

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ



003055257

На правах рукописи

A stylized handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke.

Аронсон Полина Яковлевна

Социальная интеракция и социальные сети в ситуации болезни

Специальность 22.00.04 - Социальная структура, социальные институты и процессы

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата социологических наук

Санкт-Петербург
2007

Диссертация выполнена на кафедре теории и истории социологии факультета социологии Санкт-Петербургского государственного университета

Научный руководитель: Доктор социологических наук, профессор
Иванов Дмитрий Владиславович

Официальные оппоненты: Доктор социологических наук, профессор
Хабибуллин Константин Нигматович

Кандидат исторических наук, доцент
Щепанская Татьяна Борисовна

Ведущая организация: Социологический Институт Российской
Академии Наук (Санкт-Петербург)

Защита состоится «24» марта 2007 года в 16.00
часов на заседании диссертационного совета Д 212.232.13 по защите
диссертаций на соискание ученой степени доктора наук при Санкт-
Петербургском государственном университете по адресу: 193060, г. Санкт-
Петербург, ул. Смольного, д. 1/3, 9-й подъезд, факультет социологии,
ауд. 324.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке им. А.М. Горького
Санкт-Петербургского государственного университета

Автореферат разослан «20» марта 2007 года.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат социологических наук



Н.В. Соколов

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы работы. Вторая половина XX века отмечена появлением новых социальных процессов и институтов, связанных с изменением характера заболеваемости населения во многих развитых странах¹. Медицина столкнулась с массовым распространением хронических заболеваний, часто не поддающихся окончательному излечению и существенно влияющих на образ жизни индивида и его социальные связи. Хронические больные и их близкие вынуждены повседневно самостоятельно справляться с болезнью и получать о ней необходимые знания. Одним из наиболее существенных социальных процессов в этой области становится появление в семидесятых годах XX века институционализированных групп взаимопомощи. Таким образом, медицина утратила монополию на экспертное знание о способах и методах лечения, передав часть своих функций общественным организациям, число которых в западных странах с каждым годом возрастает². Интеракция в этих группах является сегодня важнейшим источником информации для многих больных, зачастую заменяющим консультацию с профессиональным врачом.

На пост-советском пространстве процесс образования подобных формализованных групп взаимопомощи практически не наблюдается (или наблюдается в особых случаях, отдельно отмеченных в диссертации), что связано с рядом исторически сложившихся социально-экономических факторов, в частности, с отсутствием ресурсов и недостатком институционального доверия. В нашей стране реструктурирование отношений пациента с системой здравоохранения происходило за счет усиления роли неформализованных (приватных) сетей³, при этом введение рыночных отношений практически не повлияло на преобладание стратегий персонализации отношений врача и больного. До сих пор процессы создания формализованных и неформализованных форм взаимодействия в ситуации болезни рассматривались независимо друг от друга (в западной и в российской социологии, соответственно), однако в данной диссертации впервые делается попытка сравнить модели интеракции и структуру этих двух типов социальных сетей.

Степень разработанности темы. Интерес к социальным процессам и структурам, возникающим в ситуации болезни, появился в социологии в 1950-е годы. Т. Парсонс, впервые создавший социологическую модель изучения болезни, рассматривает больного как исполнителя определенной социальной

¹ Cockerham, W (ed). Readings in medical sociology - Upper Saddle River, New Jersey. Prentice-Hall - 2001. - 393p.

² Muller-Mundt, G. „Die brauch ich ja, das geht ja nicht weg“ Selbsthilfegruppen schmerzkranken Menschen aus Sicht der Betroffenen // Psychomed 2003 - V.15, №4 - S. 243-248, Gartner A., Riessman, F The Self-help Revolution. - 1984 - Human Sciences Press, NY - P 27-32

³ Ruvkin-Fish M. Woman's Health in Post-Soviet Russia - Indiana University Press - 2005 - 253 p.

роли⁴. Эта роль структурирована в соответствии с определенными правами и обязанностями: правом быть освобожденным от других социальных ролей, ответственности за свое состояние и обязанностью контролировать заболевание под наблюдением профессионалов. В основе концепции роли больного лежит представление о том, что именно экспертное знание медиков классифицирует индивида в качестве пациента, а так же определяет дальнейшие практики лечения. Однако, применение этой модели в поле показало, что обыденное знание играет не меньшую, а зачастую и большую роль в формировании стратегии поведения в ситуации болезни, определяет ее причины и способы лечения. Представление о дисбалансе власти между врачом и больным в этой концепции стало одним из оснований для критики Парсоновской концепции и подтолкнуло исследователей к проблематизации экспертного знания. В шестидесятые и семидесятые годы XX столетия медицина как область экспертного знания систематически подвергалась критике со стороны социальных исследователей: Эллиот Фрейдзон, Иван Ильич, Ирвин Зола критиковали институциональную структуру здравоохранения, авторитарные методы лечения, навязывание больным паталогизирующего дискурса, неравенство в доступе к услугам врачей и нарастающую зависимость общества от медицины⁵. Их работы можно рассматривать в ключе постмодернистской эпистемологической критики, которая сделала экспертное знание лишь одной из форм описания мира.

Таким образом, обыденное знание стало предметом изучения, а в исследованиях акцент сместился с изучения *роли больного* на его *идентичность*, поскольку это понятие в большей степени связано с представлением о знании больного и его практиках социальной интеракции. В частности, публикации авторитетного журнала *Sociology of Health and Illness* за всю его историю существования в полной мере отражают концептуальный сдвиг от функционализма Парсонса к социальному интеракционизму Гофмана, а затем и к этнометодологии биографий больных⁶.

Сдвиги в социологическом знании о болезни как социальном явлении отражают изменения в социальных процессах и структурах в области здравоохранения. Начиная с 1970-х годов в США и странах Западной Европы набирает силу движение за права больных. Появляются группы взаимопомощи, организации и формализованные сообщества, а информация о лечении и способах взаимодействия с институтами здравоохранения становится более доступной. Таким образом, демократизация экспертного знания повлекла за собой

⁴ Parsons, T. *The Social System* - Glencoe, IL: Free Press - 1953

⁵ Freidson, E. *Professional Dominance, the Social Structure of Medical Care* - New York: Atherton - 1970 - 242p, Illich, I. *Limits to medicine: Medical Nemesis the Expropriation of Health* - London - 1976 - 294 p, Zola, I. *Medicine as an Instrument of Social Control* // *Sociological Review* - 1972, №20 - pp. 487 - 504

⁶ Lawton, J. *Lay experiences of health and illness: past research and future agendas* // *Sociology of Health & Illness* - Vol. 25 Silver Anniversary Issue 2003 - P. 23-40

появление новых социальных структур, которые быстро привлекли к себе внимание социологов. В частности, драматургическая теория стигматизации Ирвина Гофмана одной из первых позволила проанализировать социальную интеракцию в группах взаимопомощи и организациях для пациентов⁷. Больной, согласно Гофману, осознает свое отличие от «нормальных здоровых» людей через интеракцию с ними. Другие больные выступают в роли «своих», как их называет Гофман, и создают универсум значений, в котором стигма является нормой или даже жизнеобразующим фактором. Гофман рассматривает стремление стигматизированных к объединению в группы и сети как естественный процесс, который связан с публичным характером стигмы. Это наблюдение, несомненно, является верным для тех сообществ, которые попали в поле зрения Гофмана: институционализированных групп и формальных организаций. Именно в этих социальных пространствах стигма становится ресурсом и жизнеобразующим принципом. Однако далеко не все социальные связи больных формализованы и публичны. Неформализованные сети, общение с друзьями и родственниками также являются важнейшим источником обыденного знания, влияющего на поведение в ситуации болезни.

Изучение неформализованных связей и приватного пространства индивидов в ситуации болезни непосредственно связано с понятием жизненного мира. Именно поэтому эти темы, как правило, рассматриваются в феноменологическом или этнографическом ключе. Большой вклад в развитие этого направления исследований внесли основатели «обоснованной теории» Ансельм Страусс и Барни Глезер, написавшие ряд работ о жизни с хроническим заболеванием, ставших классикой феноменологической социологии⁸. Антропологические исследования Артура Кляйнмана и Байрона Гуда раскрыли относительность норм поведения в ситуации болезни не только в разных культурах, но и в разных системах обыденного знания в рамках одной культуры⁹. Анализ социальных сетей в девяностые годы стал одним из инструментов оценки социального капитала общественных институтов¹⁰. В частности, наличие формализованных групп взаимопомощи среди хронических больных позволяет предположить высокий уровень институционального доверия в здравоохранении и социальной политике. Отсутствие или низкая выраженность сетей подобного типа свидетельствует о неразвитости

⁷ Гофман И. Стигма. Заметки об управлении испорченной идентичностью. Часть 1. Стигма и социальная идентичность. Часть 2. Контроль над информацией и социальная идентичность (главы 3-6). Перевод М.С. Добряковой // Социологический форум – 2001 - №1-4

⁸ Strauss, A., Glaser B. Chronic Illness and the Quality of Life – 1975 - St. Louis: CV Mosby – 160 p.; Glaser, B., Strauss A. Awareness of dying. - Chicago: Aldine Publishing Company. – 1965. – 305 p.

⁹ Kleinman, A. Patients and Healers in the Context of Culture - University of California Press – 1992. – 427 p.; Kleinman, A. The Illness Narratives. - Basic Books – 1988 - 284 p., Good, B. Указ соч.

¹⁰ Putnam R. Making democracy work: Civic traditions in modern Italy - Princeton, NJ: Princeton University Press - 1993. – 258 p.; Gibson, J. Social Networks, Civil Society, and the Prospects for Consolidating Russia's Democratic Transition // American Journal of Political Science – 2001 - Vol. 45, № 1 - P. 51 – 69; Rose, R. Getting Things Done in an Anti-Modern Society: Social Capital Networks in Russia // Studies in Public Policy, #304. Glasgow, Scotland: Centre for the Study of Public Policy, University of Strathclyde – 1998 – 32 p.

институционального доверия и о неформальных отношениях как функциональном эквиваленте государственных или коммерческих структур.

Резкое ухудшение состояния здоровья населения и стремительное сокращение продолжительности жизни в 90-е годы XX в. поставили перед отечественной социологией новые проблемы, в первую очередь, связанные с образом жизни россиян, ценностями самосохранительного поведения, а так же с доступностью медицинской помощи для всего населения. Ряд исследователей посвятили свои работы социологическому пониманию системы здравоохранения в современной России¹¹. Сегодня среди наиболее исследуемых вопросов – неравенство в доступе к медицинской помощи¹², трансформация профессии врача¹³, репродуктивное здоровье¹⁴. Исследования социальных сетей больных проводились в меньшем объеме, однако и по их результатам можно судить о роли социальной сети для принятия решения о поведении в ситуации болезни и, в частности, о стратегии лечения¹⁵. При этом в качестве объекта исследования рассматривались неформальные сети больных, поскольку именно они традиционно преобладают в пост-советской России¹⁶. Именно в неформальных сетях протекают практики самолечения, преобладающие в сегодняшней российской самосохранительной модели¹⁷, и именно неформальные сети часто являются источником знания в ситуации болезни.

В данном исследовании мы рассматриваем социальные сети в качестве социальных структур, определяющих процессы социальной интеракции в ситуации болезни, и связывающие индивида с институциональной структурой здравоохранения. Рассматриваются как формализованные, так и неформализованные сети, их внутренняя структура, ролевые модели взаимодействия в них и их взаимосвязь с различными социальными институтами.

¹¹ Хабибуллин К.Н. Медицинская социология. – СПб: СПбГУ – 2000 – 172 с.; Максимова Т.М. Современное состояние, тенденции и перспективные оценки здоровья населения – Москва PerSe – 2002 – 192 с.; Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет / Авт. Г.Е. Бесстремянная и др.; рук. С.В. Шишкин – Москва. ГУ ВШЭ. – 2004 – 196 стр

¹² Панова Л., Русинова Н. Неравенства в доступе к первичной медицинской помощи // СоцИс. – 2005. – №6. – С. 127-136., Сидорина Т., Сергеев Н. Государственная политика и здоровье россиян К анализу затрат домохозяйств на здравоохранение // Мир России – №2 – 2001 – С. 67 – 92,

¹³ Мансуров В., Юрченко О. Перспективы профессионализации российских врачей в реформирующемся обществе // Социс. – 2004. – № 1 – С. 66 - 77

¹⁴ Шилова Л.С. Трансформация женской модели самосохранительного поведения // Социс. – 2000 – №11 – С. 134-144, Кон И. Сексуальность и культура – СПб – 2004 – 104 с

¹⁵ Русинова Н., Браун Дж. Личные связи в системе здравоохранения и карьера болезни // Социологические исследования. – 1993 – № 3 – С. 30-36

¹⁶ Ledeneva, Alena V. Russia's Economy of Favours: Blat, Networking and Informal Exchange – New York. Cambridge University Press – 1998 – 235 p.; Lonkila, M. The social meaning of work: Aspects of the teaching profession in post-Soviet Russia // Europe-Asia Studies – 1998 – Vol. 50, Issue 4 – P. 699-713

¹⁷ Шилова указ соч., Brown J., Rusinova N. "Curing and Crippling": Biomedical and Alternative Healing in Post-Soviet Russia // ANNALS, AAPSS – 2002 – №583 – P. 161-170

Проблема исследования. В качестве проблемы нашего исследования рассматривается то, каким образом интеракция в социальных сетях двух типов (формализованные и неформализованные) воздействует на ценностные ориентации индивидов и модели их поведения в ситуации болезни.

На основе материала, полученного в ходе нашего исследования, мы делаем вывод о том, что различные типы социальных сетей – формализованные и неформализованные – производят, в свою очередь, различные ценности и стратегии поведения в ситуации болезни. Формализованные сети склонны к инструментальному пониманию роли больного и используют ее как ресурс во взаимодействии с институтами социальной политики. Формализованные сети также делают акцент на индивидуальной ответственности за здоровье и, говоря языком Ирвина Гофмана, «исправлении испорченной идентичности». В группах, образующихся в рамках формализованных сетей, возникает большая степень стратификации, причем стратификация эта основана на способности каждого из членов группы контролировать свое состояние и, соответственно, управлять испорченной идентичностью.

Неформализованные сети образуются не столько для взаимодействия с государственными институтами, сколько в качестве их функционального эквивалента. В связи с этим идентичность больного является в меньшей степени публичной и инструментальной. Нормы здоровья и болезни связаны в этих сетях не столько со способностью к демонстрации самоконтроля, сколько со способностью выполнять необходимые повседневные практики и исполнять традиционные роли.

На основе нашего материала и результатов ряда других исследований можно выделить еще одну закономерность: формализованные сети преобладают в обществах, где между гражданами и государством существует устойчивое институциональное доверие¹⁸. Неформализованные сети возникают в тех обществах, где институциональное доверие слабое, а государственные структуры нуждаются в функциональном эквиваленте. Самосохранительное поведение конкретных индивидов, таким образом, становится непосредственно связанным с проблемой институционального доверия.

Цель и задачи исследования. Исходя из заявленной нами проблемы исследования, определена следующая цель: определить взаимосвязь между

¹⁸ Putnam R. Making democracy work. Civic traditions in modern Italy - Princeton, NJ. Princeton University Press. - 1993. - 258 p

интеракцией в социальных сетях определенного типа (формализованных и неформализованных) и стратегиями поведения в ситуации болезни. Реализация этой цели включает в себя решение следующих задач:

1. Провести анализ теоретико-методологических подходов к формированию социальных общностей и интеракций в ситуации болезни. В частности, рассмотреть формирование социальных сетей как одну из форм социальной интеракции в ситуации болезни;
2. Выявить структуру сетей различного типа (стратификация и ее принципы, модели рекрутинга, взаимодействие с внешними институтами);
3. Определить взаимосвязь социальных сетей, формируемых в ситуации болезни, с институциональными структурами современного общества. Определить функции сетей различного типа (непосредственно функции, их исполнители, взаимосвязь функций сетей с функциями институтов системы здравоохранения);
4. Выявить ценностные ориентации (представления о здоровье и болезни), вырабатываемые в сетях различного типа, и определяющие индивидуальное поведение в ситуации болезни.

Объект и предмет исследования. В качестве объекта исследования рассматриваются как формализованные, так и неформализованные социальные сети, с которыми индивид взаимодействует в ситуации болезни. Основной задачей изучаемых нами социальных сетей является социальная поддержка индивидов в ситуации болезни (как хронической, так и острой). Социальная поддержка рассматривается как любая форма поддержки за исключением медицинского обслуживания и денежных компенсаций. В целом эта поддержка может быть обеспечена из четырех источников: государство, частный сектор, волонтерские организации взаимопомощи и неформальные отношения. Поскольку мы ставим своей задачей изучение формирования идентичности во взаимодействии людей, имеющих схожий социальный опыт, в нашем исследовании рассматриваются только волонтерские организации и неформальные отношения. Волонтерские организации – группы взаимопомощи, организации социальной поддержки и т.д. – определяются нами как формализованные сети, а частные неформальные отношения – как неформализованные. И те, и другие имеют схожие задачи: распространение информации; предоставление помощи; эмоциональная поддержка. При этом, формализованные сети выполняют еще одну важную функцию: они предоставляют институционализированный доступ к ресурсам государственной социальной политики, и в определенном смысле являются компонентами развивающегося гражданского общества. Неформальные сети также могут

облегчать доступ к государственным институтам, однако, не через институциональные, а частные связи.

Предметом исследования является социальная интеракция в ситуации болезни. Американские социологи Меканик и Волкарт в 1961 году определили поведение в ситуации болезни как «реакцию индивида на проявления симптомов, их оценку, восприятие и последующие действия»¹⁹. Таким образом, в центре этого подхода лежит отдельный индивид, отношение которого к своему телу, к медицине и к болезни культурно и социально сконструировано. Поведение в ситуации болезни является в связи с этим результатом социальной интеракции и нередко может рассматриваться как исполнение социальной роли. При этом, сама по себе болезнь также создает необходимость в новых формах социальной интеракции: как мы уже отмечали выше, необходимость в информации о своем заболевании и демократизация экспертного знания создают среду для взаимодействия больных со схожим опытом.

Методологические и теоретические основы исследования. Для анализа социальной интеракции в ситуации болезни нам кажется наиболее верным использовать одновременно три теоретических подхода, взаимно дополняющих друг друга: концепцию роли больного Толкотта Парсонса, концепцию стигмы Ирвина Гофмана и феноменологическую концепцию жизненного мира Альфреда Шюца. Принято считать, что жесткий системный подход Парсонса противоречит «мягкому» герменевтическому подходу Гофмана. Однако, с точки зрения нашей темы они имеют много общего: как Парсонс, так и Гофман рассматривают болезнь в качестве *девиации*, на которую общество реагирует, налагая на больного определенные санкции. Различия заключаются лишь в том, что по Парсонсу больной является исполнителем роли, а по Гофману – ее режиссером, противопоставление больного *нормальному* при этом остается неизменным. В связи с этим, как функционализм Парсонса, так и интеракционизм Гофмана, рассматривается нами критически, поскольку ситуация болезни предполагает не столько *исключение* и подавление больного, сколько его включение в повседневные практики и *нормализацию, интеграцию* особенно если речь идет о хроническом заболевании.

Анализ индивидуального социального самосознания рассматривается нами с точки зрения феноменологической концепции жизненного мира. На этом уровне анализа мы рассматриваем, как ситуация болезни повлияла на восприятие информантом пространства, времени и собственной деятельности. В качестве теоретической основы этого анализа мы используем концепт

¹⁹ Mechanic, D and Volkart, E Stress, illness behavior and the sick role // American Sociological Review 1961, 26, 52

множественности социальных миров Альфреда Шюца и работы медицинских антропологов.

Таким образом, привлекая различные теории для описания предмета нашего исследования, мы, в первую очередь, ориентируемся на *системный подход* в его широком научном понимании.

Социальная сеть рассматривается в качестве пространства социального взаимодействия индивида, формирующего поведенческие практики в ситуации болезни. Социальная сеть представляет собой совокупность индивидов, связанных друг с другом напрямую или через третьих лиц, и не обязательно знакомых друг с другом. Понятие социальных сетей сформировалось в 1960-70е годы благодаря работам Марка Грановеттера Клода Фишера, Элизабет Ботт и других социологов²⁰. Особый интерес для этих исследователей социальные сети представляли в качестве структур доступа к определенным социальным ресурсам: трудоустройству (Грановеттер), взаимной поддержки (Фишер), информации (Ботт) и так далее. В современной социологии подчеркивается особая роль социальных сетей в формировании доверия – как институционального, так и неформального. В частности, социальные сети рассматриваются как необходимое условие для формирования социального капитала²¹. В этом контексте выделяют сильные и слабые сети. Сильные сети представляют собой систему прочных личных связей (через дружбу или родство), в то время как слабые являются системой опосредованных знакомств, где социальное взаимодействие осуществляется через брокерство (посредничество). В качестве основных функций социальных сетей любого типа следует указать взаимную поддержку и обеспечение доступа к каким-либо ресурсам. В целом, можно выделить четыре ключевые характеристики социальных сетей:

- (1) Взаимодействие в сетях является избирательным: люди стремятся к общению с себе подобными, с теми, кто близок социально и, следовательно, обладает схожими идентичностями. Отсюда вытекает вторая характеристика:
- (2) Персонализация отношений: взаимодействие ориентировано на личность, а не на статус индивида.

²⁰ Granovetter, Mark S. The Strength of Weak Ties // American Journal of Sociology. – 1973 - №78, - P. 1360-1380; Granovetter, M. The Strength of Weak Ties: A Network Theory Revisited // Sociological Theory – 1983. - Volume 1. - P. 201-233, Fischer, C. To dwell among friends. personal networks in town and city. - University of California Press – 1982 - P. 1-15, 251-266, Bott, E. Family and Social Network. – 1957. –London: Tavistock. – 364p.

²¹ Coleman, J. Social capital in the creation of human capital // American Journal of Sociology. – 1988. – Vol 94. – P 95-120, Gibson указ соч.; Putman указ соч.; Tilly, C. Social movements and (all sorts of) other political interactions - local, national and international including identities // Theory and Society – 1998 - Vol 27, №4 – P.453-480

- (3) В социальных сетях практически отсутствует стратификация (или присутствует очень слабая)
- (4) Социальные сети не привязаны к физическому пространству и, наоборот, направлены на его преодоление.

Группы взаимопомощи являются слабо стратифицированными структурами, взаимодействие в которых является избирательным, направленным на конкретные аспекты идентичностей участников вне зависимости от их социального статуса и расположения в физическом пространстве. В связи с этим, для их описания мы применяем понятие социальных сетей, а не понятие группы. Представление о группе взаимопомощи как о группе – в социологическом смысле слова – не может дать нам всей полноты картины, поскольку позволит нам описать лишь те фрагменты взаимодействия ее членов, которые протекают лицом к лицу, и не сможет показать нам контекста, в котором такая группа существует. Непосредственное общение в группе является лишь частью сложного сетевого механизма социальной поддержки, выстраиваемого больными. Группы взаимопомощи образуются как единицы – или узлы сети – но не являются всей сетью.

Необходимо отметить, что это исследование не является попыткой выстроить модель сетевого взаимодействия. Социальные сети выступают в нашем исследовании не самостоятельным объектом исследования, а в качестве пространства взаимодействия индивидов в ситуации болезни.

Изучение указанных проблем проводится на основе анализа данных исследований, проведенных как отечественными, так и западными социологами, а также на основе эмпирических данных, полученных в ходе собственного качественного полевого исследования. В ходе полевой работы было проведено пять групповых и десять индивидуальных интервью. Интервью были обработаны и закодированы при помощи программы ATLAS. Помимо этого некоторые данные были получены из наблюдения, поскольку зачастую тема возникала в разговорах с различными людьми без всякой стимуляции со стороны исследователя; подобные нарративы были собраны в полевые дневники.

Научная новизна настоящей работы обуславливается новизной выводов, касающихся взаимосвязи социальных сетей, формируемых в ситуации болезни, с процессами трансформации современного общества:

1. На основе анализа теоретико-методологических подходов к формированию социальных общностей и интеракций в ситуации болезни дана характеристика существующих в социологии подходов;

2. Выявлены различия в структуре сетей различного типа (стратификация и ее принципы, модели рекрутинга, взаимодействие с внешними институтами) и в их функциях;
3. Определена взаимосвязь социальных сетей, формируемых в ситуации болезни, с институциональными структурами и процессами трансформации современного общества. Материалы исследования позволяют сделать вывод о том, что уровень институционального доверия в обществе в целом непосредственно влияет на состояние здоровья отдельных индивидов. Участие в формализованных сетях позволяет больным не только получить доступ к ресурсам социальной политики и здравоохранения, но и интернализировать ценность самостоятельного контроля над своим здоровьем, что является важнейшим условием улучшения качества жизни. В условиях демографического кризиса в современной России развитие этих ценностей является необходимым, однако низкий уровень институционального доверия не позволяет формализованным сетям развиваться, и самолечение, осуществляемое в неформализованной сети, остается преобладающей практикой. Представленные в работе результаты могут рассматриваться как поле для будущих исследований в области социального капитала и здоровья.
4. Создана классификация функций сетей различного типа (непосредственно функции, их исполнители, взаимосвязь функций сетей с функциями институтов системы здравоохранения);
5. Выделены различия в ценностных ориентациях (представлениях о здоровье и болезни), вырабатываемых в сетях различного типа, и определяющие индивидуальное поведение в ситуации болезни.

Научно-практическая значимость работы. Представленные в работе результаты могут применяться в социальной работе, в особенности, в создании некоммерческих организаций взаимопомощи.

Результаты исследования могут также применяться для совершенствования социальной политики, направленной на удовлетворение запросов потребителей услуг системы здравоохранения.

Материалы диссертации используются в разработанном мной учебном курсе «Власть, телесность, гендер: социология медицины» для студентов 3-4 курсов Смольного Института Свободных Искусств и Наук (курс отмечен грантом Curricular Research Center Центрально-Европейского Университета).

Структура работы. Диссертация состоит из введения, двух глав, заключения и списка литературы.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во Введении обосновывается актуальность темы, анализируется степень ее разработанности, формулируется цель и задачи исследования, определяются его методологические и теоретические основания, научная новизна и практическая значимость работы.

Первая глава «Социальная интеракция в ситуации болезни: теоретические подходы» посвящена анализу возникновения и эволюции теоретических подходов к изучению болезни как социального феномена, предполагающего специфические формы интеракции.

Первый параграф «Концепция роли больного Толкотта Парсонса: больной как пассивный исполнитель социальной роли» посвящен анализу модели «роли больного», предложенной Парсонсом в рамках его системной теории. Парсонс полагает, что болезнь нарушает привычный ход человеческой жизни и социальных отношений, и структурируется в общественной системе как особая *роль больного*, которую индивиду разрешается принимать только в случае, если болезнь легитимируется общепризнанной медицинской инстанцией. Эта роль характеризуется двумя правами и двумя обязанностями: права не исполнять прочие социальные роли и права не быть ответственным за свое состояние, а также обязанности поправляться и обязанности искать помощи у медицинского эксперта.

Наряду с самой концепцией роли больного анализируется и обширная критика этой модели.

Делается вывод о том, что роль больного не является нейтральным социальным статусом: она наделяет индивида определенными характеристиками и может принимать различные значения.

Во втором параграфе «Стигма: больной как активный режиссер социальной роли» представлен обзор теории стигматизации Ирвина Гофмана. Согласно Гофману стигма является публичным явлением и социальным ресурсом, что делает ее основанием для образования формализованных сетей и институционализированных организаций, занимающихся инвестированием этого ресурса в социальную политику.

Делается вывод о том, что понятие стигмы описывает важные процессы в формировании идентичности больного, но ориентируется, в основном, на публичную сферу. Для изучения приватного пространства больного и его

биографии необходимо задействовать феноменологическую концепцию жизненного мира.

Третий параграф «Феноменологическая концепция жизненного мира: ситуация болезни и жизненный мир» посвящен анализу хронического заболевания с позиций социологии Альфреда Шюца. Основываясь на феноменологической философии Эдмунда Гуссерля, Шюц полагал, что в жизненном мире - сфере дорефлексивного, непосредственно переживаемого опыта - находятся истоки и основания всех стабильных систем взаимодействия и социальных структур: они отражаются в нем и интерпретируются в опыте.

В качестве трех основных измерений жизненного мира Шюц указывает время, пространство и язык. Естественная установка деятеля предполагает, что восприятие этих трех измерений воспринимается всеми окружающими одинаково, через бодрствующее сознание. Однако для хронических больных эти измерения могут принимать иные значения, и их жизненный мир может не соответствовать естественной установке окружающих акторов.

Делается вывод о том, что жизненный мир индивида в ситуации болезни (в особенности – хронической) постоянно подвергается систематической деконструкции, и лишь специальные усилия и практики позволяют ему осуществлять понятные на обыденном уровне социальные действия.

В четвертом параграфе «Социальные сети как пространства интеракции в ситуации болезни» рассматривается связь между демократизацией экспертного знания и формированием социальных сетей. Глава начинается с анализа эпистемологического кризиса постмодерна, в результате которого экспертное знание, – в том числе, медицинское, - теряет свой приоритет перед знанием обыденным. В этом контексте подробно рассматривается генеалогия медицинского знания, осуществленная Мишелем Фуко в работах «Рождение клиники», «История сексуальности» и «История безумия». В параграфе рассматривается понятие власти у Фуко и его связь с генеалогией знания. В частности дается анализ того, как в медицинском дискурсе патологизация уступает место нормализации – самоконтролю и самодисциплине. Делается вывод о том, что пространства для осуществления этой нормализации через интеракцию со «своими» (говоря языком И. Гофмана) можно охарактеризовать как социальные сети, поскольку они включают индивидов со схожим социальным опытом и не являются иерархичными.

Далее рассматривается генезис изучения социальных сетей в социологии (работы М. Грановеттера, К. Фишера, Э. Ботт). Анализируется взаимосвязь

социальных сетей и социального капитала, на которую в конце 1990-х годов делают акцент Р. Путман, У. Гибсон, Р. Роуз.

В параграфе анализируются предпосылки формирования лишь небольшого количества формализованных сетей в современной России. В частности, отмечается невозможность создания таких организаций в эпоху Советской власти, которая надолго ограничила гражданскую инициативу в этом секторе. С другой стороны, отмечается особая роль неформализованных сетей в поздне-советский и пост-советский периоды. Анализируются функции этих сетей и их роль во взаимодействии индивида с государственными институтами. Делается вывод о том, что именно в рамках таких неформальных сетей, по большей части, осуществляется взаимная поддержка и воспроизводство идентичностей у хронически больных людей в современной России. Снижение уровня доверия к государственным структурам в целом, и к государственной медицине в том числе, создает ситуацию, в которой обыденное знание и информация, распространяемая в пределах сети, становится более значимой, чем научное знание клинической медицины. В таких условиях наиболее распространенными становятся практики самолечения, о росте распространенности которых свидетельствуют данные исследований, проведенных в России в течение последних лет.

В конце первой главы делается ряд Выводов:

1. Все три концепции позволяют изучать болезнь как социальное явление, при этом модели Парсонса и Гофмана рассматривают болезнь как девиацию, а феноменология Шюца позволяет проанализировать ее в контексте биографии больного
2. Все три концепции по-разному оценивают социальное действие, связанное с болезнью. У Парсонса больной является пассивным исполнителем своей роли, а у Гофмана и феноменологов – активным «режиссером».
3. Следует отметить смещение акцента с экспертного знания врача к обыденному знанию пациента и его окружающих, совершившееся в социологии медицины одновременно с появлением интереса к обыденному знанию в социологической науке в целом.
4. Исследование социальных сетей больных является закономерным шагом в исследовании их обыденного знания, поскольку оно предполагает анализ взаимодействия, основанного, в первую очередь, на сходном социальном опыте людей, принадлежащих к разным социальным группам.

Во второй главе «Образование формализованных и неформализованных сетей в ситуации болезни. Полевое исследование» представлены результаты полевого исследования.

Первый параграф второй главы «Методология и методика полевого исследования» содержит программу полевого исследования и описание методов анализа данных: проблему исследования, цель, задачи, описание объекта и предмета исследования, обоснование методов и справку об информантах.

Второй параграф второй главы «Формализованные социальные сети: интеракция в институциональном пространстве» содержит анализ факторов, влияющих на формирование идентичности в формализованных социальных сетях хронических больных.

Параграф начинается с анализа институциональной среды, в которой образуются формализованные социальные сети. Рассматривается краткая история становления формальных организаций пациентов, направления их деятельности; сравнивается ситуация в Германии и в России; дается анализ функций этих сетей. Взаимодействие больных с институтами государственной власти через формализованные сети рассматривается через концепцию роли больного. Роль больного выступает как институциональный контекст взаимодействия групп взаимопомощи – и их членов в отдельности – с организациями и учреждениями, ответственными за реализацию социальной политики.

Отдельно рассматривается то, каким образом права и обязанности больного реализуются в рамках общественного разделения труда.

Социальная политика в контексте здоровья и болезни может рассматриваться как биополитика, то есть политика воспроизводства «нормального» населения. Отмечается, что современная биополитика, появившаяся после падения диктаторских режимов, не стремится привести все свое население к единому образцу, как это было в условиях тоталитаризма, а наоборот, стремится к производству многообразных групп населения, каждая из которых воспроизводит необходимые для управления формы контроля. Таким образом, управляемое государством однообразие превращается в самоуправляемое многообразие. Формализованные группы взаимопомощи в этом контексте рассматриваются как структурные элементы этого пост-модернистского многообразия, необходимого для осуществления современной биополитики.

Далее рассматривается, каким образом формализованная сеть производит знание о «нормальном» и здоровом теле, определяющее практики поведения в ситуации болезни.

В качестве примера нормализации идентичности в формализованной группе приводится исследование случая **«Реконструкция маскулинности в группе страдающих болезнью Бехтерева»**. Маскулинность больных в этом кейсе очевидно существует в конфликте с их стигмой инвалидности. Реконструкция стигматизированной мужской идентичности проходит в контексте маскулинного же дискурса: информанты описывают свои отношения с болезнью как «войну», «покорение», «борьбу», «мужество», «преодоление». Отношения с болезнью описываются не через призму эмоционального восприятия, а как исключительно инструментальные и технические: существенную часть дискуссии информанты посвятили обсуждению подходящей мебели, предметов домашнего обихода и методов болеутоления. Делается вывод о том, что в соответствии с теоретической моделью Гофмана, группа вовсе не создает приватное пространство, но предлагает взамен другое публичное пространство, альтернативное клинической медицине, но воспроизводящее ее инвалидизирующий дискурс. Ценность «нормальности», которая описывается как «не-инвалидность» продолжает оставаться преобладающей, дистанцируя больных от их собственных тел, не позволяя им считать себя «нормальными» без оговорок и технических приспособлений. Отсюда мы переходим к самодисциплине и самоконтролю как основам взаимной типизации в формализованных сетях. Внутренняя стратификация в группах взаимопомощи связана со способностью их членов к контролю над своим состоянием, что напрямую связано с публичным характером формализованных сетей и их непосредственной задачей: помочь другим больным типизировать себя в качестве *нормальных людей*. Делается вывод о том, что самодисциплина и самоконтроль являются характеристиками, позволяющими поддерживать отношения равенства с институтами социальной политики и обладателями экспертного знания, и соответственно являются системообразующими для формализованных сетей.

В конце первого параграфа второй главы делается ряд выводов:

1. Образование формализованных социальных сетей является результатом демократизации экспертного знания в области медицины.
2. Формализованные социальные сети имеют четкую организационную структуру, а так же социальный ресурс в виде стигмы.
3. Основными функциями формализованных сетей являются, во-первых, демократизация экспертного медицинского знания и, во-вторых, осуществление социальной поддержки за счет привлечения этого

знания и взаимодействия с ресурсами социальной политики государства.

4. Основным процессом ролевого взаимодействия в формализованных сетях является реконструкция «нормальности», в которой больным отказано за пределами их сообществ.
5. Поскольку формализованные сети ставят своей задачей демократизацию медицинского экспертного знания, нормы здорового и больного, вырабатываемые в них, заимствуются из клинических показателей и практик.
6. Концепция роли больного может рассматриваться как функциональная модель управления стигмой.

Во втором параграфе второй главы «Неформализованные сети, проблема институционального доверия и распространение практик самолечения» выделены две основные функции неформализованных сетей, их структура и воздействие на идентичность больного. В качестве первой функции рассматривается обеспечение практик самолечения за пределами институциональных рамок здравоохранения. Отмечается противопоставление экспертного знания традиционному, сопутствующее выполнению этой функции, а также роль гендерной структуры неформализованной сети в производстве традиционного знания. Практики самолечения рассматриваются не только как результат материальной недоступности медицинских услуг, но и недоверия системе здравоохранения. В качестве второй функции выделяется формирование личных отношений между врачом и больным в рамках институциональной среды здравоохранения. Рассматриваются предпосылки к формированию этой функции в советскую эпоху. Констатируется повсеместное замещение институционального доверия личным, что характерно для пре-модернизированных обществ. Отмечается, что лечение посредством ресурсов неформализованной сети во многих случаях не может реально улучшить состояние здоровья индивида, поскольку не предоставляет доступа к тем ресурсам, которыми располагают лишь государственные институты. Таким образом, можно установить прямую зависимость между уровнем институционального доверия в обществе в целом и индивидуальным здоровьем каждого и его членов.

В исследовании случая «Русские студентки в Германии: практики лечения и восприятие немецких норм взаимодействия врача и больного» рассматривается, как опыт социализации в советской системе здравоохранения определил практики лечения эмигранток из СССР в новой стране. Переместившись из стран СНГ в Германию, они одновременно переместились из одной системы передачи экспертного знания в другую. Если в Советском Союзе контроль за здоровьем пациента осуществлял врач, то в Германии забота

о здоровье является ответственностью самих пациентов. В результате исследования делается вывод о том, что доверие исключительно патерналистской форме передачи экспертного знания не позволяет девушкам воспринимать немецких врачей как компетентных. Отношения между компонентами роли больного (врачом и пациентом, пациентом и окружающей средой и так далее) имеют непосредственное влияние на исполнение практик лечения. Изменение контекста взаимодействия врача и пациента, то есть распад патерналистской медицины, привело к превращению практик лечения в практики самолечения. Учитывая устойчивость ценностей самосохранительного поведения, делается предположение о том, что этот вывод можно распространить не только на эмигрантское сообщество, но и на модель поведения пациентов в России.

В конце параграфа делается ряд **выводов**.

1. В условиях институциональной неопределенности неформализованные сети являются основной *формой взаимодействия* в ситуации болезни и включают в себя как больных и их семьи, так и врачей.
2. Личное доверие является основным ресурсом, поддерживающим практики обмена в неформализованной сети.
3. Выделяются две основные *функции* неформализованных сетей, являющиеся одновременно способами преодоления институционального недоверия: (1) отказ от обращения за профессиональной медицинской помощью и, как результат, формирование практик самолечения и (2) формирование личных отношений между врачом и больным.
4. Ролевое взаимодействие в неформализованных сетях связано с оппозицией «публичное – приватное», «институциональное – личное».
5. Нормы здоровья и болезни в неформализованных сетях могут либо существенно отличаться от тех, которые приняты в клинической медицине, либо «подгоняться» под конкретного больного с учетом его или ее личностных характеристик.

В **Заключении** подводятся итоги исследования, формулируются основные выводы.

Положения и выводы диссертации нашли отражение в ряде публикаций.

Публикации в рецензируемых научных журналах:

1. Отказ от профессиональной медицинской помощи как следствие утраты доверия экспертному знанию врача и утрата доверия институциональной среде здравоохранения // «Известия Российского Государственного Педагогического Университета имени А.И.Герцена. Аспирантские тетради». – 2006, Вып.3, - стр. 5-9, 0.3 п.л.

2. Утрата институционального доверия в российском здравоохранении как одна из причин отказа от профессиональной медицинской помощи // Журнал социологии и социальной антропологии. – 2006, №2, - стр.120-131, 0.7 п.л.

Прочие публикации:

3. Что русскому хорошо, то немцу смерть. русские студенты в Германии о русских и немецких нормах медицины // Телескоп. – 2006, № 2 (56), - стр. 43-45, 0.5 п.л.
4. Хроническое заболевание и жизненный мир больного: социальные сети и повседневные практики // Тезисы доклада к семинару «Здоровье в изменяющемся обществе: дискурс, политика, повседневность современной России», 14-15 декабря 2005 г., Центр Независимых Социологических Исследований, Санкт-Петербург, - стр. 10, 0,1 п.л.

Подписано в печать 26.01.2007
Формат 60х84 1/16. Бумага офсетная. Печать офсетная.
Усл. печ. л. 1,2. Тираж 100 экз.
Заказ № 438.

Отпечатано в ООО «Издательство "ЛЕМА"»
199004, Россия, Санкт-Петербург,
В.О., Средний пр., д.24, тел./факс: 323-67-74
e-mail: izd_lemma@mail.ru