

УДК 316.334.2

## УРОВНИ СОЦИАЛЬНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ ВРАЧА: МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

© 2012 г.

*Е.Н. Сухова*

Нижегородский госуниверситет им. Н.И. Лобачевского

Kates.87@mail.ru

*Поступила в редакцию 10.08.12*

Проблематика социальной идентичности становится одной из самых актуальных тем, обсуждаемых сегодня целым рядом гуманитарных наук. В данной статье рассматривается в социокультурном и профессиональном контекстах является социальная идентичность врача. Ставится вопрос о методологической определенности феномена идентификации в медицине, приводятся концепции и подходы, релевантные анализу идентичности врача на микро-, макро- и мезоуровне.

*Ключевые слова:* социальная идентичность, профессиональная идентификация, деятельностно-активистский подход, полипарадигмальность, актор, социальный статус, субъектность.

Идентичность как социальный, психологический и культурный феномен – достаточно многогранное понятие. Оно описывает эмоциональные, нормативные, ценностные и иные атрибутивные характеристики личности. Чтобы представить этот феномен в более структурированной и определенной форме, обратимся к его концептуальным основаниям. Для этого, начиная разговор о «профессиональной идентичности», кратко изложим основные социологические идеи, связанные с этой категорией.

Один из ключевых представителей символического интеракционизма, Дж. Г. Мид, утверждал, что «Я» человека («самость») формируется в процессе социального взаимодействия и позволяет человеку видеть себя одновременно субъектом и объектом социального действия [1, с. 121]. Однако такое понимание идентичности имеет некоторые ограничения, которые связаны с контекстом и самим содержанием взаимодействия. В более широком смысле, речь идет о характере социальных практик [2], участником которых является индивид<sup>1</sup> [3], поэтому с точки зрения социологического анализа жизнь реальных индивидов и социальных групп должна описываться именно с учетом того контекста (и его элементов), который является объективно и субъективно значимым для субъекта социальных практик. Говоря об объективном значении социального контекста, следует иметь в виду первоочередные потребности и не зависящие от воли субъекта условия жизни (например, географические или климатические условия, уровень и качество жизни, состояние окружающей

среды в населенной зоне и т. п.). Субъективные ценности, как следует из названия, отражают индивидуальные, уникальные предпочтения, интересы или оценки, зависящие от сознания и воли актора. Именно благодаря соединению объективного и субъективного компонентов возможно развитие общества и самого субъекта.

Представители деятельностно-активистского подхода (60-е гг XX века) в объяснении социальной реальности выходят за рамки монопарадигмальности, предлагая соединить макро- и микроуровни анализа. Теория «морфогенеза» М. Арчер, «теория структуриации» Э. Гидденса, «теория социального капитала» П. Бурдье и «социального становления» П. Штомпки отражает идею полипарадигмальности в анализе социальной реальности. Авторы призывают отказаться от понимания социальной истории как «естественно-исторического» процесса, предлагая концепцию «социально-исторического» процесса, в котором решающая роль принадлежит социальным субъектам – деятелям, которыми являются не только единичные представители групп или общества, но целые сообщества и институты (наука, социальные движения, обычные граждане) [4]. Этот подход существенно меняет представление о взаимоотношениях между подсистемами общества, между объективными условиями социальной жизни и ролью социальных агентов, которые своей деятельностью вносят изменения в работу и содержание социальных институтов и собственных практик.

Неоинституционалисты (Н. Флигстайн, Д.С. Норт, Б. Вайнгаст и др.) настаивают на принци-

пе «методологического индивидуализма», когда реально действующими участниками социального процесса признаются не группы или организации, а отдельные индивиды. Институты при этом являются своего рода источником контролирующего их поведение норм – задают «правила игры», систему положительных и отрицательных стимулов, которые направляют поведение людей, делая социальную среду более предсказуемой и упорядоченной. Помимо «общепринятых правил игры» активность индивидов зависит от их собственных внутренних ограничений, а именно (что П. Бурдьё назвал «капиталом», а М. Арчер «разрешающей способностью»): ресурсов и позиций в «поле» (которое заменяет в неоструктуралистской парадигме понятие «структуры»). В частности, Д. С. Норт определяет институты как сознательно или стихийно складывающиеся «правила игры». Следовательно, встает вопрос о том, как и почему эти правила изменяются. Важно отметить, что в исследовании культурных стандартов основным принципом должен стать принцип «культура имеет значение», дополняемый принципом «история имеет значение» [5, с. 12].

Затрагивая проблему профессиональной идентичности в медицине, следует отметить ценность «внутренних» и «внешних» сил, воздействующих на формирование и реформирование идентичности врача. Особую ценность представляет знание о процессах и механизмах, затрудняющих профессиональную идентификацию. Говоря об идентичности, всегда следует указывать на контекст, в котором она конструируется, живет и развивается. В рамках вышеупомянутой интегральной парадигмы необходимо принять во внимание тот факт, что изменения на микроуровне (индивидуальных практик) неразрывно связаны с изменением функциональности и содержания социальных процессов на макроуровне. В анализе отношений, которые складываются внутри и за пределами медицинского сообщества, это особенно важно. Поскольку поле медицины сегодня имеет тесные связи с подсистемами политики, экономики и культуры, необходимо принять во внимание неизбежное расширение функций здравоохранения. Сверх традиционных задач, к которым относится формирование, поддержание и развитие социального и индивидуального здоровья, здравоохранение принимает на себя иные «властные» полномочия. Основная критика медицины (Д. Армстронг, В. Наварро, Э. Фрейдсон, Н. Харт, М. Фуко) касается именно проблемы монополизации сил, традиционно ей чуждых, в первую очередь, экономических и

политических. Существование здравоохранения как социального института перестало зависеть напрямую от отношений клиента и профессионала; основным фактором развития медицины авторы критической теории признают борьбу социальных групп. Решение общеклассовых проблем (здоровья, заболеваемости, смертности) постепенно уступает место решению узкосоциальных, внутригрупповых задач, что приводит к дестабилизации функций медицины в обществе [5, с. 17–20]. Поэтому мнение, высказанное И. Иллихом о влиянии идеологии медицины на человека [6], сегодня крайне актуально: здравоохранение теряет позиции в противостоянии болезни; ответственность за здоровье переходит в руки каждого человека; приоритетными становятся индивидуальные стратегии поведения в отношении своего здоровья. Под влиянием иных социализирующих агентов, в частности средств массовой информации, образования, вместе с ростом значения медицинского знания, все активнее происходит подчинение общества нормам и ценностям медицинской науки.

Симптомами «медиализации» общества, о которой писали И.К. Зола, М. Фуко, П. Конрад, становятся не только распространение консюмеризма (2) [5], врачебные ошибки, рационализация отношений «врач–пациент» и снижение ценности культуры медицины как профессии. Одним из признаков превращения медицины в «производство услуг» (вместо «обслуживания») стала потеря доверия и мотивации не только со стороны пациентов, но и со стороны самих врачей. Встает вопрос о том, стоит ли говорить о профессиональной идентичности как закономерном результате профессиональной социализации, когда остается полагаться на социальные контакты и личные связи («weak ties») [7]. Согласно Э. Фрейдсону, для врачей-практиков наиболее важным в профессии остается доверие личному опыту, рекомендациям «из первых уст» в связи с ограниченностью «книжного» знания (book knowledge) [8, p. 168]. Психологическим основанием такого доверия служат прагматические ценности и собственный опыт [8]. Для многих *личность* врача и доверие становятся ключевым фактором в выборе специалиста – не просто как обладателя «знаний и квалификации», но как партнера по взаимодействию. Поэтому идентичность профессионала должна рассматриваться именно с позиций ее личностной составляющей и надежности. Эти два качества важны для врача, его коллег и пациента в своем *функциональном* смысле в ситуациях профессионального взаимодействия.

Обращая внимание на такой параметр социальной идентичности, как функциональность, следует иметь в виду ориентированность идентификации на ключевые функции, свойственные определенной социальной группе или институту. Поскольку рассуждения в рамках данной статьи сосредоточены, главным образом, на мезоуровневом подходе, следует говорить о социокультурных и профессиональных полях. В частности, о поле медицины, которое обладает особой социальной направленностью и особым типом идентичности, свойственной представителям данной профессии. В этой связи особое значение получает «социальный капитал» врачей. Он ценен, прежде всего, как *инструмент* конструирования идентичности. Накопление социальных связей и ресурсов в медицине обусловлено особым характером внутриврачебных связей, автономией поля, особой ментальностью, культурой и практиками врачей. Профессиональные контакты закрепляются благодаря устойчивой сети институционализированных отношений взаимного знакомства и признания (П. Бурдье, Л. Вакан) [4, с. 44–46]. Параметры «знакомства» и «признания» тесно связаны с категорией «доверия» как ключевой характеристикой межличностных отношений. Р. Инглхарт сочетает понятия «социальный капитал» и «доверие», указывая на решающую роль последнего в установлении и поддержании политического и экономического сотрудничества [9].

Вопрос «социальной идентификации» – это всегда вопрос сотрудничества между человеком и группой, между группой и обществом. Медицина является своего рода *медиатором* отношений между обществом (пациентами) и группами (политического, экономического, социального, культурного) влияния. Врач, будучи связан, с одной стороны, объективными отношениями с пациентами по поводу их здоровья, в то же время непосредственно связан со своими «контактными» группами – родными и друзьями. Во втором случае взаимодействие также во многом определяется профессиональной компетенцией: родные его воспринимают, главным образом, как человека, ответственного за здоровье других людей. В глазах ближайшего социального окружения врач идентифицируется, как правило, по факту своей профессиональной принадлежности, в первую очередь как врач и затем как член семьи, однако границы этих социальных ролей не вполне определены и часто пересекаются [10, 11].

Во многих случаях социальная идентичность, видимая и оцениваемая ближайшим ок-

ружением, подменяется профессиональной. Такой подход к профессиональной идентификации можно отнести к рационалистическому течению, представленному социальной теорией Дж. Коулмена. Он трактует «концепцию рационального действия» как вариант методологического индивидуализма, используя в качестве основной единицы анализа, объясняющей социальную реальность, не индивида, а *пару акторов*. Каждый из них обладает собственной целью, соответственно, их действия определяются индивидуальными предпочтениями [12, р. 13]. Важно, что в рамках рационалистической парадигмы ресурсы индивида рассматриваются как производные от позиции актора в социальной структуре (структуре поля), являясь основанием для действия. Стимулом к взаимодействию, таким образом, становится стремление завладеть ресурсом, которым владеют (или контролируют его) другие акторы. Эта взаимосвязь акторов приводит в результате взаимодействия к формированию структуры, действующей независимо от субъектов (формируя социальное взаимодействие как макрофеномен) [5, с. 43–44]. Такой подход наделяет структуры (поля) в определенной степени автономией существования, функционирования, вне зависимости от субъектности агентов.

Согласно теории «среднего уровня», важными являются именно последствия действий субъектов<sup>2</sup>. Хотя Р.К. Мертон («теория среднего уровня») [13] признает, что социальные отношения носят «смоделированный», повторяющийся характер, интеграция, по его мнению, является проблематичным и непредсказуемым процессом. Дезинтеграция, напротив, процесс естественный и ожидаемый, сопутствующий любым социальным отношениям. Идея «социологической амбивалентности» Мертона связана с соотношением нормативных стандартов, составляющих единую социальную роль. Амбивалентность проявляется в том, что от человека ожидаются поведение, отношения или ценности, которые соотносятся с разными нормативно-ролевыми образцами, часто несовместимыми [14]. Так возникает «ролевой конфликт» (ролевое напряжение). Его источником являются нормы, соответствующие разным, иногда абсолютно противоположным стратегиям поведения. В медицине «социологическая амбивалентность», например, проявляется в ситуации медицинского осмотра, где действуют две потенциально противоречивые нормы. С одной стороны, «инструментальная беспристрастность», с другой, – «сочувственное внимание». Р. Мертон, в большей степени следуя идеализи-

рованному представлению о норме, говорит о том, что врачи должны быть эмоционально нейтральны по отношению к своим пациентам, но им следует избегать крайней беспристрастности и отстраненности (Р.К. Мертон, 1967) [13]. Подобное нормативное разногласие может существовать как внутри одной роли, так и между нормами и ценностями в рамках социального института. Поэтому дезинтеграция, согласно Р. Мертону, является скорее правилом, чем исключением. Иными словами, подчеркивается важность социального контекста («смоделированной ситуации»), который оказывает значительное влияние на степень реализации способностей индивида.

В теории Р. Мертона социальный статус индивида предстает как сложное, многоуровневое явление. Уровни, связанные с субъективными («внутренними») аспектами, и уровни, которые отражают объективные (обусловленные структурой) характеристики статуса, составляют единое структурное и содержательное пространство. Таким образом, о *статусе* индивида в социальной структуре следует говорить с позиции трех основных аспектов. К ним Р. Мертон относит:

а) смоделированный набор социальных (общепринятых) ожиданий в отношении требуемого поведения любого индивида (*нормативный* аспект статуса);

б) соответствующий набор шансов, возможностей, ресурсов, льгот, доступных для индивида (*вероятностный* аспект статуса);

в) соответствующий набор смоделированных убеждений, взглядов, жизненных принципов, типичных для определенной группы индивидов (*идеальный* аспект статуса).

Таким образом, *статус* связывает человека с его социальной, поведенческой, профессиональной, культурной и иными типами субъектности. Соединяя индивидуальный, групповой и структурный уровни статуса, Р. Мертон тем самым указывает на динамичную, природу статуса: изменения на одном уровне с неизбежностью ведут к изменениям на остальных уровнях.

Р. Мертон рисует вполне реалистичную картину межличностных отношений, обусловленных взаимодействием человека со структурами, в которых протекает его жизнь. Это взаимодействие носит неустойчивый, противоречивый характер. В условиях разнообразия социальных практик, новых структур повседневности, в связи с необходимостью их освоения (будь это виртуальное пространство, возможности «удаленной» коммуникации или корпоративная этика), человек развивает новые стороны своей

идентичности. В рамках идеи полипарадигмальности их можно было бы отнести к самостоятельным видам идентичности. Так, говоря о возможностях и ограничениях разных типов профессиональных практик в медицине, Э. Фрейдсон различает два вида идентичности, ставя по разные стороны одной профессии врачей-теоретиков и врачей-практиков. Для врачей-практиков Фрейдсон проводит границу между идентичностями профессионалов в плоскости частной и государственной практики [8, р. 100–160]. Э. Фрейдсон настроен критически в своих рассуждениях о проблеме рационализации медицины которая оказывает неизбежное влияние на идентификацию профессионалов: как социолог медицины, он отстаивает ценность неформальных механизмов контроля (коллегиального контроля и системы «патроната») [8, р. 192–199] – в противовес формализму и стандартизации. Согласно Э. Фрейдсону, не каждый врач, благодаря профессии как особому роду деятельности становится членом профессионального сообщества: «...для некоторых врачей лечение как практика (healing) – это способ поддержания своего повседневного существования; другие же существенно развивают свое мастерство», добываясь того, что «их навыки вырабатываются в систему» [8, р. 3–4]. Именно такие врачи, развивающие и применяющие на практике свое мастерство, по Фрейдсону, становятся со временем полноправными членами профессионального сообщества. Таким образом, дисфункциональность профессиональной идентичности может проявиться в ситуации, когда врач не стремится к повышению своего мастерства или пренебрегает мнением профессионального сообщества, которое является важным «зеркальным» механизмом регулирования собственной идентичности.

Понимая «идентичность» как целостность, проявляющуюся внутренне и внешне (в понятиях «субъективность» и «объективность»), все же следует отстаивать позицию уникальности. Эта уникальность, специфичность связана именно с комбинацией различных видов ресурсов (капиталов), статусных характеристик в определенном контексте. Анализ профессиональной идентичности врача на мезоуровне логично проводить в плоскости понятий «социальный статус», «социальная амбивалентность», «ролевой конфликт», «референтная группа». Все эти элементы анализа необходимо рассматривать в их изменчивости, говоря не только о структуре, но и о динамике – как в профессиональной жизни врача, так и жизни медицинского сообщества в целом.

*Примечания*

1. Сам термин «социальные практики» принадлежит П. Бурдьё и представляет собой произведение двух множителей – «габитуса» и «социального капитала».

2. Термин «мезотеория» (теория «среднего уровня») был введен Р.К. Мертон. Он означает, что анализ проблемы ведется на уровне [абстрактных] утверждений, следующих из отдельных гипотез и эмпирических закономерностей, а не абстрактных идей об устройстве общества в целом. См. подробнее.

*Список литературы*

1. Мид Дж.Г. Интернализированные другие и самость // Американская социологическая мысль / Под ред. В.И. Добренкова. М.: Изд-во МГУ, 1994. 496 с.

2. Шматко Н.А. Практические и конструируемые социальные группы: деятельностно-активистский подход // Россия: трансформирующееся общество / Под редакцией В.А. Ядова. М.: Изд-во КАНОН-пресс-Ц, 2001. С. 104–122.

3. Бурдьё П. Структура, габитус, практика // Журнал социологии и социальной антропологии. Том I, 1998. № 2. С. 44–59.

4. Ядов В.А. Современная теоретическая социология как концептуальная база исследования российских трансформаций: Курс лекций для студентов магистратуры по социологии / Изд. 2-е. СПб.: Интерсоцис, 2009. 138 с.

5. Тимченко Н.С. Социальная культура здравоохранения в российском обществе начала 21 века: проблемы и пути и решения: монография. Барнаул: Изд-во Алт. ун-та, 2007. 175 с.

6. Ivan Illich. The medicalization of life / Journal of Medical Ethics. Vol. 1. 1975. P. 73–77.

7. Granovetter M.S. The Strength of Weak Ties / American Journal of Sociology. Vol. 78. Issue 6. May 1973. P. 1360–1380.

8. Freidson E. Profession of Medicine: A Study of Sociology of Applied Knowledge: with a new afterword. University of Chicago Press, 1970. 440 p.

9. Inglehart R. Modernization and Post-Modernization: Cultural, Economic and Political Change in 43 Societies. New Jersey, 1997. 185 p.

10. Dusdieker L., Murph J., Dungey C., Murph W. Who Provides Health Care to the Children of Physicians? American Journal of Diseases of Children. 1991. Vol. 145. P. 391–392.

11. Robyn Latessa, Lisa Ray. Should You Treat Yourself, Family or Friends? Family Practice Management. 2005. Vol. 12(3). P. 41–44; Ethical responsibilities in Treating Doctors Who Are Patients. British Medical Association. 2010. [Электронный ресурс]. Режим доступа: [http://www.bma.org.uk/ethics/doctor\\_relationships/doctorswhoarepatients.jsp](http://www.bma.org.uk/ethics/doctor_relationships/doctorswhoarepatients.jsp)

12. Coleman J.S. Foundations of Social Theory / J.S. Coleman. Cambridge. 1990.

13. Мертон Р.К. Социальная теория и социальная структура. М.: АСТ МОСКВА, 2006. 873 с.

14. Штомпка П. Роберт Мертон: динамический функционализм // Современная американская социология / Под ред. В. И. Добренкова. М., 1994. С. 78–93.

**THE LEVELS OF PHYSICIAN'S SOCIAL IDENTITY: METHODOLOGICAL ASPECT***E.N. Sukhova*

Social identity becomes one of the most topical issues being discussed by a considerable number of humanities. The subject of this article is a physician's social identity being considered in socio-cultural and professional contexts. The question of methodological certainty of identification in medicine is posed, along with the concepts and approaches relevant to the physician's identity analysis on micro-, meso- and macro levels.

*Keywords:* social identity, professional identification, the activity approach, polyparadigm, actor, social status, subjectivity.