

## Трансформация культуры здоровья в цивилизационном процессе

### Аннотация

*Статья посвящена социологическому анализу здоровья как социокультурного феномена в историческо-цивилизационной перспективе. Актуальность данной тематики продиктована отсутствием в отечественной социологии системного представления о закономерностях трансформации культуры здоровья в ходе процесса цивилизации, поэтому цель предлагаемой работы — анализ характера и сущности изменений культуры здоровья в филогенетическом развитии человечества. На основе систематизации и синтеза корпуса теоретических подходов автор формирует концептуальную и инструментальную базу для социологического анализа культуры здоровья и, опираясь на применение сравнительно-исторического метода, рассматривает особенности культуры здоровья первобытного, традиционного, современного и новейшего общества. В статье показано, что основными трендами качественной трансформации культуры здоровья в процессе цивилизации являются изменение “локуса контроля здоровья”, а также рост на фоне цивилизационного продвижения ценности здоровья как явления sui generis.*

**Ключевые слова:** культура здоровья, процесс цивилизации, локус контроля здоровья, ценность здоровья

*“Не существует здоровья как такового [...], существует бесчисленное множество видов телесного здоровья”.*

*Ницше*

Всемирная организация здравоохранения в своей Конституции провозглашает наиболее высокодостижимое состояние здоровья одним из фундаментальных прав каждого человека. Да и в общем здоровье ныне считается одним из базовых параметров оценки развития человечества в целом: фактор здоровья является, в частности, одним из трех показателей, на базе которых в

ООН рассчитывается Индекс человеческого развития (Human Development Index). Таким образом, здоровье — это не только показатель субъективного состояния отдельного человека, но и индикатор явлений глобального масштаба. При этом здоровье и в качестве характеристики индивидуальной, и как черта социальных групп и категорий практически перманентно пребывает в состоянии риска: множество факторов различной этиологии (загрязнение окружающей среды, стрессогенность повседневной жизни и т.п.) представляют потенциальную угрозу для человеческого здоровья. Чтобы сохранить (или восстановить) здоровье, человек должен реагировать на эти факторы, определенным образом оценивая свои риски. А вот способы отношения к собственному здоровью определяются представлениями каждого человека о том, что такое состояние здоровья, и о том, какие факторы его определяют — ухудшают или наоборот благоприятствуют ему. Под углом зрения исследования необходимо учитывать то обстоятельство, что на разных этапах общественного развития и в разных культурах одной эпохи существуют свои представления о том, чем является здоровье, что на него влияет и насколько оно вообще важно. То есть речь идет об исторически и культурно различных типах представлений о здоровье и отношении к нему, о культуре здоровья, свойственной тому или иному общественному образованию. Феномен здоровья, таким образом, в его широком понимании — как современная культура здоровья — имеет историческое происхождение, вызревает на почве предыдущих цивилизационно-исторических образований. К сожалению, в отечественной социологической литературе в целом системный анализ явления здоровья именно в такой плоскости представлен недостаточно. Учитывая это, предлагаемая статья имеет целью приблизиться к более глубокому пониманию генезиса культуры здоровья в процессе развития человечества. Системное представление о закономерностях трансформации культуры здоровья служит предпосылкой основательного осмысления дискурса культуры здоровья в современном обществе, что, в свою очередь, является необходимым фундаментом для любых действий в отношении здоровья — как на индивидуальном, так и на общественном уровне.

### ***Здоровье как социокультурный феномен***

На первый взгляд понятие здоровья представляется весьма прозрачным и понятным: пожалуй, каждый человек интуитивно понимает, что такое здоровье: мы чуть ли не ежедневно говорим о здоровье, регулярно желаем его своим близким, родным и знакомым и, без сомнения, считаем чем-то ценным и стоящим того, чтобы о нем заботиться. Однако когда речь идет о каких-либо конкретных показателях и исчерпывающих определениях здоровья, как правило, возникают трудности. Существует целый спектр дефиниций здоровья: в мировой научной литературе можно найти более 80 определений понятия “здоровье” в качестве сущностной черты человека (см.: [Первомайский, 2003]). Некоторые определения ощутимо сужают и конкретизируют здоровье как феномен, другие, напротив, предлагают рассматривать это явление в более общих терминах; много значит также предмет научного поиска и цель, которую ставит перед собой исследователь. Для меня сейчас важно не столько отыскать или разработать исчерпывающее определение феномена здоровья, сколько выявить те элементы более широкого со-

циального и культурного контекста, формирующие в совокупности культуру здоровья общества на той или иной ступени цивилизационного развития.

Чтобы сформировать комплексное представление о сущности культуры здоровья, мне придется найти концептуальную опору в известных теоретических подходах, которые позволят нам обосновать социальную природу феномена здоровья. Учитывая исследуемую проблематику, сфокусируюсь на концепции *дискурсов Фуко, феноменологической социологии Шюца, этно-методологии Гарфинкеля, социологии знания Бергера и Лукмана* и на *социальной драматургии Гоффмана*. Из всего объема наработок указанных исследователей имеет смысл очертить лишь те теоретические конструкты, которые дают возможность более основательно прояснить именно вопросы социального конструирования здоровья.

Итак, согласно взглядам Фуко, человек в определенной мере обречен на существование по тем правилам, которые ему диктует общество. Главная идея здесь заключается в том, что деятельность индивида совершается в рамках того или иного общественного дискурса, определяющего, что будет делать, говорить и даже думать индивид: ведь основоположные коды любой культуры, которые, по мнению Фуко, управляют ее языком, ее схемами восприятия, ее обменами, ее формами выражения и воспроизводства, ее ценностями, иерархией ее практик, определяют для каждого человека эмпирические порядки, с которыми он будет иметь дело и в которых будет ориентироваться [Фуко, 1994]. В разрезе культуры это означает, что в обществе на конкретном этапе его развития существует свой *дискурс здоровья*, задающий определенное пространство (поле с четкими границами) для деятельности индивидов применительно к их здоровью. Оно кодифицируется определенными языковыми средствами, встраивается в определенные схемы восприятия, приобретает определенное социальное значение и определенную ценность. Кроме того, формируются практики (конкретные социальные действия), связанные со здоровьем (в частности: практики лечения и исцеления, “мода на здоровье”, некий спектр профилактических мер и т.п.). Таким образом, схема Фуко позволяет нам получить своеобразный срез культуры здоровья в обществе, то есть представление о сути, месте и роли здоровья в социальном пространстве этого общества на конкретном этапе цивилизационного процесса. То есть, во-первых, имеется набор конкретных доступных показателей (критериев), используемых для определения того, чем является здоровье, в том числе объективные (внешние) признаки, указывающие на здоровье/нездоровье; во-вторых, существуют определенные представления о факторах, которые детерминируют состояние здоровья (нездоровья).

В соответствии с принципами феноменологической традиции люди классифицируют свой эмпирический опыт в виде вещей, обладающих типичными характеристиками. Используя типизации, человек может взаимодействовать с другими людьми, будучи уверенным, что видит мир так же, как другие [Шюц, 1988]. Экстраполируя это на нашу проблематику, получаем ситуацию, в которой люди, воспринимая тот или иной критерий здоровья (или симптом нездоровья)<sup>1</sup> или соприкасаясь с определенным факто-

<sup>1</sup> Слово “симптом” в данном случае следует трактовать не в медицинских терминах, а скорее как критерий (признак) состояния здоровья в целом.

ром, который, по их представлениям, может влиять на здоровье, должным образом осуществляют его типизации и приходят к убеждению, что воспринимают его так же, как другие. То есть формируется некий *интерсубъективный опыт восприятия здоровья* как явления. Для нас феноменологический подход полезен именно благодаря концепту интерсубъективности. Дело в том, что важным компонентом культуры здоровья как таковой, по моему мнению, помимо ряда “объективных” признаков (которые в основном объясняются на основании концепта дискурса), является субъективное восприятие здоровья каждым отдельным индивидом. Наконец, здоровье (или нездоровье) — это по своей сути индивидуальная характеристика человека, переживаемая персонально: в зависимости от восприятия определенных объективных признаков своего состояния человек может чувствовать или не чувствовать себя здоровым. И в этом случае, согласно тезису взаимных перспектив, являющихся, по словам Шюца, объяснением интерсубъективности, “происходит формирование такого знания об объектах и их характеристиках (актуально познанных “мною” и потенциально познаваемых “тобой”), которое выступает как знание “каждого”; оно представляется объективным и анонимным, то есть отделенным и независимым от индивидуальных определений ситуации” [Шюц, 1988: с. 131]. Важно также подчеркнуть значение двух постулатов, на которые опирается тезис взаимных перспектив: постулат взаимозаменяемости точек зрения и постулат совпадения систем релевантностей. Опираясь на них, мы можем говорить, что объекты и явления представляются не как уникальные (разные с точки зрения разных индивидов), а как типичные — независимые от индивидуальных биографических ситуаций [Шюц, 1988]. То есть, опять-таки возвращаясь к вопросу культуры здоровья, в ситуации обнаружения у себя каких-либо признаков нездоровья или соприкоснувшись с определенными факторами, которые могут его обусловить, я буду воспринимать их так, как другие, и буду действовать в этой ситуации так, как другие. Здоровье, таким образом, становится не просто сугубо субъективным переживанием, но и определенным социальным опытом — деперсонализированной социальной реальностью.

Этнометодология насыщает нашу теоретическую почву анализа весьма плодотворным понятием фоновых ожиданий. Они придают повседневным житейским пейзажам знакомый привычный характер и соотносят эти ожидания с устойчивыми социальными структурами повседневных занятий [Гарфинкель, 2002: с. 45]. Опираясь на концепты этнометодологии, можно говорить о само собой разумеющейся, привычной и “практической рациональности” того социального порядка, который сложился в данном конкретном обществе. Понятие фоновых ожиданий и вообще “локального продуцирования социального мира” дает основания рассматривать существующие тренды и устойчивые социальные институты здоровья на уровне конкретной личности. То есть каждый индивид в течение своей жизни оказывается вовлеченным в определенные социальные действия, тем или иным образом связанные со здоровьем и, в определенной мере, продиктованные существующим социальным порядком, и воспринимает эти действия как *манипуляции* с его собственным здоровьем.

Дискурс здоровья и феноменологический интерсубъективный опыт переживания состояния здоровья/нездоровья можно, на мой взгляд, конструктивно дополнить концептом “компетентного индивида” в терминах со-

циологии знания. В частности, важным компонентом всего социального знания, по мнению Бергера и Лукмана, позаимствовавших ключевую идею Шюца, является “знание рецептов”, которое сводится к практической компетентности индивидов в повседневных делах [Бергер, Лукман, 1995]. Это означает, что индивиды знают, что делать, как поступать в ситуациях, когда они соприкасаются с элементами общественного дискурса здоровья и/или своими субъективными ощущениями, связанными с переживанием различных состояний здоровья. Кроме того, на почве социологии знания, мы выходим на важный момент, связанный с прагматической дифференциацией этого знания: каждый знает столько, сколько ему нужно знать для того, чтобы эффективно и успешно выполнять свою роль в обществе [Бергер, Лукман, 1995]. Этот аспект будет особенно полезным, когда речь пойдет о дифференциации ролей в контексте знаний о здоровье, ведь они распределены между членами общества неравномерно: кто-то знает о здоровье больше и является специалистом (например, врачом), кто-то знает меньше, а значит, будет нуждаться в квалифицированной помощи (к примеру, будет пациентом).

Отдельное место в синтезированной здесь теоретической картине культуры здоровья следует отвести социально драматургическому подходу. Наиболее полезным в рамках данной статьи является, в частности, концепт *стигмы*<sup>1</sup>. Согласно Гоффману, общество устанавливает определенные способы катетеризации людей и определяет набор характеристик, считающихся нормальными и естественными для каждой из категорий. В ситуациях, когда индивид выходит за эти рамки нормальности, он приобретает статус в той или иной степени неполноценного (*tainted, discounted*) человека, “недо-человека”, то есть стигматизируется [Goffman, 1986]. Таким образом, социальная драматургия обеспечивает теоретический базис для анализа здоровья в терминах нормы и отклонения, подвергающегося стигматизации. Наконец, представления о том, что такое здоровье и кто является здоровым, невозможны без представлений о противоположном. Соответственно, нездоровый индивид (группа индивидов) будет как-то выделяться в обществе и определенным образом дискриминироваться.

Опираясь на концептуальные основы рассмотренных теорий, можно резюмировать, что каждое общество *генерирует собственную культуру здоровья, элементами которой являются:*

- определенный набор дискурсивных признаков, свидетельствующих о состоянии (хорошем или плохом) здоровья того или иного индивида и приобретающих определенное социальное значение и определенную ценность;
- совокупность представлений о факторах здоровья и, соответственно, нездоровья;
- конфигурации конструирования здоровья как нормы, а нездоровья — как отклонения от нее и связанные с этим стигматизация и дискриминация;
- распределение в обществе корпуса знаний, связанного со здоровьем.

Таким образом, концепт дискурсов, социология знания и социальная драматургия оказываются для нас теми концепциями, которые позволили

<sup>1</sup> С древнегреческого *στίγμα* — знак, тавро, татуировка, пятно, отметина.

определить непосредственные категории анализа и создали инструментальную базу для дальнейших рассуждений. Напротив, феноменологическая традиция и этнометодология в значительной мере играют при этом роль концептуальных основ анализа, поскольку дают возможность вывести личностные переживания здоровья из “сферы компетенции” социальной психологии и рассматривать их применительно к макросоциальным структурам.

***Процесс цивилизации:  
концептуальное видение и операциональное применение***

В рамках этой статьи теоретической основой видения цивилизации послужила концепция, предложенная Н.Элиасом. Суть ее состоит в том, что цивилизация рассматривается как процесс одновременной исторической эволюции (трансформации) макросоциальных и личностных структур. На уровне общества происходит создание устойчивых централизованных институциональных систем (в том числе связанных с проблемами здоровья); на уровне личности происходит “укрощение аффекта”, то есть возрастание необходимости индивидуального самоконтроля со стороны каждого отдельного члена общества (главным образом в отношении своего здоровья) [Елиас, 2003]. Таким образом, мы будем говорить о феномене цивилизации как общесоциального общественного развития, и такое понимание будет служить для нас основоположной почвой анализа цивилизации как фактора трансформации культуры здоровья. Чтобы иметь возможность более основательно изучить тенденцию трансформации культуры здоровья, следует выделить конкретные эмпирические компоненты цивилизации, то есть осуществить операционализацию этого понятия. В данном случае это не будет означать исчерпывающего “расчленения” этого явления на отдельные элементы. Скорее речь пойдет об определении определенных вех цивилизации, которые можно проинтерпретировать как поля развития и функционирования культуры здоровья того или иного характера (идеального типа). За основу периодизации исторически-цивилизационного развития возьмем подход известного американского социолога и футуролога Элвина Тоффлера, который говорит о трех “волнах” в процессе развития общества: аграрной волне и переходе к земледелию, индустриальной волне и промышленной революции, а также информационно-формационной волне и формировании общества, основывающегося на знаниях и технологиях [Тоффлер, 1999]. При этом Тоффлер подчеркивает, что каждая волна в основном уничтожала более ранние культуры и цивилизации и заменяла их таким образом жизни, который был бы непостижимым для людей, живших в предыдущие эпохи. Исходя из концептуального видения цивилизации как процесса параллельной эволюции макро- и микросоциальных структур, аналитически его можно разделить на следующие периоды: первобытное (доаграрное), традиционное (аграрное), модерное (индустриальное) и постмодерное (информационное) общества. Следует отметить, что приведенный способ операционализации концепта цивилизации является идеально-типичным, и границы между разными типами обществ весьма условны: в этом исследовании я прибегаю к подобной типологизации в целом органичного и непрерывного цивилизационного процесса только для того, чтобы иметь возможность вычленить определенные тенденции развития и трансформации феномена культуры здоровья.



### *Эволюция культуры здоровья в процессе цивилизации*

Когда мы говорим о *первобытном обществе*, вряд ли можно утверждать, что понятие здоровья здесь четко выражено и артикулировано. Гораздо равномернее в этом случае рассматривать дихотомию “здоровье — нездоровье” в более общих терминах добра и зла. Например, у представителей племени Гнау из Новой Гвинеи, чьи практики и верования, связанные со здоровьем, были задокументированы Гилбертом Льюисом (1975, 1976, 1980 и 1986), состояние нездоровья, включая телесные нарушения, обозначается словом “wola”, которое также означает “злой”, “несчастный”, “вредный”, “запрещенный”, “потенциально опасный” и т.п. [Stacey, 1998: p 18]. Можно видеть, что здесь критерии определения здоровья весьма абстрактны. Но несмотря на всю аморфность понятия здоровья в примитивном обществе, непосредственно само состояние здоровья (общего благополучия) можно считать здесь нормальным и типичным, тогда как нездоровье (болезнь, увечье и т.п.) становятся основанием для стигматизации. Уже в архаические времена человек с явными признаками нездоровья просто выпадал из обычного социального порядка жизни: его довольно часто ритуально воспринимали как опасность для общества, и соответственно, к нему относились по-особому [Чеснов, 1998]. Наряду с тем, что знания о здоровье и связанные с ним практики были более-менее равномерно распространены в обществе, существует определенная специализация деятельности в отношении здоровья. Так, специальную инициацию, лечение ран и болезней, использование лекарственных растений, физио- и психотерапию, приемы хирургии и мануальной терапии осуществляли “квалифицированные” маги, знахари, колдуны и др. [Бродянский, 2003: с. 42].

Если же говорить о культуре здоровья данного типа общества на уровне цивилизационной перспективы в направлении “укрощения аффекта”, увидим, что для манипуляций с состоянием своего здоровья человек должен скорее овладеть некими внешними (естественными и сверхъестественными) стихиями, нежели каким-то образом контролировать себя. Его контроль не является *самоконтролем*, цель которого — состояние здоровья (благополучие), это скорее контроль, направленный на взаимодействие с внешними факторами, детерминирующими это состояние. В данном контексте важно отметить, что в первобытные времена превалируют внешние факторы смертности [Безруких, 2003]. Вполне логично, что “ответственность” за состояние здоровья возлагается на экзогенные, независимые от воли индивида обстоятельства. В мире, наполненном духами, в мире, где господствует анимистическое мировосприятие [Фрейд, 1997], все, в том числе здоровье (благополучие) индивида, зависит от всевозможных стихийных сверхъестественных сил. Опираясь на свой способ мировидения, первобытный человек к “вопросам здоровья” подходил через магию, фетишизм и тотемизм [Сорокина, 1992]. Поэтому от болезней (нежелательных влияний внешних стихий) человека защищали священные животные, предметы, талисманы, амулеты и пр.

С приходом на арену цивилизационного развития *традиционного (аграрного) общества* происходят существенные изменения в параметрах культуры здоровья. Прежде всего аграрная эпоха предлагает новые представления о факторах (детерминантах) состояния здоровья. В противовес первобытному порядку, при котором здоровье человека полностью зависит

от внешних по отношению к нему и более могущественных, чем он, сил, в традиционном обществе человек начинает осознавать, что своими действиями может влиять на него. Более того, появляется само понятие “здоровье”, которое, впрочем, наполняется разным содержанием на протяжении периода традиционного общества. К тому же, будучи привязанной к конкретной территории, человеческая общность генерирует определенные специфические факторы, детерминирующие состояние здоровья ее членов.

Более утонченным и разнообразным становится комплекс знаний о том, что нужно делать, чтобы быть здоровым, и каким образом определять состояние здоровья человека. Своеобразным фундаментом знаний о здоровье — в основном о телесном здоровье как состоянии, подлежащем человеческому влиянию, можно считать античную традицию. Именно в Древней Греции возникла “культура себя”, используя термин Фуко, которая предполагала созидание себя, обретение как можно большей власти над собой и другими силами, которые могут оказывать влияние на индивида. Основными средствами, позволявшими реализовывать культуру себя, провозглашали философию и *медицину* [Фуко, 1998]. И постепенно именно медицина становится тем инструментом, который преимущественно и будет поддерживать определенное состояние здоровья индивидов. Предметом же медицины и, соответственно, ее рамками становится пораженное болезнью человеческое *тело* [Hoffman, 2003]. Согласно тогдашним представлениям о здоровье, которое понимают как отсутствие телесных недостатков, формируется также видение определенного режима, который следует соблюдать, чтобы быть здоровым. Этот режим предполагает диету, физические упражнения, определенный режим сексуальной активности и т.п. [Фуко, 1998].

Античная традиция, безусловно, послужила своеобразным фундаментом для восприятия здоровья в его телесном (физиологическом) проявлении. Однако традиционное общество как этап цивилизационного процесса в контексте рассмотрения нашего предмета чрезвычайно важно под углом зрения религиозного мировоззрения, присущего этому обществу. Поэтому весомым вкладом в трансформацию культуры здоровья от первобытного до аграрного общества, на мой взгляд, является переход к восприятию здоровья в терминах религиозных установок и предписаний. Отныне источники состояния здоровья (нездоровья) — не неведомые сверхъестественные силы (духи), а различные божественные причины. То есть болезнь приобретает смысл божественного наказания за человеческие грехи [Porter, 1999: с. 20]. Вполне справедливо, таким образом, говорить о том, что человек в каком-то смысле получает возможность манипулировать собственным состоянием здоровья: чтобы быть здоровым, нужно придерживаться определенных правил (заповедей) — не грешить.

В связи с новыми тенденциями трансформации культуры здоровья, возникающими в период традиционного общества, по-новому оформляется и социальная стигматизация нездоровья. Теперь больной человек — не просто другой, это грешник, тот, кто живет супротив законов Божьих. В условиях, когда здоровье наполняется морально-духовным смыслом, вполне закономерно, что знания, связанные со здоровьем, а также конкретные практики (лечение, исцеление и т.п.) переходят в ведение духовенства. Так, уже в период поздней античности со становлением христианства уход за больными становится предметом особой заботы церкви: первые больницы, основан-



ные светскими лицами в европейских городах, появились только в XII веке, но и они до самой середины XIII века обычно находились в ведении монастырских орденов [Марчукова, 2003]. Довольно важным моментом здесь является то, что весь пласт знаний о здоровье, который начинает оформляться в виде медицинских знаний, концентрируется преимущественно в высших (элитных) общественных слоях: заботиться об индивидуальном здоровье долгое время могли позволить себе лишь самые богатые и образованные люди, и для них это было своеобразным культом [Porter, 1999: p.10]. “Здоровый образ жизни”<sup>1</sup>, в принципе, зародился как привилегия для избранных. Влиять на состояние здоровья, то есть иметь доступ к лечению как специализированному сервису, с самого начала могли главным образом высшие общественные слои. Большинство населения никогда не видело врачей [Fabian, 2009]. Наряду с этим постепенно развивается традиция обеспечения общего здоровья, в частности для наиболее неблагополучных слоев общества, и эта деятельность практикуется церковью как благотворительная [Porter, 1999: p.19–20]. Возникает, казалось бы, парадоксальная ситуация, когда богатые фактически оплачивают лечение бедных. Фуко назвал это своеобразным соглашением между бедностью и богатством: оплачивая лечение бедняков, в действительности богатый платит за то, чтобы лучше были изучены болезни, которыми он сам может заболеть [Фуко, 1998: с. 136–137].

В итоге аграрное общество как новый виток цивилизационного процесса артикулировало здоровье как конкретную сущность. Свойственное ему религиозное мировоззрение позволило человеку в большей мере приобщиться к конституированию собственного здоровья. Это дает основания утверждать, что растет необходимость индивидуального самоконтроля. Наряду с этим происходит своеобразная диффузия знаний о здоровье и распространение его ценности в общественном сознании. Будучи одно время привилегией отдельных социальных страт, забота о здоровье постепенно приобретает всеобщую ценность. Таким образом, формируется “институциональный штаб” здоровья (который на первых порах оставался частью церковной структуры), а это указывает на то, что здоровье начинает приобретать черты отдельного социального института.

В *индустриальном обществе*, пришедшем на смену традиционному, со свойственным ему технократическим (позитивистским) стилем мышления, здоровье и болезнь окончательно перестают быть сферой действия сверхъестественных или божественных сил. Всеобщая рационализация западного общества в конце XVIII — в начале XIX века обрела новый объект исследований и контроля — само человеческое тело [Turner, 1999: p. 161]. Болезнь во времена модерна была расколдована, проанализирована и патологизирована. Теперь она — всего лишь определенное движение тканей в реакции на раздражитель [Фуко, 1998: с. 285] (кстати, вполне конкретный и эмпирический — вирус, инфекция, травма и т.п.). Но чтобы освободиться от

<sup>1</sup> В понятие “здоровый образ жизни” в данном контексте не следует вкладывать современное содержание, отсылающее нас к нормам гигиены, питания, физической активности и т.п. Разумеется, в традиционном обществе уже накоплены определенные знания о том, как человек должен жить, чтобы быть здоровым, однако здесь речь не идет об индивидуальном образе жизни, который сам (своим образом жизни, своими привычками и др.) создает собственное здоровье.

нездоровья, используются вполне конкретные средства — медикаменты. Следует также отметить, что с переходом от традиционного к современному типу общества происходит передача дел, связанных со здоровьем, в руки специалистов, не имеющих непосредственного отношения к церкви и религии, а это означает не что иное, как институционализацию профессии врача, который отныне становится главным источником знаний во всем, что связано со здоровьем. Причем создание отдельного официального “рабочего места” врача в социальной структуре общества оказывается, в итоге, результатом отдельных национальных государственных политик. Первые попытки институционализации системы здравоохранения — это примеры абсолютных монархий Пруссии и Франции [Фуко, 1998: с.8].

В действительности здоровье как государственная политика (биополитика) — вопрос, требующий отдельного рассмотрения. В этом случае, полагаю, находит выражение сформулированный Фуко принцип эффективной власти государства, опирающейся на одновременную генерализацию и индивидуализацию. Оказывается, что здоровье — это личное дело каждого и одновременно вопрос национального масштаба. То есть латентно и очень успешно осуществляется контроль над членами общества, причем они сами действуют в качестве контролеров. Однако, с другой стороны, возникает проблема, связанная с тем, что в обществе существуют “специалисты здоровья”, которые благодаря своей информационной закаленности и компетентным преимуществам фактически становятся теми, кто управляет жизнью других. Система здравоохранения в определенной мере превращается в религию современного общества. Благодаря новообразованному дискурсу “неопределенной нормальности” мало кто может считаться полностью здоровым, и каждый, соответственно, становится потенциальным пациентом, а значит, попадает в поле контроля, оценки рисков и внешнего вмешательства [Dew, 2007]. Ситуация с государственной политикой здоровья в современном обществе в этом плане очень напоминает ситуацию с церковной политикой здоровья в обществе традиционном. Дело в том, что государственную медицину, в определенных рамках, можно считать следствием стремления элиты защититься от “опасных слоев” [Pinell, 1996]: гигиена, санитария, необходимость быть здоровым (не иметь болезней) стала аргументом, а образование<sup>1</sup> — инструментом в пользу того, что нужно “медикализовано” воспринимать собственное тело, стать личным ассистентом своего потенциального врача.

Такое смещение акцентов восприятия здоровья ведет, наряду с прочим, к модификации проявлений социальной стигматизации. Теперь уже больной — не столько “проклятый”, сколько “грязный”, социально опасный, учитывая само его физическое присутствие — заразный.

В целом же в современном обществе человек получает еще больше возможностей для активного участия в собственном здоровье. Имеется в виду то, что представления об источниках здоровья как экзогенных и независимых факторах сакрального характера постепенно перемещаются в сферу пред-

---

<sup>1</sup> Наряду с системой здравоохранения контроль над здоровьем также связан с системой образования. Так, современное общество путем внедрения массового всеобщего образования фактически продуцирует индивида, обязанного заботиться о своем здоровье, в частности соблюдать правила гигиены и т.п.

ставлений о том, что факторы нездоровья являются вполне эмпирическими и могут быть предметом научного знания. Болезни начинают восприниматься не только как последствия внешних условий, но и как результаты антропогенных, то есть сгенерированных самим человеком, факторов. В частности, до второй половины XIX века болезни (в том числе массовые — эпидемии) не связывались с фактором “личных нездоровых привычек” [Pinell, 1996: р. 3]. Однако постепенно такие факторы, как условия проживания и работы, личная гигиена и т.п., получают статус предпосылок здоровья. То есть чтобы быть здоровым, человек во все большей степени должен прибегать к самоконтролю (регулировать свою аффективность). Интересно, что в таких условиях (когда ответственность за здоровье начинают возлагать на отдельного индивида) здоровье людей и здоровье наций получают статус дела государственного значения: кто-то должен на самом высоком уровне обеспечивать условия для максимального контроля факторов здоровья, не связанных с личным стилем жизни, в частности, кто-то должен решать проблему тех самых “опасных слоев”, о которых говорилось выше.

Наконец, по мере приближения общественного развития к информационному (современному) этапу в сфере вопросов здоровья все меньше места остается для независимых от человека факторов. В соответствии с нынешними представлениями, здоровье человека детерминируется четырьмя основными факторами: биологией (генетикой), окружающей средой (экологической ситуацией), институтами здравоохранения и, что для нас важнее всего, *стилем жизни* [Lalonde, 1974]. Причем последний фактор становится все более весомым. Новый виток развития индивидуализма, о котором говорят постмодернисты, порождает нарциссическую личность, которая ежедневно строит свою жизнь в заботах о собственном здоровье: гигиена, ритуалы ухода за собой (массаж, сауна, спорт, соблюдение режима) и прочее формируют модус существования такой личности [Жеребецкая, 2009].

Наряду с этим происходят генерализация понятия здоровья и отход от свойственных модерну медикализированных представлений о нем. Так, в преамбуле Устава ВОЗ утверждается, что “здоровье — это не отсутствие болезни как таковой или физических или психических недостатков”, а состояние полного физического, душевного и социального благополучия [Preamble, 1946]. Физическое здоровье не потеряло своего места в определении здоровья, тем не менее сейчас для того, чтобы быть здоровым, его недостаточно. Соответственно, одной из особенностей феномена здоровья в условиях информационного общества является своеобразный возврат к истокам — к восприятию здоровья как общего благополучия (подобно ситуации, имевшей место в первобытном обществе), но уже на новом, более информационно насыщенном уровне. А главным отличием является то, что постмодерное видение здоровья характеризует человека как творца собственного здоровья. То есть тело теперь не просто система органов, а сложная система, в функционировании которой важную роль играют внефизиологические факторы, и здоровье формируется на пересечении и взаимопроникновении этих факторов [Turner, 1995: р. 2].

В связи с обобщением понятия здоровья в современном обществе размывается и сущностное наполнение социальных оснований для стигматизации: учитывая широкое определение здоровья, состояние нездоровья становится все более неясным. О том, насколько здоров тот или иной индивид, бывает

непросто догадаться исключительно по его внешнему виду, его здоровье — это его личное дело, его персональная тайна. И проблема стигматизации в условиях информационного общества нередко проявляется как проблема (не)разглашения статуса здоровья. Первое официальное законодательное закрепление врачебной тайны в качестве всемирной практики состоялось относительно недавно — в рамках III Генеральной ассамблеи Всемирной медицинской ассоциации в Лондоне в 1949 году. И сегодня вопрос обнародования статуса здоровья, в соответствии с нашим пониманием, чрезвычайно актуален. Об этом свидетельствует, в частности, введение уголовной ответственности за разглашение врачебной тайны (в украинском Уголовном кодексе это ст. 145), неизменно высокий уровень внимания к проблемам стигматизации, в том числе разглашения статуса ВИЧ/СПИД, туберкулеза и т.п.

Одним словом, глядя на современное общество, мы, с одной стороны, видим перед собой индивида, заботящегося о своем здоровье и использующего разнообразные средства его поддержания. Но с другой — можно ли утверждать, что здоровье теперь — исключительно частное дело каждого? Уменьшилась ли роль государства в сфере контроля за здоровьем? Вряд ли, ведь в эпоху информационного общества вопросы здоровья приобретают мировой масштаб, и национальные системы здравоохранения уже не являются последними инстанциями в решении проблем здоровья. Ярким показателем этого может быть создание такого института, как Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), в Уставе которой провозглашено служение гуманной идее — “достижению всеми народами как можно более высокого уровня здоровья” [Сорокина, 1992]. Идея генерализации/индивидуализации в информационном обществе реализуется максимально возможным образом: будучи индивидуальным делом и вопросом личного выбора, здоровье в то же время приобретает глобальное, мировое значение. То есть фактически налицо инструментальное применение концепции цивилизации Элиаса: на макросоциальном уровне формируются централизованные институциональные системы (наиболее глобальной в наше время остается ВОЗ); на уровне личности происходит максимальная мобилизация функций самоконтроля ради достижения желаемого состояния индивидуального здоровья.

Если обобщать тенденции трансформации культуры здоровья в цивилизационном процессе, увидим, что главным трендом применительно к феномену здоровья можно назвать изменение “*локуса контроля здоровья*”. Так, от здоровья как “кармы” и состояния, полностью зависящего от непреодолимых внешних сил, мы постепенно переходим к представлениям о здоровье как результате индивидуального выбора, то есть к внутренним факторам детерминации здоровья. Причем это движение происходит в значительной мере согласно логике, которой, описывая процесс социальной эволюции и вторя Пиаже, придерживался Хабермас. Речь идет о последовательной смене структур мировоззрения — мифопоэтической, космологической, религиозно-метафизической и современной [Habermas, 1984: p. 68]. (Нечто подобное находим и у Фрейда, когда он говорит о мифологическом, религиозном и научном типах сознания.) По мере перехода от одной стадии к другой интерпретации предыдущей существенно обесцениваются, что связано с социоэволюционным формированием новых уровней познания [Habermas, 1984: p. 68] и имеет особое значение, когда мы говорим о феномене здоровья, ведь трансформация культуры здоровья в цивилизационном процес-

се, как мы могли убедиться, оказывается в первую очередь трансформацией знаний о том, чем является здоровье и что его обуславливает. Происходит смена понятийных систем, которыми человек интерпретирует мир, и отмечу, новые понятийные системы налагают все большую ответственность за собственное здоровье на отдельного индивида. Сравнивая идеи локуса контроля здоровья и эволюции типов сознания, получаем общецивилизационную тенденцию движения от внешнего локуса контроля на базе мифического мировоззрения к внутреннему локусу контроля, опирающемуся на современное научное (рациональное в понимании Хабермаса) знание.

Кроме того в процессе цивилизационного развития изменяется представление о предикторах (признаках) здоровья и нездоровья. В целом можно сказать, что каждая последующая стадия цивилизационного процесса аккумулирует совокупность признаков здоровья предыдущей эпохи и адаптирует к своему мировоззрению. То есть в первобытном обществе закладывается представление о здоровье как общей позитивной качественной характеристике человека; традиционное представление обогащает его морально-духовным компонентом; эпоха модерна заостряет внимание на понятии здоровья в его телесном выражении, а само здоровье понимает как отсутствие патологий, при этом вобрав в себя в своеобразной форме представления о духовном аспекте здоровья; современное общество презентует наиболее общее и всеобъемлющее определение состояния здоровья, объединяющее все упомянутые предикторы.

И наконец, еще одним заметным трендом в трансформации культуры здоровья выступает институциональное оформление системы здравоохранения и углубление разделения труда применительно к здоровью. Еще в традиционном обществе здравоохранение начинает приобретать организационное оформление, в период модерна здоровье становится предметом государственной политики, а в современном обществе оформляется как вопрос глобального масштаба. Вместе с тем происходит углубление разделения труда в сфере здоровья. Поскольку здоровье становится все более широким понятием, для каждого отдельного аспекта здоровья появляются свои специалисты. При этом, учитывая тенденцию к индивидуализации восприятия и практик здоровья, каждый в определенной мере становится специалистом по вопросам собственного здоровья. То есть знания о здоровье в процессе цивилизации становятся более открытыми и “нисходят” от элитных слоев (шаманов, знахарей, врачей и т.п.) к общественным массам.

### ***Ценность здоровья в цивилизационной перспективе***

Анализ представлений о здоровье в процессе развития человеческой цивилизации позволил нам увидеть различные толкования понятия здоровья и обуславливающих его факторов. Однако в целом мы могли убедиться в том, что в любом обществе здоровье человека представляет собой ценность. Здоровье, как отмечают отдельные исследователи, — это “естественная, абсолютная и непреходящая жизненная ценность” [Шаповалова, 2007]. Более того, говорят даже о феномене “интенции здоровья” — преадаптационном механизме организма, регулируемом личностью [Чеснов, 1998]. То есть здоровье предстает в качестве базовой человеческой потребности. Соглашаясь с таким утверждением, приходится согласиться и с мнением, что человеком

как видом на любых этапах развития общества движет влечение к жизни — сила Эроса, если воспользоваться терминологией Фрейда. То есть в этом случае мы исходим из положения о том, что при любых представлениях человека о характере и природе болезни естественное стремление состоит в желании от этой болезни исцелиться, избавиться. Несмотря на определенные социально-культурные различия в восприятии здоровья, во все времена существовали определенные способы (конкретные практики) для борьбы с потенциальными угрозами для здоровья, а также для восстановления здоровья [Porter, 1999: p. 11].

Если же опираться на функционалистский подход, то в концепте здоровья можно усматривать некую социально полезную характеристику индивида. Чтобы эффективно выполнять возложенные на индивида социальные роли, он должен быть здоровым. В частности, один из выдающихся представителей структурно-функционалистского подхода, Т. Парсонс, считая состояние здоровья функциональным, описывал особую “роль больного” в обществе. Этой роли, полагает Парсонс, присущи четыре сущностные характеристики: 1) легитимное освобождение индивида от многих его социальных обязанностей; 2) наличие мотивации выздоровления (*вспомним психоаналитический концепт интенции здоровья*); 3) делегирование обязанности исцеления профессионалам; 4) поиск медпомощи и кооперации с врачами [Егорова, 2002].

Одним словом, нездоровье в любом обществе считается своеобразной девиацией, отклонением от нормы. Нормальным, напротив, считается принятие устоявшихся в том или ином обществе мер, направленных на выздоровление, восстановление здоровья больного и его возвращение к обычному рутинному укладу жизни. Однако, отражая одну из фундаментальных характеристик человеческого бытия, форму его жизни, здоровье переосмысливается всякий раз, когда социальная жизнь переживает глубокие изменения [Ларионова, 2005]. Не подвергая сомнению универсальность человеческой потребности в здоровье, а также, что гораздо важнее в контексте данной статьи, универсальность ценности здоровья, можно говорить о том, что сущностное наполнение этой ценности в ходе цивилизационного процесса меняется.

По своей структуре здоровье как ценность содержит два основных компонента — объективный и субъективный. Объективный компонент — это совокупность возможностей, которые могут быть реализованы при наличии полноценного здоровья (статусная роль в обществе, профессия, род занятий, продолжительность жизни и т.п.). Субъективный компонент здоровья как ценности — это отношение субъекта к своему здоровью, что получает отражение в предпочтениях, ценностных ориентациях, поведенческой мотивации в плане здоровья [Ларионова, 2005]. То есть объективная ценность здоровья отсылает нас к его инструментальному значению, тогда как субъективная указывает скорее на состояние здоровья как эмоционально, морально и оценочно наполненную сущность. На мой взгляд, инструментальная (объективная) ценность здоровья является производной от интенции здоровья, то есть она присуща любому типичному обществу в цивилизационной перспективе. Разумеется, быть только физиологически здоровым (физически дееспособным) ценно в любом обществе. Однако тут встает вопрос о том, насколько именно инструментальный аспект здоровья соотносится с получением определенных общественных благ. На всех этапах ци-



визации нездоровый человек так или иначе маргинализируется, выпадает из общего социального потока. Но более поздние цивилизационные эпохи предоставляют этому человеку все больше возможностей для социальной интеграции. То есть в процессе цивилизационного развития инструментальная (биологическая) составляющая здоровья, не утрачивая своей актуальности, перестает быть решающим фактором социальной успешности индивида. С одной стороны, это связано с тем, что состояние здоровья все больше поддается индивидуальному управлению, с другой — с тем, что забота о здоровье членов общества превращается в институционализированную общественную практику. В таких обстоятельствах вполне справедливо говорить об увеличении весомости субъективных компонентов здоровья. Причем смещение акцента с объективной на субъективную ценность здоровья происходит на фоне всеобщего возрастания *самоценности* здоровья. Если мы еще раз посмотрим на цивилизационное изменение генерализированных представлений о здоровье, то увидим, что их субъективное наполнение расширяется таким образом, что все больше и больше людей имеют возможность не выпадать из общего социального порядка. То есть граница между здоровьем и нездоровьем постепенно становится условной.

Если говорить непосредственно о самоценности здоровья и месте ценности здоровья в структуре ценностей общества, то это, по моему мнению, тесно связано с ценностью жизни отдельной личности в целом. Если опираться на дюркгеймовский постулат о том, что с переходом от механического к органическому типу солидарности (с развертыванием процесса цивилизации) значение (ценность) отдельных индивидов возрастает, можно прийти к выводу, что самоценность здоровья по мере продвижения цивилизационного процесса также возрастает. Нужно подчеркнуть, что здоровье (физическое, ментальное, социальное) в таком смысле является одной из предпосылок творческого развития человека. А творческая реализация, в терминах А.Маслоу, занимает самое высокое место в иерархии человеческих потребностей. И когда мы рассматриваем эволюцию потребностей индивида сквозь призму пирамиды потребностей в филогенетической перспективе, оказывается, что с каждым новым витком цивилизации ценность здоровья как самоценность возрастает.

Обсуждая возрастание самоценности здоровья человека, целесообразно обратиться также к конфликтологической парадигме и рассмотреть ценность здоровья сквозь призму социального неравенства. Так, аналитически полезным для понимания характера трансформации самоценности здоровья может быть взгляд на нее с позиций власти и контроля. Ведь сама идея ценности человеческой личности и индивидуальности, потребность в ее созидании и самореализации элитарна по происхождению (Фуко). В частности уже упоминавшаяся выше «культура себя» берет свое начало в высших слоях античного общества. Элита построила определенную модель — идеал личности, одной из характеристик которой стало здоровье как проявление физического, психического и социального самосовершенствования. Однако с течением времени вместе с распространением знаний о здоровье благодаря своеобразной социальной диффузии самоценность здоровья достигла уровня всего общества.

Мощным фактором, содействовавшим повышению ценности здоровья в целом, можно также считать то, что цивилизация привнесла в общественную

жизнь множество причин угнетения здоровья. То есть цивилизация в большой мере является рискообразующей для здоровья индивидов. Именно прогрессом порождены такие социальные детерминанты здоровья [Brown, 1995: р. 38]: вмешательство в окружающую среду (ее загрязнение), миграция (включая урбанизацию), условия труда, стрессы, технологизация социальной жизни и пр. Чем активнее и насыщеннее социальная жизнь, тем больше в ее пространстве потенциальных рисков для здоровья. Например, когда общества охотников и собирателей перешли к более оседлому образу жизни и стали возделывать землю и одомашнивать животных, на сугубо физическом уровне сложились предпосылки появления многих новых факторов угнетения здоровья [Porter, 1999: р. 11]. Скажем, “плотно населенные городские поселения”, по мнению одного из исследователей культуры здоровья, оказываются раем для болезней, местом, где они размножаются со “скоростью человеческой ходьбы” [Cohen, 1989: р. 131–141]. В таких условиях здоровье постепенно становится дефицитным ресурсом и, соответственно, приобретает большую ценность. Учитывая то, что цивилизация зачастую оказывается не просто фактором трансформации культуры здоровья, но и мощным генератором факторов его угнетения, возрастание ценности и самооценности здоровья в общецивилизационной перспективе вполне закономерно.

\* \* \*

На основании систематизации и синтетического объединения ряда теоретических подходов (концепция дискурсов, феноменология, социология знания, этнометодология, социальная драматургия) в статье обосновано понимание здоровья как социально сконструированного феномена и введена в поле социологического анализа категория культуры здоровья. При помощи сравнительно-исторического метода рассмотрены изменения в культуре здоровья сквозь призму трансформации макросоциальных структур на разных этапах цивилизационного развития. Одна из основных тенденций этой трансформации обозначена понятием смена “локуса контроля здоровья”: в процессе цивилизации представления о здоровье как внешне детерминированном состоянии (здоровье как фатум) уступают место видению состояния здоровья как результата личного выбора индивида (его стиля жизни). Поскольку человек все в большей степени становится ответственным за собственное здоровье, возрастает необходимость контроля собственных действий, и особо весомой становится потребность в самоконтроле — “укрощении аффектов”, в терминах Элиаса. Одновременно вопрос здоровья приобретает все более глобальный масштаб и в ходе цивилизационного процесса оформляется в централизованные институциональные образования. Таким образом, комплексное глубинное понимание особенностей функционирования культуры здоровья в условиях современного общества требует применения многоуровневых аналитических моделей и системных методологических подходов (включая совокупность качественных и количественных методов исследования).

Еще одним важным трендом в контексте трансформации культуры здоровья, как было показано, является тенденция к обобщению и кумулятивному расширению набора предикторов здоровья, с учетом чего противоположное состояние — нездоровье — все сильнее растворяется, а грань между здоровьем и болезнью размывается. Это нужно учитывать во время практических исследований проблем здоровья, поскольку все более весомым ока-

зывается фактор субъективного ощущения здоровья, а также индивидуальная “история здоровья” каждого отдельного индивида в его личной интерпретации: знания о здоровье и соответствующих практиках в процессе цивилизации становятся доступными широкому кругу людей, и сама культура здоровья как стиль жизни, направленный на самоконтроль с целью поддержания здоровья, постепенно становится весьма распространенным явлением, и каждый — под углом зрения собственной специфичности и неповторимости — превращается в специалиста по вопросам собственного здоровья.

Наконец, когда речь идет о ценности здоровья, вполне закономерно, особенно учитывая обозначенные тенденции трансформации культуры здоровья, что все большее значение приобретают субъективные измерения ценности здоровья. Кроме того, на общем фоне цивилизационного развития возрастает ценность здоровья как явления *sui generis*. Здоровье как состояние общего благополучия человека оказывается обязательным условием его творческого развития и самореализации, к тому же актуализируется необходимость глубинного системного осмысления феномена здоровья в его социокультурном измерении. В итоге становится очевидной исследовательская потребность в комплексном изучении специфики дискурса культуры здоровья современного общества. Отдельно следует изучить место и роль категории стиля жизни в контексте новейшей культуры здоровья, возможности концептуального и операционного применения понятия “стиль жизни” с целью освещения проблемы ориентации на здоровье, а также проблему соотношения современных типов стиля жизни (ориентированных на успех, карьеру и т.п.) в целом и стиля жизни, ориентированного на здоровье, в частности.

### **Источники**

*Безруких М.Б.* Развитие социологии здоровья в современном теоретическом познании [Электронный ресурс]. — Режим доступа : <http://socio.rin.ru/cgi-bin/article.pl?id=556>.

*Бергер П.* Социальное конструирование реальности. Трактат по социологии знания / П. Бергер, Т. Лукман. — М. : Медиум, 1995. — 323 с.

*Гарфинкель Г.* Исследование привычных оснований повседневных действий / Г. Гарфинкель // Социологическое обозрение. — 2002. — Т. 2, № 1. — С. 26–47.

*Егорова С.В.* Социальное конструирование в структуре современных представлений об инвалидности [Электронный ресурс] / С.В. Егорова // Социология. — 2002. — № 3. — Режим доступа : <http://vestnik.ssu.samara.ru/gum/2002web3/soci/200230702.html>.

*Еліас Н.* Процес цивілізації. Соціогенетичні і психогенетичні дослідження / Еліас Н. — К. : Альтернативи, 2003. — 672 с.

*Жеребецкая Г.Ю.* Современный нарциссизм в контексте теории постмодерна [Электронный ресурс] / Г.Ю. Жеребецкая // Надежды : сб. науч. статей студентов ФСН. — Нижний Новгород, 2002. — Режим доступа : <http://www.unn.ru/rus/f14/k2/students/hopes/5.htm>.

Кримінальний кодекс України [Електронний ресурс] : документ 2341-14 ; поточна редакція від 16.02.2010 р. // Законодавство України : сайт Верховної Ради. — Режим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=2341-14&p=1273849470604625>.

*Ларионова И.С.* Здоровье современного человека как ценность [Электронный ресурс] / Ларионова И.С. // Человек Будущего и критериальное сознание. Выход из глобального кризиса : Всемир. эthic. дискус. конф. : материалы конф. — Тула, 2005. — Режим доступа : <http://genmir.ru/b/dok/lar2.htm>.

*Марчукова С.М.* Медицина в зеркале истории / Марчукова С.М. — СПб. : Европ. Дом, 2003. — 272 с.

*Первомайский В.Б.* Категории болезни, здоровья, нормы, патологии в психиатрии: концепции и критерии разграничения / [Первомайский В.Б., Карагодина Е.Г., Илейко В.Р., Козерацкая Е.А.] // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2003. — № 1. — С. 14–27.

*Сорокина Т.С.* История медицины : учеб. : в 2 т. / Сорокина Т.С. — М. : РУДН, 1992. — 387 с.

*Тоффлер Э.* Третья волна / Тоффлер Э. — М. : АСТ, 1999. — 261 с.

*Фрейд З.* Тотем и табу / Фрейд З. — М. : Олимп, 1997. — 446 с.

*Фуко М.* Рождение клиники / Фуко М. — М. : Смысл, 1998. — 310 с.

*Фуко М.* Слова и вещи. Археология гуманитарных наук / Фуко М. — СПб. : А-сэд, 1994. — 408 с.

*Чеснов Я.В.* Лекции по исторической этнологии : учеб. пособие / Чеснов Я.В. — М. : Гардарики, 1998. — 400 с.

*Шаповалова О.А.* Социально-экономические факторы здоровья и болезни на современном этапе [Электронный ресурс] / Шаповалова О.А. // Охрана здоровья: проблемы организации, управления и уровни ответственности : материалы Интернет-конф. — Режим доступа : <http://www.ecsocman.edu.ru/db/msg/308428.html>.

*Шюц А.* Структура повседневного мышления / А. Шюц // Социологические исследования. — 1988. — № 2. — С. 131–138.

*Brown P.* Naming and Framing: The Social Construction of Diagnosis and Illness / P. Brown // Journal of Health and Social Behavior. — 1995. — № 35. — P. 34–52.

*Cohen M.* Health and the Rise of Civilization / Cohen M. — New Haven : Yale University Press, 1989. — 285 p.

*Dew K.* Public health and the cult of humanity: a neglected Durkheimian concept / K. Dew // Sociology of Health & Illness. — 2007. — Vol. 29, № 1. — P. 100–114.

*Fabian S.* Health in the Middle Ages [Electronic resource] / S. Fabian. — 2009. — Mode of access : [http://edhelper.com/ReadingComprehension\\_35\\_798.html](http://edhelper.com/ReadingComprehension_35_798.html).

*Goffman E.* Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity / Goffman E. — N. Y. : Touchstone, 1986. — 168 p.

*Habermas J.* The theory of Communicative Action / Habermas J. — Boston : Beacon Press, 1984. — 236 p.

Human Development Reports official web-site [Electronic resource]. — Mode of access : <http://hdr.undp.org/en/statistics/hdi/>.

*Lalonde M.* A New Perspective on the Health of Canadians: a Working Document [Electronic resource] / M. Lalonde. — Ottawa : Minister of Supply and Services Canada, 1981. — 77 p. — Mode of access : [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde\\_e.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde_e.pdf).

*Pinell P.* Modern Medicine and the Civilising Process / P. Pinell // Sociology of Health and Illness. — 1996. — Vol. 18. — № 1. — P.1–16.

*Porter D.* Health, Civilization and the State / Porter D. — London : Routledge, 1999. — 376 p.

Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference [Electronic resource]. — N. Y., 1946. — 19 June–22 July. — Mode of access : <http://www.who.int/suggestions/faq/en/index.html>.

*Stacey M.* The Sociology of Health and Healing: A Textbook / Stacey M. — London : Routledge, 1998. — 320 p.

*Turner B.* Medical Power and Social Knowledge / B. Turner, C. Samson. — London : Sage, 1995. — 273 p.

*Turner B.* The Body and Society: Explorations in Social Theory / Turner B. — London : Sage, 1996. — 254 p.

World Health Organization official web-site [Electronic resource]. — Mode of access : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index.html>.