

УДК 165.9

## **МЕДИКАЛИЗАЦИЯ СОВРЕМЕННОЙ КУЛЬТУРЫ: МЕНТАЛЬНЫЕ И СОЦИОБИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ**

**В.Ю. Лебедев\*, А.В. Федоров\*\***

\* ФГБОУ ВО «Тверской государственный университет», г. Тверь

\*\* ГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет», г. Тверь

Современное общество вступило в период тотальной медикализации, что отражается не только на сфере болезней и организации здравоохранения, но и на специфике социального поведения, социальных интеракций, структуре ожиданий и предпочтений, так как болезнь покинула сферу частного и превратилась в социальный факт. Углубление медикализации будет способствовать к переходу к обществу нового типа, а создаваемые ею проблемы будут углубляться.

*Ключевые слова:* медицина, общество, медикализация, евгеника, миф.

В условиях современного постиндустриального общества наблюдается смена парадигм как в научной сфере, так и в культуре общества в целом. Особенно это касается современной медицины, которая благодаря достижениям других фундаментальных наук, получила технологическую возможность практически любых манипуляций с человеческим организмом, его жизнью и смертью. Этот факт напрямую связал медицину и будущее культуры, творцом которой выступает объект медицинского знания.

К сожалению, произошло осознание этой точки бифуркации не только в истории культуры, но и в медицине; понимание неразрывной социокультурной связи этих двух систем в литературе отражено недостаточно. Отчасти за счет этого, отчасти – по другим причинам, которые будут названы нами ниже, формируется парадоксальная ситуация: медицинская наука находится, если допустить подобную метафору, в состоянии «головокружения от успехов»: увлеченная самой собой, своими чисто прикладными вопросами, она не осознает, что с ее помощью была создана такая «критическая масса», которая выступает сегодня как один из основополагающих факторов культурной динамики (ряда проблем мы уже касались в наших публикациях [5; 6]). Медицину сегодня следует рассматривать как один из основных элементов культурного экрана, создаваемого человеком как коллективный фактор средовой адаптации.

Культурный экран в этом плане выступает как своего рода светофильтр: нейтрализуя одни факторы, модифицируя другие, сам он становится источником дополнительных, вторичных воздействий, порождая «границу раздела фаз», на которой и происходит «вечный бой» – вместо одних средовых факторов возникают другие, они взаимодействуют между собой, формируя третьи, и т. д. (ср.: [2; 3]). При этом культурная система выступает как дополнительная среда, действующая не

только по законам, диктуемых этой среде ее создателем – человеком, но и как система, развивающаяся по своим законам, которые исследуются сегодня в рамках многих областей знания (социальная философия, семиотика, социобиология, культурная антропология, и т. д.).

Характерно, что именно на медицину издавна возлагались весьма большие надежды, а с развитием наук биологического круга, от которых медицина традиционно зависима, медицинский энтузиазм принял, как уже можно ныне судить, преувеличенные формы (причем это был энтузиазм и медиков, и пациентов – реальных и возможных). В рамках экологии, евгеники с развитием медицины связывались исключительно благоприятные последствия, что на момент рубежа прошлого и позапрошлого веков можно объяснить еще неизжитым сциентизмом и распространенностью сциентистской мифологии. Кроме того, неоднозначный механизм действия культурного экрана не был на тот момент хорошо исследован, а лучше сказать, знания о нем не становились массовыми, не входили в поле актуального сознания социальных масс, оставались в какой-то мере «эзотерическими». Все это привело к уже упоминаемой нами ситуации «головокружения от успехов». Это «головокружение», спровоцированное семимильным развитием медицинских технологий, имело ряд признаков, которые мы здесь упомянем чисто феноменологически, лишь для некоторых – дадим краткий анализ.

1. Сведение медицины до уровня ремесла. Достижения науки позволили довести ситуацию до предела: фактически, при определенных условиях врач может непосредственно вообще не принимать участия в коммуникации с пациентом. Вместо сбора анамнеза – заполнение анкет с выбором ответов, вместо физикального обследования (осмотр, пальпация, перкуссия) – сразу же данные инструментальных и других методов исследования. Для большей верификации – дополнительная (в том числе – лабораторная) диагностика<sup>1</sup>. Это отчасти исключило чисто процедурные ошибки, сделало диагностический процесс не творческим, но – четко алгоритмизированным<sup>2</sup>. Как ни парадоксально, но столь распространенное когда-то лечение по переписке возрождается в иных формах.

2. Применение принципа «цель оправдывает средства», порой – преступное. Квинтэссенцией этого стала, например, нацистская меди-

---

<sup>1</sup> Отчасти подобный паттерн поведения присущ доктору Грегори Хаусу, герою одноименного сериала, который питает особую неприязнь к непосредственному контакту с пациентом и его родственниками, умудряясь ставить диагнозы (порой – в крайне сложных случаях) едва ли не заочно.

<sup>2</sup> В этом плане особенно показательна научная фантастика XX в., описывающая больницу будущего как своего рода «ремонтный завод», где изношенные органы и системы заменяются на новые и здоровье возвращается едва ли не за полчаса при помощи команды роботов-врачей. Отсюда же – первые идеи создания кибернетических организмов (киборгов).

цина (не случайно первые документы по биоэтике были приняты после Второй мировой войны<sup>3</sup>).

3. Возникновение в общественном сознании архетипа «всемогущей медицины», способной абсолютно на все, вплоть до оживления умерших (активное развитие реаниматологии, трансплантологии). Как следствие этого – пиетет к врачам, который сегодня сменяется на диаметрально противоположное отношение к врачу (и вообще – к медику) как к виновному во всех грехах и вообще – не оправдавшему надежд.

4. «Здоровье как ресурс». По С.В. Чебанову, «здоровье оказывается ресурсом и в качестве такового выступает как объект управления» [11]. Эта мысль перекликается с теорией символического капитала П. Бурдьё. Здоровье (и все, что с ним связано) конвертируется в разных социальных полях, имеет и экономическое измерение, а значит, ресурс управления здесь заведомо велик.

Сегодня мы с полным основанием можем говорить о специфической подсистеме человеческой культуры — медицинской культуре как «...самостоятельном феномене, обладающем своеобразным набором элементов, определенным образом структурированных и обладающих особым системным качеством, специфической функцией и четко фиксированной магистральной целью – благо человека.

Медицинская культура как самостоятельная система включает: 1) предметный мир, некую материально-техническую базу, предназначенную для осуществления профессиональной познавательной и практической деятельности медиков; 2) процессуально-деятельностную составляющую, связанную с технологией диагностирования, врачевания, создания лекарственных форм, их апробации и использования в практической деятельности; 3) личностный элемент, включающий систему внутренних интеллектуальных, психологических и душевно-духовных качеств врачующего и, конечно, способ его личной практической деятельности в профессиональной сфере; 4) «память медицинской культуры», хранимую в системе предметных форм, символики, традиций, идеалов, образе жизни и образе мыслей медиков [10, с. 50]. Синхронная и диахронная взаимосвязь медицины и культуры, границы феномена «медицинской культуры», его место в структуре общества и диалектика взаимодействия с другими культурными сферами – все эти проблемы пока остаются малоизученными, не достигнуто терминологического единства в трактовке понятия «медицинская культура», не существует целостного представления о её предмете и функциях [12, с. 80]. В основе медицинской культуры как совокупности знаний, навыков, традиций, ценностей лежит как практическая деятельность медиков, так и теоретиче-

---

<sup>3</sup> «Лишь после создания атомной бомбы и медицинских исследований нацистов мы осознали всю глупость и опасность такой позиции» (Р. Витч). 1947 год – принятие Нюрнбергского кодекса.

ские медицинские знания. Вокруг медицинской теории и практики формируется система человеческих взаимодействий и культурных связей, направленных на восстановление и сохранение здоровья человека (как физического, так и психического), а при невозможности такового – на оказание паллиативной помощи.

Вместе с тем теоретические основания медицинской науки находятся еще пока в стадии разработки. Существующие новейшие работы (упомянем «Системную семиотику болезней человека и общества» В.В. Рево) пока еще не получили широкого распространения в научных кругах и во многом дискуссионны. Пока же остается признать, что базовые определения медицины – здоровье, болезнь, норма, патология, степень социальной адаптированности, смерть – во многом понятия-продукты «общественного договора». Слова И.В. Давыдовского, что «современная медицина ушла почти целиком в анализ, синтез отстает, отстают обобщающие представления, на которых только и можно построить более или менее стройное учение о болезнях» [1, с. 23] сегодня хотя и воспринимаются как анахронизм, но тем не менее в основном адекватно отражают нынешнее положение вещей.

Возвращаясь непосредственно к нашей теме, оценим, чем обернулась медиализация и чем она в перспективе может закончиться.

Хроническая интоксикация лекарственными препаратами. Сюда следует отнести не только устойчивые изменения функционирования органов и систем организма (например, гибель и устойчивые изменения флоры толстого кишечника) и формирование аддикций (притом не обязательно именно лекарственных, химических, сюда относятся любые аддикции, порожденные медицинскими практиками). При этом положение дел таково, что вариант массового сокращения медиализации (при всей его фантастичности) принесет, по всей видимости, еще худшие последствия, так как нарушит прочно сложившуюся системную ситуацию. Именно поэтому оправдана активная борьба только с наиболее нежелательными видами аддикций, например, наркотическими (без некорректного расширения соответствующих групп веществ). Однако при этом ряд новых аддикций, связанных с поддержанием «здоровой физической формы» имеет как раз ятрогенный характер.

Модификация вредоносных факторов естественной среды, изменившихся таким образом, чтобы в данной антропоэкологической ситуации сохранить активность. Это и широко известный факт появления новых штаммов микроорганизмов, и появление разного рода новых заболеваний, успешно включающихся в структуру заболеваемости, и расширение эпидемиологии уже известных, включая понижение возраста сосудистых катастроф, статистику онкологической заболеваемости. Человек культурными средствами спровоцировал сдвиг и изменение экологической ситуации и в итоге получает едва ли не все прежние проблемы, только в измененном виде, причем импульс для этого изменения

дала именно культурная деятельность. Само выделение таких групп, как «городские болезни», «болезни цивилизации» достаточно показательны. Уместно говорить о взаимодействии систем естественного регулирования численности человеческой популяции и искусственного, медико-культурно обусловленного. Имеет смысл говорить о формировании нового нозогенеза некоторых патологий<sup>4</sup>.

Изменение естественных адаптивных резервов. На это указывал еще К. Лоренц [7]. Медицинские технологии лечения, идет ли речь о соматических или сугубо психических расстройствах, приводит в итоге к масштабному сдвигу в механизмах естественной резистентности человека. Фактор доступности средств искусственной, прежде всего медикаментозной компенсации значим не только в случае расстройств психики (мы живем в условиях массового потребления таких препаратов уже более 50 лет, да и до этого ситуация уже не была вполне благополучной)<sup>5</sup>. В области соматики возможность справиться с болезнью при помощи лекарств и иных технологий лечения не только позволяет пренебрегать элементарными средствами профилактики, запускать болезнь, нарушать предписанный режим, надеясь на лекарственную компенсацию и т. д., но и создает психологическую установку на то, что в случае атаки болезни будут задействованы именно посторонние, внешние для человека резервы. Вопрос о том, насколько такие установки в итоге влияют на физиологию и биохимию систем резистентности организма сложен и до сих пор недостаточно полно исследован, но его «вклад» в снижение естественной сопротивляемости, на наш взгляд, несомненен. В результате утрата резервов естественной сопротивляемости обретает черты общеизвестного тренда для *Homo sapiens sapiens*, а дальнейшее усиление «терапевтической атаки» обретает черты объективной необходимости, но уже как ответ не на первичные воздействия природной среды, а на вторичные факторы, порожденные самим культурным экраном (ср.: [8]). Если допустить (сугубо фантастически) возможность ситуации, когда привычное снабжение медикаментами окажется нарушенным, то масштабы последствий даже трудно себе представить. Во

---

<sup>4</sup> В качестве примера – пневмония как она была описана во всех учебниках до-антибиотической эры и нынешняя. Классической четырехстадийной патологоанатомической картины (прилив, красное опеченение, серое опеченение, разрешение) уже не существует. Та пневмония, которая лечилась первыми природными пенициллинами, сегодня к ним резистентна. Исход применения нынешних антибиотиков для лечения пневмонии образца XIX в. гадателен, но вполне предсказуем.

<sup>5</sup> Так, нормой жизни пациентов почти всех возрастов становится эпизодическая или постоянная бессонница, требующая медикаментозной терапии и не воспринимаемая многими врачами и чиновниками от медицины как состояние, угрожающее психическому здоровью, а порой – даже жизни (суициды на почве длительной, мучительной бессонницы многократно описаны в медицинской литературе). Оценить объем экономического ущерба, приносимого массовым дефицитом полноценного сна вообще никто не пытается.

всяком случае, наращивание медиализации пока что представляется более оправданной, чем предлагаемая некоторыми стратегия массового отлучения людей от нее.

Последствием чисто культурного порядка является мифологизация врачей и врачебной деятельности. С одной стороны, она является плодом общего сциентистского культа, начавшего интенсивно оформляться в XIX в. (но, в отличие, скажем, от теоретической физики, медицина имеет непосредственное и очень понятное отношение к повседневным нуждам человека). С другой, мифологизация врачей в качестве трикстеров имеет гораздо более давнюю историю (см. например: [4]). Таинственные технологии (компьютерным томографам многие продолжают удивляться с тем же почтительным трепетом, с каким их предки смотрели на обычный блестящий никелированный инструментарий, а иммутологические проекты завораживают не меньше, чем попытки задержки старения времен И. Мечникова или первых эндокринных препаратов), обладание некими «таинственными» знаниями, вовлеченность в решение проблем, связанных с жизнью и смертью, особенности поведения, обусловленные субкультурно-профессиональными традициями – все это узнаваемые трикстерские черты. Отсюда и уважительное отношение к врачам в кризисных и аномических ситуациях: здесь сказывался не только целерациональный расчет на то, что врач может быть полезен и его надо сохранить, но отчасти и доля мифологического почтения. Когда мифологический образ врача обретал семантическое дополнение в виде возможности вредить, также реализовывалась все та же узнаваемая трикстерская мифологема (следует помнить о более поздней модификации, когда образ трикстера «распался» на два типологических варианта – хорошего и более архаичного злого). Мифологизация оказалась стойкой и при тех изменениях, которые культура претерпела в XX в., морфологически изменилась достаточно мало. В русле мифологизации возникли некорректные ментальные установки и мотивированные ими практические действия. Обобщая, можно сказать, что это свелось к вере во всеислие медицины, реальные достижения которой только укрепляют эту иррационально-мифологическую веру, а также убеждение в необычных личных качествах отдельного врача, от которого изначально ждут героического милосердия, необычайной порядочности, неиссякаемой физической стойкости и т. д. Достаточно часто приходится слышать утверждения вроде «Не может быть, чтобы врачи (вариант: «медицина») не смогли ничего сделать с этим случаем». Порой это говорят люди, по роду занятий долженствующие отлично знать кантовский принцип «должно – не значит есть», а также и уметь выявлять мифологические установки. Мифологизированная вера со всем арсеналом гиперболизации и мистификации сама по себе редко приносит добрые плоды, в свете же других аспектов медиализации и ее культурного закрепления только поддерживают эти тенденции. Однако есть, пусть и

печальные, основания допустить возможность оживления, казалось бы, изжитой негативной мифологии (к числу диких проявлений которой относятся, например, холерные бунты). Это легко может произойти, если будет утеряно доверие к медицинской профессии, причем это вовсе не обязательно должно касаться навыков и умений врача собственно в сфере лечения и реабилитации. Частью медицинской деятельности является оперирование информацией, которая в информационной культуре порой становится важнее денег, а также условием возможности зарабатывать таковые.

Еще один источник проблем – участие медицины в установлении контроля над жизнью людей. Предметом медицинской науки выступают явления, так или иначе нуждающиеся в сокрытии от посторонних глаз (рождение, смерть, болезнь и лечебно-диагностический процесс). По С.В. Чебанову, во всех подобных аспектах биологической организации человека в общественной форме осуществляются социально значимые действия, которые скрыты от социума. Такие отношения тяготеют к области частного, в то время как социальное бытие по своей сути публично [11]. Сегодняшняя ситуация такова, что те сведения, которые должны составлять медицинскую тайну, различными путями (не без участия медиков) просачиваются в общество массовой культуры и становятся «сенсациями» различного масштаба: от локального (сплетни на лавочке) до глобального<sup>6</sup>. Нередко такие процессы принимают патологически-некрофильский характер<sup>7</sup>. То, что в Сети запрос вроде «фото мертвого Турчинского» на какое-то время стал одним из самых популярных, доказывает массовость подобных некрофильских настроений. А так или иначе обработанные и беллетризированные истории болезней «великих пациентов» выступают как чтение со все возрастающей популярностью.

Эволюция культуры в сторону установления контроля над различными сферами человеческого бытия, включая и повседневность, вовлекла в это движение и медицину. Визит к врачу практически перестал быть частным делом человека, а существовавшие когда-то списки заболевающих, дававших право (и обязывавших) врача ставить в известность о диагнозе определенные инстанции, не заручившись согласием пациента,

---

<sup>6</sup> Массовая культура активно это эксплуатирует. «Сенсационно-скандальные» сведения о болезни и смерти публичных людей составляют львиную долю всей «горячей» информации, муссируемой как в телевидении и печати, так и в Интернете. Беллетризированные истории болезни «великих» становятся все более востребованным жанром развлекательного чтения.

<sup>7</sup> В качестве примера – знаменитая история с фотографиями мертвого В. Турчинского, выложенными в Сеть кем-то из медиков или сотрудников полиции. Эти фотографии послужили материалом для огромного количества фотомонтажного глумления. Данное явление следует рассматривать как явно патопсихологичное по своей сути и представляющее собой то же, что и глумление над трупом или кладбищенский вандализм.

исчезли просто потому, что такой статус обрели практически все болезни. При этом строгость учетных мер, помноженная на электронные технологии, разом заменившие веками существовавшие рукописные карты и истории болезни превратили медицинские учреждения в банки информации, которая, с одной стороны, может сломать жизнь многим пациентам, по-старинке верящим в пафос «белого халата», с другой – может обладать и высокой стоимостью, и, следовательно, значительными возможностями конвертирования на рынке социальных отношений. Даже самая невинная и малозначимая информация в определенных условиях может стать ценной для кого-то и значимой для формирования и перераспределения социального капитала и получить из медицинских учреждений сведения о ней окажется очень легко. Желательность учета для осуществления не только статистических исследований, но и такой части медицинского праксиса, делает ситуацию еще более проблематичной. Деонтологические нормы и принципы терпят в этом отношении полное поражение и капитулируют, поскольку формировались в первой половине XX в., и к реалиям информационной культуры и нового общества не адаптированы. Люди вынуждены соблюдать стихийно складывающиеся правила техники информационной безопасности при встрече с людьми и организациями, относящимися к медицине. Прием неофициального характера у знакомых или «по благу», равно как и обращение в платные клиники, пока что более-менее гарантирующие анонимность, – это самые безобидные и неэкстремальные примеры. Что касается платных клиник, то нередко именно подразумеваемая информационная безопасность оправдывает высокие цены на лечение, что, кстати, сознают и сами больные, оплачивающие в таких случаях не только вежливость врачей и экономию времени, но и свою безопасность от чрезмерно заинтересованного социума. Особенно это относится к болезням с ярко выраженными социальными последствиями, способностью к социальной стигматизации. Мы уже не говорим о проблеме низкой квалификации или различия медицинских подходов, когда сложный, сомнительный или просто неясный данному врачу (или врачам данного населенного пункта или региона) диагноз оказывается поводом для направления доверчивых пациентов к специалистам, где учет не только ведется особенно строго, но и сам факт обращения может быстро обернуться социальной стигматизацией. Так, психосоматические заболевания из малоизученных и редких превращаются в очень распространенные и при этом «социально невыгодные», побуждающие людей порой или скрывать их наличие, или разными средствами (формирование новой адаптивной стратегии поведения) добиваться установления типичного соматического диагноза. О лечении тут речи не идет, основная задача – не оказаться социально стигматизированными. После этого жалобы врачей некоторых специальностей на массовое недоверие и довольно неуклюжие, как по риторике, так и по фактическому содержанию попытки рекламы своих услуг и «социально-гигиенических



знаний» в том же Интернете выглядят не то как чрезмерная простота, не то как утонченная насмешка. Таким образом, рост привычки к медиализации и склонность обставлять каждый шаг консультацией с врачом парадоксально (на первый взгляд), но совершенно закономерно соседствует с тенденцией все меньше доверять врачам. Но, вступив на путь медиализации, общество не может свернуть с него и просто вынуждено двигаться дальше, поскольку радикально иного выхода пока что нет. Но сознание того, что, вступая в отношения с медицинскими учреждениями, ты входишь в отношения с безликим и достаточно ненадежным механизмом, становится все устойчивее. А при осуществлении проектов создания единых баз данных содержимое больничных «банков информации» с легкостью попадет туда. Вопрос, кто будет разбираться в тонкостях клинического варианта течения болезни, правильности самого диагноза, пересмотра отношения к данной нозологической единице, факту излеченности и возможности/невозможности рецидива и т. д. – вопрос, разумеется, риторический. Болезнь все больше становится публичной, причем публичной в обязательном порядке: ты обязан известить, другие обязаны знать (хотя правомерно обсуждения вопроса о необходимости в ряде случаев добровольного согласия не только на лечение, но и на профилактические меры, причем на них даже в большей степени, так как там дело еще не идет о диагностированной болезни, а лишь предполагается ее возможность, вероятностный модус очень многое существенно меняет). Черты самых радикальных евгенических проектов, касающиеся контроля, воплотились в реальность, невзирая на неудачу самого евгенического проекта<sup>8</sup>. Современная медицина – это медицина, прошедшая опыт участия в евгеническом проекте. Неплохо было бы заново отрефлексировать предупреждения Н.К. Кольцова, классического приверженца евгенических идей, о том, что при желании потреблять культурный продукт, поставляемый одаренным или гениальным человеком, необходимо быть готовым сносить факт его болезни, поскольку одно с другим ассоциировано настолько прочно, что разделение нередко является утопией, капризным желанием жить в абсолютно совершенном мире. То, что мы назвали бы «медицинской повседневностью» или «повседневностью болезни», опублицивается в рамках общего движения культуры к уничтожению приватной повседневности человека, приватности как телесной, так и сформированной жилищем, бытом и, отчасти, как смешанной зоной, местом профессиональной деятельности.

---

<sup>8</sup> Опасения, что евгенический проект вновь может стать реальным, высказывает и С.В. Чебанов (применительно к лицам с ограниченными возможностями): «...значительное увеличение создаваемой индивидом удельной экологической нагрузки... рано или поздно приведет к обсуждению как глобальных экологических последствий социальной реабилитации индивидов с биологическими особенностями, так и целесообразности такой реабилитации вообще (11, с. 214)

Новые формы приспособительного поведения – защита от медицины (поскольку она взяла на себя новые функции и существенно меняла методы, все больше превращаясь в медицину принудительную и вершительницу судеб), а также поиск защищенных социальных позиций через выбор ниш, предоставленных медициной. Удобно и более безопасно существовать оказывается благодаря наличию определенного диагноза или их группы, которые оказываются социальным капиталом. Но из-за сложности и неоднозначности диагностики некоторые не могут получить диагноз реально существующей болезни (влияющей на социальную жизнь индивида) или получают диагноз, заведомо неточный и неверный (разной и разногласия, царящие между разными медицинскими школами, подчас в пределах одного города, несовпадение критериев оценки утраты трудоспособности, имеющихся у лечащих врачей и членов экспертных комиссий, и т. д. делают такой сценарий очень распространенным). Чтобы воспользоваться уже имеющимся социальным механизмом и осуществить сценарий адаптации в этих случаях прибегают к дополнительным, вынужденным адаптационным приемам, которые следует считать новыми в рамках поведения *Homo sapiens* как вида (элементы дезинформации врача и т. д.). В результате удается получить, допустим, диагноз болезни, близкой к реально имеющейся, но диагностическая ошибка играет в этом случае положительную функциональную роль, поскольку социально уязвимый больной в противном случае оказался бы совершенно незащищенным.

В современной публицистике встречаются упоминания о социальных типах «русского пациента» и «русского врача»<sup>9</sup>. Разумеется, это скорее конструкты, ориентированные на яркую образность, а не полноценные понятия. Однако можно попытаться наполнить их неким объективным содержанием, рассмотрев как пример адаптивных типов, возникших во вполне определенную социальную и культурную эпоху, для которой нарастание медикализации является характерной чертой. Коротко рассмотрим типы «русского пациента» и «русского врача». Для пациента такого типа характерно следующее: 1. Склонность к «социализации» болезни. Любое страдание, особенно – хроническое, социальным типом «русского пациента» воспринимается в первую очередь как фактор социальный, и уже потом – как собственно, страдание. Так, субклинические формы депрессий, требующие адекватной фармако- и психотерапии, зачастую – быстро купирующиеся и не ведущие к длительной утрате трудоспособности, западный (resp. американский) пациент воспринимает адекватно и с надеждой на выздоровление. Русские же пациенты, склонные воспринимать временную нетрудоспособность как благо (в настоящее время, с изменением правил материальной компен-

---

<sup>9</sup> Эти клише активно используются в современной публицистике, например, в одной из статей в журнале «Огонек» (Андропова А. «Русский пациент»).

сации временной нетрудоспособности наблюдается тенденция смены таких представлений, но происходит это крайне медленно, зато с появлением нового типа поведения больного, который, на наш взгляд, требует более серьезной оценки – «ходить на работу назло», «до осложнений»<sup>10</sup>, напротив, будут намеренно преувеличивать симптомы заболеваний. Болезнь станет способом получения дополнительных выгод (материальных, социальных или иных), мало того, она будет восприниматься в первую очередь именно так. Все остальные атрибуты болезни имеют вторичное значение.

2. Неадекватное восприятие роли врача в лечебном процессе. Это не только знаменитое «Выздоровел – молитвы помогли, умер – врачи зарезали», но и само отношение к личности врача, крайне переменчивое и меняющееся от заискивания и явного мифологизированного обожествления до презирания и страха. «Пришедший на прием робок и подобострастен, вызвавший врача – развязен и хамоват» [9]. Характерна полярность оценок, без рациональной умеренности.

3. Непонимание сути лечебно-диагностического процесса. «Что вы спрашиваете, что со мной? Плохо мне! Лечите!» (реальные реплики пациентов, вызвавших СМП).

4. Эклектичность сознания, доверие не только официальной медицине, но и нетрадиционной, неумение дифференцировать эти феномены. Наличествует и соответствующий праксис, вроде сочетания лечения у лучших специалистов с вечерним прилипанием больным местом к экрану телевизора, где транслируется сеанс очередного экстрасенса.

5. Уверенность в собственной правоте («Пациент всегда прав»).

6. Представления о принципиальной бесплатности медицинского обслуживания и всеисильности медицины.

7. Неоднородность и определенная стратификация типов русского пациента.

8. Стандартные поведенческие тактики при общении с врачом – заискивание, «прессинг», стремление вручить взятку – при неготовности к конструктивному ведению диалогов.

Столкновение типов «русского врача» и «русского пациента», как правило, ведет к их взаимонепониманию и неудовлетворенности пациента – медицинской помощью, врача – результатами лечебно-диагностического процесса. Причины этого также многообразны, обозначим лишь некоторые, наиболее, на наш взгляд, важные. Во-первых, отсутствие необходимой рефлексии и четких парадигм, оснований этой рефлексии. Как пример области, в которой до сих пор нет четких парадигм, приведем современную медицинскую этику и деонтологию, яв-

---

<sup>10</sup> В беседах с представителями интеллигенции были зафиксированы и такие декларации: «Вот помру на работе или скорая с работы заберет – так им (!) и надо, так и скажу, что мне дома сидеть невыгодно, получайте».

ляющую собой, по сути, огромное междисциплинарное поле для дискуссий. Дискуссии эти – в силу своей остроты и социальной значимости – привлекают внимание не только профессионалов, но и людей, не имеющих весьма туманное представление о специфике медицинского знания владеющих разрозненными, несистематизированными знаниями, как в области медицины, так и в области философии.

При этом этико-деонтологические дискуссии становятся полем «спора ради спора» и теряют практическую направленность, ограничиваясь «общими рекомендациями» врачам-практикам. Помимо этого, имеются следующие особенности:

1. До конца не отрефлексированы базовые понятия в системе медицинской культуры. Обилие точек зрения на здоровье, болезнь и человека скорее вредит, нежели приносит пользу врачу-практику. Многие из этих точек зрения чисто умозрительны и даже не могут быть верифицированы, но при этом активно применяются на практике и являются объектом для различного рода паранаучных спекуляций или, по крайней мере, дискутабельных утверждений (магнитотерапия, биоэнерготерапия, гомеопатия, трихомонадная теория рака, огромное количество околонуучных спекуляций на тему «шлаков» и «очищения организма»).

2. Современная аксиологическая рефлексия многих явлений медицинской культуры практически не разработана. Размышляя о ценностях и смыслах врачебной деятельности, нередко цитируют изречения более чем двухтысячелетней давности. Вместе с тем, эти мысли – пусть и имеющие немаловажное значение, но без адекватного критического анализа превращаются в пустую демагогию и прагматически обесцениваются. Необходимость современного аксиологического переосмысления канонических этико-деонтологических воззрений медицины очевидна. Гиппократова этика в своем первоизданном виде устарела, но она может и должна быть использована только после ее критического переосмысления и преломления через призму современной медицины и философии.

3. Современная медицинская культура России – это не только уже отмечаемый нами рубеж между традиционной и технократической культурами. Это еще и эклектичное пространство перехода от советской государственной медицинской системы к страховой. Времена дикого капитализма уже уходят, но проблемы, поставленные страховой медициной, продолжают оставаться актуальными, пусть и тщательно замаскированными.

4. В настоящее время продолжается активная смена парадигм в области методологии медицинских исследований. В России эта смена парадигм еще в ходу, тогда как за рубежом можно говорить уже о завершившемся процессе. Речь идет о синдромологическом подходе, пересмотре нозологий и подходов к нозологической номенклатуре, переходу к доказательности в медицине, к терапии по стандартам.

Все упомянутое выше требует не стихийных «мыслей обо всем», но четкой рефлексии, опирающейся на практическую деятельность врача. Большинство мировоззренческих проблем кроется в системе медицинского образования. Попытки достичь синергии в теоретической и практической подготовке врача до сих пор в основном бессмысленны. Авторы наблюдали анестезиолога-реаниматолога, не могущего сформулировать сколь-нибудь приемлемое определение наркоза. В этой связи такие дисциплины, как философия, биоэтика и культурология в системе медицинского образования воспринимаются как малозначащие и второстепенные. В связи с этим четкие философские обоснования некоторых явлений медицинской культуры воспринимаются как излишнее теоретизирование, большинству медиков-практиков непонятное.

Мировоззренческая функция, которую должна выполнять философия в системе медицинского образования, в силу огромного ряда причин не выполняется. Мировоззренческие паттерны, модели поведения, этико-деонтологические категории студент и врач получают, неосознанно копируя таковые у преподавателей и более старших коллег. Надо ли говорить, что эти модели поведения архаичны, анахроничны и вообще взаимоисключающи? Яркий пример – деонтологическое учение Н.Н. Петрова. В 1945 г. проф. Н.Н. Петров выпустил книгу «Вопросы хирургической деонтологии», где настоятельно рекомендовал не сообщать онкологическим пациентам смертельный диагноз. Более того – поощрялась ложь врача пациенту. В рамках патерналистской модели врачевания (по Р. Витчу) подобные представления о медицинской тайне выглядят вполне оправданными: врач как отец берет на себя всю ответственность за судьбу пациента, и только «отец» имеет право решать, что следует знать у пациента. Кроме того, вся деонтологическая модель Петрова фундирована атеистической культурой и соответствующей саморефлексией личности, когда эмоциональной, ценностной и экзистенциальной доминантой состояния больного становится страх и жестокий ресентимент, обусловленный утратой этой жизни как уникальной и не имеющей принципиально никакого продолжения, если не считать «лопушиного бессмертия». В рамках биоэтического принципа автономии личности подобный подход, мягко говоря, не вполне адекватен, во многом – преступен. Кроме того, религиозная ревитализация должна была бы выявить по меньшей мере ненужность и архаичность этой модели. Между тем до сих пор врачи, особенно – старшего поколения, сознательно или неосознанно рекомендуют молодым коллегам поступать именно так. Помимо прочего, это наводит еще и на мысли о том, насколько глубоким является религиозный ренессанс, о котором принято говорить уже более двух последних десятилетий.

Существующая программа по биомедицинской этике имеет по крайней мере, два огромных минуса: 1. В большинстве вузов она преподается на младших курсах, когда студент еще не знаком с клиникой и не

готов воспринимать определенную теоретическую информацию. Более того – биоэтика преподается перед философией, т. е., фактически – без базисных знаний. Польза от курса, преподаваемого в таком виде, сомнительна. 2. Существующие учебники по биоэтике имеют преимущественно дискуссионный характер. Вне всякого сомнения, биоэтическая мысль, как нами уже упоминалось, сама по себе дискуссионна. Но в совокупности с преподаванием без базиса эта дискуссионность становится бессмысленной.

Цель преподавания биоэтики – даже пропедевтически-мировоззренческая – не достигается. Студенты механически заучивают различные точки зрения на ту или иную проблему, не могут критически осмыслить ту или иную проблему и вообще неспособны к более-менее логичному обоснованию собственной точки зрения. Именно так формируется представление о философии медицины как о бессмысленном теоретизировании. Возникающие в ходе практической деятельности мировоззренческие, методологические и аксиологические проблемы, которые философская рефлексия способна решить, игнорируются. Более того – к моменту выпуска у будущих молодых врачей мировоззрение скорее фрагментарно, нежели системно. В лучшем случае – активно работает аналитическое мышление (нередко – в противовес синтетическому). Попытки дать студентам азы «клинического мышления» во многом также обречены на провал. Автор наблюдал преподавателя, активно пытавшегося научить студентов «клиническому мышлению и доказательной медицине», при этом неспособного четко определить ни первое, ни второе. Надо ли говорить, что, впервые попав в клинику, студенты испытывают легкий когнитивный диссонанс: оказывается, пациенты болеют не по учебникам!

В подобных случаях введение стандартов лечения и диагностики следует расценивать как временное благо, своего рода вспомогательную меру. Отсутствие четкой методологии, восприятие доказательной медицины как чего-то очень далекого от практики, – слабость аргументации в выборе того или иного метода диагностики и лечения – все это недостатки мышления молодого специалиста, которые могут быть компенсированы введением стандартов.

Как и в 1920-е гг. прошлого века, медицина сегодня находится «на распутье» (ср.: [13]) . Проблемы во многом сходны, но сегодня они обострены еще как минимум по следующим причинам:

1. Гигантский технологический скачок в медицинской науке привел к тому, что медицинская культура еще не смогла осмыслить свое всемогущество, оказалась «ушиблена ширью» (Н. Бердяев) своих возможностей.

2. Сверхспециализация медицины привела к формированию особого типа массового сознания «ученых невежд» (Х. Ортега-и-Гассет). Медицинский фольклор отразил это в истории о «светиле» в области «насморка левой ноздри».

3. Переход от государственной медицины к страховой и частной. При этом современная система страховой медицины на редкость сложна и неэффективна, что не может не отразиться на мировоззрении средне-статистического врача-практика, который оказывается не просто в «подвешенном» положении, но и всегда – в положении «крайнего». Мыслящие врачи с четким мировоззрением и сильной логикой оказываются не у дел, им предпочитают бездумных и безынициативных исполнителей, следующих стандартам и циркулярам.

4. Некорректные представления о всемогуществе медиков, подпитываемые из глубин мифологического сознания, порой доходят до надежд на то, что медикаментами, гипнозом, иными подобными воздействиями можно влиять на такие явления, как одаренность или гениальность, которым присуща стабильность и конституциональная детерминация. Пациент ожидает от врача не только решения проблем со здоровьем, многие из которых и сегодня крайне трудно решаемы, но даже – возможностей «улучшения человеческой природы»<sup>11</sup>. Причин этого странного явления множество, одна из основных, на наш взгляд, связана с глобальным потреблением. Пациенты не считают заботу о *собственном* здоровье своей проблемой, они перекладывают ее на медиков. Сам термин «медицинская услуга» имеет соответствующую семантическую окраску<sup>12</sup>.

5. Медикализацией же спровоцировано и значительное сокращение пространства человеческой свободы, даваемой культурой. Если раньше «странность», «чудаковатость» и т. п. являлись категориями культурными, то теперь они либо транспонируются в пространство классификаций болезней, либо упраздняются вообще. «Чудаков» не остается, есть только больные. Сегодня практически любая «странность» может быть оформлена в виде соответствующего диагноза<sup>13</sup>. Что было бы сейчас, допустим, с такими известными «чудаками» и «странными людьми», как Д. Свифт, Л. Стерн, Льюис Кэрролл? Скорее всего, их ждала бы обязательная экспертиза с отрешением от должности по ее результатам. Их тексты, моделирующие «странные миры», были бы толькоотягчающим моментом социально-медицинской расправы, вы-

---

<sup>11</sup> На это указывает в своей работе «Генетика гениальности» В.П. Эфроимсон. В самом деле, если с высокой долей вероятности установлено, скажем, наследование абсолютного музыкального слуха, то почему бы вообще не вывести «формулу гениальности» – таков типичный ход мыслей в обыденном сознании родителей, желающих зачать если не гения, то талантливого ребенка. Отчасти отсюда же – популярность различных «школ гармоничного развития», предлагающих другой любопытный тезис: «все дети сами по себе гении, нужно только развивать их талант».

<sup>12</sup> «Сделать операцию – услуга. Вытащить с того света – тоже услуга» (один из врачей в диалоге с авторами).

<sup>13</sup> Речь здесь идет в первую очередь о психиатрических странностях, хотя, конечно, данный вопрос следует понимать значительно более широко.

ступая в качестве доказательств. В дальнейшем им пришлось бы уйти на «вольные хлеба» литературной работы, имеющей домашний характер и определяемой индивидуальными отношениями пишущего и издателя (или заказчика иного рода). Не случайно в кругах медиков и психологов распространено мнение, что К. Леонгард, создавая концепцию акцентуаций, преследовал не только цели чисто клинические (дальнейшее уточнение идей Э. Кречмера), но и социальные. Потрясенный, по-видимому, реальностью Второй мировой войны и евгенического экстремизма Третьего рейха, он создавал для «странных личностей» лазейку для того, чтобы избежать клинического диагноза, который квалифицировал бы их особенности как однозначную патологию. В этом случае Леонгард выглядит не только как подлинный гуманист, но и как человек, хорошо осознавший опасные стороны современной медиализации.

В заключение суммируем все вышесказанное. Учитывая скачкообразный, революционный характер развития науки и техники, можно ожидать, что противоречия между чисто техническими достижениями медицины и их философским осмыслением будут только нарастать. Вероятнее всего, при достижении определенного критического уровня, это может привести к очередной смене парадигм в медицинской философии и социальной медицине. Будет ли это смена только аксиологических концепций и пересмотр моделей лечебно-диагностического процесса, или парадигма коснется онтологии и гносеологии медицины, пока говорить трудно. В любом случае, будет это революция глобального или локального масштаба, ее следует расценивать как благо, поскольку только так мы можем говорить о развитии медицинской культуры. Глобальная медиализация культуры формирует медицину как все более значимый фактор культурной среды, а это неизбежно ведет как к двойственным последствиям (подчас просто полярным), так и к умножению сценариев поведения людей в ситуации адаптационной необходимости, которые реализуются при столкновении с медициной как профессией, социальным институтом и частью культурного экрана.

### **Список литературы**

1. Давыдовский И.В. Проблемы причинности в медицине (этиология). М.: Госмедиздат, 1962. 175 с.
2. Евстифеева Е.А., Рассадин С.В., Филиппченкова С.И., Иванов С.В. Инженер XXI века: конвергенция личностных, профессиональных и социально значимых компетенций в ситуации принятия решения // *Власть*. 2014. № 9. С. 32–36.
3. Евстифеева Е.А., Рассадин С.В., Филиппченкова С. И. Психологическая культура здоровья российской молодежи: ценностно-рациональные основания, рефлексивное управление, проектный подход // *Вестник Тверского госу-*



- дарственного технического университета. Сер.: Науки об обществе и гуманитарные науки. 2013. № 2. С. 5–11.
4. Лебедев В.Ю. «Профессор» как социально-культурный миф // Антропология академической жизни: Сб. М.: ИЭА РАН, 2013. С. 169–183.
  5. Лебедев В.Ю., Федоров А.В. К вопросу о мифологическом в медицинском дискурсе. Социолого-этнографический очерк // Вестн. Тверс. гос. ун-та. Сер.: Философия. 2014. № 3. С. 53–67.
  6. Лебедев В.Ю., Федоров А.В. Мифологизация образа врача в условиях социального освоения и институционализации медицины // Вестн. Тверс. гос. ун-та. Сер.: Философия. 2015. № 1. С. 53–67.
  7. Лоренц К. Восемь смертных грехов цивилизованного человечества // Обратная сторона зеркала. Восемь смертных грехов цивилизованного человечества. Так называемое зло. М.: Республика, 1998. 393 с.
  8. Самохвалов В.П., Гильбурд О.А., Егоров В.И. Социобиология в психиатрии. М.: Видар-М. 2011. 336 с.
  9. Сидоров М. Записки на кардиограммах. М.: Центрполиграф, 2012. 416 с.
  10. Хлыстова Н.А. Феномен медицинской культуры. Практико-логический аспект медицинской культуры // Бюл. сибирской медицины. 2008. № 3. С. 49–61.
  11. Чебанов С. В. Биологические основания социального бытия // Очерки социальной философии. СПб.: СПбГУ, 1998. С. 201–227.
  12. Чернышева И.В. Медицина в социокультурной динамике общества: дис. ... канд. филос. наук: 24.00.01. Волгоград, 2007. 180 с.
  13. Федоров С.П. Хирургия на распутье. Екатеринбург, Огни, 1926. 68 с.

## **MEDICALIZATION OF CONTEMPORARY CULTURE: MENTAL AND SOCIO-BIOLOGICAL ASPECTS**

**V.Yu. Lebedev\*, A.V. Fedoroff\*\***

\*Tver State University, Tver

\*\* Tver State Medical University, Tver

The contemporary society has entered into the period of total medicalization effecting not only the medical pathology and organization of healthcare sphere, but also the specifics of social behavior, social interactions, structure of expectations and preferences due to the fact that the disease has left the private domain and has become a social fact. Deepening of medicalization

should facilitate the transition to a new society pattern while the problems it entails should steadily intensify.

**Keywords:** *medicine, society, medicalization, eugenics, myth.*

*Об авторах:*

ЛЕБЕДЕВ Владимир Юрьевич – доктор философских наук, профессор кафедры социологии ФГБОУ ВО «Тверской государственный университет», Тверь. E-mail: Semion.religare@yandex.ru

ФЕДОРОВ Алексей Васильевич – студент ГБОУ «Тверской государственный медицинский университет», ассистент Лаборатории междисциплинарных биосоциологических и биофилософских исследований (Российское философское общество), Тверь. E-mail: doctorfedorov100@rambler.ru

*Authors information:*

LEBEDEV Vladimir Yurievich – Ph.D., Professor of the Department of sociology, Tver State University, Tver. E-mail: Semion.religare@yandex.ru

FEDOROFF Alexey Vasilievich – Tver State Medical University, student. Assistant of the laboratory of the multidisciplinary research in bio-sociology and bio-philosophy (Russian Philosophical Society), Tver. E-mail: doctorfedorov100@rambler.ru