

## СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНЫ И ЗДОРОВЬЯ В СОВРЕМЕННОЙ СОЦИОЛОГИИ

Рассмотрены социокультурные аспекты исследований медицины в современной социологии. Наиболее актуальны проблемы релятивизма, недооценка власти института медицины, ее интердискурсивный характер, вопросы статусной принадлежности при выборе методов лечения и врачей, редукция медицинской функции в сфере медицинского потребления и укрепление символической, «сакральной» функции, полиморфизм субъективности человека и т.д.

*Ключевые слова: социокультурные аспекты, социология медицины и здоровья, самоидентичность, нетипичность, социальный конструкционизм, триггеры, медицинское потребление, постмодерн, аномия, медико-социальная коммуникация.*

Ухудшение состояния здоровья населения необходимо рассматривать в первую очередь как явление общественного характера. Не только факторы образа жизни отдельного индивида имеют значение, но и качество «фона» – процессы, связанные с характерными признаками общественной структуры.

Определенное состояние равновесия (гомеостаза) между организмом и окружающей средой – одна из популярных трактовок здоровья на протяжении многих лет. Тем не менее, социальные процессы, связанные с понятиями «образ жизни», «качество жизни», «здоровье, болезнь и безопасность», в последние годы изучаются социологами как социокультурные феномены (например, телесность, сексуальность, виртуализация здоровья и т.д.). Особенности их восприятия и оценки зависят от того, каким образом идет формирование самоидентичности, рефлексивности личности или группы. Иными словами, они находятся в поле «рекультурации» или «декультурации» человека. Например, болезнь предстает не просто как биологическая реальность, а прежде всего как продукт познавательной деятельности человека.

Так называемые психосоматические расстройства явно провоцируются социокультурными факторами. Психосоматические заболевания и поведенческие расстройства обычно рассматриваются как замещенные формы поведения, которые оказывают негативное влияние либо «физически», либо «социально». В частности, считается, что подавление агрессивности может привести к развитию гипертонии, а межличностные конфликты на уровне проявлений власти / подчинения – к возникновению инфаркта миокарда.

Процесс медиализации, эволюции медицины в «социетальность» (Е.В. Дмитриева, 2003) означает расширение власти социального института медицины, взаимовлияние здравоохранения и таких областей, как спорт, этика, сексуальность и т.д. Современная медицина приобретает интердискурсив-

ный характер [1]. Многие медицинские практики и манипуляции неразрывно связаны с социокультурными явлениями и образом жизни (нетрадиционная медицина, гомеопатия, диеты, йога и т.д.). Однако в связи с наличием огромного спектра предлагаемых медицинских услуг и относительной их доступности по-прежнему самой уязвимой остается область профилактики заболеваний. О «перспективах здоровья» мало задумываются и на индивидуальном, и на социальном уровнях.

В обществе с высоким уровнем рефлексивности основополагающими чертами становятся «открытый» характер самоидентичности и рефлексивная природа тела [2]. Согласно М. Фуко, телесность и сексуальность – не просто наборы биологических импульсов, а социальные конструкции, действующие в сфере человеческой власти. Они становятся «видимыми» носителями самоидентичности и тем самым участвуют в конструировании образа жизни. Взгляд Фуко на различные виды телесных практик как на разные формы реализации и распределения медицинской власти приобрел актуальность в социологии.

С точки зрения социального конструктивизма М. Фуко, в медицине в настоящее время наиболее рельефными стали следующие проблемы [3]. Во-первых, сфера здравоохранения воздействует на индивидов с такой силой, власть которой недооценивается, и особенно сказывается недостаток этической стороны таких наблюдений.

Во-вторых, актуальна проблема релятивизма, и такие понятия, как «потребности пациента», «опыт пациента», «большая или меньшая боль» являются относительными. Так, за рубежом разделены понятия «болезнь» и «чувство дискомфорта». Первое обозначает патологические изменения организма, которые происходят в результате изменения анатомо-физиологических структур и функций или при инфицировании. Это традиционная сфера деятельности врачей. Второй термин отражает субъективное состояние, плохое самочувствие человека. Если индивид чувствует, определяет себя больным, следовательно, он болен независимо от объективных патологических изменений, симптомов болезни.

В-третьих, приоритет свойственен описаниям самих мероприятий медицинской службы, ее деятельности, нежели причин и характера изменений в процессе становления и развития здравоохранения. И наконец, существует проблема видения медицины во «всемирном» масштабе, в то время как активизируются ее локальные контексты и выработка норм и стандартов лечения конкретных социальных групп населения.

Несмотря на растущий рынок «потребления здоровья», ситуация с качеством жизни и здоровья населения имеет преимущественно негативную тенденцию. Это подтверждает тезис о симулировании, мимикрии здоровьесохранительных процедур и практик. Символическая деятельность по социаль-

ному конструированию реальности воплощена в сфере здравоохранения. С одной стороны, социальные конструкты, создаваемые в медицине, все чаще могут подвергаться сомнению (например, дискуссии о том, существует ли на самом деле ВИЧ, отношение к свиному гриппу и вакцинам и т.д.). С другой стороны, в ответ на растущие аппетиты потребителей медицинских услуг сфера здравоохранения «предлагает» новые диагнозы и методы их лечения: апноэ, анорексия, детская гиперактивность, синдром мегаполиса и пр. Таким образом, с позиции социального конструкционизма, содержание медицинских представлений в отношении здоровья/болезни и методов лечения весьма динамично, имеет социокультурную обусловленность и зависимость от символического капитала (например, связано с рекламой).

В современном обществе здоровье отражается не столько сквозь призму биологических требований, заданных необходимостью выживания и адаптации, сколько сквозь призму социокультурных требований, продиктованных «борьбой за статус». Именно статусная принадлежность может стать по определению социолога Г. Скамблера «спусковым крючком» («триггером») [4], подталкивающим индивидов к посещению определенных врачей, в отличие от прежних «триггеров» (например, давление окружения при выборе лечения; случай личного кризиса, связанный со смертью в семье; влияние профессиональной деятельности и др.). Таким образом, каузативный подход при исследованиях причин заболеваний и несчастных случаев нуждается в переосмыслении и расширении своего влияния.

Ценность здоровья в обществе потребления подчинена конкурентной логике. Забота о теле порождает нарциссизм современного «потребителя здоровья», и его невротическое сознание коллекционирует зависимости разного рода (алкогольная, игровая, шопоголизм и т.д.), в том числе и зависимость от врачей.

Медицина в обществе постмодерна вновь приобретает «сакральность» древних знахарских практик вследствие возвышения роли пластической хирургии, достижений в стоматологии, фармацевтике и других областях медицинских услуг. Стираются грани между функциональным и сакральным. Медицинское потребление основано на редукции медицинской функции. Потребление в медицинской сфере зачастую не имеет истинной терапевтической цели, и такая цель становится вторичной, иррациональной. Врач больше обращает внимание не на исцеление пациента от реального заболевания, а на придание своей профессии мистифицированного налета, что вполне соответствует требованиям рыночной экономики [5]. Активное вмешательство новых технологий не просто в процесс лечения, но и в процесс формирования внешнего облика пациента («технологии сотворения себя») приводят к образованию того, что западные социологи именуют феноменом «медикизованного тела».

«Врач и лекарства имеют скорее культурную, а не терапевтическую ценность», превращая лечение в «ритуальное жертвенное потребление» [6]. Врачи и лекарства «коллекционируются» ради самого потребления, а не ради выздоровления, становясь предметами фетишистского плана среди множества других знаков-символов.

Телесность стала знаковой, символической системой, участвующей в процессе сигнификации. Само развитие болезни может интерпретироваться как изменение в первую очередь соматической (телесной) структуры. Социологи заговорили о новой семантике интимности, телесности. Прекращение заболевания может быть связано с перекодированием символического пространства, т.е. с изменением поведения и стиля жизни, например, обращением к занятиям в фитнес-клубе. С точки зрения социологии постмодерна, понятие здоровья / болезни становится симулякром, виртуализируется. В игроизированном обществе осуществляется игра людей в «имиджестроительство», где цель индивида – стать менеджером собственных впечатлений» [7]. Согласно теории модной коммуникации, медицина связана с «модными» стандартами и ценностями в отношении здоровья / болезни, будучи одним из механизмов социальной регуляции и саморегуляции человеческого поведения.

Конструирование большого спектра конфигураций социальной реальности под воздействием множества факторов сопряжено с многовариативностью новых видов субъективности человека. Актуализируются не только и не столько проблемы адаптации и качества жизни человека в окружающей среде под влиянием факторов риска, но и самоидентификации, а также нетипичности физико-биологического состояния. В основе данных процессов лежит процесс социокультурной нетипичности. Так, идея «позитивной инвалидности» позволяет инвалидам, пожилым людям, представителям расовых меньшинств и др. деконструировать и реконструировать собственную гендерную и сексуальную идентичность [8].

Телесность и здоровье обусловлены не только смысловым, но и пространственным измерением человека. В условиях стремительных темпов современности, насыщенности социального пространства информацией, жизненные перспективы индивидов отличаются уплотнением и сжатием. В результате короткие жизненные проекты связаны не столько с физико-биологическим временем, сколько со временем социальным. Возраст как социальный конструкт определяет жизненные стратегии, включающие в себя телесные, репродуктивные, карьерно-профессиональные установки, планы и программы личности. Например, механизм конструирования «своевременного», «оптимального» материнства женщины определяется ее репродуктивностью и коррелирует со стереотипами феминности.

Чем сильнее выражена «формализация социального поведения, тем более серьезными являются требования в сфере контроля тела» [9]. Актуализируются процессы саморефлексии, самоконтроля, самоорганизации. Проблема самовыражения личности, ее «само-сборки» становится главной потребностью современности. Тем самым де-институционализация общества приводит к индивидуализации стиля жизни, обозначенной в социологии характерной чертой постмодернизма. В этой связи часть социологов высказывается о трансформации дюркгеймовского понятия аномии в условиях быстрых и частых перемен, глобальной нестабильности из свойства, которое после общественных реформ приходит к новым нормам, в свойство современного общества, перманентно ему присущее и неотделимое. Возможна только легкая «стабилизация» проявлений девиации, укрепление социализации, обнаружение пересечений жизненных ориентиров разных поколений в среде «размытых» социальных норм.

Традиционная патерналистская модель социальных отношений «врач-пациент», которую впервые стал изучать Т. Парсонс с позиций ролевой теории, уже давно претерпела существенные преобразования. Роли врача отличаются многообразием их проявлений (фармацевт, социальный работник, диетолог, косметолог и т.д.). Особенности межличностной коммуникации между врачом и пациентом отвечают потребностям рыночной экономики. Формирование идеологии индивидуализма связано с распространением ценностей предпринимательства. В обществе с доминированием «ценностей бизнесмена» обязательно возвышаются ценности соматические. Первостепенными провозглашаются ориентации на сохранение здоровья и на формирование привлекательного физического имиджа. Потому формирование семантического пространства, изучение символических полей разных социальных групп весьма значимо в медико-социальной коммуникации.

Дальнейшие исследования социологии медицины необходимы в направлении сравнения паттернов здоровья и болезни различных социальных общностей, рассмотрения поведения больного (в том числе зависимого, девиантного поведения), социально-экономических и социально-правовых аспектов организации здравоохранения (проблемы эвтаназии, трансплантологии, геронтологии, феминологии и т.д.), влияния многоуровневых инновационных технологий, решения проблем этики и эстетики в медицине.

### **Список литературы**

1. Бурганова Л.А., Савельева Ж.В. Медикализация и эстетизация здоровья в рекламной коммуникации // Социс. – 2009. – № 8. – С. 100–107.
2. Социология сексуальности – Sociology of sexuality: антология: [Пер. / под ред. С.И. Голод] / ИС С.-Петербург. фил. Ин-та социологии РАН. – СПб., 1997. – С. 31.

3. Решетников А.В. Социология медицины (введение в научную дисциплину). – М.: Медицина, 2002. – С. 297.
4. Scambler G. Sociological Theory and Medical Sociology. –L.; N.Y.: Tavistock Publications, 1987. – P. 51.
5. Кривошеев В.В. Короткие жизненные проекты: проявление аномии в современном обществе // Социс. – 2009. – № 3. – С. 57.
6. Бодрийяр Ж. Общество потребления. Его мифы и структуры / пер. с фр., послесл. и примеч. Е.А. Самарской. – М.: Культурная революция: Республка, 2006. – С. 181.
7. Восканян М.В. Игра в индивидуализированном обществе // Обществ. науки и современность. – 2009. – № 2. – С. 173.
8. Романов П., Ярская-Смирнова Е. Социология тела и социальной политики // Журнал социологии и социальной антропологии. – 2004. – Т. VII, № 2. – С. 133.
9. Быховская И.М. Homo somatikos: аксиология человеческого тела. – М.: Эдиториал УРСС, 2000. – С. 165.

#### Abstract

The main idea of this article is to reveal socio-cultural aspects of the medical sociology research. The relevant problems revealed hereto are the following: relativism and underestimation of the institution of medicine, its inter-discursive features, impact of social status on choice among treatment methods and doctors, consumption trends in medical services toward symbolic `sacral` function from medical function, polymorphism of human subjectivity etc.

Key words: socio-cultural aspects, medical sociology, self-identity, untypicalness, social constructivism, triggers, medical consumption, postmodern, anomy, medico-social communication.

Получено 1.12.2010