

В последнее десятилетие обострился интерес к социологии здоровья и болезни как самостоятельной области знания, имеющей принципиальные отличия от социологии медицины. Данный интерес обусловлен отказом от понимания здоровья исключительно в медицинском ключе с акцентом на патологии и медицинских способах лечения. Новая социальная парадигма здоровья является актуальной в условиях перехода модели болезни от инфекционной к хронической, от экзогенной к эндогенной, где важнейшую роль играют вопросы профилактики, образа жизни и превентивной политики по охране здоровья. В представленной работе приведены результаты теоретического исследования специфики интерпретаций концептов «здоровье» и «болезнь» с позиции неклассического направления в социологической теории. Здоровье и болезнь как социальная проблема имеет не столь длинную историю по сравнению с тысячелетней историей здоровья как индивидуальной ценности. Различия индивидуальной и социальной составляющей проблемы здоровья имеют в данном исследовании принципиальное значение не только по причине социологичности предмета исследования, но и в связи с усилившимися процессами радикальной либерализации, провозглашаемой теоретиками постмодернизма, когда происходит возврат к домодерной системе ценностей и ответственность за здоровье вновь переходит в статус личной, а не социальной проблемы. Поэтому необходимо четко определить понятие «социальная проблема» в том смысле, который мы вкладываем в него в последующих рассуждениях. Социальные проблемы как вопросы, за решение которых общество берет на себя ответственность, существовали не всегда. В западно-европейской культуре до середины XIX в. «социальные проблемы» как устойчивое словосочетание не использовалось [1]. Исторически первой социальной проблемой для науки об обществе является неравное распределение богатства, бедность или (в более узком значении) вопрос об отношениях между рабочей силой и капиталом. Постепенно круг вопросов, стоящих перед обществом и социологией и требующих решения, расширяется; размышления о проблемах всеобщего значения характеризуются тенденцией определять и осуждать условия несчастий, случающихся с незнакомыми, неблизкими людьми, принимать решения изменить эти условия. Э.Этциони, анализируя данный процесс, предлагает в качестве ключевого термина «социальное руководство» (стратегии социального изобретения проблемы), подчеркивая, что социальные проблемы – это прежде всего идеи, которые рассматриваются людьми как условие или ситуация, которую можно улучшить [2]. Долгое время разные несчастия, в том числе и болезни, рассматривались в теологическом контексте. Лишь общество Модерна с идеей управляемости, рационализации социального создало веру в то, что социум может мобилизовать свои ресурсы на борьбу с этими несчастиями. Этциони показывает, как в зависимости от исторической эпохи различались определение масштаба проблемы, степень необходимости

действий по ее разрешению, способы социального руководства. Таким образом, Энциони выявляет в феномене «социальные проблемы» не только объективную сущность, но и субъективную составляющую, объясняя, что они порождаются определенной эпохой, и для того, чтобы решаться, сначала должны сформироваться в представлениях людей, в их определениях того, какие ситуации, условия, состояния считать опасными для общества. Схожие замечания о наличии субъективной составляющей (в форме осознания угрозы) встречаем у социологов А.Грина и Р.Нисбета. Историк социологии Грин считает, что социология и ее главный предмет исследования – социальные проблемы – не могли появиться до формирования совокупности идей равенства, природного совершенствования человека, изменчивости социальных условий и гуманизма. Нисбет объясняет появление социальных проблем расширением и институционализацией чувства сострадания, а также сменой теологического мировоззрения светским, рационалистическим с преобладанием представлений о потенциальной подконтрольности процессов жизнедеятельности общества [3]. Общество модерна, капитализм рационализируют и ситуации, связанные со здоровьем человека, которое в условиях логики рынка становится важным фактором производительности труда; население рассматривается как ресурс для экономического роста: «здоровье цивилизации стало одной из экономических норм индустриального общества» [4]. Этому сопутствует бурное развитие медицины в качестве научного знания, которая с конца XVII в. начинает переистолковывать неработоспособные отклонения с медицинской точки зрения: например, уныние, стыд, страх, ужас, гнев, самоубийство, убийство, воровство стали объясняться формами душевной болезни. Душевное здоровье в XVIII в. начинает совпадать с социальным конформизмом, болезнь – с отклоняющимся поведением, что Т.Сас называет процессом «медицинской концептуализации социальных проблем» [5]. Медицина дисциплинирует (М.Фуко) здоровье и болезни, отодвинув традиционную заботу семьи, религии, знахарей-врачевателей. Выражаясь терминологией конструктора Дж.Беста, медицина приватизирует социальную проблему здоровья и болезни и становится ее собственником [6]. «Медицинская модель – это классическая модель медицинской деятельности, в рамках которой самоидентичность врачей (в качестве субъектов действия) и пациентов (в качестве объектов врачевания) достаточно полно раскрывается в свете монодисциплинарного медицинского знания. В основе влиятельности медицинской модели лежит фундаментальное для современной культуры пред-понимание... которое наделяет врачебное сословие особого рода полномочиями по защите от болезней и оказанию помощи страдающим людям» [7]. Медицинское знание концентрируется на факторах внешней среды, внешних причинах болезни, что соответствует биомедицинской модели болезни, основанной на теории возбудителя (инфекция, бактерия), эпидемиологической теории (битва агента и окружения) и ряде др.

Биомедицинская трактовка определяет здоровье механистически, физикалистски – через отсутствие патологии, опираясь на три аксиомы: 1) болезнь – это поломка тела и отклонение от нормы, которые необходимо исправить; 2) болеет тело, а не разум, поэтому пациент рассматривается не как целостная личность, а как больное тело, которое надо лечить, пациент не ведает, что происходит с его телом; 3) единственные специалисты в области здоровья и болезни – это медики. Специфика биомедицины по Гидденсу – в использовании двух методов лечения: медикаментозного и хирургического (зачастую излишнего, согласно П.Лоуренсу), в рассмотрении тела как механизма, консервации асимметричной модели взаимоотношения врача и пациента [8].

Подход с медицинским уклоном называют биомедицинским, нормо-, патоцентристским или эволюционно-биологическим. Примерно за два века биомедицинская система стала доминирующей. Авторитету медицины, вере в ее безграничные возможности способствовала успешная и низкзатратная борьба с острыми инфекционными заболеваниями (изобретение вакцин и антибиотиков), позволившая значительно увеличить продолжительности жизни трудоспособного населения. Этот процесс сопровождался становлением науки в целом как главной характеристики общества современности, а также институциональным оформлением здравоохранения. Государство в этот период берет на себя ответственность за улучшение условий жизни индивидов и ставит под контроль широкий спектр вопросов, влияющих на здоровье (канализация, дороги, процедура деторождения, похороны, производство скота и т.п.).

«Эйфория от достижений медицины в XIX – первой половине XX в. способствовала во многом необоснованному перераспределению средств в пользу высоких технологий в ущерб “нетехнологичным” и “примитивным”, с точки зрения профессионалов, профилактическим мероприятиям»; последние же, по мнению Л.А.Дартау, являются сегодня единственным действенным средством при решении проблемы хронических неинфекционных заболеваний [9].

С социально-критических позиций можно анализировать системы наук, предметный фокус которых интересовал нас с точки зрения классического подхода к исследованию здоровья (эпидемиология, гигиена, социальная медицина, психология, демография, биология, психология, педагогика, экономика, социология медицины). Данный анализ позволяет нам выразить критику в адрес социологии медицины. Социология медицины и смежные с ней отрасли концентрируют внимание на институциональном уровне охраны здоровья и отталкиваются от биомедицинской модели, что сказывается в акценте на внешних факторах в развитии заболеваний, в постановке целей, задач, языке науки (который является более медицинским, нежели социологическим). Например, социология медицины оперирует категорией «заболевание», а не «болезнь», «население»/«популяция», а не общество, «пациент», а не «человек» (в отличие, например, от антипозитивистской

антропологии здоровья и болезни). Социология медицины в большей степени отражает интересы медицины и даже определяется А.М.Анохиным как отрасль здравоохранения [10]. Пресс биомедицинской модели выхолащивает социологическое из социологии медицины, в ее лоне не находится места собственно социологическим объяснениям болезни и картин мира больного. По справедливому замечанию Е.В.Дмитриевой, «социология медицины в своем анализе проблемы ограничена сферой интересов медицины и выполняет социальный заказ здравоохранения, в котором доминируют методы медицинской статистики и социальной гигиены, а язык науки и методы интерпретации материала, как правило, рассчитаны на врачей» [11]. На недостаток социолого-медицинского подхода указывает и апологет отечественной социологии медицины А.В.Решетников, говоря о проблеме коренных изменений стереотипов и представлений о болезни, которые уже не укладываются в прежние теоретические концепции. По мнению Л.В.Карцевой и С.С.Кашуркиной социальная проблема здоровья исследуется именно социологической наукой, а не медициной, делающей объектом внимания его отсутствие [12]. Специалисты в области социологии здоровья (в частности, Е.В.Дмитриева) замечают, что исторически социология здоровья на раннем этапе, идя в одном русле с социологией медицины, определяла здоровье через заболеваемость и смертность. Показательно, что в главе «Становление социологии здоровья» коллективной монографии о социологии в России, подготовленной и изданной в Институте социологии РАН, дается объективистская трактовка специфики социологического изучения здоровья. Здесь оно выступает «комплексным социально-гигиеническим и экономическим показателем, который интегрирует демографические и социальные процессы, свойственные человеческому обществу, отражает уровень его экономического и культурного развития, состояния медицинской помощи...» [13]. Приведем другой пример медиализации научного дискурса социальной проблемы здоровья: из 123 докладов на Всероссийской конференции «Здоровье человека в XXI веке» вопросам организации здравоохранения была посвящена 1 статья, проблемам питания – 5, исследованиям социальных аспектов – 3, а медицинским вопросам – 114 публикаций [14]. Итак, в целом классическая, объективистская модель социологического прочтения здоровья находит свое воплощение в традиционных отраслях социологии, где здоровье и болезни исследуются с позитивистских позиций: медицина и здравоохранение рассматриваются как социальные институты, выполняющие определенные функции (социология медицины), анализируется социальная обусловленность некоторых болезней, их протекания и лечения (медицинская социология), обеспечивается социологическая методическая «подковка» медицинских кадров (социология в медицине). Такие социологии находятся на службе у медицины и дисциплинарной власти (М.Фуко) общества модерна для предупреждения

эпидемий, легитимации мягких (по сравнению с домодерным периодом развития общества) технологий нормализации и контроля посредством дисциплины, карантина, карцера и т.п. С точки зрения классического взгляда социологии на медицину последнее определяется как естественная наука, которая производит объективное знание, базирующееся на выявлении закономерностей функционирования человеческого организма. Такое знание призвано выявлять патологии, средства лечения, методы профилактики заболеваний и поддержания здоровья человека. Болезнь в рамках позитивизма есть своеобразная дисфункция, мешающая индивиду выполнять социальные роли и осуществлять социальное взаимодействие в обществе. Ее устранением должен заниматься социальный институт здравоохранения. Именно в нем медицина получает институциональное оформление. Здравоохранение сегодня представляет собой сложную, многоуровневую систему, включающую амбулаторное, специальное обслуживание, больничные отделения, а также (с разной долей присутствия) государственные, муниципальные, частные учреждения, страховые компании. Выражая неудовлетворенность медикизацией социологии, Э.Гидденс указывает: «...здесь игнорируется важная роль, которое играют влияние общества и окружающей среды на характер здоровья и болезни» [8]. Отечественные ученые, в частности Л.В.Фесенкова, А.Т.Шаталов также отмечают, что «проблема здоровья выходит за рамки собственно медицинского подхода и захватывает социокультурную проблематику и что только системный подход к здоровью человека соответствует требованиям современного менталитета» [15]. Ю.М.Резник пишет, что позитивистский подход «с его удручающей логикой цифр и фактов имеет известные ограничения: игнорирование целостности природы человека; рассмотрение объекта в изоляции от субъекта познания; преобладание "объясняющей" модели познания; преимущественное использование количественных методов исследования и др.» [16]. Согласимся с мнением Е.В.Дмитриевой о том, что «термин "социология медицины"... ограничивает проблемное поле рамками медицины, в лучшем случае – здравоохранением. Индивид, его здоровье, представления, национальные и культурные традиции отношения к здоровью, образу жизни, социальному окружению упоминаются, но не являются фокусом исследований. Поэтому ... использование терминов "социология медицины" и "социология здоровья" как равнозначных не только вносит некорректности в изучаемый предмет, но и сужает его» [11]. Еще один аргумент не в пользу социологии медицины – трактовка ВОЗ по своей сущности не содержит медицинских категорий и не определяет здоровье через биологические функции организма. Социология здоровья является неклассическим направлением в социологии. Она как форма его немедицизированных исследований обнаруживает себя в конце 80-х гг. XX в.: социология здоровья заявляет, что нельзя рассматривать здоровье в

медицинских трактовках, пациента – как пассивного индивида, здоровье сводить к патологии, отклонениям в органах тела, а потребность в здоровье приравнять к освобождению от болезни. Развитие социологии здоровья как нового, неклассического подхода к здоровью в социологии было сопряжено с развитием идей в философии, антропологии, социологии инвалидности, социологии тела и направлений символического интеракционизма, постмодернизма. Социология здоровья отказывается от биомедицинской модели. Последняя критикуется за оправдание жертв ради науки. Процесс медицинского лечения рассматривается с позиции пациента, замечается, что «история медицины XX в. насыщена примерами недобровольного использования пациентов и здоровых лиц... в биомедицинских экспериментах и клинических испытаниях» [7]. Новая гуманистическая модель, на которую опирается социология здоровья, настаивает на факте социальной обусловленности болезни, важности для лечения опыта болезни, немедицинского взгляда пациента, целостного подхода к болезни без отождествления больного тела с личностью. Признается, что альтернативная медицина имеет определенную ценность, лечение не обязательно должно предполагать лечение в больнице с использованием медикаментозных и хирургических процедур. В новых условиях, по замечанию П.Д.Тищенко, конструкты биомедицинской, социальной, экзистенциональной модели здоровья и болезни становятся подвижны, не имеют метафизической устойчивости, происходит когнитивный сдвиг. Индивид идентифицирует себя, через коммуникации воспринимает образ здоровья и выбирает те или иные практики, предпринимая действия по заботе о нем в подвижном контексте рыночной и государственной медицины, в широком спектре альтернативных медицинских практик. Разнообразные модели «формируют своеобразную сеть... самоидентификаций. Поэтому событие врачевания в современную эпоху не может быть сведено к классическому представлению о врачующем действии, предполагающему точечную самоидентичность активного и знающего врача (субъекта) и объективированную в механизме тела самоидентичность страдающего пациента. Скорее, оно предстает как уникальная для каждого случая серия метаморфоз самоидентичностей страдающего и оказывающего помощь, их совместный дрейф в сети возможных самоидентификаций, которая наброшена эпохой как общее для них пространство жизненного мира» [7]. Н.Фэркло отмечает, что медицина становится интердискурсивной, что проявляется в восприятии и использовании практик, которые до недавнего времени считались ненаучными, донаучными. Решетников указывает, что система ценностей и правил медицины поправа, их нарушение уже не считается девиацией [10]. Ю.М.Резник настаивает на гуманитарном изучении здоровья, что означает «выявление смыслового содержания и символических форм обобщения, используемых людьми... в процессах дискурса и практического взаимодействия в сферах здоровья» [16].

Критическое осмысление роли медицины позволяет некоторым теоретикам заключить, что монополия медицины осталась в прошлом. В условиях позднего (Другого) модерна индивид становится гиперлиберальным, гибким, дискретным и сам выбирает систему координат-ценностей, отказываясь от жестких стандартов. Государство в большей или меньшей степени снимает с себя ответственность (надзорно-нормализующие властные функции) за здоровье индивида. Теперь пациент должен соучаствовать в процессе выбора методов лечения. Государство возлагает ответственность на человека, который должен сам беспокоиться о собственном здоровье, о профилактике своих заболеваний, о качестве потребляемых продуктов. Таким образом, здоровье во многом становится фактом личного выбора. В идеологические рамки данной позиции хорошо укладывается концепция самосохранительного поведения. Новая модель указывает, что биомедицина не способна решать проблемы в условиях новой парадигмы болезней – хронических, неэкзогенных. По мнению Э.Гидденса, новые психологические (прежде всего стресс, депрессия) и соматические (рак, артрит и др.) болезни промышленных стран приносят не меньше, а может быть, и больше страданий человеку, чем старые болезни в предшествующие эпохи и требуют особого подхода. Практически все исследователи сходятся во мнении об изменении структуры заболеваемости западной цивилизации, что проявляется в росте болезней онкологических, сердечно-сосудистых, внешних (травмы, отравления). Это обстоятельство вызвало к жизни развитие теории факторов риска. Если позитивистски ориентированный социолого-медицинский подход продолжает трактовать хроническое заболевание как временное состояние неспособности организма нормально функционировать, которое обусловлено несовершенством разума и науки, то неклассический подход социологии здоровья способен уловить, что патология уже не временное препятствие, а долгие страдания тела от хронических заболеваний. В таких условиях, по мнению Тищенко, логика войны должна смениться логикой мирного сосуществования с болезнью, от успешности «переговоров» с которой, настроя и активности пациента зависит выздоровление, что перемещает акцент на пациента: медик не в состоянии изменить образ жизни пациента, он может лишь дать рекомендации по нормализации состояния. Однако оговоримся, что радикальная форма новой модели имеет, на наш взгляд, ряд недостатков, в силу чего не принимается нами полностью. Во-первых, точка зрения постмодернистов и неолибералов спорна в вопросе, становится ли индивид более свободным в условиях ухода государства из системы здравоохранения в свете развития бизнеса и неизбежного навязывания болезней для продвижения медицинских товаров и услуг (в форме избыточной диагностики, преувеличения значимости патологии, убеждения в необходимости лечения какого-либо естественного состояния, например синдрома беспокойных ног и т.п.) Во-вторых, постмодернистская позиция, несмотря на критику идеологии модерна и

метанарративов (науки, прогресса, медицины), сама оперирует идеологемами. Ярким примером тому статистический конструкт, тиражируемый СМИ и многими учеными о том, что здоровье человека на 50% зависит от образа жизни, на 20% от экологии и наследственности, 10% – от медицины. Баланс ответственности, заключенный в данных процентах, несет весьма четкое коннотативное значение: человек преимущественно сам виноват в своих болезнях, он должен сам себя сохранять. В-третьих, идея, заложенная в постмодернизме о множественности истин, дискурсов, дискретных реальностей, содержит, с одной стороны, латентную реакционную составляющую, которая выражается в росте индивидуализации, обособления, клановости и даже фашизма, с другой – снимает вопрос о манипуляторах и ответственности государства, экономических структур в сфере охраны здоровья. Таким образом, постмодернистский взгляд на здоровье идеологичен, так же как и на другие сферы общества [17], он легитимирует невмешательство государства в сферу здоровья, которое превращается в поле по рентабельному производству рисков. В структуре индустрии здоровья отчетливо виден рост таких сегментов рынка, как медицинские услуги и фармацевтика: количество аптек и частных клиник за последние годы многократно возросло. Однако данный рост не влечет за собой повышения культуры здоровья населения, социологи, напротив, констатируют ее снижение, указывают на ухудшение показателей и негативные тенденции в области качества здоровья. Итак, классический взгляд социологии на медицину определяет ее как естественную науку, которая производит объективное знание, базирующееся на выявлении закономерностей функционирования человеческого организма. Такое знание призвано выявлять патологии, средства лечения, методы профилактики заболеваний и поддержания здоровья человека. В позиции объективистской школы социологии медицины присутствует сциентистская уверенность в возможности устранения всех болезней. Классический для социологии подход сосредоточивает внимание на обусловленности общественного здоровья факторами социально-экономического, образовательного, экологического порядка. Болезнь есть своеобразная дисфункция, мешающая индивиду выполнять социальные роли и осуществлять социальное взаимодействие в обществе. Ее устранением должен заниматься социальный институт здравоохранения. Неклассическое направление в форме социологии здоровья в меньшей степени выражает интересы медицины и наиболее близко подходит к здоровью и болезни как к феномену, имеющему социальную обусловленность. Социология здоровья призвана исследовать модели, стратегии поведения, коммуникации индивида в сфере здоровья. Здесь медицина рассматривается как субполе социального пространства, имеющее внутреннюю логику, а здоровье и болезни – как элементы явлений социокультурного порядка, вкрапленные в гендерные, религиозные, политические, экономические, масс-медийные (а не только

медицинские) представления, отношения, дискурсы, как «состояния, оцениваемые и реально закрепляемые в культурах и социальных структурах различных обществ. То, что люди вкладывают в слова “невыносимые условия”, “непереносимая боль”, “безграничное удовольствие” и т.д., является не столько индивидуальным, сколько санкционированным коллективным одобрением или порицанием, т.е. социально-духовными характеристиками» [18]. Эта сторона социологического изучения здоровья и болезни предметно не схватывается социологией медицины. В связи с этим очевидно, что более адекватной методологической рамкой изучения социального конструирования болезни и здоровья средствами массовой коммуникации является не социология медицины, а социология болезни и здоровья. Вместе с тем, мы должны учитывать факт возрастающей роли в формировании представлений о здоровье СМК, повышения потребления продуктов о здоровье медиа-индустрии. Массовые коммуникации по поводу здоровья остаются белым пятном в теории и практике социологии здоровья: механизмы медиатизации, формирования масс-медийной картины здоровья и болезней не изучены, если не считать несколько единичных исследований, для которых конструирование здоровья и болезни СМК не являлось объектом специального анализа, а затрагивалось вскользь. В связи с этим, перспектива исследования СМК в контексте здоровья является актуальной и перспективной.