнало планирането и организацията на унищожаване на болката, отстраняване на болестите, рязко увеличаване на продължителността на живота и в „победа над смъртта“ (по Плавский 2006) Тези цели, обаче са недостижими.

Налаганата от медицината вяра в неспособността на човека самостоятелно да се справя с жизнените си проблеми (културна

ятрогенеза) води до там, че той и не се опитва да прави това (социална ятрогенеза) и използва вмешателства, които водят до сериозни проблеми със здравето (клинична ятрогенеза).

Данни от изследвания през последните години показват, че колкото по-малко хора се смятат за отговорни за собственото си здраве, толкова по-висока е смъртността в такава страна (Плавинский 2006).

Голямата идея на Айвън Илич е, че медицината трябва да осъзнае своите предели. Илич пише, че Немезида – богинята на отмъщението, е стоварила гнева си върху тези герои, които за започнали да завиждат на боговете и се опитвали да преминат границите на позволеното. „Опитвайки се да се превърне болката, страданието и смъртта от личностен проблем в технически, системата на здравеопазване експроприира способността на човека самостоятелно да се справя със своите задачи и се превръща в източник на ново нездраве“. (Плавский 2006) Здравеопазването трябва да помага, когато бъде повикано и ясно да осъзнае пределите на своите компетенции.

\*\*\*

Дори само това фрагментарно запознаване с творчеството и идеите на Айвън Илич ни дава отговора защо неговите книги не са преведени на български език. Така или иначе днес, когато информацията е широко достъпна, неговите идеи ще започнат да проникват и в България. Какви ще бъдат последиците? Е, ще видим...

## Исползвана в статията на Плавинский литература

Вишневский А. Демография сталинской эпохи [http://www.demoscope.ru/weekly/2003/0103/tema03.php].

Шишкин С. В. и др. Неформальные платежи за медицинскую помощь в России. М.: Независимый институт социальной политики, 2002.

Burton D. et al. A Sound Rationale Needed for Phase III HIV-1 Vaccine Trials // Science. 2004. Vol. 303. P. 316.

Committee on Quality of Health Care in America. To Err Is Human / ed. by Kohn L. T., Corrigan J. M., Donaldson M. S. Washington, D. C: National Academy Press, 2000.

Drake D., Ulman M. Making Medicine, Making Money. Kansas City, Missouri: Andrews and McMeelm, 1993.

Ewald P. Evolution of Infectious Disease.-Oxford: Oxford University Press, 1994.

Gottlieb S8. P. 435. . Firm tried to block report on failure of AIDS vaccine // Student BMJ. 2000. №

Jewson N. D. 10. P. 225–244. The disappearance of the sick-man from medical cosmology, 1770–1879 // Sociology. 1976. №

Illich I. Brave New Biocracy: Health Care From Womb To Tomb. In: NPQ: New Perspectives Quarterly, Winter 1994, Vol. 11 Issue 1, p4, 9p, 2bw.

Illich I. Limits to medicine. Medical Nemesis: The Expropriation of Health. London: Penguin Books, 1976.

Marmot M. Multileve Approach to Understanding Social Determinants // Social Epidemiology / ed. by L. Berkman, I. Kawachi. Oxford: Oxford University Press, 2000. P. 349–367.

McKeown. T. The Role of Medicine: Dream, Mirage, or Nemesis Princeton, N.J.: Princeton University Press, 1979.



*Muir Gray J. A. Evidence-Based Healthcare. New York: Churchill Livingstone, 1997.*

*Mundy A. Dispensing with the truth. New York: St. Martin's Press, 2001.*

*Nesse R. Williams G. Why we get sick.-New York: Vintage Books, 1996.*

*Skrabanek P. The Death of Humane Medicine and the Rise of Coercive Healthism. London: The Social Affairs Unit, 1994.*

*Smith R (2002) Limits to Medicine. Medical Nemesis: The Expropriation of Health. Review // BMJ. 2002. № 324. P. 923.*

*Zhan C, Miller M. R. Excess length of stay, charges, and mortality attributable to medical 290. P. 1868–1874. injuries during hospitalization // JAMA. 2003. №*

*Источник: Плавинский, С. (2006) Осознала ли медицина свои пределы? К 30-летию „Медицинской немезиды“ Айвана Иллича. В: Отечественные записки, № 1 (28).*

## СОЦИАЛНИ НЕРАВЕНСТВА И СЪСТОЯНИЕ НА ЗДРАВЕТО

Въпросите за взаимовръзките между социалните неравенства и състоянието на здравето на населението, са въпроси, свързани с т.нар. социално-икономически компоненти на здравето, както и с публичните политики в множество значими сфери, пряко свързани с личното и общественото здраве: доходи, заетост, здравеопазване и др.

Известно е, че най-ярко изразената корелация между социалните неравенства и здравното състояние е свързана с тенденцията, че колкото си по-беден, толкова вероятността да се разболееш или да умреш преждевременно е по-голяма. Известно е, също така, че това е последица от съществуващата социална несправедливост в обществото, както и от най-важните фактори или детерминанти, определящи равнището на здравето в съвременното общество. Днес се знае, че съществува тясна зависимост между състоянието на здравето и социалната обкръжаваща среда и това, което днес често се определя като социални детерминанти или компоненти на здравето.

Тук ще представя няколко тезиса, свързани със споменатите проблеми, които са взети от материала на СЗО „Социални условия и здраве. Убедителни факти“.

### 1. Социални различия в областта на здравето.

„Във всяко общество сред хората, намиращи се на по-ниските нива на социалната йерархия вероятността да съществуват повече заболявания и от преждевременна смърт е по-висока, отколкото сред тези, които са на по-високите й нива. Политиката в областта на здравеопазването задължително трябва да бъде насочена към подобряване на социално-икономически компоненти на здравето” (с. 12)

## 2. Стрес

„Стресовите условия, принуждаващи хората да изпитват чувство за безпокойство и безпомощност, оказват неблагоприятно влияние на здравето и могат да доведат до преждевременна смърт”. (с. 15)

## 3. Ранно детство

„Добрият старт в живота може да бъде осигурен само за сметка на добрите условия за майката и децата в ранна възраст: първите етапи от развитието и възпитанието на детето определят в голяма степен неговото здраве в течение на предстоящия му живот” (с. 17)

## 4. Социално отчуждение

„Колкото по-ниско е качеството на живота, толкова по-малка е неговата продължителност. Бедността, социалното отчуждение и

дискриминацията, свързани големи трудности и лишения, прекъсват много животи”. (с. 20)

## 5. Работа и заетост

„Стресът на работното място увеличава риска от заболяване. При хората, които имат възможност в голяма степен да регулират характера и режима на своята работа, равнището на здравето – като правило – е по-високо”. (с. 23)

## 6. Безработица

„Гарантираната заетост съдейства за повишаване на здравното равнище, благополучието и чувството за удовлетвореност от работата. С нарастване на безработицата се повишават и показателите на заболяемостта и преждевременната смъртност”. (с. 26)

## 7. Социална подкрепа

„Приятелските отношения, добрите социални отношения и атмосферата на взаимна подкрепа в дома, на работното място и в обществото влияят благотворно на здравето”. (с. 29)

## 8. Химическа зависимост

„Макар употребата на алкохол, наркотици и тютюн, с всички произтичащи от това негативни последици, да има място на равнище индивид, дали човек ще посегне към тези вещества в много голяма степен зависи от неговото социално обкръжение”. (с. 32)

## 9. Хранителни продукти

„Доколкото глобалните пазарни сили до голяма степен определят продоволственото снабдяване, дотолкова необходимостта от осигуряване на здравословни хранителни продукти, е политически въпрос”. (с. 35)

## 10. Транспорт

„Концепцията за развитие на здравословен транспорт предвижда по-рядкото използване на автомобили, поощряване на ходенето пеша и използването на велосипеди, а също и усъвършенстване на системата на обществения транспорт”. (38)

\*\*\*

В посочената като източник публикация след всяка точка са представени и наличните знания и информация за всеки важен социален компонент на здравето. Представени са и редица препоръки.

Струва ми се, че подобни публикации са изключително важни, защото те представят една цялостна картина на здравето и – макар и индиректно – са насочени срещу свръх медикализацията на съвременните общества.

Източник: Вилкинсон, Р., М. Мармот (2004) *Социални условия и здравеопазване. Убедителни факти*. Под редакцията на М. Мармот и Р. Г. Вилкинсон. 2-е издание, ВОЗ, Европа.

## СОЦИАЛНИ НЕРАВЕНСТВА И МЪЖКО ЗДРАВЕ

Епидемиологични проучвания и свързаната с тях литература последователно съобщават, че продължителността на живота на мъжете е по-малка, отколкото при жените. Освен това, мъжете имат по-малко години с добро качество на живот и живеят с по-високи нива на заболяемост, като например сърдечно-съдови заболявания, рак и диабет наред с други условия. Доказателствата за причините за това състояние традиционно подчертават ролята на биологията при определяне продължителността и качеството на живот на мъжете. Данните в литературата обаче навеждат на мисълта, че социалните детерминанти на здравето играят по-съществена роля при заболяемостта и смъртността при мъжете и по този начин допринасят за неравенството между половете в сферата на здравето. Целта на тази статия е да се проучат основните концепции за социалните детерминанти на здравето, тъй като те се отнасят до разликите в здравеопазването при мъжете и да осигури систематична концептуализация на начина, по който обществото се е превърнало в източник на тази ситуация на неравенства, разглеждани като „нормативни“. Стратегиите за подобряване на здравето на мъжете се обсъждат като се използва логически модел, чрез който се проследява закрилата на мъжкото здраве пред лицето на социалния климат на здравните неравенства.

\*\*\*

Това е свободен превод на резюмето на статията. Това, което е впечатляващо, според мен, е поредния акцент върху социалните детерминанти на здравето и качеството на живот, свързано с него, в т.ч. и най-вече акцентът върху социалните неравенства.

Данните за продължителността на живота на мъжете и жените, представени в таблицата показват трайна тенденция към нарастване на разликите в продължителността на живота на мъжете и жените в България.

Периоди	Общо	Мъже	Жени
1935–1939	51.75	50.98	52.56
1956–1957	65.89	64.17	67.65
1960–1963	69.59	67.82	71.35
1969–1971	71.11	68.58	73.86
1978–1980	71.14	68.35	73.55
1989–1991	71.22	68.02	74.66
1998–2000	71.70	68.15	75.34
2000–2002	71.87	68.54	75.37



2005–2007	72.70	69.20	76.30
2008-2010	73.60	70.00	77.20

Източник: [http://www.nchi.government.bg/statistika/A\\_4.pdf](http://www.nchi.government.bg/statistika/A_4.pdf)

Това със сигурност е свързано с т.нар. социални детерминанти на здравето и най-вече със социалните неравенства в обществото и здравеопазването, както и с цялостния социокултурен контекст в страната през последните години. За 70 години (от 1939 до 2010 г.) разликата в продължителността на живота между жените и мъжете е нарастнала от 1.58 години в края на 30-е години на XX век до 7.20 години през 2010 година.

При такава ситуация би следвало да очакваме публични политики насочени към овладяване и смекчаване на социалните неравенства в страната. Това, обаче, не се случва. Нещо повече, публичните политики обезсмислят изключително важни социални дейности, от които зависи в голяма степен нивото на риск в обществото и качеството на живот на хората. А политическите елити нехаят за процесите, които протичат в социума. Особено за неравенствата в здравеопазването и качеството на живот на хората, свързано със здравето.

Източник: [Leone, J. E., M. J. Rovito \(2013\) „Normative Content“ and Health Inequity Enculturation. A Logic Model of Men’s Health Advocacy. In: American](#)

*Journal of Mens Health*, January 1, 2013.  
<http://jmh.sagepub.com/content/early/2013/01/01/1557988312469659.abstract>

## ТРИ ОТ НАЙ-ВАЖНИТЕ ОСНОВНИ ПРИЧИНИ ЗА ПОЯВАТА НА БОЛЕСТИТЕ. НОВО ИЗДАНИЕ НА „ПАТОЛОГИЯ“ НА РОБИНС

Kumar, V., A. K. Abbas, C. J. Aster Jon (2014) Patologia Robbins. Wydawnictwo „Elsevier Urban & Partner“, Wrocław.

Може би някой ще попита, какво общо има социологията с физиологията и патологията на човешкото тяло? Опитвайки се да представя една медицинска книга, ще направя опит да потърся тази връзка. А тя (или по-точно – връзките) съществува.

Полското издателство за медицинска литература „Elsevier Urban & Partner“ реализира второто издание на книгата „Патология на Робинс“, която е превод от последното, девето (най-актуално) издание на оригинала. Книгата предоставя задълбочени знания във всички основни сфери на патологията, дава възможност за по-лесно свързване на основното познание с клиничната медицина благодарение на представените множество корелации между клиника и патология. Чрез показаните терапевтични процедури и действия, клиничните случаи, множество микроскопски снимки и тестови въпроси, тя дава възможност за задълбочаване на знанието по още по-достъпен начин.

Полиграфското изпълнение е на много по-високо равнище, което прави ползването на снимките и графиките по-лесно и запаметяващо се.

Книгата показва, че всяка болест има своята причина и за много болести е достатъчно да се отвори „Патология на Робинс“, за да се разбере, какво и как причинява болестта, как трябва да се лекува.

Известно е, че патологията (от гр. pathos – болест и logos – учение) е наука за болестите, която е в основата на медицинското знание и има множество клонове и подразделения: патоанатомия, хистопатология, патогенетика и др. Занимава се с изследване на причините за възникване на болестите и обяснява (или поне се опитва да обясни), защо човек боледува.

Известно е, също така, че през последните 60-70 години медицината се развива с бързи темпове. В света съществуват хиляди изследователски лаборатории, фармацевтични фирми, разходват се милиарди и милиарди долари за изследователска дейност и разработване на нови лекарства, здравеопазването поглъща огромни средства и като че ли е в челната тройка на видовете бизнес с най-голям оборот и печалба. Резултатът? Нито една от социално значимите болести (а и не само те) не може да бъде излекувана от съвременната медицина. Нещо повече, лечението често хронифицира болестите, а различни медико-клинични интервенции не рядко водят до инвалидност.

Днес ремисията е мечтана цел за лекари и пациенти при много болести. Осъзнаваме или не, обществото на ремисията е онзи другия, мечтан свят, визата за който не винаги се постига лесно. Защо е така?

Отговорът е и сложен, и прост, но се свежда до това, че академичната медицина се съсредоточава върху премахване на симптомите и страничните ефекти, а не лекува, не интервенира върху причините. И това е един интересен парадокс: от една страна патологията, като източник на основното знание за болестите, създава знание за причините за възникване на болестите, от друга страна сякаш медицината пренебрегва това знание.

Тук ще направя опит да видя с помощта на „Патологията на Робинс“, какви са основните причини за болестите. На страница 7 на книгата са изброени тези причини. Трите най-интересни са свързани със следното:

**(1) Недостиг на кислород.** Освен, че това се смята за основна причина за появата на много болести, според „Патология“-та това е изключително важна и често срещана причина. Така е според науката. Но... има едно голямо но. Колко пъти, когато човек търси лекарска помощ, лекарят повдига въпроса за насищането с кислород на организма и клетките му? За нарушаването на нивата на въглеродния двуокис? А това мълчание в крайна сметка, е въпрос на медицинско образование, на комуникация лекар-пациент, на организация на здравеопазването и др. Проблеми, с които се занимават специализирани научни социологически дисциплини – социология на медицината, на здравеопазването, на здравето и болестта, на хроничната болест.

Колко хора с хронични заболявания например са чували за „Метода Бутейко“ – световно признат метод за лечение на много болести чрез правилно дишане? Има ли лекари, които го прилагат (В България, разбира се)? И ако не, защо? Не малко специалисти и хора, практикуващи метода на Бутейко, смятат, че той подрива устоите на съвременния фармацевтичен бизнес, защото неговите продукти създават зависимост и облекчение на симптомите, а болестите си остават НЕ-ИЗлечими. И, както се казва в България, в дъното на всеки проблем, стоят много пари и власт, власт и много пари. А властта, доминацията, същността на формулата Власт + Пари = Власт' и

др., са част от предмета на изследване на социология на политиката и социология на властта.

**(2) Имунните реакции в организма.** При здравия човек имунната система работи адекватно и се бори успешно с различни бактерии и вируси, които непрекъснато атакуват организма на човека. Когато имунната система – поради някакви причини – не успява да се справи с един или друг патоген, организмът започва да боледува. Дори може да се стигне до там, че имунната система да започне да атакува погрешно собствения си организъм – т.нар. автоимунни заболявания.

Традиционната медицина предлага множество варианти за лечение на тези заболявания, като се забравя, че човешкия геном и микробиом са изключително сложни, деликатни и крехки системи, че те са основни подсистеми на мегасистемата човешки организъм и че се намират в непрекъснати взаимоотношения по между си и с външната среда. И всяка намеса „наслуки“ може да доведе до срив в цялата система. Например при ревматичните заболявания се наблюдава сблъсък между две „философии“ и терапевтични методи: едната, която приема, че организмът започва да се „самоизяжда“ и затова са разработени биологични лекарства, които да блокират онези гени или части от тях, които са отговорни за тези процеси, водещи до възпаления и изменения на ставите и съединителната тъкан. Според другата автоимунните заболявания са резултат от негативното въздействие на бактерии, които предизвикват възпалителните процеси. Лечението – прием на малки дози антибиотици.

Убеден съм, че нито една от двете философии и терапевтични практики не казва, или не знае истината докрай. При едни хора

имуносупресията дава превъзходни резултати, при други не дава, а при трети предизвиква много сериозни странични ефекти – туберкулоза и дори – значително по-рядко – онкологични заболявания. Подобна е ситуацията и с приема и лечението с антибиотици. Колкото и минимални да са дозите никога не е ясно как организмът ще реагира и какви могат да бъдат последиците от подобно лечение.

Тук ми се иска да припомня един по-обширен цитат от книгата на Мат Ридли „Геномът“: „... химията на мозъка се определя от сигналите, които хората получават от обществото. Биологията определя поведението, а биологията зависи от обществото. Описах същото явление при кортизоловата система на тялото – и ето същото отново тук при серотониновата система на мозъка. Настроението, съзнанието, личността и поведението са социално определени, но това не означава, че те не са също така определени биологически. Социалните влияния върху поведението се проявяват чрез включване и изключване на гени...

Ясно е, че има различни вродени типове личности, и че хората се различават по начина, по който отговарят на обществените стимули. Едни гени променят скоростта на синтеза на серотонина, други – реакцията на серотониновите рецептори... това, което наричаме личност, до голяма степен е въпрос на химия на мозъка. Има много различни начини, по които това уникално съединение, серотонинът, може да бъде свързано с вродените различия в характера. Тези различия са насложени върху множеството начини, по които серотониновата система на мозъка отговаря на външните влияния, като например социалните сигнали. Някои хора са по-чувствителни към външни сигнали. Това е истината за гените и околната среда: лабиринт от сложни взаимодействия между тях,

а не еднопосочен детерминизъм. Общественото поведение не е някаква външна серия от събития, която изненадва нашите души и тела. То е неразделна част от това, което сме и нашите гени са програмирани не само да произвеждат социално поведение, но и да реагират на него“. (с. 208-209)

За имунната система може да се каже същото: взаимоотношенията между нея и тялото представляват „лабиринт от сложни взаимодействия..., а не еднопосочен детерминизъм“.

**(3) Недостиг на хранителни вещества.** При толкова хранителни продукти, се говори за недостиг на хранителни вещества. Защо? Защото храната на ХХІ век сякаш идва от другия край на слънчевата система. Не малко хора мислят, че ядейки редовно плодове и зеленчуци, се хранят здравословно и предоставят на организма си необходимите витамини и минерали. Но това съвсем не е истина.

Особено тревожен е недостигът на минерали. Този недостиг тръгва от липсата им в селскостопанските почви. И щом в почвата липсват минерали, то и в отгледаните на нея плодове и зеленчуци също липсват тези минерали. В някои страни (например Полша) това обедняване достига 60%-70%. Приемът на минерали като хранителна добавка също няма очакваните резултати.

Обедняването на почвата от минерали в крайна сметка е резултат от дейността на човека. А тази дейност и отношенията, в които влизат деятелите, са предмет и обект на изследване от страна на социологията.

Изкушавам се да приведа два цитата от дипломната си работа, писана през 1982 година. Идеите, заложиени в тях, днес се смятат за социологическа баналност и въпреки това непрекъснато се забравят от



съвременната медицина. „Здравето и болестта вече се опосредяват от социални фактори, или с други думи те се изменят под влияние на обществените условия, получавайки по този начин нови особености. Тези особености могат да се изучат само във взаимодействието на соматичното и психичното, на биологичното и социалното“. И малко по-нататък: „Социалните условия са: 1. – или причина за възникване, 2. – или основни условия за възникване, 3. – или съпътстващи фактори на редица заболявания“.

\*\*\*

Деветото издание на „Патология“-та на Робинс (на английски) може да се закупи в България и горещо я препоръчвам на студентите по медицина. Горещо препоръчвам и на колегите социолози най-после да открият социологическите дисциплини в сферата на медицината, ако не за друго, за да ги освободят от тоталната им медикализация, която са наложили лекарите в тези области.

## СЕКС, СЕКСУАЛНО ЗДРАВЕ И ХРОНИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

За първи и последен път си купих порно вестник през лятото на 1992 година. Бях провокиран от едно малко, доколкото си спомням „сбутано“ в долния десен ъгъл на началната страница заглавие от рода на „Секс и инвалидност“. Авторът – известен български сексолог – разказваше впечатленията си от поредния световен конгрес по сексология и акцентираше на значимостта на сексуалното здраве при хората с хронични заболявания и инвалидност. Дали това бе „първата птичка“, предизвестяваща началото на трудното и продължително разрушаване на табутата въобще, свързани със секса, особено със секса на хората с увреждания, и адекватното възприемане на значимостта на сексуалното здраве? Не зная. А и това едва ли е най-важното. Важното бе, че дори в малка България започвахме – срамежливо и „под сурдинка“ – да говорим за един изключително важен аспект от нашето здраве – сексуалното здраве.

\*\*\*

В поредния номер на полския здравен портал „Пазар на здравето“ е публикуван материал на Катажина Рожко озаглавен: „Да поговорим за секса... със семейния лекар“[\[1\]](#), като акцента е поставен върху женската сексуалност.

Според д-р Кшиштоф Новошелски сега е времето за „разрушаването на табутата и за разговор на тема сексуалността на човека и по-специално на жената“[\[2\]](#).

Още в началото на материала става въпрос за изработен въпросник[3], достъпен в интернет. Този въпросник, създаден на основата на подобна анкетна карта на Международната организация за сексуална медицина, се състои от 19 затворени въпроса, които се отнасят и до честотата на изпитваното сексуално желание или трудностите, изпитвани при достигане до оргазъм.

Целта му е да служи на лекарите от всяка специалност, най-вече на гинеколози, интернисти и семейни лекари като скрининг на сексуалните проблеми.

„Сексуалността е един от елементите на здравословния живот. В много случаи сексуалните смущения могат да изпреварват появата на болести – например при мъжете най-често първо се появяват смущения в ерекцията, а след това диабет. И обратното, при болни от диабет високото кръвно налягане и сексуалните смущения могат да бъдат последица от увреждания и терапии“, пояснява д-р Новошелски. Той подчертава, че в последния случай ако не се стигне до възстановяване на сексуалните възможности, то успехът на терапията е непълен.

Според акушер-гинекологът в Полша все още малко се говори за сексуалността, а ако все пак това се случва то най-често е свързано основно със сексуалните смущения, като педофилията например.

Проф. Адам Виндак – национален консултант по семейна медицина – смята, че семейния лекар е специалистът, който най-често е с пациента и то в продължение на много години. През това време той натрупва знание за болестите и проблемите на пациента си, създава отношения, които се основават върху взаимно доверие.

„Семейният лекар е длъжен да разглежда проблемите на своя пациент в рамките на биопсихосоциалния модел, да вижда не само нивото на кръвното му налягане на апарата за неговото измерване, но и аспектите на неговия ежедневен живот. Много оплаквания имат своите основи в психосоциалните проблеми, а без подходящата информация е трудно да се постави правилната диагноза” – казва проф. Виндак.

Тук ще отворя една скоба. Тази картина, напомняща романите на Арчибалд Кронин[4], ми е позната от времето 1966-1986 г., когато нашия участъков (тогава така се наричаха личните лекари) лекар правеше поне два пъти в годината – извън другите повиквания, „профилактични” визити в домовете на хората с хронични заболявания. Спомням си, че този човек познаваше детайлно не само заболяванията на своите пациенти, но и историята, начина и качеството им на живот[5]. След 1995 година и особено през новото хилядолетие – изразявам мое лично мнение – рядко има лични лекари, които да полагат такива грижи за пациентите си, за каквито говори проф. Виндак.

Според лекаря Индексът за сексуалните функции на жената (въпросникът, за който става дума малко по-горе) би могъл да бъде използван от семейния лекар с цел да се улесни започването на разговор в една толкова деликатна сфера.

За проф. Збигнев Гачионг въпросите, свързани с качеството на интимния живот, са част от основното изследване и в него няма нищо извънредно при отношенията лекар-пациент.

Според сексологът проф. Збигнев Издембски семейните лекари се концентрират върху физическото здраве, по-рядко върху психичното. Забравят обаче, че има такава категория като „сексуално здраве”. Не

питат например пациентките си за удовлетворението от сексуалния им живот, за изпитваните затруднения от съвместното съжителство, от изпитването на болка по време на половия контакт, за наличието на сухота във влагалището и т.н. Според специалиста много пациентки не само, че не знаят, че могат да говорят за това със семейния си лекар, но мълчат и в гинекологичния кабинет.

Проблемите на сексуалното здраве се отнасят и за мъжете. „например пациент, боледуващ от депресия и приемащ антидепресанти трябва да бъде осведомен за очакваните положителни резултати от терапията, но и да бъде информиран, че при приемането на такива лекарства има вероятност либидото му да се понижи. По време на лечението е възможно да се снижи желанието за секс, но само докато се ползват лекарствата. Така пациентът ще има по-добра мотивация за лечение“.

Накрая лекарят обобщава: „Сексуалността има голямо влияние върху нашето самочувствие. Може да ни достави много радост, но може да бъде и доста деградираща“.

\*\*\*

Сексуалността оказва влияние не само върху нашето самочувствие.

Като се оставят настрана грубоватите и често вулгарни шеги на тази тема, ще се разбере, че много често сексуалността е „ябълката на раздора“ при много семейни, професионални и други междуличностни конфликти и проблеми.

Особено сериозни проблеми могат да възникват при наличието на по-тежки хронични заболявания, при които се прилагат и много „агресивни“ терапии. Тогава соматичните проблеми, прониквайки в

социалните релации, могат да нанесат твърде сериозни и далеч отиващи социални увреждания – на индивида, на партньора и на най-близкото им обкръжение.

Проблемите със сексуалното здраве винаги означават и проблеми с качеството на живот.

И все пак нека завърша този кратък материал оптимистично. По-добре е да се случва това, за което говори Уди Алън („Сексът беше толкова добър, че дори съседите запалиха по цигара”), отколкото това, за което праизнава Файлис Дилър („Ужасно нещо ми се случи миналата нощ – нищо”).

#### Бележки:

[1] Rożko, K. (2014) Porozmawiajmy o seksie... z lekarzem rodzinnym. *Rynek zdrowia*, 25.01.2014. [on-line -<http://www.rynekzdrowia.pl/Uslugi-medyczne/Porozmawiajmy-o-seksie-z-lekarzem-rodzinnym,137721,8.html>

[2] Пак там.

[3] <http://www.indeksseksualnykobiety2013.com>

[4] Арчибалд Джоузеф Кронин (19.07.1896 – 6.01.1981), е шотландски писател. Сред найизвестните му романи са: „Замъкът на шапкаря” (1931), „Цитаделата» (1937), „Дървото на Юда”(1961), „Пътят на доктор Шенън” и др.

[5] Става дума за известния по онова време в цяла Красна поляна д-р Балабанчев. Никога не чух някой да се оплаче от него – от отношението му към хората или от погрешно поставена диагноза. Възрастните хора в квартала казваха: „На него и „дрипите” му са докторски”, т.е. това е човек, роден с огромна дарба да бъде лекар.

## БОЛЕДУВАЩОТО ТЯЛО ИЛИ ЗА СОЦИОЛОГИЯ НА ТЯЛОТО И НЕЙНИТЕ ИЗСЛЕДОВАТЕЛСКИ ПОЛЕТА

В том 8, № 2 на полското електронно списание „Przegląd Socjologii Jakościowej” е публикувана интересната статия на Хонората Якубовска „Тялото като предмет на социологически изследвания – дилеми, пропуски, възможности”.

В тази статия Х. Якубовска си поставя три цели:

1) да проследи използваните от полските социолози концепции и подходи към тялото/телесността, а също и реализираните в тази сфера изследвания. В текста са посочени дилемите, пред които са изправени изследователите на тялото/телесността, произтичащи основно от природата на изследвания предмет и свързаните с него методологически трудности;

2) да се посочат някои емпирични пропуски, свързани със сферата или начина на изследване, които всъщност не се радват до този момент на достатъчен изследователски интерес;

3) да се представят на вниманието на читателя препоръки или възможни, потенциално атрактивни изследователски полета за социология на тялото.

Тук ще се спра накратко само на едно от тези изследователски полета – „тялото, лишено от значения, или тялото, както го преживяваме по време на болест, а също и на инвалидност и старост” (с. 23).

Според Якубовска болните, хората с различни увреждания и възрастните често са предмет на различни изследвания, но те рядко

„обръщат внимание на опита с тялото или на борбата с телесността. Би било интересно – продължава Якубовска, да се анализират тези ситуации, в които тялото напомня за себе си и в които то се въвежда в своята материалност и биологичност” (с. 23-24) Струва ми се, че полската изследователка акцентира върху необходимостта да се изследват преживяванията на болните, хората с увреждания и старите хора, смислите и значенията, с които те натоварват и/или придават на болестта и на собственото си тяло по време на боледуване, на значимата роля, която то започва да играе в живота на човека при появата на едни от най-значимите екзистенциални събития в живота му – болестта, инвалидността и старостта.

Един от аспектите, останал извън изследователското внимание, е преживяването въпросите за интимността. По принцип този въпрос се появява в контекста на сексуалността – въпрос, който напоследък все по-често се анализира и при хората с увреждания. Същевременно в процеса на боледуване, особено ако болестта е продължителна и сериозна, интимността се отнася и до много други аспекти, като „събличане пред лекарите и сестрите, а също и принудително придружаване на други лица; проблеми с физиологията; въпроси с хигиената; необходимостта от наблюдение на собственото тяло или от знание за него. Всеки един от тези въпроси би могъл да се превърне в отделен предмет на изследване”. (с. 24)

Трябва да се отбележи, че тук Якубовска – макар и индиректно – поставя изключително важни въпроси, свързани със знанието за това как се преживява болестта, собственото тяло и редица други дейности, в т.ч. интимни, които здравия човек възприема за даденост и най-често изпълнява и извършва механично. И още, от каква помощ се нуждаят



болните, хората с увреждания и старите хора, как тази помощ да бъде оказана без да се накърнява тяхното чувство за лично достойнство и др. Поне в България знанието в тези области е – меко казано – оскъдно.

Съществува и друг проблем, който също не е достатъчно изследван от социолозите. Да бъдеш болен или човек с увреждане, е състояние, в което не е възможно да се забрави за тялото (виж Osborne 1997[1]). Все пак, смята Якубовска, има жени например, които не се възползват от безплатните цитологични или мамологични изследвания, а много хора игнорират тази „нежелана действителност тялото“ [2]. Няма как да не се съглася с полската изследователка, че разпознаването на „явленията на игнориране на тялото и произтичащите от това негативни сигнали е не само интересно от познавателна гл.т., но може да има преди всичко позитивни практически последици“ (с. 24).

Социология на тялото е субдисциплина, която в значителна степен използва резултати от изследвания в сферата на социология на здравето и социология на медицината, но за съжаление малко от сферата на социология на инвалидността. Поне в рамките на българската социология проблемите на тялото по време на болест, инвалидност и/или старост рядко са предмет и обект на изследователски интерес.

И все пак тялото си остава една от най-интересните изследователски области за социологията. Защото социология на тялото е (или може да бъде) онова изследователско пространство, където се срещат множество обществени и медицински науки, резултатите от чийто изследвания имат изключително значими индивидуални, групови и обществени значение и измерения.

**Бележки.**

[1] Според Озбърнн проблемът не е в това, че човек има тяло с увреждане, а в това, че трябва да има непрекъснато съзнание, че притежава тяло въобще (1997: 196–197). Според този автор съвременната система на здравеопазване, както и пространствените и санитарните решения, влияещи върху системата на властта, в т.ч. на биовластта, служат за забравяне на тялото. Цитатът е по Якубовска, с. 24. // Osborne, T. (1997) *Body Amnesia – Comments on Corporeality*. In: David Owen, (ed.) *Sociology after Postmodernism*. Sage Publications, London – Thousand Oaks – New Delhi, pp. 188–203.

[2] Якубовска насочва вниманието към Ostrowska (2010). Badanie na zlecenie Fundacji MSD dla Zdrowia Kobiet przeprowadziła agencja badawcza MillwardBrown SMG/KRC. Badanie zostało zrealizowane metodą CATI, w dniach 23–30 kwietnia 2010 roku, na próbie 652 kobiet w wieku 25–59 lat. // Ostrowska Antonina (2010) *Profilaktyka raka szyjki macicy i raka piersi. Wiedza, postawy i zachowania kobiet*. Fundacja MSD dla Zdrowia Kobiet, s. 1–3 [dostęp 10 października 2010 r.]. Dostępny w Internecie <<http://www.fzk.org.pl/publikacje.html>>.

**ИЗТОЧНИК:** Jakubowska, H. (2012) Ciało jako przedmiot badań socjologicznych – dylematy, pominięcia, możliwości. W: *Przegląd Socjologii Jakościowej*, t. 8, nr 2, s. 12–31. Dostępny w Internecie: <<http://www.przegladsocjologiijakosciowej.org>>.

## КОННИЦИ НА МЕДИЦИНСКИЯ АПОКАЛИПСИС

„... бе решил да смени специалността си, за да избегне онова, което виждаше като приближаване на четирите конника на медицинския Апокалипсис: здравните застрахователни дружества, контролираната медицинска грижа, невежото правителство и, както изглежда, безчувственото общество” [1]  
Р. Кук „Интервенция”.

Р. Кук говори за „четирите конника на медицинския Апокалипсис”, а те всъщност са повече. Към тях трябва да се прибавят поне още два: медикализацията на живота на хората и съвременната фармацевтична индустрия, или както я нарича Марко Пицуги „Биг Фарма”.

„Днес ще научите за четири големи измами на фармацевтичната индустрия. Ефектите от тези мошеничества са налице и до днес само благодарение на активното съдействие на институциите, отговарящи за общественото здраве. А лекарите обикновено несъзнателно (дали всички лекари са в „безсъзнание” – б.м. – Б.И.) възпроизвеждат тези глупости” [2]. И така, за какво става дума?

### 1. Химиотерапия, подхранваща рака

В края на ноември 2012 година колектив от INSERM (Френския държавен институт за здраве и медицински изследвания) в Дижон, под ръководството на Франсоа Чирингело, публикува статия в „Nature Medicine”. В тази статия се подчертава, че две лекарства, повсеместно използвани в химиотерапията против различни видове рак, всъщност могат да насърчат развитието на ракови клетки [2; 3]. Става дума за 5-

fluorouracyl и gemcytabin, използвани при лечението на рака на дебелото черво, гърдите и панкреаса.

Нека се опитаме да проследим – разбира се повърхностно и не много ясно за нас лаиците – как тези лекарства стимулират развитието на рака. Най-напред в някои клетки на имунната система се активира белтъчен комплекс, който се нарича инфламазом NLRP3. Под влиянието на този комплекс клетките произвеждат или освобождават провъзпалителен цитокин – интерлевкин IL-1 beta. Този цитокин от своя страна произвежда друг цитокин (IL-17), който подхранва развитието на туморите, защото насърчава ангиогенезата, т.е. възникването на нови кръвоносни съдове, в този случай хранещи туморите. Затова, колкото повече лекарства взима пациентът, толкова по-добре се храни неговия рак благодарение на широката мрежа кръвоносни съдове и толкова по-бързо нараства. И всичко това може да се види на страницата на INSERM [виж 3; 4; 5].

Какъв извод правят учените? Дали препоръчват спирането на прилагането на „антираковото“ лекарство, което de facto поддържа развитието му? Не, няма такова нещо. „Мнението на учените, в съответствие с все по-широко прилаганото в медицината правило, е че трябва да се изработи ново лекарство. Което да допълва досегашните препарати, прилагани в химиотерапията“. Самият Франсоа Чирингели твърди: „Нашите резултати показаха, че активирането на инфламазома ограничава ефективността на химиотерапията против раковите тумори. Поредното предизвикателство е дали ще успеем да задържим активизацията на инфламазома“. С други думи, вместо премахване на вредните лекарства, учените искат да започнат да „тъпчат“ болния с нови

лекарства, които биха компенсирали негативните въздействия на първото, т.е. историята се повтаря и е до болка позната – нещата се свеждат до въпроса: как да се осигурят нови източници на доходи за фармацевтичната индустрия.

## **2. Измисляне на нови болести**

Дерматолог (също и ревматолог) – това е най-добрата професия. Няма спешни случаи (в ревматологията са рядко и се препращат към други специалисти), а пациентът нито оздравява, нито умира. Това е студентски виц във висшите медицински училища. Но той прекрасно е усвоен като философия и стратегия за действие от фармацевтичните фирми. Вместо усилията да са насочени към намирането и производството на „чудотворни“ таблетки, които могат да излекуват човек, Биг фарма ни залива с лекарства, които се вземат цял живот – това е зависимост, по-страшна от наркотиците, защото е далеч по-широко разпространена. Така човек се въвежда в „обществото на ремисията“ (А. Франк), където границите между болестта и здравето са заличени, а зависимостта от лекарствата е тотална. Нещо повече, открити са нови видове лекарства – препарати, които се вземат за всеки случай (профилактика?!), за да се забави клиничния процес, за който дори не се знае до къде води.

Пример: болестта на Алцхаймер. Съществуват няколко лекарства, между другото доста скъпи, които би трябвало да забавят развитието на болестта. Но изследванията в сравнение с плацебо ефекта показали, че ползата от тях е почти нулева (само няколко процента успех в групата, на вземащите лекарствата). Вместо това страничните ефекти от тези

лекарства са твърде видими и осезаеми. Трябва ли при такава ситуация да се спре лечението? Невролозите крещат: „Абсолютно не!“, защото ако лекарството има дори само такъв малък ефект, то самото му приемане и ежемесечните консултации представляват психологическа подкрепа, която подобрява състоянието на пациентите. Това, между другото е и най-добрата дефиниция на ефекта плацебо, който в тези случаи струва огромни разходи на държавно осигурителната система, както и стотици и хиляди лева на самия пациент.

Добре, ако метод на лечение и лекарство в традиционната медицина имат предимно плацебо ефект, защо това е „научно обосновано“, законно и т.н., а същия подход и резултат при нетрадиционните (извън конвенционалната медицина) медицински практики (в алтернативната медицина) е ненаучно и незаконно? От дейността на конвенционалната медицинска практика са починали милиони хора по света. От нетрадиционната медицина са в пъти по-малко. Кой тогава е масовия убиец? Отговорът е в парите и властта.

Ето какво пише Кук: „Алтернативната медицина има добри отношения с пациентите, държи се с тях като с хора, прави посещенията приятно социално преживяване, дори и да не провежда реално лечение. Конвенционалната, от друга страна, много често е тъкмо обратното – лекарите и сестрите се държат така, сякаш ти правят лична услуга. И още по-лошо – когато лекарите смятат, че не могат да ти помогнат, те игнорират...

... нека добавя още една причина към това защо хората са се хванали със зъби и нокти за алтернативната медицина: тя не изглежда плашеща. Ако кажеш, че група хора умират всяка година от това, че са ходили на

алтернативен терапевт, няма да им мигне и окото. Защото стотици хиляди са умрелите, които са се лекували единствено при конвенционален лекар. Всъщност хората, които отиват в офиса по хиропрактика искат да вярват в хиропрактиката, главно защото не искат да отидат на конвенционален лекар, където могат да получат диагноза, която включва дискомфорт и болка, а може би и смърт. При лечителя това никога не се случва. Всичко е оптимистично, всяко оплакване може да бъде изцерено и не боли, а дори и да е плацебо, на кого му пука? [1, с. 174-175]

Друг пример: действията, насочени към ранното откриване на „рака“ на простатата. В действителност тук става въпрос за аденом на простатата, който понякога може да рецидивира. Това става при почти всички мъже след 80 годишна възраст и това не заплашва живота им.

Доскоро, ако някой критикуваше инвалидизиращата пациентите система: теста PSA – биопсия – премахването на простатата, минаваше за лекомислен бунтар. Въпреки това от различни страни идват съобщения, които показват, че тази жестока превенция има смисъл само при много малък относителен дял от мъжката популация.

Същото е с ваксинацията против HPV (човешкия папилома вирус), както и при повсеместно прилаганата мамография. За заплахите, свързани с последната, се пише официално, но все така плахо.

Измислянето на нови болести протича и по други канали. Това е процес, който е част от по-широкия процес на медикализация на живота. Полския изследовател Михал Новаковски разкрива този процес с примера за превръщането на срамежливостта в заболяване: „Елемент на медикализация е създаването на нови болести, обхващащи например

симптоми, които по-рано са били определяни като поведение на срамежлив човек“ [6].

### **3. Намаляване на болестните норми**

Когато симптомите на болестта са недостатъчни или изобщо не се проявяват, е достатъчно да се пренастрои системата за алармиране – това ще направи милиони хора пациенти, заплашени от дадено заболяване. Тези силно съмнителни „норми“ редовно са подлагани на промяна за ужас на лекарите, предписващи рецепти, които често вече не знаят, къде се намират. Такъв е случаят с холестерола. „Никой не може да бъде сигурен, каква е стойността на прага, след който холестерола се превръща в проблем, въпреки мъдрото, макар и погрешно разделение на добър и лош холестерол“ [2]. А какво да се каже за психиатрията, където броя на изписваните лекарства е нараснал лавинообразно [4] от гл.т. на появата на нови неразположения и болестни синдроми, които само до преди 20 години не са съществували?

Заслужава да се отбележи, че в своята работа Пътеводител сред 4 000 полезни, безполезни и опасни медикамента („Le guide des 4000 médicaments utiles, inutiles ou dangereux“), професорите Дебре и Еван, обръщат внимание на празнотата в сферата на новите фармакологични средства. Днешните „новости“ са просто копия на лекарства от преди 30 години, които днес обаче са три-четири пъти по-скъпи [2].

### **4. Авандия – програмираната катастрофа**

В американския ежедневник „Washington Post“ е публикувана дълга статия, обобщаваща огромен медицински мегаскандал (общия брой на



инфарктите и смъртните случаи се изчислява на 83 000!). Тези факти се отнасят за хората с диабет, лекувани с препарата Avandia. Фактът е пример за това, как може напълно съзнателно да се разпространи опасен медикамент в целия свят [2; 5].

През 2006 година във влиятелното списание „New England Journal of Medicine“, е публикувана статия. Списанието е известно и с това, че преди публикацията на даден материал, той се подлага на детайлен анализ от независим експертен екип. В статията са описани достойни за удивление резултати от лечението с Avandia в сравнение с два други препарата – конкурентни лекарства. „Експертите“, верифициращи статията, не са посочили своите връзки с фармацевтичните фирми, които засяга експертизата. Ако са направили това, то би станало ясно, че всеки от тях е получил от Glaxo Smith Kline (GSK) възнаграждение от пакета за възстановяване на разходите за изследвания. Същевременно четирима от експертите са на щат във фирмата и притежават нейни акции. Фирмата получава разрешение за продажба на продукта Avandia, а лекарите изписват хиляди рецепти за него.

Изведнъж медиците започват да се съмняват – беспокойство буди съмнението дали е нормално, че сред диабетиците, лекувани с Avandia главоломно нараства лошият холестерол? Известно е, че за хората със сърдечни заболявания това би било противопоказано. Върху проблема се съсредоточават дори ръководителите на проекта във фирмата, както и представители на FDA – американския контролен орган, който изисква от GSK изследвания по този проблем. „Фирмата изпълнява задълженията си, но показва изследвания, които са фалшифицирани – в тях не са

участвали пациенти със сърдечни заболявания, т.е. тези, при които биха могли да се появят най-големи компликации“ [2].

Всъщност това са класически процедури за изкривяване (или направо фалшифициране) на изследванията, които много трудно се откриват, ако експертите не са достатъчно внимателни – нещо, за което може да им бъде платено. Случаят обаче не убягва от вниманието на Стивън Нисен – лекарят, благодарение на който е разкрита аферата с болкоуспокоителното лекарство Vioxx (смята се, че е предизвикал 40 000 смъртни случая). Този път Нисен сам събира напълно различни данни, които са за повече изследвани лица и провежда мета анализ. Резултатите от него светкавично са публикувани не от друг, а от редакцията на „New England Journal of Medicine“. Там са шокирани от резултатите. „Ако изчисленията са верни, то живота на хиляди пациенти е поставен в опасност“ – коментира редакцията [2]. Но GSK вече е подготвила отговор: на бял свят излизат поредните изкривени данни от изследване на основата на ненадеждна и лошо описана извадка. Това се оказва достатъчно паниката да бъде овладяна за известно време. Нисен обаче не се предава и през 2010 година се стига до там, че представител на FDA разкрива фалшивостта на последното изследване, представено от GSK. Той признава дори, че то е проведено с една единствена цел – да се печели време. Тогава слуховете за изследванията достигат до учените и предизвикват голям смут, а FDA провежда разследване и установява, че всичко е било известно във фирмата производител, било е подкрепяно и разходите са предвидени! Така се стига до септември месец 2010 година, когато Avandia е извадена от употреба в Европа, а в САЩ е силно ограничена. Едва на 2 юли 2012 година GSK признава своите криминални

действия при продажбите на лекарства (главно на Avandia) и се съгласява да заплати компенсации в размер на 3 милиарда долара. Е, ако фирмата се е съгласила да плати тази сума, поне аз нямам въображение да си представя, какви са били печалбите. Един пример: във Франция над 200 000 диабетици са приемали препарата в продължение на 2-3 години. Медиите услужливо са мълчали. Ако истината е била казана на обществото, то тя би предизвикала шок, свързан със смъртните случаи, предизвикани от противодиабетното лекарство [2].

Парадокс: в Полша лекарството е употребявано от малко хора поради високата си цена и липсата на рефинансиране от здравната каса. Същата е ситуацията и в България. С други думи, понякога бедността може да спаси живота на много хора.

### **Заключение**

Тази ситуация в съвременната фармация и здравеопазване не е изолиран случай, тъкмо обратното. Тя е правило. Целта е една: пари, много, много пари и власт. Животът на човека е обезценен – той е сведен до статистическа единица. Просто е в различни графи – на живите, или на смъртните случаи. Освен това, тази ситуация би трябвало да събуди и да оформи огромно недоверие към съвременната фармация и здравеопазване. Това обаче не се случва. Защо? Кой е виновен? Конниците на съвременния медицински Армагедон, към които – искам или не искам – все по-често причислявам и част от лекарите.

Днес най-добре е, човек да не боледува и да води здравословен начин на живот. За съжаление това рядко е възможно. Дори само поради това,

че общодостъпните храни също са отровени. Същевременно лекарите тотално са загърбили природните терапии.

#### Източници

- [1] Кук, Р. (2011) Интервенция. ИК „ЕрГон“, София.
- [2] Dupuis, J.-M. (2014) 4 wielkie medyczne szwindle. <http://www.pocztazdrowia.pl/4-wielkie-medyczne-szwindle/>
- [3] Améliorer l'efficacité de la chimiothérapie en agissant sur le système immunitaire, <http://www.inserm.fr/espace-journalistes/ameliorer-l-efficacite-de-la-chimiotherapie-en-agissant-sur-le-systeme-immunitaire>.
- [4] Frances, A. (2013) Saving normal: an insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary life. William Morrow, Maj.
- [5] Whoriskey, P. (2012) As drug industry's influence over research grows, so does the potential for bias. The Washington Post, 25/11/2012, [http://www.washingtonpost.com/business/economy/as-drug-industrys-influence-over-research-grows-so-does-the-potential-for-bias/2012/11/24/bb64d596-1264-11e2-be82-c3411b7680a9\\_story.html](http://www.washingtonpost.com/business/economy/as-drug-industrys-influence-over-research-grows-so-does-the-potential-for-bias/2012/11/24/bb64d596-1264-11e2-be82-c3411b7680a9_story.html)
- [6] Nowakowski, M. (2013) Zjawisko medykalizacji na przykładzie nieśmiałości w ujęciu socjologii medycyny. W: M. Skrzypek (red.) Socjologia medycyny w multidyscyplinarnych badaniach humanizujących biomedycynę. Wyd-wo „KUL”, Lublin.

## НАРАТИВНАТА МЕДИЦИНА: НАКРАТКО ЗА НЕПОЗНАТОТО НЕВЪЗМОЖНО В БЪЛГАРИЯ

Откъс от книгата на Джеръм Брунър „Създавайки истории: Право, литература, живот“ (J. Bruner, Making Stories: Law, Literature, Life. Harvard University Press, 2003).

Преводът е направен по руския превод на Дария Кутузова

\*\*\*

Нека да ви разкажа две истории за това, какво се случва, когато отделяме наративите от „чистите факти“. Тези две истории са живота и смъртта, и, както често се случват в такива случаи, те имат отношение към медицинската практика. Едната история е за ежедневните болнични процедури, а другата за лечебната физкултура и рехабилитация, пострадали при пътно-транспортни произшествия и други рисковани ситуации в съвременния живот.

В катедрата по хирургия и обща практика в медицинския факултет на Колумбийския университет, се откри програма по наративна медицина. Съществена част от тази програма е т. нар. наративна етика. Тази програма е отклик на осъзнаването на това, че влошаването на състоянието на болните – чак до смъртта им – има отношение, в частност, към това, че лекарите игнорират разказите на болните за техните болести, за това, с какво им се налага да се справят, за чувството за изоставеност, опустошеност. Не може да се каже, че лекарите въобще не са лекували тези болни, в историите на болестите регулярно са били отбелязвани честотата на пулса, температурата, резултатите от анализите

на кръвта и др. Но, ако парафразираме думите на една от сътрудниците на споменатата програма, лекарите просто не слушали разказите на болните, техните истории. Лекарите се стараели „да се придържат към фактите“.

В резултат на това някои пациенти загубили надежда и спрели да се борят за живота си.

Всъщност в разказите на тези хора често се съдържали намеци, които можели да подскажат на лекарите, че лечението се оказва неуспешно. В един от описаните случаи разказа на болния би могъл да предупреди лекарите за това, че пациентът развива депресия, потиснатост, която в крайна сметка ще намали въздействието на предписаните лекарства. Същата тази сътрудничка на програмата казала: „Животът – това не са записите в медицинския картон“. Ако пациентът очаква, че от курса на лечение бързо ще настъпи облекчение, подобряване на състоянието му, а това не се случва, разочарованието има както психологически, така и соматичен аспект.

Попитах я: „Какво е това наративна медицина?“ – „Вашата отговорност е да изслушате това, което иска да каже болния, а след това да можете да решите какво да правите с казаното. В края на краищата, кой е притежател на неговия живот, вие или той?“ В този случай ми се струва много важно да отбележа, че лекарят, чийто думи цитирам е Рита Шарон – не само медик, но и доктор по филология, защитила дисертация за Хенри Джеймс! И още по-важно е това, че въвеждането на тази програма в катедрата по хирургия и обща практика довело до там, че пациентите по-рядко умирали от наративна некомпетентност на лекарите.

Подобна е историята в отделението по лечебна физкултура на медицинския факултет на Южно-Калифорнийския университет. Там програмата била въведена на основата на изследванията на Шерил Матингли, антрополог, сега щатен сътрудник в медицинския факултет на ЮКУ. Антрополози в медицинските училища – това за нас не е новост. Антропологията отдавна изучава целителските практики в различните култури по света. Но едва през последните десетилетия антрополозите започнаха да изучават това, което се случва в нашата собствена култура.

Задачата на тази програма е да включва активно децата, преживели тежки травми или децата, оздравяващи от тежки заболявания в занятията по лечебна физкултура. Понякога от това зависи живота на тези деца, практически винаги – възстановяването на функциите на организма. Изследователската група в ЮКУ стигнала до много важен извод: не е достатъчно да се разработи правилен комплекс от упражнения, не е достатъчно те да се провеждат от компетентен лекар, не е достатъчно да се убедят родителите, че спазването на режима на упражненията е много важно за възстановяване на функциите. Необходим е също и наратив за възможното оздравяване, може би дори фантастичен или драматичен, в който детето пациент, лекарят и родителят да станат герои от уестърна или детектива. Нека в историята да има много метафори, нека героят да вкарва всеки ден в своето имение няколко коня повече, или да се придвижва по леда по посока на училище. Главното е всички участници да споделят тази история. Разумното обяснение не оказва такъв ефект. Упражненията, които децата трябва да правят, винаги са дискомфортни, а често и болезнени. Пред

лицето на едно такова увещаване на лекаря, че „това е за твое добро, младежо...” някак си всичко избледнява и изчезва.

превод от руски

**Източник:** <http://narrlibrus.wordpress.com/2009/01/30/a-bit-about-narrative-medicine/>



## ПАЦИЕНТЪТ (разпилени размисли)

Чета книгата на Марко Пицутти „Забранените лек-арства, които лекуват. Търговци на здравето“ [1]. Чета и сърцето ми се свива от болка и тъга. Това е книга за света на фармацията. Не, не за онзи тайнствен, изпълнен с приключения, висини и падения, радости и разочарования, населен с герои-откриватели на чудодейни лекарства, свят. Не! Това е светът на „Биг фарма“, светът на гонитбата на печалба. Печалба на всяка цена. Дори тя да е животът на пациента.

„В нашия социален ред, който плаща, командва всичко – било то законодатели, политици, икономисти, доценти, журналисти, президенти, обикновени лекари или изследователи... Правилото, още по-приложимо за повечето от производителите на лекарства – продължава Пицутти, е: за тях *няма хора, а само потенциални клиенти* (к.м.-Б.И.) и ако изследванията в една патология не обещават добри печалби, това автоматично означава, че не си струва да се търси лек. Тези, които допринасят за баснословните печалби, са всички болни, които в допълнение към нещастieto си да се чувстват зле, изкупуват един *недопустим грях* на нашето време: *да бъдат част от пазара* (к.м.-Б.И.)“ [2].

Тези редове ми напомнят написаното (по друг повод и на друго място) от Марчин Панек: „Там, където са парите, няма място за слабост“ [3]. Няма място за емоции, за хуманизъм, за – да го кажа на ежедневен език – човещина. В сферата на производство на лекарства с цел печалба „има твърде малко място за етика“ [4].

\*\*\*

Същността и целта на здравните реформи в България бяха българското здравеопазване да премине на пазарни принципи на управление и действие. И това се случи по възможно най-лошия сценарий: лекарите станаха еднолични търговци, здравните заведения – търговски дружества, а здравето стока, като всяка друга стока. Пациентът се превърна в клиент, уж с свои права – в повечето случаи те се свеждат само до правото му да плаща, да не спира да плаща, което не е никакво право, а задължение. Пациентът се превърна в символ на източник печалба и пари.

Говорейки откровенно и цинично с езика на „Биг фарма“, по време на защита на докторска дисертация, републикански консултант по (...) заявява: (цитирам по памет) „Ние сме най-богати сред лекарите, защото нашите пациенти не умират и боледуват цял живот“ [5].

В медицината, а и във фармацията – сред много редови лекари, медицински сестри и фармацевти, медицинската етика все още е жива въпреки всичко, а понятия като „оказване на помощ“, „качествено лечение“, „грижа за болния“ и др.п., са изпълнени с реално и хуманно съдържание и смисъл. Пациентът все още е човек, със своя индивидуалност и идентичност, със свой човешки облик, със свои страдания, стремежи, надежди...

\*\*\*

Пациентът! Познаваме ли неговия свят? Знаем ли какво е да си пациент? Можем ли да си представим, че това е свят, който няма нищо общо със света на печалбата, със света на „Биг фарма“?

Всичко, което изписах дотук, бе провокирано от няколко изречения в една курсова работа на полска курсистка, която в момента се обучава в Полша как се обгрижват възрастни и болни хора. Онова, което ме впечатли не бяха „задължителните“ знания, които курсистът трябва да представи в една такава работа. Впечатли ме погледът на един „лаик“ върху света на пациента. Ето какво казва тя:

„Да бъдеш пациент...зная ли какво е това? Да. Преди две години лежах в едно от отделенията на болницата. Трябваше да се подложа на малка хирургична интервенция. Не трябваше да се страхувам..., и все пак...

Изведнъж се оказва, че сме преминали през някакъв невидим праг и сме се намерили от другата страна на нашето съществуване. Внезапно сме станали зависими от много неща и... хора. От лекари, медицински сестри, обгрижващ персонал. Зависими от тяхната емпатия, знание, опит, способности и възможности, които притежават.

Но много зависи и от... разговора, от обикновения, нормален разговор.

Опитвам се да си представя какво чувства възрастен, болен, изгубен в своето незнание, неловкост, страдание и ограничения човек. Затова се опитвам отново да си представя какво чувства истинския Пациент ...

Често, макар и не винаги, този Пациент е някой, който е много самотен, необичан и често страхуващ се за живота си и от това, което го очаква – защото е болен, защото няма влияние върху своето тяло,

поведение, ограничен е в собственото си самообслужване, потопен е в своята старост...”

\*\*\*

Светът на печалбата, парите и прегазването на човешкия живот в тяхно име. И светът на пациента, през погледа на една полска курсистка, на редовия, НЕобикновен гражданин.

Пациентът! Човекът с двойно гражданство – в държавата на здравите и в държавата на болните[6]. Използването на паспорта от втората държава винаги е принудително, нежелано и най-често се случва съвсем неочаквано, а живота в нея винаги носи голям риск.

Светът на пациента! Искаме или не, рано или късно, се налага да прекрачим границите му. Дали ще вземем в пациентския си багаж собственото си човешко достойнство? Ще можем ли да го опазим? Зависи от нас, преди всичко от нас, но и от тези, които в този момент ще бъдат около нас.

Уважението към Живота и Човека е ...?

### Бележки

[1] Поздравявайки издателство „Атеа Букс“ за смелостта да издаде тази книга, използвам случая да я препоръчам на всички свои приятели и познати. Дори само 1% от написаното да е вярно (уви много повече е), нещата са ужасяващи.

[2] Пицути, М. (2013) *Забранените ЛЕК-АРСТВА, които лекуват. Търговци със здравето*. Издателство „Атеа Букс“, София, с. 41.

[3] Panek, M. P. (20120) *Wymiary niepełnosprawności*. Wyd-wo „Nowae Res”, Gdynia.

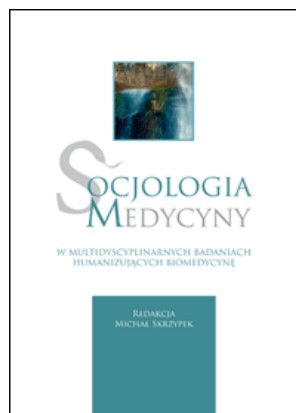
[4] Пицути, М. (2013) *Забранените ЛЕК-АРСТВА, които лекуват. Търговци със здравето*. Издателство „Атеа Букс“, София, с. 7.

[5] „Хроничните заболявания са като *божи дар*, тъй като осигуряват пациенти, които през целия си живот ще продължат да купуват лекарства- казва М. Пицути. От икономическа гледна точка производството на фармацевтични продукти с ниска себестойност и дълготраен или окончателен ефект не би било добра инвестиция” (Пицути, М. (2013) *Забранените ЛЕК-АРСТВА, които лекуват. Търговци със здравето*. Издателство „Атеа Букс”, София, с. 9.). Преди това Пицути пише: „В болшинството от случаите *белите престилки* (лекарите – бел.м.-Б.И.) се превръщат в квалифицирана работна ръка в услуга на корпорациите, които са трансформирали медицината в третия най-печеливш бизнес в света” (пак там, с. 7)

[6] Зонтаг, С. (1999) *Болестта като метафора. СПИН и неговите метафори*. ИК „Златорог”, София.

## СОЦИОЛОГИЯ НА МЕДИЦИНАТА И ХУМАНИЗАЦИЯ НА БИОМЕДИЦИНАТА

Skrzypek, M. (red.) (2013) *Socjologia medycyny w multidyscyplinarnych badaniach humanizujących biomedycynę*. Wydawnictwo KUL, Lublin. ISBN978-83-7702-573-4



В този сборник си дават среща много от водещите полски изследователи в сферата на социология на медицината.

В структурата на самата медицина винаги са действали почти всички механизми на модернизация. И днес – независимо от възприетото теоретико-обяснително поле (функционализъм, теория на конфликта, интеракционизъм, теориите за социалната обмяна и др.), тя си остава значим социален проблем. Процесът на биомедицинска модернизация на обществото следователно носи със себе си *ex definitione* (по дефиниция) различни видове заплахи. Този трузъм се отнася, както до необикновения прогрес, който се извършва в сферата на прилаганите процедури, променящи по невъобразим до скоро начин парадигмата на

евроамериканската медицина, така и до предизвиквания динамично нарастващ социален критицизъм спрямо много аспекти на тези промени.

От тук и потребността от хуманизация и хуманистично реформиране на биомедицината на основата на постиженията на социалните и хуманитарните науки. Това е и основната мисъл, преминаваща като червена нишка през целия сборник.

Участието на представители на различни науки дава надежда, че анализираните и описвани в сборника проблеми ще получат допълнителна интерпретативна плоскост, позволяваща да се редефинират моделите на здраве и болест по посока на социално-екологичната парадигма. Хуманизирането на биомедицината в този контекст има адитивен характер. Благодарение на тази издателска инициатива полската социология на медицината има възможност да обогати този процес[1].

В сборника се анализират такива важни проблеми, като: „Изследванията на качеството на живота, обусловено от здравето и релациите лекар – пациент” (Beata Tobiasz-Adamczyk); „Наративната медицина като модел на хуманизираната медицина от социомедицинска гледна точка” (Michał Skrzypek); „Здравеопазването като политически и етичен проблем” (Jan Mazur OSPPE); „Генезис и функции на биоетиката в контекста на медицинските науки – избрани проблеми” (Ks. Rafał Pastwa); „Елементи на социология на тялото” (Ks. Jan Szymczyk); „Медикализация и граници на отговорността на индивида в съвременната действителност” (Luiza Nowakowska); „Явлението медицина като пример за срамежливост в социология на медицината” (Michał Nowakowski) и др.

[1]\_\_\_\_\_По рецензията на д-р Войчех Биелецки.  
<http://phkowalska.osdw.pl/ksiazka/Skrzypek-Michal-red-/Sociologia-medycyny-w-multidyscyplinarnych-badaniach-humanizujacych-biomedycyne,phkowHLPWJIOR>

## СОЦИОЛОГИЯ НА ХРОНИЧНАТА БОЛЕСТ

**Михал Скржипек, Перспективата на болния в социология на хроничната болест.**

Skrzypek, M. (2011) *Perspektywa chorego w socjologii choroby przewlekłej*. Wydawnictwo KUL, Lublin, ISBN978-83-7702-299-3



Всички рецензии за книгата са единодушни, че това е новаторска работа за полските условия и е уникална по няколко причини. И ако това е така за Полша – страна, в която силно е развита „същинската”, немедикализирана социология на медицината, то за България подобни заглавия звучат като научна фантастика. Дори в самото заглавие на



книгата се съдържат две немислими концепции за нашите крайно медикализирани научни среди, когато става дума за медицина и здравеопазване. Това са: „перспективата на болния“ и „социология на хроничната болест“.

Уникалността на книгата е свързана с това, че автора се „потапя“ в проблематика, която сравнително малко се изследва и анализира от полските социолози на медицината (от българските изобщо, доколкото ми е известно). Освен това тя е насочена към болестта, показана от „перспективата на интерпретативната социология, която перспектива – както досега – само фрагментарно е обозначила своето присъствие в социологическите разработки върху болестта и боледуването“<sup>16</sup>. Освен това книгата разкрива един богат анализ на преживяванията на болестта в рамките на основните течения на общата социология. Нещо повече, както твърди А. Островска, книгата „надминава всички познати ми публикувани в Полша работи в сферата на социология на медицината“.

Книгата представлява не само цялостно и систематично представяне на теоретичната сила на социологията, ориентирана към опита и преживяването на хроничното заболяване, но може да се разглежда и като ценно предложение за бъдещите перспективи на развитието на дисциплината в Полша<sup>17</sup>.

---

16 По рецензията на проф. Антонина Островска (Институт по философия и социология при ПАН) на книгата. [http://www.kul.com.pl/index.php?products=product&prod\\_id=1164](http://www.kul.com.pl/index.php?products=product&prod_id=1164)

17 Пак там.

М. Скжипек се отдалечава от структурно-функционалната Парсънова концепция, която се концентрира върху институционалната организация на здравните служби и институции и тяхното значение за поддържането на обществения ред и се насочва към болния, към неговите житейски проблеми в ежедневието.

На основата на професионалната литература – най-вече американска, Скжипек ни разкрива конструирането на една нова парадигма. В нея болният е ценност и получава право на глас, което е „своеобразна форма на хуманизация на ориентираните към биомедицината научни дисциплини на лекарите”<sup>18</sup>.

Жалко е, че подобни книги никога няма да видят „бял свят” на български език. А те са потребни и полезни, както за „хуманизиране на мисленето” на лекарите, така и за обучението на хората с хронични заболявания, и особено за онези социолози, които са готови да посветят своята професионална кариера на социология на медицината.

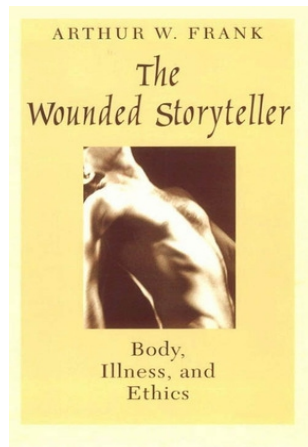
Книгата би била изключително полезна и за студентите по медицина, защото тя може да се превърне в своеобразна „профилактика на медикалисткото мислене”, безвъзвратно загърбило световите на болните, превръщайки ги във фрагментарни биологични машини, нуждаещи се от „ремонт”.

---

18 Цитат от рецензията на проф. Мария Либишевска. [http://www.wydawnictwokul.lublin.pl/sklep/product\\_info.php?products\\_id=1755](http://www.wydawnictwokul.lublin.pl/sklep/product_info.php?products_id=1755)

## РАНЕНИЯТ РАЗКАЗВАЧ

Frank, A. (1997) *Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics*. University of Chicago Press, Chicago.



В книгата си Артър Франк разказва историята на своите заболявания – инфаркт и рак. Тя завършва с описанието на „общество на ремисията“, членовете на което сме всички ние, които живеем с някаква форма на заболяване или увреждане. „Раненият разказвач“ е обобщеният им образ.

Хронично болните са повече от жертвите на болестите или пациентите на медицината, и всички те са „ранени разказвачи“. Хората разказват истории, за да осмислят страданието си, когато превръщат техните заболявания в история, те намират изцеление.

Въз основа на работата на автори като Oliver Sacks, Anatole Broyard, Norman Cousins и Audre, Lorde, както и на хората с различни заболявания, които е срещал през годините, Франк разкрива една вълнуваща колекция от истории на заболявания, вариращи от добре позната битка с рак яйчниците на Гилда Раднър, до частните свидетелства

на хора с рак, синдром на хроничната умора и инвалидност. Техните истории са повече от равносметки на личните страдания: те изобилстват с морални избори и акцент върху социалната етика.

Франк идентифицира три основни наратива за болестта като лично преживяване – реституция, хаос и търсене. Реституционният наратив предвижда повторно подобрене и извежда напред технологията на лечение. В хаотичния наратив болестта изглежда трае вечно, без отдих или откриване на смисъл. Търсещите наративи са за откриване на намиране на смисъла на страданието, защото болестта се превръща в средство болния да стане нов човек.

В тази книга А. Франк въвежда понятието „общество на ремисията“ (remission society). Това означава, че днешното общество, в което живеем всички ние, от гл.т. на еволюцията на патологията е достигнало до състояние, при което – благодарение на технологическия напредък на медицината – границите между болестта и здравето всъщност са разрушени, т.е. обичайната дихотомия: здравето като норма, а болестта като отклонение от нея, вече е поставена под въпрос.

Лиза Дитрих, в коментара си на книгата на Франк, пише: „По-рано пациентите оздравявали или умирали, сега пациентите често и не оздравяват напълно, и не умират от своите болести, по-скоро те се намират в и *извън* състояние на ремисия. Тялото пребивава, терзано от болестта или нейните предзнаменования. Човек никога не е напълно здрав или определено болен, намирайки се някъде между тези състояния“ (Diedrich, L. (2007) *Treatments: Language, politics, and the culture of illness*. University of Minnesota Press, Minneapolis; London, с. 3.).

### Ето и няколко цитата от книгата:

„Към членовете на обществото на ремисията се отнасят тези, които са преболедували практически всички форми на рак, тези, които участват в програми за възстановяване на лица със сърдечни заболявания, диабетици, хора, чиято чувствителност към алергените и факторите на околната среда изисква спазване на диета и други видове самоконтрол, хора с протези и други видове механически регулируеми устройства, хронично болни, инвалиди, хора „излекуващи“ се от злоупотреби и зависимости, а също и членовете на техните семейства, които споделят вълненията и ежедневните триумфи на тяхното добро самочувствие” (с.8)

„Историята се разказва от един човек за *друг човек* дотолкова, доколкото и за себе си. Нравственият гений на разказването е в това, че и разказвача, и слушателят навлизат в пространството на историята за другия” (с. 18)