

СОЦИОЛОГИЯ

УДК 316.35

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ ЛИЦ С ИЗБЫТОЧНОЙ ПОЛНОТОЙ КАК ОДНОЙ ИЗ ГРУПП РИСКА

© 2008 Т.Ю.Покровская

Казанский государственный технический Университет им. А.Н.Туполева

vip89@mail.ru

Поступила в редакцию

АННОТАЦИЯ:

В статье выделены понятия «группа социального риска», или «пограничная категория». Обоснованы возможности применения в изучении социальных проблем людей, страдающих ожирением, двух теоретических подходов: объективистского, в рамках которого акцентируется внимание на наличие у людей этой категории органической патологии или дисфункции, в связи с чем им приписывается поведение, на которое “наклеивается ярлык” девиантного, при этом человек может принять на себя роль постоянной девиантности человек просто стигматизируется; и субъективистского подхода, способного снять с человека и устранить из его сознания “ярлык” больного, девианта и постепенно менять в обществе вектор отношений к подобным людям.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

Группа социального риска, пограничная категория, люди с избыточным весом как социальная категория, статус больного, объективистский подход, субъективистский подход, медиализация, стигматизация.

В российском обществе существуют социальные зоны, выталкивающие большие общественные группы “на дно” или на маргинальные позиции. Это ведет к возникновению целых *групп риска* на социально-стратификационной, социобиологической, социопсихологической, социокультурной и социополитической основе. В сфере стратификации такое понятие охватывает группы людей с хронической и даже передаваемой депривацией, постоянно живущих в состоянии тяжелого социоэкономического положения, ощущающих социальную депривацию.

Лиц, имеющих *пограничное* состояние между физической нормой и патологией, предполагающее ухудшение состояния их здоровья при определенных условиях, также принято относить к *группе риска*, поскольку осложнения, полученные вследствие такого пограничного состояния, могут не только привести к инвалидности, но и увеличить риск смерти. Группа людей с нарушениями физической нормы в виде избыточного веса не относится ни к категории здоровых людей, ни к категории инвалидов, но данная патология влечет за собой ряд осложнений, отражающихся на всей их социальной жизнедеятельности, поэтому назовем ее *группой социального риска*, или *пограничной социальной категорией*.

Среди групп социального риска люди с чрезмерным весом составляют одну из самых массовых общностей, объединяемых имеющимися социальными проблемами и факторами их генезиса и отличающихся от многих иных групп риска большей латентностью этих проблем, непризнанием со стороны общества и государства самого факта дискриминации, а также спецификой и разновекторностью путей преодоления их социальной ущемленности.

Для определения важнейших направлений изменения сложившейся оценки социального характера рассматриваемой проблемы и с целью поиска путей ее решения необходимо предварительно решить ряд методологических задач, выбрать подход к исследованию социальных проблем людей, имеющих избыточный вес, и к разрешению этих проблем.

Первое. В оценке социальной сущности проблемы полных людей существует два дискурса, или две оценки места чрезмерно полных людей в современном обществе:

1) Дискурс *медикализации*, когда ожирение рассматривается как болезнь, нарушение нормы с медицинской точки зрения, в силу чего медицина считается главным средством борьбы с этой болезнью и предлагается бороться любыми медикаментозными средствами для устранения или предотвращения данного недуга. Медикализацию проблем больных людей как сужающую и редуцирующую само понимание ее сути и способов ее решения в свое время подверг убедительной критике М.Фуко [1, с.101]. На наш взгляд, сугубо медицинская, или биологизаторская, трактовка ожирения является ущербной как в силу социального характера генезиса и самого ожирения, и процесса дискриминации полных людей, так и из-за превалирования общественной составляющей в процессах социального дистанцирования общества от чрезмерно полных людей и вследствие необходимости выработки комплексной социальной политики преодоления их ущемления как единственно возможного пути решения социальных проблем указанной группы риска.

2) Дискурс *социализации* проблемы, в рамках которого можно выделить два варианта. Согласно первому из них, который можно вести по аналогии с анализом М.Фуко проблем психически больных, полнота – это аномалия, но общество и государство должно сделать все для выравнивания социальных шансов полных людей. По Фуко, больные люди, находясь в обществе на втором плане, занимают неперспективные должности, выбывают из политической жизни страны, что облегчает контроль привилегированных классов над политической ситуацией в стране. Поэтому наряду с медицинскими средствами борьбы с полнотой необходим пересмотр отношения общества и государства к полным людям.

Согласно другому варианту данного дискурса, полнота – это норма, и потому полные имеют право становиться полноценными гражданами, бороться нужно не с полнотой, а с неравенством условий жизни и социальных шансов полных людей. Иное же (и

господствующее в нашей стране) отношение к полным людям со стороны общества и государства – это проявление их социальной дискриминации. При таком «нормативном» подходе главным средством борьбы за равноправие полных становится «позитивная дискриминация» остальных членов общества в целях выравнивания социальных возможностей полных и неполных. В последнем оба варианта «социального» дискурса солидарны.

По нашему мнению, ограниченность «медикализации» не позволяет абсолютизировать любую из концепций «социализации» проблемы. Проведенные нами исследования проблем студентов с избыточным весом подтверждают, что всегда среди чрезмерно полных будут и те, кто стремится выйти из такого физического состояния, и те, кому в нем комфортно, и те, кто борются за преодоление своей социальной ущемленности – или путем индивидуального социального возмещения физических недостатков (посредством сублимации), или через изменение всей социальной иерархии, преодоления диктата и господства в обществе группы лиц, обладающих весом в пределах «нормы». Каждая из этих категорий чрезмерно полных людей требует своего подхода к анализу ее проблем и выработке специфической социальной политики, направленной на решение этих проблем.

Второе. При анализе современных представлений о лицах с нарушениями состояния здоровья (в нашем случае: избыточный вес и ожирение) автор в данной работе опирался на два методологических подхода к определению направленности взаимодействия человека и общества, не в равной степени реализуемых в практической деятельности. Если первый, назовем его *объективистским*, подход акцентирует внимание на внешних факторах статуса по отношению к данному больному человеку (в нашем случае с избыточным весом и ожирением) в обществе, то второй, *субъективистский*, во главу рассмотрения ставит личные интенции, диспозиции, социальные ресурсы самой личности. В первом варианте позицию и роль больного в обществе определяют другие люди, в данном контексте “здоровые”, а во втором – больной конструирует свой статус самостоятельно.

Первый подход уже показал свою практическую значимость, ибо общество в целом начало беспокоиться о проблеме ожирения, но он не нашел широкого воплощения в реальной практике социальной работы в отношении чрезмерно полных людей. В данном подходе акцентируется внимание на присутствии у больного органической патологии или дисфункции и ему приписывается поведение, на которое “наклеивается ярлык” девиантного, т.е. эти больные в определенной мере получают статус девиантов. Любое действие в отношении последних будет направлено на их «исправление» или социальную изоляцию (остракизм). Пытаясь справиться с социальной изоляцией и стигматизацией (по И.Гоффману, последнее означает исключение стигматизированных лиц из процесса нормального

социального взаимодействия), девиант может найти поддержку в определенной девиантной субкультуре и, таким образом, принять роль постоянной девиантности [2, с. 178].

На наш взгляд, теория стигматизации И.Гоффмана в наибольшей мере приложима к анализу людей с избыточным весом, ибо им в жизни социальные преграды мешают больше, чем физико-биологические недостатки. И.Гоффман писал: “Если мы видим человека с очевидными отклонениями разного генеза, то он (человек) в некотором смысле вызывает в нас отторжение. Таким образом, это приводит к тому, что в наших глазах он отвратителен до такой степени, что создается впечатление проказы. Такой признак называется стигмой, особенно в тех случаях, когда наша репутация может быть поставлена под сомнение” [3, с. 12]. По Гоффману, человек со “стигмой” для общества – это уже и не совсем человек. В связи с этим, широко распространена дискриминация, посредством которой, иногда не подозревая, социум ущемляет людей со стигмой. Согласимся с И.Гоффманом, что “человек со стигмой может обернуть свой недостаток, преобразуя его в точку отсчета для организации (создания) своей жизни, однако, для начала он должен убедить в этом полмира” [3, с.13].

Дальнейшее развитие данная теория получила в теории лейблизации, “наклеивания ярлыков” Э.Лемерта, разработавшего концепцию первичного и вторичного отклонения или девиации [4, с. 142-145], впоследствии развитую Г.Беккером. В итоге, господствующей парадигмой в объяснении девиантности стала ее трактовка, согласно которой, с одной стороны, девиантное поведение необходимо рассматривать не просто как нарушение нормы, а как всякое поведение, на которое “наклеивается ярлык” девиантного. С другой стороны, “наклеивание ярлыков” само порождает или усиливает девиантность. Применительно к нашей проблеме ответом молодого человека, имеющего избыточный вес или ожирение, на выраженную по его адресу враждебность, дистанцирование, остракизм, вызванные биологическими отличиями, непривычностью и выходом за принятые нормы внешнего вида, часто бывает еще большее усиление девиантности, в результате которой у него выработается определенный негативный “образ самого себя” как человека, постоянно заключенного в рамках некоей девиантной роли, что может отрицательно отразиться на всей его жизнедеятельности.

В рамки первого из рассматриваемых методологических подходов целесообразно включить и концепцию «усиления девиантности», предложенную Л.Т.Уилкинсом, указывавшим “на то, что значительная доля отклонений в обществе является непреднамеренным следствием полицейского контроля, массовой коммуникации и реакции общественности на стереотипы девиантности. Согласно теории усиления девиантности, искажение информации и незнание культур меньшинств в массовом обществе приводят к

неадекватной реакции на воспринимаемую девиантность, когда искаженное знание в свою очередь ведет к дальнейшему усилению девиантности” [2, с. 64].

В современном обществе человек, имеющий физические недостатки или психические изъяны, должен приспособиться к окружающей среде, чтобы соответствовать нормам, существующим в обществе [5, с. 368]. Такая ситуация является следствием идеологии, основанной на интерпретации социальной нормы как однородной категории, отражающей характеристики “здоровой” части населения [6, с. 56].

Т.Парсонсу принадлежит заслуга изучения взаимоотношений между врачом и пациентом как социальной системы. В основе его ролевой теории рассматривались следующие парадигмы: парадигма нетрудоспособности; парадигма девиации, которая описывалась с позиции психоанализа; и идея о социальном контроле. Отношения врач–пациент как социальная система с определенными правами и обязанностями представляют собой микромодель социального института здравоохранения, гарантирующего сохранность общественной ценности – здоровья. Взаимодействие в данной системе Т.Парсонс рассматривал не только с социологической, но и с экономической точки зрения, как обмен между производителем и потребителем [7, с. 422; 432-436; 444-445].

В настоящее время социология приходит к пониманию множественности интерпретаций социальных феноменов. Болезнь и здоровье могут рассматриваться как варианты социального соглашения (договора), в котором учитываются социальные ожидания и роли в процессе само-создания (self-constitution) [8, с. 48-51]. Социологическая значимость понятия роли состоит в том, что она демонстрирует, каким образом и с помощью каких механизмов индивидуальная деятельность испытывает на себе влияние общества и благодаря этому следует регулярным установленным образцам. Исполнение нами определенных ролей упорядочивает социальную жизнь, потому что делает поведение людей предсказуемым [9, с.84].

Человек, имеющий нарушения здоровья, нуждается в реализации “особых” потребностей, возникающих в связи с получением статуса больного, в том числе и помощи. Однако концентрации внимания лишь на разрушении физических преград в жизни людей, имеющих избыточный вес и ожирение, на чем ставится акцент в первом подходе, недостаточно. Кроме того, отметим, что восстановление нарушенных вследствие болезни функций организма не может быть ограничено мерами медицинского характера. Эти меры воздействия в значительной степени влияют на анатомо-физиологический аппарат, практически не касаясь социально-психологического, личностного и коммуникативного компонентов, важных для социальной интеграции человека с нарушениями состояния здоровья в общество. Успешная интеграция в общество будет во многом зависеть от того,

принимает ли общество таких больных как своих равных членов либо выстраивает символические барьеры, определяя людей с данными патологиями лишь объектом социальной защиты. Т.Парсонс исходил из тезиса, что болезнь по сути своей есть феномен социальный. В этом плане он различал заболевание как неблагоприятное физическое состояние организма и как социальный статус, приписываемый больному на основе допущения, что оно действительно имеет место [10. С. 73-520]. Статус же имеет последствия для личности, для той социальной группы, к которой она принадлежит, для общества в целом. Состояние человека может быть по-разному воспринято самим человеком и окружающими, а также иметь разные последствия для участников взаимодействия в зависимости от контекста рассматриваемой ситуации. Исходя из этого, важным является понимание индивидуального опыта переживания своей болезни самим человеком с нарушениями состояния здоровья. Больной конструирует свой образ и самоопределяет свою позицию в обществе, свой субъективный статус. Тем самым концепция Парсонса отчасти объединяет в себе объективистский и субъективистский подходы.

На современном этапе, на наш взгляд, более перспективным является *второй* подход, основанный на теории социального конструирования. Мы предполагаем, что именно этот подход способен оказать влияние на разрушение символических барьеров между здоровой частью населения и людьми с нарушениями состояния здоровья.

Человек неотделим от социальных отношений (от социальных “ролей”), в то же время как субъект этих отношений он возвышается над ними как личность, в некотором смысле автономен по отношению к своим социальным “ролям”. Эта существенная особенность личности лучше всего видна в нравственной свободе человека, в его творчестве. Но, оказывается, и здоровье человека выражает эту же автономию человеческого индивида по отношению к окружающим условиям, ибо здоровье человека есть степень господства человека над обстоятельствами его жизни, одна из степеней его свободы [11].

В отличие от господствующего в европейской социологии объективистского подхода, методологический концепт, заложенный восточной наукой, носит в себе явно выраженный субъективистский характер. С самого начала своего возникновения китайская медицина придерживалась того принципа, что в процессе лечения успех в большей степени зависит от пациента, чем от врача. Обусловленное таким подходом активное отношение китайского пациента к процессу своего выздоровления относится к числу специфических особенностей китайской медицины. В классическом труде древнекитайской медицины “Хуанди Нейцзин” говорилось, что “Причинность заложена в болезни, работа (или лечение), выполняемая врачом, оказывает воздействие лишь на поверхности. Если это внешнее воздействие не может устранить причину, то не удастся изгнать болезнетворное начало” [12, с. 81]. Под

словами “причинность заложена в болезни” китайские врачи древности понимали то обстоятельство, что при лечении важнейшие изменения происходят в самом пациенте и именно пациент является решающим фактором в выздоровлении. Считалось, что между врачом и пациентом должно быть налажено столь тесное сотрудничество, что больной мог бы четко уяснить, каким образом в его организме могло возникнуть данное заболевание и что он сам может предпринять для укрепления защитных сил своего организма и предотвращения дополнительного ущерба здоровью. Подобная традиционная установка отражает понятие того, что причина каждого явления заложена внутри самого явления, а не во внешних событиях, т.е., говоря иначе, в противоречии, содержащемся внутри явления. Если применить это положение к объекту нашего исследования, можно выделить два основных постулата:

1) симптомы болезни, как бы неприятны они ни были, лишь в исключительных случаях идентичны ее подлинной причине;

2) действительно направленная на ликвидацию причины болезни политика должна всегда начинаться с больного, настраивая его на личное участие в процессе выхода из кризисной ситуации.

Таким образом, решающим фактором в изменении социального статуса избыточно полных людей являются они сами, а не только общество и государство.

Вместе с тем зачатки понимания активной роли больного были присущи и западной науке (Гиппократ, школа Кносса, Платон, школа первых анатомов Книда). Однако методологической основой анализа данного подхода мы считаем гамму теоретических направлений, представленных в трудах В.Дильтея, М.Вебера, У.Джеймса, Дж.Дьюи, Ч.Кули, У.Томаса, Г.Мида, Г.Блумера, И.Гофмана, А.Шюца, П.Бергера и Т.Лукмана и их концепций символического интеракционизма, социального конструирования реальности, драматургической и феноменологической социологии.

Не менее существенным для анализа социальных проблем чрезмерно полных людей представляется создание З.Фрейдом конверсионной модели психосоматических расстройств, снимающих психологические проблемы индивида, выражая подспудный конфликт символическим образом, и анализ Фрейдом проблемы социального окружения индивида. Применяя это к объекту нашего анализа, можно сказать, что все отрицательные эмоции, которые молодой человек, имеющий избыточный вес, получал, будучи в детском и юношеском возрасте, сказываются на его самооценке. Она или слишком занижена, или слишком завышена. Подобная ситуация безусловно сказывается на психике человека с данными патологиями (агрессия, замкнутость или гиперактивность). Любые психические травмы оказывают решающее влияние на формирование личности (конечно, имеющей

разнообразные особенности, включая и чрезмерную полноту), однако возможно и их частичное преодоление.

Выделенные Э.Фроммом типы ориентации индивидов (мазохистского, садистского, деструктивного и конформистского [13, с. 93-95]) можно спроецировать и на группу риска из числа страдающих избыточным весом и ожирением. Например, на наш взгляд, среди полных людей чаще встречаются мазохистский и конформистский типы ориентаций. Мазохистский – потому что вследствие общественной дискриминации у них подавлено чувство собственного “Я”. Они смиряются с тем, что их внешность не дает им права занимать “публичные” посты, т.е. быть на виду, что их удел всегда оставаться за “кадром”, исключая, таким образом, себя как стигматизированных лиц из процесса нормального социального взаимодействия. Конформистский – потому что, полные люди вынуждены подчиняться, подстраиваться и приспосабливаться к общепринятым шаблонам, путем различных способов похудения (всевозможных диет, изнурительных физических нагрузок или операционных вмешательств, естественно не за государственный счет) стремясь быть, как все.

Предложенные Э.Эриксоном критерии психического развития Я, связанного с формированием основных ориентиров по отношению к себе и своему окружению, и введение им понятия “идентичность”, являющегося показателем зрелой личности [14, с. 22], также применимы к исследуемому нами феномену. В нашем случае, если человек с избыточным весом хочет успешно пройти барьер формирования идентичности, необходимо направить его в такую среду, где ценности и нормы были бы наиболее подходящими, где взаимодействия со “значимыми другими” носили бы позитивный характер. Если на каком-то жизненном этапе обстоятельства сложились таким образом, что заставили молодого человека с данной патологией подстраиваться под условия жизни, «ломая» себя, то происходит фрагментация личности.

Концепция понимания М.Вебера, а именно постановка себя в положение другого [15, с. 31], в нашем случае – в положение полного человека, для большинства в нашем обществе до сих пор неприемлема. Общество не только не понимает проблем, которые испытывает полный человек, но и явно показывает свое неприятие и неприязнь к таким людям, другими словами, стигматизирует их. Однако только овладение процессом понимания со стороны большинства членов общества может положить конец подспудной и явной дискриминации и исключению чрезмерно полных людей из социума.

Известная “теорема Томаса”, согласно которой «Если человек определяет ситуацию как реальную, она реальна в своих последствиях» [16], в применении к объекту нашего исследования позволяет сказать, что, если чрезмерно полный человек не замечает социального отчуждения и дискриминации, то он может добиться более высокого

социального статуса, нежели индивид, отчетливо чувствующий свою социальную уязвимость. Исходя из типологии девиации Р.Мертонa [17, с. 104-114] мы можем отнести к конформистам людей с ожирением, приспособляющихся к своему пограничному состоянию, следуя предписаниям общего мнения по отношению к своему заболеванию (таковых больше среди людей немолодых). Инноваторы пытаются найти новые пути личного выхода из «социальной ловушки», более высокие социальные ниши, индивидуальные возможности социального восхождения или сублимации в сферах, где дискриминация не ощущается как социальный факт (это часто встречается в среде студенческой молодежи). Ритуалисты не верят в свое исцеление, также примиряясь со своей социальной ущемленностью, но и не отказываются от предлагаемых им различных форм лечения (среди таковых больше людей, вышедших из юношеского возраста). Ретреатисты также не видят выхода из «социальной ловушки», загоняя тем самым себя в фрустрационное психологическое состояние, опускаясь на социальное дно, ограничивая круг своего общения «родственными душами». К бунтарям, на наш взгляд, можно отнести тех, кто создают социополитические группы давления с целью изменения отношения общества к данной группе.

Авторский подход к исследованию социального положения студентов с избыточным весом предполагает комплексную методологию, охватывающую *объективистские* и *субъективистские* трактовки данной проблемы. С одной стороны, личность формируется обществом в целом, его социальной структурой и институтами, и это требует ресемантизации социального статуса полных людей и активной социальной политики по достижению ими равенства возможностей и равенства условий. С другой стороны, чрезмерно полный человек сам является социальным актором, меняющим отношение общества к себе. Однако при сочетании обеих методологий исследования представляется насущным акцентировать приоритетность второго подхода, в котором мы выделяем два разновекторных канала социальной адаптации – это и изменение самой социальной среды, борьба с социальной дискриминацией, и индивидуальная адаптация, борьба человека за свое здоровье.

Список литературы

1. Фуко М. Интеллектуалы и власть: Избранные политические статьи, выступления и интервью / М. Фуко. Пер. с франц. Б.М.Скуратова. – М.: Праксис, 2006. 320 с.
2. Аберкромби Н., Хилл С., Тернер Б.С. Социологический словарь / Пер. с англ. под ред. С.А.Ерофеева. – Казань: Изд-во Казан. ун-та, 1997. 420 с.
3. Goffman, E. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. / E. Goffman - Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 1964. 2-nd ed.; Harmondsworth: Penguin, 1968. 176 p.
4. Лемерт Э. Первичное и вторичное отклонения // Контексты современности – II: Хрестоматия. 2-е изд., перераб. и доп./ Сост. и ред. С.А.Ерофеев. Казань: Изд-во Казан. ун-та, 2001. 188 с.
5. Фирсов М.В., Студенова Е.Г. Теория социальной работы. М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС; Моск. гос. социал. ун-т, 2000. 431 с.
6. Преодолевая барьеры инвалидности: Программа Лиен. / Рос. Европейский Фонд. М.: ИСР, 1997. 230 с.
7. Парсонс, Т. О социальных системах / Т.Парсонс. – М.: Академический Проект, 2002. – 832 с.
8. Бауман З. Социологическая теория постмодерна // Контексты современности – I: Хрестоматия. 2-е изд., перераб. и доп./ Общ. ред. и сост. С.А.Ерофеев. Казань: Изд-во Казан. ун-та, 2001. 162 с.
- 9.Фролов С.С. Социология / С.С. Фролов. – 3-е изд. – М.: Гардарики, 2002. 344 с.
10. Парсонс Т. Социальная система / Парсонс Т. О социальных системах. М.: Академический проект, 2002. С. 73-520.
11. Иванюшкин А.Я. “Здоровье” и “болезнь” в системе ценностных ориентаций человека // Вестник АМН СССР. 1982. Т.48. №4. С.29-33.
12. Крупнова Л.К., Фазлеева Е.В.Избранные вопросы немедикаментозной терапии. Подход Востока и Запада к лечебному процессу Казань: Матбугат йорты, 2000. 720 с.
13. Фромм Э. Психоанализ и этика. М.: Республика, 1993. 415 с.
14. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис / Пер. с англ. Общ. ред. и предисл. А.В.Толстых – М.: Издательская группа “Прогресс”, 1996. 344 с.
15. Вебер М. Протестантская этика и дух капитализма // Избранные произведения / Пер. с нем.; Сост., общ. ред. и послесл. Ю.Н.Давыдова. М.: Прогресс, 1990. 804 с.
16. История теоретической социологии. Т. 3. М.: Канон, 1998. С. 275.
17. Мертон Р.К. Социальная структура и аномия // Социол. исслед. – 1992. №3.- С.104-114.