

ТРЕНД СУЧАСНОСТІ: МЕДИКАЛІЗАЦІЯ КУЛЬТУРИ

Гуманітарний інститут Національного авіаційного університету

Стаття присвячена проблемі соціального конструювання образів норми та патології в сфері уявлень сучасного суспільства про здоров'я.

Вступ

Медицина в практичному та теоретичному знанні опосередкована соціальними відносинами. Новина про відкриття хвороби завжди є соціальною подією і відбувається у певному соціальному контексті. Однак у сучасній філософській літературі обговорення проблеми медикалізації культури як процесу розповсюдження впливу медицини на сфери суспільного життя, що раніше не зв'язувалися із здоров'ям людини [1], привертає все більшу увагу. Медикалізація є динамічним процесом, завдяки якому деякі аспекти життя, що традиційно не вважалися медичними, нині розглядаються в термінах здоров'я – хвороби, набувають статусу патології, хоча раніше до таких не відносилися.

Ступінь розробки проблеми

Одним з перших розвиток медицини крізь призму загальнокультурних процесів історичної епохи проаналізував М. Фуко. У роботі «Народження клініки: археологія погляду медика» він, показавши формування синдромальної медицини як частини культури традиційного суспільства, виявив витоки формування природничо-наукової медицини, яка, оформившись у вигляді єдності *знань і цінностей*, з повним правом зайняла місце філософії людини. Важливу роль у розумінні психологічних механізмів впливу різноманітних сфер культури на медицину відіграли роботи класиків психоаналізу Е. Фрома та К. Г. Юнга.

Інтерес до дослідження медикалізації як соціального явища представляють праці М. Ремера в сфері політики охорони здоров'я, у яких описується діяльність й особливості функціонування різних моделей охорони здоров'я з позицій політології. Цікавими є роботи американського соціолога медицини М. Філда, який розглядає охорону здоров'я як систему структур і ролей, що забезпечують надання медико-санітарної допомоги на національному рівні. Так чи інакше питання медикалізації порушують учені, які аналізують (і прогнозують) реформи в області медицини й охорони здоров'я. Зокрема, потрібно відмітити фундаментальні дослідження в області соціології медицини А.В. Решетнікова [4], В.І. Петрова (у співавторстві) «Нові технології, регулювання, стандартизація і фармакоекономіка в сфері обігу лікарських засобів» [3], у яких процеси медикалізації розглядаються як соціокультурний феномен.

Стаття присвячена виявленню інструментів медикалізації сучасної культури як світового тренду.

Медикалізація характеризується проникненням у масову свідомість ме-дичної мови і стилю мислення, медичних концепцій та уявлень про причини, форми протікання і лікування хвороб, зростанням залежності повсякденного життя й діяльності людей від медицини, закріпленням медичних «ярликів» за

деякими людськими властивостями або типами поведінки (інвалід, наркоман, алкоголік і так далі), які можуть сприяти виключенню стигматизованих осіб із процесу нормальної соціальної взаємодії.

Головну роль у медикалізації грає фармацевтична індустрія, яка отримує основну частину своїх доходів з даного процесу. Друга, за значимістю, роль належить масовій культурі. Поняття масової культури в гуманітарному знанні використовується для характеристики процесів сучасного культурного виробництва й споживання. Масова культура забезпечує соціалізацію мас в умовах мінливого середовища сучасних урбанізованих суспільств. Впроваджуючи елементарний набір стереотипів, вона також виконує функцію життєзабезпечення для найрізноманітніших соціальних груп. Третя головна сила в підтримці медикалізації – це ставлення пацієнтів, які вважають втручання лікаря необхідним.

Звернення до теми здоров'я – хвороба у світі масової культури набуває величезного розмаху. У сьогоденнішньому соціумі патологічними станами, що вимагають медичного втручання, є досить широкий спектр ситуацій і станів, які раніше не визнавалися відхиленням від норми, а розглядалися або як елементи природного, нормального життя людини, або взагалі залишалися за межами публічного обговорення: ірроманія, депресія, менопауза, жіноча й чоловіча сексуальні дисфункції, анорексія, апное (хропіння), дитяча гіперактивність, санорексія (хворобливе бажання мати засмаглу шкіру, відвідувати солярій), гіперсомнія (надмірна денна сонливість), синдром неспокійних ніг та інше.

Як можна кваліфікувати цю ситуацію з точки зору культурного значення? Для відповіді на це питання нам слід звернутися до теорії соціального конструювання. Під соціальним конструюванням ми розуміємо символічне наділення фактів фізичного світу сенсами, значеннями, цінностями залежно від соціального тексту й контексту, того, що могло бути сказаним, залишилося невисловленим, що могло бути наділено альтернативними значеннями, а також включаємо в нього особливості риторичної, лінгвістичної діяльності. Іншими словами, не можна сказати відносно хвороб, перерахованих нами вище, що вони є вигадкою лікарів і що їх не існує насправді, але можна стверджувати, що зміст медичних уявлень відносно того, що є відхиленням, хворобою і як їх треба лікувати є рухливим, соціально обумовленим.

Обмеження волі індивіда через нав'язування поняття «норми» й «патології» стає прерогативою «дисциплінарної влади», на відміну від «юридичної влади», що ототожнюється із законами. Опис дисциплінарної влади зустрічається в роботах М. Фуко [6]. Її роль полягає в тому, що вона породжує всі відомі типи діяльності й комунікації, визначаючи

життя суспільства зі змістовної сторони.

«Під владою, – пише М. Фуко, – потрібно розуміти, передусім, різноманіття стосунків сили, внутрішньо притаманних областям, у яких вони існують, і виступають конституюючим елементом цих областей; а також ті ігри, битви й конфронтації, у ході яких вони трансформуються, посилюються, перевертаються» [6, с. 122]. Не слід вважати умовою цих різноманітних стосунків влади зведення їх у певний центр. Влада всюдисуща. Вона відтворюється щохвилини всюди, вірніше, у кожних відносинах, що зв'язують різні сторони громадської системи. «Влада – це не інститут, не структура й навіть не могутність, якою наділені деякі особи: це назва, якою означають складну стратегічну ситуацію даного суспільства» [6, с. 123]. Влада продуктивна у тій мірі, у якій її не можна звести до однієї певної владної інстанції, адже вона пронизує усі дискурси й види діяльності в суспільстві, накладаючи на них свою незгладиму печатку, розвиваючи під певним кутом і тим самим обумовлюючи продукти, які вони виробляють. Образ влади, яка щось забороняє, обмежує і заважає, є занадто поверховим. Влада спонукає й при цьому детермінує те, що з'являється як результат її спонукання. Отже, влада здійснює себе в незліченних місцях і стосунках; вона не є зовнішньою для інших типів стосунків, а пронизує їх.

Застосування техніки дисциплінарної влади зазвичай розпочинається з переміщення індивідів у просторі. Така влада вимагає замкнутих просторів, місць «дисциплінарної монотонності, у яких діють свої закони та правила» [6, с. 143]. Не менш важливим є й принцип «розгороджування». Дисциплінарний апарат тяжіє до розкладання груп і мас на елементарні складові – індивідів – і до надання кожному індивідові строго відведеного місця. Він не терпить дифузної циркуляції індивідів, небезпечних і неконтрольованих скупчень. Кожний індивід завжди має бути на своєму місці, де його у будь-який момент можна знайти, проконтролювати – і більш повно використати. Це не просто місце, а одночасно й ранг у тій класифікації, яку встановлює ця дисципліна. Звідси, дисципліна організує «осередки», «місця» та «послідовності», формує складний дисциплінарний простір, одночасно архітектурний, функціональний та ієрархічний.

Усі переміщення мають бути функціонально виправданими. Такий принцип стає й основним архітектурним принципом організації простору. Останній підпорядкований трьом головним цілям: необхідності здійснювати постійний нагляд, перешкоджати вибухонебезпечним об'єднанням індивідів у групи і, нарешті, створювати корисний простір. «Дисципліна – це мистецтво ранжування й техніки організації розподілів. Вона індивідуалізує тіла, приписуючи їм певні місця, за допомогою яких вони розподіляються й включаються в системи відносин» [6, с. 147].

Дисциплінарна влада контролює не лише просторове розміщення, але й час індивідів. Дисциплінарне управління часом індивіда знаходить своє вираження у прагненні членувати час на якомога дрібні часові інтервали, які мають бути присвячені виконанню частково визначеного завдання. Це створює все більше можливостей для контролю й

оцінки результатів. На підтвердження цього М. Фуко цитує шкільний розклад початку XIX ст., в якому по хвилинах розписані: входження вчителя в клас, дзвінок, входження дітей, молитва, зайняття місць за партами і т. д. [6, с. 152]. Звідси, для управління масами, що функціонують як єдина машина, дисциплінарна влада розпоряджається часом та простором, підсумовує сили індивідів.

М. Фуко наводить яскравий приклад «дисциплінарної мрії», у якій утілюється прагнення влади бачити все, залишаючись невидимим, і все враховувати, залишаючись анонімною. Йдеться про «Паноптикум» Ієремії Бентама (кінець XVIII ст.). Окрім ієрархізованого нагляду, М. Фуко виділяє й такий засіб «муштри», як нормалізуюча санкція. Суть її полягає в тому, що караються не лише порушення законів, але й відхилення від норми. Покаранню підлягає уся безмежна область відхилень від заданої норми або невідповідності їй. Проте покарання є тільки однією стороною системи контролю, що включає також і заохочення. Будь-які дії об'єктів дисциплінарної влади підлягають оцінці добре – погано, як такі, що заслуговують заохочення або покарання.

М. Фуко недаремно називає тип влади, що формується, «владою-знанням», оскільки вона нерозривно пов'язана зі знанням. Насправді, вона утверджує загальнозначущість норми. Норма визначається, виходячи з орієнтації на отримання максимального зиску.

Якщо ще в недавньому минулому передача інформації про здоров'я й медичну норму була односпрямованою й асиметричною: від лікаря до пацієнта, то в сучасному суспільстві пацієнт озброюється відповідним знанням. На місце обов'язкового навчання здоров'ю приходять індивідуальне додаткове навчання з використанням популярної медичної літератури, написаною з думкою про пацієнтів і про тих, хто заздалегідь докладає зусилля з профілактики захворювань. Отже, пацієнт перетворюється на кваліфікованого пацієнта, діагноз якого упереджує самодіагноз, який критично ставиться до лікування й перевіряє правильність діагнозу стану здоров'я та ефективність рекомендованої терапії в різних фахівців. Сучасна медицина набуває інтердискурсивного характеру.

Складається враження, що медицина втрачає свій незаперечний авторитет, зникає асиметрія між лікарем і пацієнтом, оскільки хворий з пацієнта перетворюється на клієнта. Формуються умови, за яких клієнту відводиться якомога більше свободи в процесі лікування (нетрадиційна медицина, гомеопатія, дієта, йога й так далі), дається можливість вирівнювати відносини між ним та лікарем, який зобов'язується інформувати клієнта про всі, що стосується стану його здоров'я. Стаціонарне лікування охоче міняється на амбулаторне, дозволяючи пацієнтові вести нормальне й гідне життя. Приймальні відділення в амбулаторіях і клініках стають подібними до стійки адміністратора в готелях. Гігієнічний, проте холодний і відразливий білий колір, заступає оптимістичний зелений. Місце серйозної атмосфери займає заспокійлива музика в приймальних відділеннях, а до звичних і технічних обов'язків персона-

лу додається обов'язок виконання «емоційної роботи» над самопочуттям пацієнта і його близьких.

Особливості міжособистісної комунікації між лікарем і пацієнтом відповідають потребам ринкової економіки. Формування ідеології індивідуалізму пов'язане з поширенням цінностей підприємництва. У суспільстві з домінуванням «цінностей бізнесмена» обов'язково зростає вага соматичних цінностей. Першорядними проголошуються орієнтації на збереження здоров'я й на формування привабливого фізичного іміджу. Тому формування семантичного простору, вивчення символічних полів різних соціальних груп стає значимим у медико-соціальній комунікації.

Сьогодні здоров'я вже не розуміється як просто відсутність симптомів захворювання, воно вимагає чітких визначень і має комплексний і цілісний характер. Нав'язування норми здоров'я стає можливим при сприянні масової комунікації, що характеризується загальністю, оперативністю реагування на питання підтримки здоров'я. Образ здоров'я, що тиражується масовою комунікацією, це, насамперед, молодий і блискучий зовнішній вигляд, спортивний силует, гарні соціальні зв'язки, перспективна робота, оптимізм і висока самооцінка. Звідси, – індивідові потрібно не просто здоров'я, а комплексне здоров'я, тому що метою є не просто життя, а «повне життя».

Актуальною стає проблема таких понять, як «потреби пацієнта», «досвід пацієнта», «більший або менший біль», оскільки вони є відносними. Так, у масовій комунікації відсутнє розведення понять «хвороба» й «почуття дискомфорту». Перше означає патологічні зміни організму, які відбуваються в результаті зміни анатомо-фізіологічних структур і функцій або при інфікуванні. Це традиційна сфера діяльності лікарів. Другий термін відбиває суб'єктивний стан, погане самопочуття людини. Якщо індивід почуває, визначає себе хворим, отже, він хворий незалежно від об'єктивних патологічних змін, симптомів хвороби.

Індивідуально застосовувана профілактика визначає й пронизує життя індивіда, являючи собою нерозривні обов'язки, що дозволяють контролювати стан здоров'я. Профілактика захворювань вимагає посилення життєвих сил і підтримки стану гармонії, тому профілактика постійно переплітається зі стилем життя.

У масовій комунікації активно задіяний мотив раціональності. На ньому заснована стратегія калькуляції витрат, підкресленої економії, що знаходить реалізацію як у явній формі (знижки, подарунки при покупці і т.д.), так й у латентній, що агітує покупку мультифункціональної речі замість декількох. У рекламованому стилі турботи про себе головні позиції відведені гедонізму, нарцисизму, естетизації лікування й самолікування. Ні атмосфера ризику, ні навіть паніка не в змозі витиснути естетичний характер профілактики й лікування, після їх об'єднання зі стилем життя.

Під час епідемії атипічної пневмонії білі захисні маски були швидко замінені кольоровими й фірмовими. Частина населення, яка перебувала під небезпекою, заявила, що не зніме маски, навіть якщо

небезпека мине, тому що ці маски гарні й модні. Медикалізація й пов'язана з нею дисциплінарна влада приводять до того, що необхідна профілактика пропонується в такий спосіб, щоб у ній завжди залишалось місце для індивідуального вибору клієнта.

Можливість вибору – це не тільки «різноманітні асортименти». Вибір проявляється також й у намірі носити маску при відсутності погрози захворювання. Так само як профілактика перетворюється на образний індивідом стиль життя, так і маска стає елементом повсякденного одягу. Це не означає, що ризик у сприйнятті індивіда стає банальним явищем. Однак всюдисущність ризику й той факт, що можливість його контролю тісно пов'язана зі способом життя, привели до того, що ризик і засоби його контролю стають ще одним об'єктом стилізації.

Наслідком медикалізації культури стає комерціалізація смерті. Доступні в аптеках «комплекти для передсмертного стану» – це прояв триваючого процесу автономізації пацієнта, перейменованого на клієнта. Раціоналізована смерть – це смерть, доступна в рамках «самообслуговування», «доставки додому» і смерть, легка в обслуговуванні. Медикалізація робить смерть більше «ергономічною». Негативна сторона передсмертного стану й смерті нейтралізується. Ці відчуття переносяться зі сфери світогляду в сферу здійснення споживчого вибору. Комерціалізація передсмертного стану й смерті повинна підтверджувати суб'єктивність тих, хто їх відчуває. Поліпшення «якості» передсмертного стану й смерті стає можливим за допомогою споживчого вибору.

Незважаючи на зростаючий ринок «споживання здоров'я», ситуація з якістю життя і здоров'ям населення має переважно негативну тенденцію. Це підтверджує тезу про симулювання, мімікрію процедур і практик, спрямованих на підтримання і збереження здоров'я. Символічна діяльність з соціального конструювання реальності втілена в сфері охорони здоров'я. З одного боку, соціальні конструкції, створені в медицині, все частіше можуть піддаватися сумніву (наприклад, дискусії про те, чи існує насправді ВІЛ, ставлення до свинячого грипу і вакцин і т.д.). З іншого боку, у відповідь на зростаючі апетити споживачів медичних послуг збільшується самоконтроль пацієнта. Можна навіть сподіватися на те, що якщо відчуття самоконтролю еквівалентно відчуттю незалежності, то зусилля, пов'язані з досягненням панування над собою, повинні не зменшуватися, а подвоюватися. Наприклад, звільнення від посту під час свят не дозволяє просто так повернутися до раціонального харчування. Жіночі журнали й публікації, присвячені здоров'ю, призивають до «спокути провини» за допомогою суворої дієти. Розговіння було справжнім звільненням від посту. У наш час самостійне звільнення від обмежень не гарантує відсутності почуття провини. Навпаки, самостійне зняття обмежень спричиняє необхідність покаяння.

Отже, сучасна воля індивіда провокує його на більш жорстку самодисципліну. Медикалізація – це не імітація дій влади, а сама влада. Подвоєння обов'язків приводить до того, що покарання стає економічним і більш людяним. Варто вказати на те, що

маскує твердий режим самоконтролю: ароматерапія, хромотерапія, арт-терапія, музикотерапія, хореотерапія й безліч інших нових методик «турботи про себе», що з'єднують профілактику, терапію, відпочинок, покупки, навчання, туризм та мистецтво, і виступають різновидами м'якого самодисциплінування. Прикладом, що ілюструє точний і строгий порядок керування собою за допомогою м'яких методик, можуть бути рекомендації із приводу здорового способу життя, інспірований популярною в 1990-ті роки в США та Німеччині аюрведичною медициною розпорядок дня, що розписує життя пацієнта по годинах. Керування сьогодишнім днем представляється як проектування майбутнього. Як бачимо, область напруженої програма щоденних дій, потребує сурової дисципліни, уже не дозволяє відокремити стиль життя від профілактики. Область застосування профілактики постійно розширюється. Про це, зокрема, свідчать назви посібників: «Дієта молодості», «Старіти добре», «Довге життя й здоров'я без чудес» та інші. Програми профілактики, удосконалені для кращого контролю майбутнього, стосуються, насамперед, професійної активності, а також процесу старіння й інтимних зв'язків.

Отже, з позиції соціального конструкціонізму, здоров'я відбивається не стільки крізь призму біологічних вимог, заданих необхідністю виживання й адаптації, скільки крізь призму соціокультурних вимог, продиктованих «боротьбою за статус». Саме статусна приналежність може стати «спусковим гачком», що підштовхує індивідів до відвідування певних лікарів.

Стратифікаційний характер виробництва й використання медичних ярликів у соціальній практиці обумовлений можливістю присвоєння статусу й визначення приналежності до групи, що має соціальні привілеї або соціальні обмеження (аж до ізоляції) – групи диспансерного обліку, інвалідності і т.д. Так, ідея «позитивної інвалідності» дозволяє інвалідам, людям похилого віку, представникам расових мен-

шин деконструювати і реконструювати власну гендерну та сексуальну ідентичність. Статус і, насамперед, тип пацієнта стають предметом гри, у якій профілактика відіграє провідну роль.

Висновки

У сучасному світі відбуваються активні зміни у взаємодії медицини й соціуму: посилюється соціальна влада представників медичних професій і фармацевтики, головним чином, влади медичного знання й компетенції. Суб'єктивація хворого стає можливою тільки шляхом перетворення його на активного й суверенного клієнта. Профілактика претендує на роль основного інструмента дисциплінарної влади, перетворюючись на обраний індивідом стиль життя. У масовій свідомості поняття *хвороба* часто підміняється поняттям *дискомфорт*, що відбиває суб'єктивний стан пацієнта, який проявляється у відсутності задоволеності життям, частоти переживання позитивних емоцій, достатнього рівня соціоадаптивної регуляції, наявності негативної емоційної напруги.

Список літератури

1. Аберкромби И., Хилл С., Тернер Б.С. Социологический словарь / Пер. с англ. / Н. Аберкромби, С. Хилл, Б.С. Тернер. – М.: ЗАО "Издательство «Экономика», 2004. – С. 246.
2. Бурганова Л. А., Савельева Ж. В. Медикализация и эстетизация здоровья в рекламной коммуникации / Ж.В. Савельева, Л.А. Бурганова // Социологические исследования. – 2009. – № 8. – С. 100-107.
3. Петров В.И. Новые технологии, регулирование, стандартизация и фармакоэкономика в сфере обращения лекарственных средств: Руководство для врачей / В.И. Петров, А.Н. Луцевич, О.В. Решетько; под ред. В.И. Петрова. – М.: Медицина, 2006. – 456 с.
4. Решетников А.В. Социология медицины (введение в научную дисциплину : Руководство) / А.В. Решетников. – М.: Медицина, 2002. – 852 с.
5. Сокулер З.А. Знание и власть: наука в обществе модерна. – СПб.: РХГИ, 2001. – С. 58-82.
6. Фуко М. Воля к истине: по ту сторону знания, власти и сексуальности / М. Фуко. – М.: Магистериум, Касталь, 1996. – 448 с.

М.А. Абысова

ТРЕНД СОВРЕМЕННОСТИ: МЕДИКАЛИЗАЦИЯ КУЛЬТУРЫ

Статья посвящена проблеме социального конструирования образов нормы и патологии в сфере представлений о здоровье в современном обществе.

Ключевые слова: медицина, норма, патология, социальное конструирование.

M. Abysova

TREND OF THE MODERN TIMES: MEDICALIZATION OF CULTURE

The article is devoted to the problem of social constructing of the norms and pathologies in the sphere of ideas of the health in the modern society.