

УДК 316:61

В. Б. Литвиненко

ст. преподаватель кафедры социологии

Одесского национального университета им. И. И. Мечникова.

к. 40, д. 24/26, Французский бульвар, г. Одесса, 65058, Украина

Тел. (80482) 54-36-20, 80965525595, e-mail: gapurenko@ukr.net

ОППОЗИЦИЯ ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ В СОЦИОЛОГИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ ПРОБЛЕМ ЗДОРОВЬЯ, БОЛЕЗНИ И МЕДИЦИНЫ

В статье кратко представлена сущность и ключевые позиции различных теоретико-методологических подходов в социологическом анализе проблем здоровья, болезни и медицины и предпринята попытка рассмотрения влияния различных социологических разработок на функционирование института медицины в целом и на ее роль в формировании стратегий взаимодействия в отношениях “врач-пациент”.

Ключевые слова: социология медицины, социология в медицине, структурно-ориентированный подход, парадигма действия (участия).

На современном этапе развития украинского общества в условиях затянувшейся трансформации социально-экономических отношений проблемы сохранения здоровья нации, как духовного, так и физического, становятся все более актуальными. Беспокойство различных специалистов вызывают неблагоприятные тенденции состояния здоровья всех возрастных групп населения Украины. Это лишний раз подтверждает, что существующая система здравоохранения и подход к здоровью требуют реорганизации и переосмысления на всех уровнях. Многие специалисты, как в области медицины, так вне ее склонны все проблемы сводить к отсутствию или недостатку финансирования, к низкому уровню благосостояния нации. Однако, как отмечает профессор Г. Л. Апанасенко, председатель проблемной комиссии Министерства здравоохранения и АМН Украины “Валеология и саналогия”, спекулировать на вопросах благосостояния можно только в среде непрофессионалов. На самом же деле, по-видимому, существует некий нематериальный фактор, выступающий как фактор риска увеличения роста заболеваний и смертности. Можно утверждать, что таким фактором есть степень или уровень духовности общества. Такой подход к объяснению проблем здоровья населения стал возможным только при рассмотрении человека как целостной системы с тремя уровнями иерархической организации — духовным, психическим, соматическим (телесным) [1]. Вместе с тем, в современной медицинской практике продолжает доминировать патерналистская модель взаимоотношений “врач-пациент”, где последнему отводится роль пассивного участника лечебного процесса. Современная медицина также отличается патоцентрическим подходом, т. е. концентрацией своего внимания на отклонениях и болезнях. В результате

такого подхода больных становится все больше, одновременно теряется из виду, что больные сегодня — это здоровые вчера.

В этой связи мы предприняли попытку рассмотрения влияния различных социологических разработок на функционирование института медицины в целом и на ее роль в формировании стратегий взаимодействия в отношениях “врач-пациент”. На наш взгляд, в современной научной литературе этому уделяется недостаточное внимание, а вместе с тем, социологическая наука, выполняя в том числе и идеологическую функцию, не только анализирует сложившиеся взаимосвязи, но и разрабатывая определенные теории и закрепляя их позиции, непосредственно формирует эти взаимосвязи.

Анализ социологической литературы, словарных и энциклопедийных источников указывает на некоторую неопределенность и несогласованность в определении той отрасли социологии, интерес которой лежит в поле изучения проблем, связанных со здоровьем. Структуру медицинской социологии в настоящее время делят на множество направлений, таких как: социология лечебных профессий; социология болезни и поведения больного; социология институтов медицины и организации здравоохранения; изучение социальных факторов этиологии болезни; изучение социальных факторов рождаемости и смертности; анализ социальных факторов, влияющих на потребность в медицинском оборудовании и характер его использования; социология взаимодействия врача и пациента; изучение социальных последствий развития различных систем здравоохранения (таких как частная или государственная); сравнительное исследование образцов болезни и служб здравоохранения в разных странах [2].

Вместе с тем, исторически сложилось и существует до настоящего времени классическое различие между *социологией в медицине* (sociology in medicine) и *социологией медицины* (sociology of medicine)¹, которые представляют собой два далеких друг от друга направления. В первом случае при исследовании конкретных проблем доминирующими являются ценности профессиональной медицинской практики, которые и определяют характер аналитических процедур. Во втором, — отмечается критическая позиция в отношении медицины, и внимание сосредоточивается на рассмотрении проблем власти между медициной и обществом, между врачами и пациентами [3]. Таким образом, следует отметить, что выбор той или иной позиции социологом обуславливает не только характер теоретических построений и методических процедур, но и характер и содержание практических рекомендаций, которые вырабатываются в процессе социологических исследований по проблемам здоровья и медицины.

Анализ социологической литературы выявляет также противостояние различных теорий в области исследования здоровья и болезни и на других основаниях. Каждая из этих теорий в целом стремится либо

¹ Впрочем, этому термину часто предпочитается термин “социология здоровья и болезни” в силу того, что последний отражает теоретические интересы социологии, а не профессиональные интересы медицины. — Аберкромби Н., Хилл С., Тернер Б. Социологический словарь. — М., 1999. — С. 307.

к *структурноориентированному подходу*, либо к *парадигме действия (участия)*. Болезнь и медицина становятся объектом социологического исследования, как только приходит осознание того, что обращение к врачу становится для всех необходимой и постоянной практикой, и что здоровье представляет собой главную социальную ценность. Как специализированная отрасль социология здоровья и болезни сложилась в 1950-е гг. в США, а предпосылки развития данной отрасли знания в категориях *структурно-функционального анализа* были сформулированы еще Э. Дюркгеймом: рассматривая механизмы и структуры, обеспечивающие устойчивость социальной системы, он выдвигает тезис о том, что для обществ и индивидов здоровье хорошо и желательно, болезнь же плоха, и ее следует избегать [4]. Продолжая развитие данных позиций, Т. Парсонс ориентируется на доказательство того, что здоровье необходимо для функционирования всякого общества и что слишком высокий уровень заболеваний представляет собой серьезную опасность для общества. Он определяет болезнь в том числе и как социальное отклонение, так как больной избегает задач, ролей и ограничений, которые ежедневно возлагаются на здоровых. В индустриальном обществе, как пишет Парсонс, медицина является учреждением, которое не только лечит больных в физическом смысле, но и реинтегрирует их социально, легитимно определяя, кто болен, кто имеет право считаться таковым и что есть здоровье и болезнь. Поведение больного и поведение врача соответствует *“институционализированным социальным ролям”*, в которых выражаются принятые в обществе нормативные установки. *“Роль больного”*, по Парсонсу, определяется освобождением от обычных обязанностей: когда человек болен, он не может ни работать, ни заботиться о семье, как не может и излечиться по собственному желанию (хотя должен стремиться к выздоровлению и должен воспринимать свою болезнь как явление нежелательное). В основе *“роли врача”* лежит его техническая компетенция, определяющего его как специалиста в области здоровья и болезни. Общество защищает себя, налагая на пациента ряд обязанностей: строгое следование предписанию врача, ограничение в еде (диеты), жизнедеятельности (режимы). В целом эти меры должны способствовать скорейшему выздоровлению пациента и стремлению избавиться от *“роли больного”* [5]. При учете значимости разработок Парсонса, нельзя не отметить критику модели *“роли больного”* Парсонса, поскольку эта модель сама по себе представляет *легитимацию власти врача над пациентом*. Кроме того, она не передает *феноменологичности опыта болезни*. Следовательно, на наш взгляд, разработки Парсонса могут выступать и как идеологическая, и как теоретическая основа для подкрепления силы патерналистской модели взаимодействия *“врач-пациент”* и утверждение пассивных позиций пациента как объекта медицинского вмешательства.

В противовес концепции Парсонса разрабатывается *парадигма действия (участия)* в исследовании проблем здоровья и социологическая критика *медицинской модели*. Предпосылки данной критики заложены собственно еще М. Фуко: с позиций концепта *“власти-знания”* он рассматривает фено-

мен медицины и полагает, что современная власть реализуется неразрывно со знанием. Фуко приходит к выводу, что власть не существует отдельно от знания, а проявляется в едином своеобразном комплексе “власти-знания” [6]. По мнению Фуко, такое понятие как “болезнь” является подлинно культурным феноменом, продуктом производства знания, в том числе медицинского. Своеобразная критика медицинской модели выражается и в народном фольклоре: “Где много врачей, там много недугов”, “Хорошая аптека убавит века” [7] и в современном народном юморе: “Не смотря на все усилия врачей больной выжил” и т. д. Суть же медицинской модели состоит в следующем: 1) все болезни вызваны этиологическими агентами (вирусами); 2) пациент — пассивный объект медицинского вмешательства; 3) восстановление здоровья требует медицинской технологии. Сложилась эта модель со времени инфекционной теории болезни в XIX веке и по сегодняшний день она является основной парадигмой медицины.

В *парадигму действия (участия)* в социологическом исследовании здоровья и болезни можно включить: феноменологическое направление, символический интеракционизм, представленные такими теориями, как теория стигматизации, теория наклеивания ярлыков, антипсихиатрическое направление и др. (Фуко, Лемерт, Беккер, Бисвангер, Гоффман, Лэнг, Иллич, Финзен). В рамках этой парадигмы разрабатываются следующие критические категорий, которые “пошатнули” легитимацию власти медицины над обществом и врача над пациентом:

– “*Ятрогенез*”. Слово “ятрогенез” происходит от слова “ятрогения” — неблагоприятное изменение состояния больного, обусловленное действиями врача, которые выступают в качестве негативного внушения. Иногда врачи своим поведением так или иначе наталкивают больного на мысль о тяжести его болезни, и больной, если он достаточно тревожен, начинает не только верить в эту болезнь, но даже испытывать некоторые её симптомы [8]. Понятие также рассматривает проблему угрозы человеческому здоровью при вмешательстве медицины. Эта угроза может возникать в результате множества событий: в случае необоснованного применения радикальных методов диагностики и лечения заболеваний, в результате ошибок при постановке диагноза, побочных негативных эффектов при применении лекарственных препаратов и т. п. [9];

– “*Стигма*” и “*стигматизация*”. В “Этимологическом словаре немецкого языка” (1995) значит: “*Стигма*. Приznak, клеймо позора, открытая рана... В начале XVII века Германия переняла обычай клеймить рабов и преступников, выжигая на их теле позорное клеймо — “выжженую рану”; так же, по определению средневековой латыни, называлась одна из пяти ран на теле Христа. Начиная со второй половины XIX века выражение стало употребляться в переносном смысле как “метка, позорное клеймо”, в медицине — как “приznak болезни” [10]”. Что может быть стигмой — зависит от конкретного общества, но стигма везде и всегда связана с дискриминацией человека. В отличие от слова *клеймение*, слово *стигматизация* может обозначает навешивание социальных ярлыков. В этом смысле стигматизация — ассоциация какого-либо качества (как правило, отрицатель-

ного) с конкретным человеком или группой людей, хотя эта связь отсутствует или не доказана;

– “Медикализация”¹: процесс закрепления медицинских ярлыков за теми явлениями или типами поведения, которые считаются социально или нравственно нежелательными. Этот термин обладает определенным подтекстом, заключающимся в том, что современная медицина якобы способна исцелять общество от всех проблем, стоит только признать их “болезнями” (включая вандализм, алкоголизм, гомосексуализм и т. д.). Медикализация определяется также как власть профессионалов (врачей, психиатров, сексологов и вообще “медиков”) над человеческим поведением и жизнью. Это явление возникает в технологически развитых обществах, где появляются (создаются, изобретаются) лека́ртсва, медицинские процедуры и т. д., и одновременно с этим происходит переопределение человеческой жизни в медицинских терминах. Различные жизненные этапы начинают рассматриваться как “болезнь”, которую надо “лечить”. В этой системе половое созревание, беременность, половая жизнь, менопауза, старость, смерть — все подлежит коррекции, на все есть “специалист”. Термин “медикализация” используется теми критиками современной медицины, которые утверждают, что сегодня врачи обладают слишком большим политическим влиянием в тех вопросах, в которых они не компетентны [11; 12].

Подводя итоги относительно разграничения *социологии в медицине* и *социологией медицины (социологией здоровья и болезни)* следует отметить:

– *социологию в медицине* критикуют за “обслуживающий” характер и легитимацию власти в отношениях медицины и общества, врачей и пациентов. Однако признается и тот факт, что работа “социологов в медицине” носит и просветительский характер, способствует формированию у врачей видения социальных аспектов заболевания;

– *социологию медицины (социологию здоровья и болезни)* же характеризуют следующие аспекты: 1) анализ понятий здоровья и болезни представляется крайне проблематичным и имеющим политическую подоплеку; 2) проявляется интерес к феноменологии здоровья и болезни и особое внимание к тому, как пациенты переносят свои страдания и в чем они выражаются; 3) отстаивается активная позиция пациента: к пациенту нельзя относиться просто как к организму, лечение может быть более эффективным, если рассматривать пациента как личность, обладающую определенными социальными и психологическими потребностями.

Говоря об оппозиции *структурноориентированного подхода* и *парадигме действия* в анализе феноменов здоровья и болезни хотелось бы сделать следующие выводы:

– для социологии как науки, так и прикладной дисциплины в целом эффективно и полезно было бы не столько противопоставление концепций, сколько разделение областей исследования. В основе этого лежит восприятие связи “врач-пациент” не как конфронтации, а как сотрудничества

¹ Термин, близкий по своей сути к понятию “стигматизация”, но затрагивающий отношения, связанные сугубо с медицинской проблематикой.

равноценных субъектов взаимодействия, заслуживающих одинакового внимания;

– социологическая наука не только анализирует сложившиеся взаимосвязи, но и, разрабатывая определенные теории и закрепляя их позиции, непосредственно формирует эти взаимосвязи. Следовательно, с одной стороны, социология должна занимать активную позицию в решении проблем обеспечения здоровья нации как на теоретико-методологическом, так и на консультационно-методическом уровнях, а с другой, проявляя эту активность, быть крайне осторожной, корректной и взвешенной в пропаганде своих теорий и выработке рекомендаций по решению проблем здоровья, болезни и медицины.

Список литературы:

1. Дикань О. Стратегия здоровья и ...танцы // Зеркало недели / Человек. — №35. — 2001.
2. Социология медицины // <http://www.ecsocman.edu.ru>
3. Шухатович В. Р. Социология медицины и здравоохранения // Социология: Энциклопедия. — Минск. — 2003. — С. 1035.
4. Дюркгейм Э. О разделении общественного труда. Метод социологии. — М. — 1991.
5. Нилов В. М. Социология здоровья / Учеб. пособие. — Петрозаводск. — 2002. — С. 76-80.
6. Фуко М. Надзирать и наказывать. — М., 1999.
7. Даль В. И. Пословицы русского народа. — 2006. — С. 198-201.
8. Ятрогенез // <http://www.gramota.ru/>
9. Шухатович В. Р. Социология медицины и здравоохранения // Социология: Энциклопедия. — Минск. — 2003. — С. 1035-1036.
10. Финзен А. Психоз и стигма. — М. — 2001. — С. 27.
11. Medicalization // Wikipedia. The Free Encyclopedia // <http://en.wikipedia.org>
12. Шухатович В. Р. Медикализация // Энциклопедия социологии // <http://slovari.yandex.ru/dict>

В. Б. Литвиненко,

Одеський національний університет ім. І. І. Мечникова
к. 40, буд. 24/26, Французький бульвар, м. Одеса, 65058, Україна

ОПОЗИЦІЯ ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИХ ПІДХОДІВ В СОЦІОЛОГІЧНОМУ АНАЛІЗІ ПРОБЛЕМ ЗДОРОВ'Я, ХВОРОБИ ТА МЕДИЦИНИ

У статті стисло представлена суть і ключові позиції різних теоретико-методологічних підходів в соціологічному аналізі проблем здоров'я, хвороби і медицини і зроблена спроба розгляду впливу різних соціологічних розробок на функціонування інституту медицини в цілому і на її роль у формуванні стратегій взаємодії у відносинах “лікар-пацієнт”.

Ключові слова: соціологія медицини, соціологія в медицині, структурно-орієнтований підхід, парадигма дії (участі).

V. B. Lytvynenko

Departments of sociology, Institute of Social Sciences,
Odessa National University named after I. Mechnikov
r. 40, Frantsuzsky boulevard, 24/26, Odessa, 65058, Ukraine

**OPPOSITION OF THEORY-METHODOLOGICAL APPROACHES
IS IN THE SOCIOLOGICAL ANALYSIS OF PROBLEMS OF HEALTH,
ILLNESS AND MEDICINE**

Summary

In the article essence and key positions of different theory-methodological approaches is briefly presented in the sociological analysis of problems of health, illnesses and medicines and the attempt of consideration of influence of different sociological developments is undertaken on functioning of institute of medicine on the whole and on its role in forming of strategies of co-operation in relations “doctor-patient”.

Keywords: sociology of medicine, sociology in medicine, structurally oriented approach, paradigm of action (participation).