

НОВАЦИИ В СОЦИОЛОГИИ МЕДИЦИНЫ И ЗДОРОВЬЯ. Заметки участника VIII конференции
ЕСА

Автор: И. С. КОЛЕСНИКОВА

КОЛЕСНИКОВА Ирина Сергеевна - аспирант кафедры социологии Московского государственного института международных отношений (Университета) МИД РФ.

На VIII конференции Европейской социологической ассоциации (Глазго, 2007) по-новому поставлен ряд вопросов социологии медицины. Исследовательская сетевая сессия "Социология здоровья и болезней: здоровье и болезни в европейских гражданских обществах" была одной из самых больших, что свидетельствует о растущем интересе ученых к *социокультурным* проблемам здоровья людей.

Отмечу три направления выступлений, привлечших внимание участников сессии. **Первое** - *социокультурные факторы, которые требуют иного взгляда на здоровье и болезни европейцев и, соответственно, выработки рефлексивного* теоретико-методологического инструментария.

Практика показывает, что динамика роста/уменьшения многих болезней обусловлена ускоряющимся формированием нового социума, культурными разрывами, переходом к новым типам рациональности. Главная причина тому - воздействие такого проявления глобализации как *медиализация* (процесс распространения влияния медицины на все новые сферы общественной жизни, ранее не связывавшиеся со здоровьем человека) на локальные культуры. Так П. Херрера (Испания) отмечает: "Медиализация является динамичным процессом, благодаря которому некоторые аспекты жизни, традиционно не считавшиеся медицинскими, ныне рассматриваются в терминах болезни или расстройств, обретают статус патологии представления и практики, которые ранее не относились к таковым". Это касается прежде всего еды: имеет место рационализация диеты, утверждаются диетологические дискурсы, по существу, навязывающие принудительный выбор продуктов питания. Рационализация диеты предполагает, что люди, чтобы не казаться маргиналами, должны знать о витаминах, протеинах, "плохом" или "хорошем" холестерине. В итоге, считает социолог, рационализация диеты ведет к "растущему чувству того, что мы называем "рациональным невежеством"* (р. 232), которое ставит под вопрос традиционную кухню, характерную для локального социума.

Медиализация способствует появлению культурно обусловленных патологических синдромов. Так, Т. Валкендорфф (Финляндия) обратила внимание на развитие "экстремальных форм озабоченности здоровьем". Чрезмерная рационализация пита-

* Conflict, Citizenship and Civil Society. The 8 Conference of the European Sociological Association. Abstracts book. Glasgow, 2007 (здесь и далее ссылки на этот сборник).

ния и ухода за телом, радикальные попытки преодоления "различных нездоровых жизненных стилей западной культуры" приводят к тому, что у людей могут вызывать специфический "гигиенический стресс" (health stress), патологические проявления "запредельного целительства" (overhealthiness), что способствует возникновению реальных болезней (р. 228).

Ускорение социокультурной динамики приводит к смене прежних и утверждению новых ценностных ориентации. Этот процесс, считают Д. Скултети и Б. Пико (оба из Венгрии), вызывает новые психосоциальные проблемы, особенно у подростков, что проявляется в увеличении беспокойства, психических симптомов, распространении медицинских и наркотических препаратов. Исследование молодых людей (N=1114; возраст 14 - 21 год) позволило сделать вывод о том, что приверженность "внешним и материальным ориентациям увеличивает число психосоматических симптомов, а также способствует распространению вредных привычек" (р. 229).

Второе направление - исследование разрывов как в методах лечения, так и в оценках здоровья. Одно из последствий глобализации - доступ людей к *разным* интерпретациям здоровья/нездоровья человека и, соответственно, его лечения. И. К. Педерсен (Дания) отметил распространение "рефлексивности и альтернативности к целению тела": люди стали прибегать к *холистической* медицине - лечению не конкретной болезни по принципу причинно-следственных связей, а исцелению пациента в целом. Распространение получают и *натуралистические подходы*, "предполагающие, что тело в себе содержит ресурсы лечения и выздоровления от болезней, которые активируются посредством терапии" и которые утверждают ценностно ориентированные образы жизни. Рефлексивность относительно тела и альтернативность лечения затрагивают глубинные основы жизнедеятельности: "хотя альтернативная медицина может на практике быть индивидуально ориентированной, она касается социальных проблем повседневной жизни и, в частности, включает аспекты инструментальности, морали, точно так же как и ценностных рациональностей" (р. 231), А. Е. Сало (Россия) затронула проблему профессионального статуса врачей альтернативной медицины. По ее мнению, "со стороны потребителей наблюдается растущий интерес к традиционной практике", а "официальные врачи относятся к традиционным специалистам толерантно и даже имеют установку на сотрудничество" (р. 236).

В дискуссии об эффекте лечебных препаратов, различении между легальными и нелегальными медикаментами обращалось внимание на то, например, что гимнастические и фитнес-центры в европейских странах все шире применяют лекарства для ускоренного эффекта бодибилдинга, предоставляя "ограниченную информацию молодым потребителям" (р. 231, 232). В результате возникают новые культурно созданные риски. По мнению М. Йарвинен (Дания), В. Агулло-Калатайуд (Испания) и других социологов, возникает проблема нахождения оптимального соотношения между лечебными целями, достигаемыми лекарствами, и сведением к минимуму их вредных побочных последствий. Латентные последствия употребления ряда лекарств имеют отложенный негативный эффект для здоровья пациентов и, вероятно, могут даже сказаться на последующих поколениях.

Ныне во взаимоотношения врач - пациент, говорилось на сессии, все чаще подключаются посредники в виде страховых компаний, государственных контрольных инстанций. Парадокс заключается в том, что, не имея прямого отношения к медицине, они активно вмешиваются в лечебный процесс. В частности, это проявляется в том, что страховые компании стоят на страже "оптимизации" затрат на лечение, стремятся "избежать дорогостоящего дублирования диагностики" и консультаций специалистов, необходимых с медицинской точки зрения, а также "оптимизировать" сотрудничество людей и институтов внутри здравоохранения (К. Йедишка, Германия). Однако такая "оптимизация" затрат на лечение подчас оборачивается тем, отметила И. Журавлева, что здоровые люди "не получают должного внимания от здравоохранения, пока они не заболеют" (р. 228). В России, отмечают В. Мансуров и О. Юрченко, государство всегда играло значимую роль в здравоохранении. Вместе с тем, в этой роли есть последствия, ведущие к специфическим функциональным парадоксам. Так, с одной стороны, новый национальный проект "Здоровье" способствовал росту доходов медицинских работников, что, несомненно, работает на повышение качества предоставляемых услуг. С другой, - "российские доктора не получили право определять свое вознаграждение и проявлять большую свободу действий на рабочем месте" (р. 235), что в итоге может привести к определенным дисфункциям во взаимоотношениях врач - пациент. Замечу, что это не только российская проблема. Сложным взаимоотношениям бюрократии с практикую

щими медицинскими работниками, которые так или иначе сказываются на характере лечения и его качестве, были посвящены выступления И. Саинсаули (Франция), У. Тоузийна (Италия), Р. Бойсе (Австралия), А. Борвика (Великобритания) и др.

Важные парадоксы подметил С. Кравченко. По его мнению, процесс играизации все более распространяется на сферы здоровья и медицины. "Играизация амбивалентна по функциональным последствиям. Несомненно, внедрение компонентов игры в лечебные практики профессионалов помогает больным легче переносить неизбежные неприятные процедуры. Вместе с тем, играизация подталкивает людей к бездумному переходу от одной ... медицины к другой, взятой из другой культуры" (р. 230). Использование новейших методов лечения, отметил он, подчас весьма сложных, парадоксальным образом уживается с тем, что доктор-шоумен как новый социальный тип пришел в наше общество.

Третье направление - проблемы здоровья через призму социального неравенства. Речь идет не только о людях с разным социальным положением и материальным достатком, но и о доступе к медицинским услугам лиц, имеющих разный статус гражданства, представителей национальных меньшинств, женщин, стариков, людей, живущих в загрязненной окружающей среде, и т.д. Как правило, неравенства анализируются одновременно по ряду переменных.

Общая картина - Европа представляет собой континент с традиционными и недавно возникшими социально-культурными неравенствами в отношении здоровья. Вот некоторые примеры, которые можно условно отнести к "старым" (разумеется, их причины имеют не только исторические корни, но и обусловлены современными реалиями). Об этом говорили итальянские социологи. Так, выступление Ф. Файеллы посвящено тому, что "группы этнических меньшинств страдают от неравенств в доступе или получении должной медицинской помощи в сравнении с коренными жителями" (р. 237). М. Эспозито охарактеризовал итальянскую пенитенциарную службу здоровья как службу, "в которой потребности заключенных часто не удовлетворяются" (р. 242).

Вместе с тем, под влиянием глобализации многие прежние концепции равенства/неравенства в отношении здоровья необходимо пересмотреть. М. Матиас (Португалия) провела исследование инвайронментального здоровья в своей стране и Бразилии. Ее общий вывод - необходимо осуществить "реконцептуализацию отношений между здоровьем и окружающей средой" (р. 240). В самом деле, плохая экология губительна и для бедных, и для богатых. Конечно, за деньги можно воспользоваться дополнительными мерами охраны здоровья, но это не может изменить ситуацию в принципе. Она ратует за широкое развитие гражданских движений, направленных на решение проблем инвайронментального здоровья - благополучия человека и природы.

Мы привыкли к утверждениям, согласно которым бедность и болезни находятся по одну сторону, а богатство и здоровье - по другую. Ряд социологов поставил эту "истину" под вопрос. Так, М. Л. Рей (Испания) проанализировал изменения и прогнозы, касающиеся заболевания диабетом. "Диабет описан как болезнь богатства: он практически отсутствует в бедных странах, число случаев заболеваний им высоко в развитом мире и оно драматически увеличивается в развивающихся странах... В настоящий момент в мире насчитывается порядка 150 млн. людей, страдающих этой болезнью, и по оценочным данным их численность удвоится в ближайшие два десятилетия" (р. 229).

Аналогичную тенденцию, но уже проявляющуюся в болезнях женщин, препятствующих материнству, отметила Е. Хресанфова (Чехия). Ее исследования свидетельствуют о том, что более образованные женщины, проживающие в больших городах и имеющие высокий культурный уровень, сталкиваются с большими медицинскими сложностями в желаниях родить ребенка, чем представительницы рабочего класса... Это опровергает утверждение, что "лучший статус означает и более хорошее здоровье" (р. 229).

Ускоряющаяся динамика новых социальных и культурных реалий прямо влияет на неравномерность распространения болезней в Европе. Возникает беспрецедентный рост ряда болезней в тех регионах, где они ранее не вызывали тревогу ни у медиков, ни в общественном сознании. Так, в Финляндии, отмечает К. Й. Ваинионпа, растет численность больных остеопорозом (болезнь проявляется в хрупкости костей, что увеличивает риск их переломов и трещин). За последние десятилетия в стране более чем в три раза увеличилось использование медицинских препаратов, чтобы предотвратить эту болезнь. Однако, несмотря на принятые меры, остеопороз стал "национальным заболеванием" (р. 228).

В заключение отмечу отрадный, на мой взгляд, факт - российские ученые не потерялись в научном дискурсе (8% докладов по рассматриваемой тематике сделаны ими).