

УДК: 164.02:321

ГЛОБАЛЬНЫЕ И ЛОКАЛЬНЫЕ СМЫСЛЫ ЗДОРОВЬЯ: ПЕРЕРАСПРЕДЕЛЕНИЕ СИМВОЛИЧЕСКОЙ ВЛАСТИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Сабурова Людмила Альбертовна,

*Кандидат философских наук, старший научный сотрудник Ин-
ститута философии и права УРО РАН,*

e-mail: sabur@udm.ru

г. Ижевск

Аннотация

В статье анализируются изменения смыслового наполнения концепта здоровья в результате пандемии COVID-19. На основе анализа изменения базовых трендов в понимании здоровья, сложившихся в «доковидную» эпоху, таких, как персонализация, либерализация, де-медиализация концепта, выдвигается предположение о том, что модель индивидуального здоровья как результата свободного и творческого выбора в условиях глобальной угрозы и глобальных способов регулирования оказывается не актуальной. А модель общественного здоровья как модель конвенциональных решений в отношении качества жизни заменяется признанием необходимости подчинения внешним требованиям. Обосновывается вывод о возврате к «власти клиники», деперсонализации и представлениям о глобальной и политической ответственности по отношению к личному здоровью.

Ключевые слова: индивидуальное и общественное здоровье, клиницизм, символическая власть, глобальная угроза, индивидуальная и глобальная ответственность.

GLOBAL AND LOCAL MEANINGS OF HEALTH: REDISTRIBUTION OF SYMBOLIC POWER IN THE COVID-19 PANDEMIC

*Saburova Lyudmila Albertovna,
PhD in Philosophy, Senior Researcher at the Institute of Philosophy
and Law of the Ural Branch of the RAS,
e-mail: sabur@udm.ru
Izhevsk*

Abstract

The article analyzes the changes in the semantic content of the concept of health as a result of the COVID-19 pandemic. Based on the analysis of changes of trends in the understanding of health developed before, such as personalization, liberalization, de-medicalization of the concept, it is suggested that the model of individual health as a result of free and creative choice in the context of a global threat and global methods of regulation turns out to be irrelevant. And the public health model as a model of conventional decisions regarding the quality of life is being replaced by the recognition of the need to obey external requirements. It is justified a conclusion about a return to "the power of the clinic", depersonalization and to notions of global and political responsibility in relation to personal health.

Key words: individual and public health, clinicism, symbolic power, global threat, individual and global responsibility.

Пандемия COVID-19 проявила и обострила некоторые серьезные цивилизационные противоречия и проблемы, такие, как неготовность национальных и наднациональных управленческих систем к ответам на новые угрозы, дефицит доверия политической и административной власти на национальных уровнях и в глобальном масштабе, изолированность академической науки от глобальных и локальных информационных полей и многие другие. Более того, пандемия

остановила и даже развернула в обратном направлении некоторые заметные тенденции в развитии концепта здоровья.

В частности, в «доковидном» мире клиницистские, в определении Фуко [1], смыслы понятия «здоровье» в течение последних десятилетий XX века постепенно вытеснялись социально-политическими и социально-экономическими смыслами, причем эти новые смыслы формировались и распространялись на глобальном уровне.

Так, на глобальном уровне было задано понимание здоровья как понятия, не связанного напрямую с наличием или отсутствием болезней: «Здоровье – ... не отсутствие болезней, а состояние полного физического, психического и социального благополучия» [2]. Это определение приводится в Преамбуле к Уставу Всемирной организации здравоохранения, принятому Международной конференцией здравоохранения, подписанному в 1946 году представителями 61 страны и вступившему в силу в 1948 году. При том, что с 1948 года это определение не менялось, его абстрактное и предельно широкое толкование позволило последующему общественному и политическому дискурсу наполнять его все новыми смыслами, в том числе – социальными и экономическими.

На глобальном уровне была сформулирована и развивалась концепция здоровья как элемента человеческого капитала [3]. Здоровье стало приобретать рыночную ценность, выступать объектом инвестирования и обмена. И в последние десятилетия индустрия товаров и услуг, поддерживающих физическое и психическое здоровье, является одной из самых быстро растущих сфер экономики. Здоровье все больше отождествляется с образом жизни, становится объектом моды и подражания, товаром, обмениваемым на другие виды ресурсов [4, с. 53]. Таким образом, глобальные смыслы вошли в ткань повседневных индивидуальных, групповых и корпоративных дискурсов.

К появлению новых смыслов в понимании здоровья также привело развитие концепта «общественного здоровья» и постепенная поляризация концептов индивидуального и общественного здоровья. Поскольку основными причинами смертности в мире во второй половине XX века стали неинфекционные заболевания [5], то и факторы

здоровья населения как предмет изучения и практического воздействия отодвинулись в плоскость индивидуальной ответственности. Здоровье как цель лечения и как желаемый итог клинической деятельности всё более оказывается зоной ответственности не медицины, но иных факторов – экологии, наследственности, образа жизни людей. Все более тиражируемым в массовом сознании и в профессиональных дискурсах становится представление о «зонах ответственности» в отношении здоровья, в соответствии с которым системам здравоохранения приписывается лишь 10–15 % «вклада в здоровье» [6, с. 39]. В соответствии с этим представлением трансформируется и система медицинской помощи, и сфера политической ответственности за здоровье населения. «Общественное здоровье» все чаще интерпретируется как сфера общественного благополучия, качества жизни индивидов и сообществ. Усиливающееся влияние глобальной политики в сфере общественного здоровья перераспределяет символическую власть от научной медицины к политическим и административным субъектам власти, порождая множество глобальных, региональных и локальных политических и общественных проектов типа «города за устойчивое развитие», «здоровые города», «здоровые предприятия», «здоровые школы» и т. д. Контроль над болезнями как зоной страдания всё больше вытеснялся в «доковидные» десятилетия в публичной жизни контролем над здоровьем как зоной благополучия.

В качестве еще одного «доковидного» тренда, который в значительной степени повлиял на сознание и поведение людей во время пандемии, необходимо отметить усиление влияния так называемых «альтернативных» подходов к здоровью: эзотерических, диетологических, психотерапевтических, спортивных и т. д. Основным предметом конкуренции этих альтернативных дискурсов являлся индивидуальный образ жизни людей как наиболее гибкий и легко управляемый «фактор здоровья», по сравнению с факторами окружающей среды, системы здравоохранения и наследственностью. В условиях глобализации и усиления тенденций горизонтальной интеграции за счет цифровых коммуникаций любая альтернативная идеология при использовании эффективных инструментов продвижения создавала новые

тренды в питании, физической активности, организации сна и отдыха, взглядах на семейные и сексуальные отношения, одежде и т. д.

Образ жизни в информационном обществе становился и воспринимался все больше как объект индивидуального конструирования либо выбора, в том числе – конструирования здоровья. Это конструирование осуществляется в контексте изобилия, и даже избыточности, рекомендаций и возможностей, предоставляемых конкурирующими дискурсами и идеологиями. Внутри этого спектра модели задавались различными идеями локального характера, берущими начало в медицинских, социальных либо эзотерических дискурсах. Таким образом, определения здоровья как состояния (процесса, свойства и т. д.) порождались в полях многочисленных локальных дискурсов и социальных практик как относительно автономные и самоочевидные.

Единственным ограничителем глобального распространения локальных трендов являлись конкурирующие локальные смыслы и дискурсы. Таким образом, в «доковидные» десятилетия глобализация и вертикализация механизмов символической власти в сфере здоровья постепенно сменялась локализацией агентов влияния в горизонтально интегрированных сообществах, что усиливало конкуренцию дискурсов, порождая своего рода кризис доверия в сфере человеческого и общественного здоровья.

И именно этот кризис доверия на сегодня оказался одной из существенных глобальных угроз. Наиболее заметным выражением этого кризиса в ситуации пандемии стал кризис доверия системам политической и административной власти во всех странах, проявившийся в острой критике действий властей и активных протестных действиях населения, направленных на сопротивление абсолютно любым, даже прямо противоположным по вектору, «антиковидным» мерам, будь то усиление ограничений личных прав и свобод граждан вплоть до жесткого «локдауна», или, напротив, «слишком мягкие» или «запоздалые», или «непоследовательные» меры по противодействию пандемии, или введение «ковид-паспортов», или, наоборот – недостаточно жесткое принуждение к вакцинации. Помимо явно выраженного конфликта гражданского общества со своими государствами, выросла

общая конфликтность социальной среды. Дискуссии «ковидоскептиков» и «ковидофобов», «прививочников» и «антипрививочников» все больше раскалывают общество. Рост конфликтности в обществе наталкивает на предположение о глубинных основаниях таких бытовых и ситуативных противоречий, как ношение или не ношение масок, закрытие или открытие школ, запрет или разрешение культурных мероприятий и т. д.

Таким глубинным основанием как раз и оказывается кризис модели здоровья как личного выбора, обусловленного локальным контекстом. Административные ограничения в образе жизни, направленные на практическую профилактику распространения инфекции, предполагают иное понимание здоровья и его факторов. Меры, принимаемые в большинстве стран, идеологически призваны подталкивать общество к гуманистической модели – некоей «общей ответственности» за здоровье и жизнь. Но инерция ценностного восприятия здоровья как чего-то сугубо личного чаще всего не позволяет людям связывать свое здоровье и здоровье других в качестве некоего целого. Например, в бесконечных спорах в социальных сетях по поводу целесообразности использования защитных масок или вакцинации довольно типичными являются диалоги, в которых сторонники и противники того и другого спорят о возможности или невозможности защитить себя от инфекции, о целесообразности применения этих инструментов для обеспечения личной безопасности. Практически не приводятся аргументы, касающиеся обеспечения коллективной безопасности, и, тем более – глобальной. Основная тематика многочисленных постов и инструкций по профилактике также акцентирует внимание на защите собственного здоровья, а не защите окружающих, что, по-видимому, также происходит по инерции «доковидного пиара», без прироста новых смыслов.

На фоне кризиса легитимности основных властных экспансий в сфере здоровья – как со стороны научной медицины и систем здравоохранения, так и со стороны государств – все эти локальные и индивидуальные дискурсы не формируют хотя бы относительно устойчивых глобальных консенсусов. Общество «постправды», в котором

«версии реальности» могли выбираться свободным образом в контексте биографических и иных социальных факторов, сегодня превращается в общество «отсутствия правды», когда ни традиционные субъекты символической власти (медицинская наука, государства), ни локальные производители не могут игнорировать угрозу, с одной стороны, но не могут предложить и убедительного ответа на эту угрозу, хотя бы концептуального.

В итоге некогда широкий спектр образцов поведения в отношении здоровья сегодня расположился на одной линейной шкале – от «ковидофобии» до «ковидоскепсиса». И индивидуальный выбор позиции на этой шкале чаще определяется уже не механизмами социальной и культурной идентичности, и, тем более, не императивами коллективной (глобальной) ответственности, а всего лишь мерой легитимности власти и официальной медицины в представлении выбирающего. Вопросы здоровья очевидно политизируются, что доказывают данные социологических исследований. Например, при исследовании социальных факторов «ковидо-скептицизма» и приверженности «теориям заговора» в Греции было установлено, что со степенью приверженности теориям «ковида как мирового заговора» коррелируют в большей степени политико-идеологические, нежели социально-демографические факторы или факторы социального опыта [7]. В этом смысле также показательна разница между готовностью вакцинироваться и реальными результатами вакцинации между странами.

Таким образом, на глобальном уровне можно констатировать формирование нового экзистенциального вызова, а именно – вынужденности выбирать индивидуальный образ жизни в условиях высокой степени неопределенности и административного давления.

В текущей ситуации ответом на этот вызов пока становятся две заметные тенденции. Первая состоит в постепенном отказе от дискурса «индивидуальной ответственности» за здоровье в пользу институциональной и глобальной ответственности. Политические институты, институты здравоохранения вынуждены брать на себя функции регуляторов общественного поведения и общественного

мнения. Но, в силу потери этих навыков, особенно в странах с устойчивыми неолиберальными подходами в организации здравоохранения и в управлении общественным мнением, национальные институты стремятся переложить часть этой ответственности на глобальные институты, обосновывая все локальные решения (в любом случае непопулярные) международным опытом.

Символическая власть в сфере здоровья вновь перераспределяется от локальных субъектов частных дискурсов к медицинской науке. «Власть клиники» возвращается из сферы пограничного влияния в повседневную жизнь каждого человека, проявляя себя в бытовом дискурсе. Без медицинского дискурса не обходится ни одна из дискуссий в социальных сетях. Авторитеты в области медицины оказываются лидерами общественного мнения.

Таким образом, происходит ре-глобализация и ремедиализация модели здоровья. Но это не означает возвращение к прежнему варианту «власти клиники». Отличие сегодняшней ситуации состоит в том, что символическое насилие в эпоху COVID-19 не имеет ярко выраженной субъектности. В силу противоречий в официальных дискурсах, интерпретирующих саму болезнь, ее происхождения, факторы риска и перспективы протекания пандемии, на персональном (экзистенциальном) уровне решения принимаются в многомерной системе координат, которые включают и административные регуляторы (данные статистики, усиление или ослабление мер административного контроля), и личные возможности адаптации к меняющейся среде и ее требованиям.

В результате этой многомерности факторов глобальные основания для выбора преломляются через множество локальных ограничителей. Однако при том, что модели поведения в отношении здоровья могут выглядеть результатом личного выбора, ответственность за личное здоровье и его потерю больше не связывается с личностными факторами. Эмпирически изменение ситуации выглядит следующим образом: если в «доковидную эпоху» люди, страдающими различными заболеваниями, переносили ответственность на здоровье на внешние факторы (не всегда на медицину, иногда – на бедность, социаль-

ное окружение и т. д.), а «условно здоровые» люди считали здоровье личной заслугой, то сегодня и те, кто лично пострадал от болезни, и те, кто лично не переболел, не видят в этом личной ответственности, поскольку зона ответственности перенесена на глобальный уровень (неважно, с чем именно она ассоциируется – с «мировым заговором» либо с учеными, которые вот-вот должны изобрести наилучший вариант лекарства / вакцины).

Таким образом, формирование и движение «доковидных» дискурсов в сфере здоровья оказалось в пространстве «индивидуальное – глобальное» без «посреднического» участия иных субъектов символической власти. В силу этого поляризация взглядов на пандемию, ее причины и перспективы дальнейшего существования человечества становится самовоспроизводящимся механизмом нарастающего глобального конфликта, очертания которого сегодня можно лишь смутно предугадывать.

Литература

1. Фуко М. Рождение клиники / М. Фуко, пер. с фр. А.Ш. Тхостова. – М.: Академический Проект, 2010. – 262 с.
2. ВОЗ. Часто задаваемые вопросы.
URL: <http://www.who.int/suggestions/faq/ru/index.html> (дата обращения 10.04.2021)
3. Беккер Г.С. Экономика семьи / Г.С. Беккер // Человеческое поведение: экономический подход – М., 2003. – С. 381–410.
4. Сабурова Л.А. Здоровье как символический капитал: особенности капитализации и социального обмена в сфере здоровья / Л.А. Сабурова // Научный ежегодник Института философии и права Уральского отделения Российской академии наук. – 2015. – Том 15. – Вып. 2. – С. 48–60.
5. ВОЗ. Основные факты. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>) (дата обращения 04.10.2020)
6. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / Ю.П. Лисицын. – 2-е изд. – 2010. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 512 с.
7. Gemenis K. (2020) Explaining Conspiracy Beliefs and Scepticism around the COVID-19 Pandemic. ECPR general Conference
URL: <https://ecpr.eu/Events/Event/PaperDetails/55818> (дата обращения 16.10.2020)