



ЗДОРОВЬЕ КАК СИМВОЛИЧЕСКИЙ КАПИТАЛ: ОСОБЕННОСТИ КАПИТАЛИЗАЦИИ И СОЦИАЛЬНОГО ОБМЕНА В СФЕРЕ ЗДОРОВЬЯ

УДК 316.42

Людмила Альбертовна Сабурова

кандидат философских наук, доцент,
старший научный сотрудник Удмуртского филиала
Института философии и права УРО РАН, г. Ижевск.
E-mail: sabur@udm.ru

В статье представлен подход к здоровью как к социальному феномену. В контексте исследования социальной природы и социальных смыслов здоровья введено понятие «символический капитал». Использование данного понятия обосновано тем, что ресурс здоровья вне клинической практики в повседневной социальной жизни предъявляется в практиках самопрезентации в качестве обозначения (символизации) качества и стиля жизни. В поле социального взаимодействия индивидуальный опыт здоровья, сопутствующие телесные или духовные практики становятся интерактивным феноменом, в котором одновременно осуществляются как инвестиции в символическое здоровье, так и обмен этого символического ресурса на другие виды ресурсов. Здоровье как символический капитал конструируется и расходуется в диалоге с различными агентами социального мира. В статье проведен анализ направленности капитализации здоровья как символического ресурса. Направленность и объемы инвестиций в здоровье определяются полями символической власти, которые закрепляют ценность здоровья и здорового образа жизни в качестве самоочевидных и самоценных. Рассмотрены два наиболее значимых в современном мире поля символического контроля в сфере здоровья: академическая медицина и религиозно-мировоззренческие системы. Символическая капитализация в этих полях происходит через конструирование индивидуального образа «здорового человека», «человека, ведущего здоровый образ жизни» и «человека духовного». Здоровье в этом контексте обозначает себя как *внешняя форма жизни*, социальной и индивидуальной. Факт конструирования «образа здоровья» становится точкой порождения, тиражирования и умножения символического капитала на индивидуальном и групповом уровнях.

Ключевые слова: индивидуальное и общественное здоровье, символический капитал, здоровый образ жизни, самопрезентация, конструирование образа здоровья, капитализация, обмен, символическая власть.

Использование понятия «капитал» в социологическом анализе здоровья целесообразно по двум причинам.

Первая причина – практическая. Проблема актуализации и развития человеческого потенциала и в нашей стране, и в мире в целом становится все более острой. Конкуренция в глобальном мире все больше затрагивает вопросы сохранения и умножения человеческих ресурсов. В рыночной системе именно человеческий капитал становится одной из важных форм проявления человеческого потенциала [Романова 2012: 168]. Несмотря на традиционную народную максиму «здоровье не купишь» в современном мире оно становится объектом тотальной купли-продажи. Это происходит не только в системе медицинского обслуживания, но и на рынке «оздоровительных» товаров широкого спектра – от услуг физкультурных до индустрии питания, косметологии, туризма и т.д. Объемы всех этих рынков в мире растут. Но что на самом деле покупается и продается под маркой «здоровье»? На самом ли деле покупатель «здоровья» получает некие реальные блага? Получает ли он то, что удовлетворяет его «потребность в здоровье», и существует ли «потребность в здоровье» в качестве таковой? Насколько рост капитализации в сфере здоровья реально увеличивает человеческий потенциал? Ответы на эти вопросы могут существенно повлиять на политику в сфере общественного здоровья, позволить оценить преимущества и риски тех трендов, которые сегодня можно считать ведущими в глобальной политике по охране и улучшению здоровья людей.

Вторая причина – методологическая. Уже не одно десятилетие наука констатирует необходимость переосмысления самого понятия «здоровье» как традиционно отражающего соответствие функционирования и развития организма человека неким биологическим нормам, определяемым клиническими практиками. В теории здравоохранения уже давно декларируется отказ от рассмотрения здоровья как сугубо физического благополучия. В это определение включены социальные и психологические составляющие. Преамбула к Уставу Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) с 1948 г. и до сих пор звучит следующим образом: «Здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов» [ВОЗ 2014].

Однако по-прежнему не-медицинские аспекты индивидуального и общественного здоровья официально принято рассматривать лишь в качестве «факторов» здоровья, но не его сути [Дмитриева 2002: 168-176]. Социальные факторы здоровья – это либо внешние условия жизни людей, либо поведенческие особенности, привычки, которые также детерминируются социальными факторами. Такое разделение «ответственности» между отраслями науки, при котором одни из них (социология, экономика, психология) изучают причины, а другие (биология, химия, медицина) – следствия одного и того же процесса, не может считаться продуктивным, поскольку сам изучаемый процесс – реальная человеческая жизнь с ее проблемами и ограничениями оказывается вне понимания и тех, и других. Именно по отношению к здоровью сегодня актуален как никогда призыв Дюркгейма объяснять «социальное социальным».

Использование понятия «капитал» применительно к здоровью уже достаточно укоренилось в экономической науке. В экономической теории здоровье рассматривается как одна из форм человеческого капитала, как его особый вид, в связи с тем, что «инвестиции в него приносят отдачу в виде поддержания индивида в рабочем состоянии и совершенствования его трудовых способностей» [Полищук 2005: 77.] Соответственно, предметом анализа становятся инвестиции в здоровье (общее и специфическое, связанное с профилем деятельности), отдача от них в виде последующего дохода, взаимообусловленность и взаимосвязь с другими формами человеческого капитала, в частности образованием и социальным капиталом.

При этом экономический подход к изучению здоровья как капитала сталкивается с рядом ограничений методологического характера. Прежде всего это ограничения в квантификации, без которой сложно выстраивать модели формирования и расходования данного вида капитала. Многие экономисты отмечают невозможность анализа «запаса здоровья» через сугубо медицинские или демографические показатели, поскольку в данных показателях, как правило, фиксируются потери здоровья, а не его «запас».

Недостаточными для экономистов являются и показатели, используемые социологией, а именно – показатели самооценки здоровья самими индивидами. Как отмечают исследователи, самооценка здоровья слишком часто связана с индивидуальными стратегиями поведения на рынке труда: плохие оценки могут являться самооправданием при трудовых и карьерных неудачах, способом снизить трудовые затраты, рассчитывая на помощь государства и т.д. [Currie 1999: 3315].

На сложности в измерении здоровья с использованием индикаторов индивидуальной самооценки обращают внимание не только экономисты. Многие исследователи отмечают, что субъективная оценка здоровья отражает действие широкого спектра небологических факторов: социально-экономический статус индивидов, система ценностей и культурных норм, доступность медицинской помощи, уровень социальной поддержки и солидарности и др. [Bowling 1997: 3]. Эмпирические исследования, проводимые нами в сфере здоровья жителей города Ижевска, также показывают связь самооценки с такими признаками как пол, возраст, вид занятости, обстоятельство опроса и многие другие.

Эти затруднения в измерении здоровья как объективного свойства (состояния) индивида все же не снижают уровень важности использования подобных индикаторов, поскольку именно индивидуальные оценки здоровья оказываются наиболее тесно связанными с поведением индивида, его социальными ролями и стратегиями. Проговариваемые в ответах на вопросы социологов субъективные самооценки (self-reported health) оказываются неотъемлемыми характеристиками вполне объективных практик, которые можно обозначить как практики самопрезентации через дискурс здоровья.

Очевидно, что ресурс, предъявляемый в практиках самопрезентации в поле социального взаимодействия, есть не что иное как символический капитал в том исходном значении, которое вкладывал в это

понятие П. Бурдьё, а именно – как «кредит, но только в самом широком значении слова, т.е. своего рода аванс, задаток, ссуда, которые одна лишь вера всей группы может предоставить давшему ей материально-символические гарантии... один из механизмов, благодаря которым капитал идет к капиталу» [Бурдьё 2001: 235]. Здоровье в данном контексте не есть особенность организма, его объективная характеристика. В социальном взаимодействии оно становится *символом качества и количества жизненных (биологических) ресурсов, которые могут являться «залогом» социального доверия, признания, уважения*. Объективное биологическое состояние индивида заменяется образом, интенцией, символом.

Особенно очевидно интенциональный характер здоровья как символа проявляется в таких видах социальных самопрезентаций как «следование здоровому образу жизни» (healthy life-style). Приверженность «здоровому образу жизни» всегда подтверждает значимость для индивида ценности здоровья, что выявляет еще одну особенность символического капитала, отмечаемую П. Бурдьё, – способность выступать инструментом власти, «работать» в поле власти.

Природа символической власти состоит в том, что наличие символических форм капитала вынуждает индивидов «безусловно признавать те ставки, которые он (социальный мир – Л.С.) самим своим существованием выдвигает в качестве самоочевидных, то есть не узнавать произвольность той ценности, которую он им придает. Такая изначальная вера лежит в основе тех инвестиций и сверхинвестиций..., которые неизбежно и постоянно подкрепляют, создавая эффект конкуренции и дефицита, глубоко обоснованную иллюзию, будто ценность благ, которые она побуждает преследовать, заложена в самой природе вещей, а заинтересованность в этих благах – в самой природе людей» [Бурдьё 2001: 239].

Уверенность в том, что ценность здоровья заложена в «самой природе вещей», а стремление к здоровью – «в самой природе людей», кажется сегодня настолько неоспоримой, настолько самоочевидной, что вопросы «зачем быть здоровыми», «почему здоровье важнее всего остального», «в чем смысл здорового образа жизни» не могут быть даже озвучены ни в публичном, ни в научном пространстве. Уверенность, что здоровье является одной из главных ценностей, заставляет носителей это уверенности инвестировать в здоровье не только как в реальное физическое состояние, но и как в *символ лояльности социальному миру*. Соответственно, индивидуальный опыт здоровья (в социальных презентациях всегда представленный как нарратив) и сопутствующие практики становятся интерактивным феноменом, в котором одновременно осуществляются как инвестиции в символическое здоровье, так и обмен этого символического ресурса на другие виды ресурсов. Здоровье как символический капитал конструируется и расходуется в диалоге с различными агентами социального мира.

Направленность и объемы индивидуальных инвестиций в здоровье определяются теми полями символической власти, которые закрепляют (институционализируют) ценность здоровья и здорового образа жизни в качестве самоочевидных и самоценных.

Безусловно доминирует в этих символических полях контроля над «здоровьем» медицина – в качестве субъекта, монополизирующего знания о жизни и смерти, о физиологических нормах и отклонениях. Эта экспансия клиники, впервые описанная М. Фуко, на сегодняшний день воплощается в экспансии медицинского дискурса в разные виды социальных практик – от экспансии в экономику, бурного роста соответствующих ее отраслей (медицинской и около-медицинской индустрии, в первую очередь фармацевтики, косметологии, медицинской техники и пр.), до экспансии в повседневность индивидуальной жизни. Как пишет об этой власти М. Фуко, «медицинский взгляд обращается, следуя автономному движению, внутри пространства, где он удваивается и сам себя контролирует. Он безраздельно распределяет в каждодневном опыте заимствование знаний, которыми владеет и которые делает одновременно и точкой накопления, и центром распределения» [Фуко 2010: 50].

Клинический дискурс объективирует индивидуальное бытие через клинический нарратив – отождествление истории жизни с историей болезни и конструирование биографии через воссоздание истории здоровья (история капитализации ресурса здоровья) или истории болезни (история дефицита ресурса). То есть через *контроль клинического дискурса* над прошлым и будущим, определяемый как «проекция клинического настоящего» [Alexias 2008: 174].

Инвестиции в здоровье, в его «капитализацию» в любом случае предполагают наличие «медицинских знаний», их накопление и распространение в качестве соответствующих нарративов. Рутинные и самовоспроизводящиеся образцы таких нарративов, отражающих направленность и объемы символической капитализации, мы постоянно встречаем в повседневной жизни, когда слышим от людей: «я каждый день обливаюсь холодной водой для укрепления иммунитета», «я отказался от кофе и перешел на цикорий, потому что он не вреден для сердца», «я ложусь спать до двенадцати часов, потому что после двенадцати организм уже не восстанавливается» и т.п. Без упоминания медицинских или квази-медицинских терминов такие нарративы не могут символизировать уровень накопленного капитала (объем «накопленного здоровья»), а будут простым описанием индивидуальных, никому не интересных повседневных действий. Отсылка же к медицинскому дискурсу делает носителей этих действий значимыми для тех, кто этим дискурсом не владеет и не использует его в своих повседневных практиках.

Но сами по себе медицинские знания, накапливаясь, воспроизводясь и распространяясь в индивидуальных практиках инвестирования, не могут выступать предметом символического обмена непосредственно. Поскольку предметом символического обмена выступают образы и значения, то символическая капитализация происходит через конструирование индивидуального образа «здорового человека» («следящего за своим здоровьем», «ведущего здоровый образ жизни» и т.д.). Индивидуальный образ («имидж») в качестве неперемennого атрибута включает обозначение особенного внимания к вопросам здоровья и особенной траектории его построения.

В повседневных взаимодействиях эти образы репрезентируются, оформляются в «модель здоровья», обмениваются на внимание и признание. Это работает и в симметричных (с точки зрения относительного «равенства» ресурсов), и в асимметричных интеракциях. В случае симметричного обмена происходит взаимообмен символами и знаками принадлежности общему социальному миру, социальная идентификация. Символический капитал в данном случае обменивается на социальный капитал – связи, общности и т.д. При полной симметрии и тождественности иных ресурсов может возникать социальная конкуренция. Так, например, в ходе фокусированных групповых интервью, посвященных питанию, именно в группах более образованных и материально обеспеченных респондентов участниками постоянно демонстрируется (причем в форме противопоставления другим участникам) некий «особенный» подход к выбору продуктов: «я покупаю только натуральный продукт», «я никогда не куплю йогурт, если там есть хотя бы две добавки, обозначаемые буквой «Е», «ни за что не буду есть «фаст-фуд» и т.д. В обсуждении физической активности также подчеркивается приверженность наиболее модным («эсклюзивным») видам спорта. Индивидуальные преимущества в образе жизни в ситуации фокус-группы особенно активно актуализируются, поскольку в ситуации конкуренции и отсутствия возможности обмена ресурса («здоровый образ жизни» на иные ресурсы) избыток символического ресурса приводит к его «девальвации».

Под асимметричными интеракциями понимаются взаимодействия, в которых контрагент ресурсно слабее. В контексте «обмена здоровьем» это означает, что контрагент проявляет признаки недостаточности здоровья (например жалуется на болезни или недомогания) и/или заботы о здоровье (обнаруживает наличие «вредных привычек»). Анализ материалов фокус-групп, посвященных тем или иным аспектам образа жизни и питания, показывает, что чаще склонны к обозначению проблем со здоровьем люди с более низкими доходами, более низким уровнем образования. И гораздо реже такие респонденты вообще упоминают образ жизни как причину своих проблем. Как правило, эти проблемы связывают с внешними обстоятельствами – «ужасной экологией», продуктами, в которых «одна химия», с плохой системой медицинского обслуживания («врачи сами ничего не знают») и т.д. Очевидно, что и в этом случае дефицит ресурса обосновывается с помощью квази-медицинских отсылок.

Таким образом, здоровье как символический ресурс реализуется (расходуется и обменивается) прежде всего в поле господства клинического дискурса. Но стратегия расходования и обмена состоит не в демонстрации физического (клинически определяемого) преимущества, а в демонстрации превосходства в образе жизни, хотя само это превосходство обосновывается и легитимируется через апелляцию к медицинскому знанию.

При этом за различиями в образе жизни (более здоровом и менее здоровом) просматриваются различия в степени близости говорящего к «медицинской истине», а различия в степени близости к этой истине довольно отчетливо проявляют глубокие социальные различия. В данном процессе отношение к здоровью (степень владения «медицинской истиной», уровень

медицинской обоснованности привычек и действий) символизирует уже далеко не физические кондиции, а статусные позиции социальных агентов. Это тот самый случай, когда «классовая сущность трансформируется в нечто вроде «стиля жизни» [Мартьянов 2007: 260].

Таким образом, здоровье все больше обозначает себя как *внешняя форма жизни*, социальной и индивидуальной. «Быть в форме» – значит соответствовать «формату» общепринятых представлений о правильности и не-правильности поведения. В символической капитализации здоровья начинают действовать этические и эстетические регуляторы поведения. Прячась за витальными ценностями, эти регуляторы приобретают новые смыслы.

Семантика «формы» как соответствия социальным ожиданиям в современном мире проявляет себя в двух противоположных направлениях, символизирует противоположные ценностные системы. С одной стороны, «здоровый образ жизни» символизирует рациональность, прагматизм и индивидуализм: ценность «заботы о себе» превалирует над ценностью «заботы о других»; самоконтроль и уход за собой становятся признаками социальной идентичности. С другой стороны, формализация и «гламуризация» социальных ожиданий в отношении формы как образа жизни приобретает масштабы глобального давления на личный выбор, мифологизирует этот выбор, многократно усиливая роль общественного мнения в регуляции поведения, создавая механизмы нового отчуждения. В образе жизни общие стандарты, критерии соответствия тиражируемым образцам стиля делают индивидуальный выбор абсолютно управляемым и предсказуемым. Быть-здоровым-для-себя становится формулой допуска в социальный мир, оброчиваясь формулой здоровья-для-других.

Особенности символической капитализации в сфере здоровья и соответствующего образа жизни состоят в том, что в поле власти в этом символическом пространстве присутствует не только медицина с клиническим определением здоровья, хотя клиницизм и доминирует в качестве референтного дискурса. Индивидуальный выбор поведения в отношении здоровья отягощается разнообразием рекомендаций и возможностей, предоставляемых современной индустрией здоровья. Внимательный взгляд на индустрию здоровья показывает, что референтным дискурсом для потребителей на сегодня оказывается не только медицински ориентированный дискурс. Спектр рекомендаций охватывает все возможные модели потребительского поведения – от тотального потребления только «здоровых» товаров и услуг, полного подчинения повседневной жизни идее здоровья в клиническом понимании, до «бунта» как демонстративного отказа от заботы о собственном здоровье под лозунгом «лови момент».

Внутри этого спектра видны модели поведения, которые центрируются вокруг идей, принципиально отторгающих «научный» (медицинский) взгляд на здоровье и выступающих от имени «духовной» составляющей здоровья. «Здоровый дух» в религиозных, эзотерических, философских («холистических»), квазирелигиозных и квазифилософских дискурсах интерпретируется как «правильное мировоззрение», «правильные мысли»,

«правильное самоотношение» и т.д. Поскольку религия и иные мировоззренческие системы, апеллирующие к трансцендентному, берут на себя, подобно медицине, ответственность за понимание вопросов жизни и смерти, здоровье в том или ином ракурсе не может не быть предметом обсуждения и регулирования. Но в отличие от медицинского дискурса, в котором здоровье есть норма и мера физической жизни, в религии, эзотерике и философии здоровье определяется как норма и мера жизни духовной. Физическая форма есть лишь функция (или следствие) правильно организованного духа. В этом поле власти здоровье как символический ресурс становится знаком «посвященности».

В последние годы тенденция роста капитализации здоровья именно в последнем направлении довольно заметна. Популярность во всем мире восточных телесных и духовных практик, рост спроса на различные тренинги «личностного роста», мастерские «позитивного мышления», индустрия «wellness», постепенно вытесняющая индустрию «fitness», все это развивается не в качестве варианта клинически ориентированного понимания «здорового образа жизни», а в качестве альтернативы, диаметрально меняющей акценты с «физического здоровья» на «здоровье духовное (душевное)». Этот сравнительно новый глобальный тренд довольно активно набирает сторонников.

Сторонники здоровья как состояния, имеющего духовную природу, обнаруживаются в очень разных социальных группах. Но в отличие от поля власти медицины, где ссылки на авторитеты ранжируются по критерию эксклюзивности источника информация (условно – «передача с Малышевой» против «британских ученых»), в поле власти «духовности» ранжирование происходит по очень разным основаниям. Наиболее заметное из этих оснований – авторитет той или иной религиозной или квази-религиозной системы, распространенность этих систем в разных социальных слоях.

Другими критериями ранжирования символических капиталов в поле «духовного здоровья» является степень экзотичности мировоззренческой системы, погруженности носителя в ту или иную систему, сложность (парадоксальность) мировоззрения и т.д.

Определения здоровья как состояния (процесса, свойства и т.д.) порождаются в полях многочисленных дискурсов и социальных практик, причем в качестве относительно автономных и самоочевидных систем координат. В силу множественности субъектов, «форматирующих» здоровье, избыточности и нелинейности правил оценки и достижения/сохранения здоровья, в силу того, что само понятие здоровья является постоянно определяемым, но так и не определенным, концепт «здоровье» приобретает *свойства гипертекста*, с разветвленной системой отсылок, сложной и нелинейной многоуровневой сетью нарративов.

В этом гипертексте и происходит капитализация здоровья как образа жизни. В бытовых повседневных коммуникациях, в поле массовых или групповых социокультурных идентичностей сам факт конструирования образа становится точкой порождения тиражирования, а посредством тиражирования – умножением символического капитала индивидов и общностей.

На общественном (институциональном) уровне здоровье также может быть рассмотрено в качестве символического капитала. Понятие «общественное здоровье» (public health) активно разрабатывается в современном общественно-политическом дискурсе именно как понятие, отражающее ресурсность общества. Активно подобные дискурсы стали разворачиваться начиная с принятия «Оттавской хартии по укреплению здоровья» в 1986 г. Именно в этом документе впервые на уровне глобальной политики была озвучена приоритетная ценность здоровья как общественного ресурса: «Хорошее здоровье является главным ресурсом для социального и экономического развития как общества в целом, так и отдельной личности и является важнейшим критерием качества жизни». Также был четко переобозначен субъект ответственности в сфере здоровья: «Укрепление здоровья – это задача не только сектора здравоохранения, необходимы усилия по формированию здорового образа жизни и, в более широком плане, всемерное повышение уровня общего благополучия людей» [Оттавская хартия 1986: 1].

С принятием Оттавской хартии нарастает присутствие тематики общественного здоровья в поле публичной политики. Данный вектор можно обозначить как вектор глобализации концепта «общественное здоровье», принятия его в качестве приоритета национальных и наднациональных политических систем.

Этот тренд, безусловно, является тем ценностно-символическим фоном, который весьма благоприятен для усиления коммерческих трендов, пользующихся риторикой здоровья в продвижении стандартов качества жизни и стандартов образа жизни в маркетинговых целях. Отождествление в глобальном политическом дискурсе понятия здоровье с такими значимыми для потребителей понятиями, как процветание, благополучие, социальная успешность, сегодня позволяет глобальному маркетингу использовать семантику здоровья практически универсальным образом. Здоровье в этом поле выступает в качестве самоочевидного основания для потребительских и политических действий. Развитие общественного здравоохранения как института, выступающего посредником между «клиникой» и публичной политикой, становится фактором, формирующим идеологию здоровья как новый цивилизационный феномен, порождающий и закрепляющий спрос на многие группы товаров и услуг. Эта тенденция порождает невиданный размах социального маркетинга как продвижения (продажи) идей и ценностей, связанных со здоровьем. Здоровье становится идеей, символом, интегрирующим и индивидуальную, и социальную жизнь.

Безусловно, в данном контексте здоровье как символический капитал начинает выступать и предметом обмена в прямом экономическом смысле этого слова, и инструментом символического насилия, поскольку предлагается на политическом и коммерческом рынках на безальтернативной основе. Исследователи современных «образов мира» отмечают, что символическое насилие – это формирование ментальности с помощью инструментов рекламы, манипулятивных технологий СМИ, причем ментальности, отвечающей «неолиберальному образу мира и конкурентнозабоченному

типу личности» [Русакова 2012: 269]. Здоровье в качестве символического капитала индивида (группы), фактора успешности и конкурентоспособности, органично вписывается в этот «неолиберальный образ мира».

Одновременно наблюдается и противоположный процесс. Общество информационного типа порождает, с одной стороны, глобализацию рынков товаров, услуг и ценностей. С другой стороны, оно усиливает конкуренцию между традиционными субъектами власти в сфере здоровья – медициной, фармацевтикой, политикой. В поле конкуренции, как уже отмечалось, начинают вмешиваться маргинальные дискурсы – религия, эзотерика, искусство, образование, экология и пр. Все это создает сложнейшее поле выбора (капитализации) образов жизни в качестве «здоровых». Ослабление контроля политической власти в информационном поле, усиление конкуренции производителей товаров и услуг в поле «квази-клинического дискурса», формирование новых групп и сообществ в этом поле создают ситуацию, принуждающую индивидов и сообщества к свободному выбору. *Вопросы здоровья и его символической капитализации становятся вопросами творческими и локальными не только для отдельных индивидов, но и для государств, локальных сообществ, отдельных социальных групп.*

Здоровье становится предметом моделирования и проектирования на всех уровнях. Логика классического научного понимания движения системы от оптимального состояния к не-оптимального, от целостности – к разрушению, в медицине звучащее как переход от здоровья к болезни, поворачивается к креационистской логике создания космоса из хаоса. Множатся коммуникационные проекты и программы развития общественного здоровья: от глобальной политики борьбы с курением до разовых кампаний и празднования международных «дней», отказа от автомобиля, пеших прогулок, танцев, поцелуев, психического здоровья и т.д. Функции большинства подобных глобальных, национальных, региональных программ, мероприятий и кампаний можно считать именно коммуникационными, поскольку в большей степени они направлены на «формирование повестки», то есть – на общественную капитализацию и обмен символических ресурсов, обеспечение большего контроля над локальными общественными практиками.

В силу постоянного возникновения все новых уровней и контекстов раскрытия образов здоровья можно констатировать, что в современном дискурсе о здоровье нет единого смыслового центра, поскольку осмысление феномена (о-значение) возникает в момент размещения знака в контекст символического влияния (бытового, политического, рыночного). Таким образом, требуют дальнейшего уточнения методологические основания изучения здоровья в общественных дисциплинах, а также необходимо более глубокое проникновение в социально-философские смыслы здоровья, возникающие в различных слоях и точках этого гипертекста. Прояснение социально-философских оснований разнообразных концептов здоровья позволит, в свою очередь, не только более точно анализировать и прогнозировать основные тренды на рынках, эксплуатирующих тематику здоровья, но и более тонко моделировать управленческие процессы в этой сфере, то есть различать виды капитализации в сфере здоровья, оценивать объемы

этой капитализации, планировать реальную экономическую и социальную «отдачу» от капитализации как через традиционные медицинские «размерности» здоровья, так и через его социально-символическую «ликвидность».

Материал поступил в редколлегию 01.12.2014 г.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

Бурдые П. 2001. Практический смысл / пер. с фр.: А.Т. Бикбов, К.Д. Вознесенская, С.Н. Зенкин, Н.А. Шматко ; отв. ред. пер. и послесл. Н.А. Шматко. СПб. : Алетейя ; М. : Ин-т эксперимент. Социологии. 562 с.

ВОЗ. Часто задаваемые вопросы [Электронный ресурс], 2014 // Всемирная организация здравоохранения. URL: <http://www.who.int/suggestions/faq/ru/index.html> (дата обращения: 21.11.2014).

Дмитриева Е.В. 2002. Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы. М. : Центр. 224 с.

Мартьянов В.С. 2007. Метаморфозы российского Модерна: выживет ли Россия в глобализирующемся мире. Екатеринбург : УрО РАН. 344 с.

Оттавская хартия [электронный ресурс], 2014 // Всемирная организация здравоохранения. URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/146808/Ottawa_Charter_R.pdf (дата обращения: 19.11.2014).

Полищук Е.А. 2005. Человеческий капитал в экономике современной России: проблемы формирования и реализации. Ижевск : Изд-во Ижевск. гос. тех. ун-та. 184 с.

Романова К.С. 2012. Человеческий потенциал в контексте социальных трансформаций: проблемы и тенденции // Науч. ежегодник Ин-та философии и права Урал. отд-ния Рос. акад. наук. Вып. 12. С. 166-178.

Русакова О.Ф., Хмелинин А.А. 2012. Неолиберальный дискурс: стратегии и технологии конструирования новой субъективности // Науч. ежегодник Ин-та философии и права Урал. отд-ния Рос. акад. наук. Вып. 12. С. 259-272.

Фуко М. 2010. Рождение клиники / пер. с фр. А.Ш. Тхостова. М. : Акад. проект. 252 с.

Alexias G. 2008. Medical Discourse and Time: Authoritative Reconstruction of Present, Future and Past // *Social Theory & Health*. Vol. 6, no. 2. P. 172-176.

Bowling A. 1997. *Measuring health: a review of quality of life measurement scales*. 2nd ed. Buckingham, Philadelphia : Open Univ. Press. 159 p.

Currie J., Madrian B.C. 1999. Health, Health Insurance and the Labor Market // *Handbook of Labor Economics*. Vol. 3. P. 3309-3415.

References

Alexias G. Medical Discourse and Time: Authoritative Reconstruction of Present, Future and Past, *Social Theory & Health*, 2008, vol. 6, no. 2, pp. 172-176.

Bowling A. *Measuring health: a review of quality of life measurement scales*, 2nd ed., Buckingham, Philadelphia, Open University Press, 1997, 159 p.

Bourdieu P. *Prakticheskij smysl* [Practical sense], St. Petersburg, Aletejja, Moscow, Ин-т эксперимент. социологии, 2001, 562 p. (in Russ.).

Currie J., Madrian B.C. Health, Health Insurance and the Labor Market, *Handbook of Labor Economics*, 1999, vol. 3, pp. 3309-3415.

Dmitrieva E.V. *Sociologija zdorov'ja: metodologicheskie podhody i kommunikacionnye programmy* [Sociology of health: methodological approaches and communication programmers], Moscow, Centr, 2002, 224 p. (in Russ.).

Foucault M. *Rozhdenie kliniki* [Birth of the Clinic], Moscow, Akad. proekt, 2010, 252 p. (in Russ.).

Mart'janov V.S. *Metamorfozy rossijskogo Moderna: vyzhivet li Rossija v globalizirujushhemsja mire* [Metamorphoses of Russian Modern: Will Russia survive in a globalized world], Ekaterinburg, UrO RAN, 2007, 344 p. (in Russ.).

Ottavskaja hartija [Ottawa Charter], *Vsemirnaja organizacija zdravooohranenija*, 2014, available at: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/146808/Ottawa_Charter_R.pdf (accessed 19 November 2014). (in Russ.).

Polishhuk E.A. *Chelovecheskij kapital v jekonomike sovremennoj Rossii: problemy formirovanija i realizacii* [Human capital in the economy of modern Russia: problems of formation and realization], Izhevsk, Izd-vo Izhevsk. gos. teh. un-ta, 2005, 184 p. (in Russ.).

Romanova K.S. *Chelovecheskij potencial v kontekste social'nyh transformacij: problemy i tendencii* [Human potential in the context of social transformations: Issues and Trends], *Nauch. ezhegodnik In-ta filosofii i prava Ural. otd-nija Ros. akad. nauk*, 2012, iss. 12, pp. 166-178. (in Russ.).

Rusakova O.F., Hmelinin A.A. *Neoliberal'nyj diskurs: strategii i tehnologii konstruirovanija novoj sub'ektivnosti* [Neoliberal Discourse: strategies and technologies of designing a new subjectivity], *Nauch. ezhegodnik In-ta filosofii i prava Ural. otd-nija Ros. akad. nauk*, 2012, iss. 12, pp. 259-272. (in Russ.).

VOZ. *Chasto zadavayemye voprosy* [WHO. Frequently asked questions], *Vsemirnaja organizacija zdravooohranenija*, 2014, available at: <http://www.who.int/suggestions/faq/ru/index.html> (accessed 21 November 2014). (in Russ.).

Lyudmila A. Saburova, Candidate of Philosophy, Senior Researcher, Udmurt Division, Ural Branch of the Russian Academy of Sciences, Izhevsk.
E-mail: sabur@udm.ru

HEALTH AS SYMBOLIC CAPITAL: PECULIARITIES OF CAPITALIZATION AND SOCIAL EXCHANGE IN HEALTH

Abstract: The article deals with an approach to health as social phenomenon. In this context, the notion of “symbolic capital” is explored. Outside the clinical practice, the concept of health is actually presented in everyday social life and used as a designation (symbolization) of the quality and style of life. In the field of social interaction, the individual experience of health and related physical or spiritual practices becomes an interactive phenomenon, where an investment in health as a symbolic capital and exchange of symbolic resources with other types of resources is simultaneously carried out. Health as a symbolic capital is constructed and consumed in dialogue with different agents of the social world. The article analyzes the strategies of capitalization of health as a symbolic resource. The direction and amount of investment in health is defined by fields of symbolic power that claims the value of health and healthy living as self-evident

and self-valuable. Two most important fields of symbolic control in the sphere of health in the modern world – academic medicine and religious and philosophical systems – are described. Symbolic capitalization in these fields takes place through the construction of an individual image of “healthy person”, or “person following healthy lifestyle”, or “spiritual person”. In this context, health designates itself as the external form of social and individual life. Such form of constructing the “image of health” becomes the point of generation, replication and multiplication of symbolic capital at the individual and group level.

Keywords: individual and public health; symbolic capital; healthy lifestyle; self-presentation; construction of image of health; capitalization; exchange; symbolic power.