

ПРОСТРАНСТВЕННЫЙ ПОДХОД К АНАЛИЗУ СОЦИАЛИЗАЦИИ ЛИЦ В УСЛОВИЯХ СОМАТИЧЕСКИХ ОГРАНИЧЕНИЙ (ОБЗОР)

И.Л. Кром — Институт социального образования (филиал) РГСУ в Саратове, руководитель Центра медико-социологических исследований, г. Саратов, профессор, доктор медицинских наук; **Е.А. Андриянова** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, заведующая кафедрой философии, гуманитарных наук и психологии, профессор, доктор социологических наук; **Д.Л. Дорогойкин** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, доцент кафедры детских болезней лечебного факультета, кандидат медицинских наук.

SPATIAL APPROACH TO SOCIOLOGICAL ANALYSIS OF PERSONS IN SOMATIC RESTRICT CONDITIONS (REVIEW)

I.L. Krom — Institute of Social Education (Saratov branch), Head of Research Centre of Medico-Sociological Studies, Professor, Doctor of Medical Science; **E.A. Andriyanova** — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Head of Department of Philosophy, Humanities and Psychology, Professor, Doctor of Sociology; **D.L. Dorogoykin** — Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Department of Children Diseases of Therapeutic Faculty, Assistant Professor, Candidate of Medical Science.

Дата поступления — 24.01.2012 г.

Дата принятия в печать — 28.02.2012 г.

Кром И.Л., Андриянова Е.А., Дорогойкин Д.Л. Пространственный подход к анализу социализации лиц в условиях соматических ограничений (обзор) // Саратовский научно-медицинский журнал. 2012. Т. 8, № 1. С. 122–128.

Исследование социализации лиц в условиях соматических ограничений осуществляется в рамках пространственного подхода. Социализация представлена как относительно автономный фрагмент социального пространства, рассматриваемого как антропогенное пространство. Предпринята попытка создания объяснительной модели социализации, основанной на анализе взаимодействия различных уровней социального пространства и отдельных социальных фактов.

Ключевые слова: социальное пространство, социализация, соматические ограничения, личностный потенциал, ситуация болезни.

Krom I.L., Andriyanova E.A., Dorogoykin D.L. Spatial approach to sociological analysis of persons in somatic restrict conditions (review) // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2012. Vol. 8, № 1. P. 122–128.

Research of socialization of persons in conditions of somatic restrictions is carried out within the limits of the spatial approach. Socialization is presented by the authors as rather independent fragment of social space — anthropogenous spaces. The authors undertake the attempt of creation of explanatory model of the socialization based on the analysis of interaction of various levels of social space and the separate social facts.

Key words: social space, socialization, somatic restrictions, personal potential, situation of illness.

Исследование социализации индивидов, витальная активность которых ограничена соматическим статусом, представляется актуальным в условиях роста социально детерминированных заболеваний. В социологии утвердилось понимание социализации в качестве базовой, формообразующей характеристики современного общества [1, с. 19]. Существует целый ряд исследований, представляющих процесс социализации больных, страдающих различными соматическими заболеваниями [2]. Однако дальнейшая разработка указанного направления сталкивается с определенными методологическими трудностями. Социализация осуществляется в условиях социальной системы, а значит, ее специфика определяется особенностями социальной среды, где происходит сочетание различных сфер жизни, традиций, определенной динамики общественного развития. Иначе говоря, в фокусе исследовательского внимания при изучении данного феномена оказывается разнообразный спектр социальных явлений, от элементов социальной структуры до явлений общественного сознания, что обуславливает необходимость использования методологической базы, способной систематизировать рассматриваемый предмет и обеспечивать прирост научного знания.

Как мы полагаем, этим критериям отвечает пространственный подход, трактующий социализацию как процесс взаимодействия личности и социального пространства через усвоение субъектом определенных знаний, ценностей, установок, ролей, статусных характеристик, действий и функций, присущих социальным группам, социальным институтам, социуму и

позволяющих ему (субъекту) активно функционировать в общественных отношениях [3]. Социализация, реализуемая посредством процессов воспитания и обучения, позволяет субъекту приобретать общественную сущность и способность участвовать в социальной жизни.

Таким образом, исследование социализации может быть осуществлено как анализ особого социального пространства — пространства социализации. Социальное пространство рассматривается нами как объективно существующая устойчивая система территориальных связей между субъектами социума, проявляющая себя через коммуникацию видов деятельности как социообразующих феноменов. Категорию «социальное пространство» разрабатывал П. Сорокин, основываясь на своей концепции социальной стратификации и социальной мобильности. В соответствии с последней выдвигался тезис о существовании некой системы координат, посредством которой можно измерить положение различных социальных групп и тем самым очертить пределы социального пространства. Сорокин представляет его как пространство трехмерное — экономическое, политическое и профессиональное [4, с. 369].

П. Бурдьё отмечал многомерность социального пространства: «Можно изобразить социальный мир в форме многомерного пространства, построенного по принципам дифференциации и распределения, сформированным совокупностью действующих свойств в рассматриваемом социальном универсуме» [5, с. 120].

Социальное пространство «есть пространство статусных различий, ролевых экспектаций, форм социальной идентификации, институционализации социального взаимодействия» [6, с. 122]. Положение человека в

Ответственный автор — Дорогойкин Дмитрий Львович.
Адрес: 410064, г. Саратов, ул. Лебедева-Кумача, 64, кв. 65.
Тел.: (8452) 66-97-28, сот. 89053242727.
E-mail: lechfak@sgmu.ru

социальной структуре суть его происхождение, жизненные свершения, статусная траектория, которые и составляют этапы и содержание социализации.

Выступая в качестве относительно автономного фрагмента социального пространства, пространство социализации является пространством антропогенным [7, с. 88], т.е. пространством, образуемым взаимодействием человека и продуктов его деятельности [7]. Применение данной категории позволяет показать единство функционирования индивида и общества, вплетенность и детерминированность отдельных социальных действий индивидов в ткань социальной жизни.

Любое антропогенное пространство имеет деятельностную природу, возникает в результате деятельности коллективного либо индивидуального субъекта. Деятельность, понимаемая как специфически человеческая форма активного отношения человека к миру, выступает как всеобщий способ отношения сообщества людей к условиям своей жизни, иначе говоря, как «практикование бытия человека, деятельное преобразование человеческой реальности, превращение ее в действительность» [7, с. 90]. Однако следует подчеркнуть, что антропогенное пространство — это не просто «вместилище» того или иного вида деятельности, оно является системным образованием, построенным на обратной связи «актора» и результатов его целенаправленной активности.

Антропогенные пространства неразрывно связаны с феноменом человеческой телесности. Жизнь каждого человека протекает на арене пространства, в контексте того, что мы обычно называем объективной реальностью. Такое положение дел может быть объяснено с точки зрения имманентности пространства и пространственных структур человеку. Нельзя сказать, что человек существует «в» пространстве, как если бы он мог существовать вне пространства. Существование человека в пространстве возможно благодаря наличию тела. При этом мы не только «есть» в пространстве благодаря нашим телам, мы осваиваем и обживаем это пространство посредством структур телесности.

Наиболее ярко связь между антропогенным пространством и телесностью можно проследить на примере человеческих пространств на уровне отдельных индивидов, содержание которых представлено сферой эмоций, мыслей, ценностей. К основным источникам организации и ограничениям антропогенного пространства, помимо человеческого тела, относится субъективная сфера. При наличии соматических патологий она представлена внутренней картиной болезни. Последняя служит той призмой, через которую воспринимается и осваивается вся пространственная реальность болезни. Тело выступает как эталон упорядоченности и согласованности частей в целом, как универсальный способ их объединения. На этой основе возможна не просто констатация отличия мира хаоса от мира порядка, но противопоставление «своего» мира миру «чужому», враждебного мира неосвоенной природы безопасному миру освоенной человеком реальности.

Таким образом, антропогенное пространство возникает в процессе человеческой деятельности, раскрывается через территориальную прикрепленность к физическому пространству и конструируется в соответствии с принципами организации человеческой телесности.

Категории, содержательно раскрывающие антропогенное пространство, можно разделить на два

типа. Во-первых, это категории, характеризующие взаимосвязь социальных организмов с природной средой и описывающие пространственные структуры, создаваемые этими организмами в адаптационных и иных целях. Во-вторых, категории, которые обозначают детерминанты бытия индивида в рамках социальных структур.

Категории первого типа могут быть охарактеризованы как концепты, пограничные с понятием географического пространства. Например, ландшафтная среда, социосфера, антропосфера, ноосфера, жизненная среда. Эти понятия были разработаны в русле инвайронментальной социологии — направления, исследующего отношение между человеческими сообществами и окружающей географическо-пространственной, социальной и культурной средой. Основоположники инвайронментализма (чикагская школа: Р. Вирт, Р. Маккензи, Р.Э. Парк) рассматривают инвайронмент (*environment*) как основной и единственный плацдарм человеческой деятельности, выступающий в качестве результирующей человеческого бытия [8]. Такая трактовка соотносительности человека и пространственной среды выводит на понимание первого как элемента природной среды, являющейся сложной дифференцированной системой, компоненты которой находятся в динамическом равновесии.

Качество окружающей среды и состояние здоровья человека являются исторически взаимосвязанными категориями. Понятие «здоровье человека» взаимосвязано с понятием «комфортность окружающей среды», которые формируются под влиянием сходных пространственных и временных закономерностей. Состояние здоровья современного и будущих поколений сохраняется тогда, когда связи в антропоэкологических системах поддерживаются в адаптивном состоянии. Адаптация в антропоэкологических системах осуществляется биологическими и социальными механизмами. Социальные механизмы адаптации к окружающей среде включают различные способы изоляции человека от неблагоприятных воздействий и методы изменения среды. Деятельность человека по адаптации определяется социальной политикой и социально-экономическим устройством государства.

Социализация является базовым условием для социальной адаптации. Адаптация относится к хорошо организованным способам справляться с типичными проблемами, к приемам, которые кристаллизуются путем последовательного ряда приспособлений.

М.В. Ромм различает адаптивные ситуации по признаку модальности субъекта взаимодействия:

1. Взаимодействия на уровне «личность — личность» (микроуровневая адаптивная ситуация) характерны для широкого круга индивидов интеллектуального, психологического типа. Не выходят за рамки интересов отдельной личности. Определяющим в адаптивной ситуации данного типа является межличностный характер взаимодействий.

2. Взаимодействия на уровне «социальная группа — личность» (мезоуровневая адаптивная ситуация) выходят за рамки интересов отдельной личности и свойственны всем ситуациям смешанного социально-психологического типа.

3. Взаимодействия на уровне «общество — личность» (макроуровневая адаптивная ситуация) затрагивают интересы социума в целом. Изменения в данной ситуации могут быть спровоцированы во-

йнами, революциями, государственными реформами и т.п. [9, с. 101].

Адаптивные ситуации могут быть простыми и сложными. Простая адаптивная ситуация возникает при изменении одного или нескольких параметров реальной ситуации (т.е. ситуация, которую субъект оценивает как привычную и не требующую приспособления). Изменения проявляются на индивидуально-личностном уровне и связаны с переменной установок, мотивации, обретением новой социальной роли и т.д.

Сложная адаптивная ситуация возникает при изменениях в образе жизни, моральных нормах и нравственных ценностях общества.

М. В. Ромм предполагает существование трех видов адаптивных ситуаций [9], имея в виду их ориентации, степени и направленности их влияния на процесс и итог адаптации личности:

1) позитивная адаптивная ситуация стимулирует прогрессивное развитие и отличается совпадением колебаний, благоприятных для адаптации, а также включает в себя ситуативные влияния, активизирующие ее процесс;

2) нейтрально-адаптивная ситуация без выраженной позитивной или негативной направленности;

3) негативная адаптивная ситуация отличается наличием нескольких или комплекса негативных факторов, препятствующих адаптации.

Одна и та же ситуация способна оказать на субъектов различное влияние, которое связано с индивидуальной реакцией на социальную реальность, зависящей от возрастных, интеллектуальных, психологических и других особенностей. В результате этого всегда имеется некоторое несовпадение между объективным характером адаптивной ситуации и ее субъективным восприятием. Ч. А. Томас писал: «...среда, которая на него (субъекта) влияет и к которой он адаптируется, это его мир, а не объективный мир науки, природы и общества... Индивидуальный субъект реагирует только на данное в его собственном опыте, а его опыт включает в себя не то, что объективный наблюдатель может обнаружить в части мира, доступной индивиду, но только то, что обнаруживает там сам индивид» [10, с. 65].

Важнейшим элементом адаптивной ситуации являются адаптивные барьеры, которые «отражают систему объективных и субъективных внутренних и внешних факторов, тормозящих адаптацию личности к разноуровневым адаптивным ситуациям либо препятствуют ей» [10, с. 104]. В качестве основных адаптивных барьеров рассматриваются возрастной, эмоционально-психологический, мировоззренческий, знаковый, тезаурусный, контрсуггестивный, ситуативный (включающий в себя наибольшее количество переменных, непосредственно влияющих на приспособительные процессы в социуме). Среди перечисленных в наибольшей степени к возникающим в ходе социализации лиц, страдающих соматическими заболеваниями, адаптивным барьерам относятся: 1) психологический (личностный), определяемый, в частности, состоянием когнитивных функций субъекта; 2) ситуативный, связанный с качественной спецификой адаптирующей социальной среды [9, с. 100]. Особенностью лиц, страдающих соматической патологией, является существование соматических барьеров, обусловленных ограничением жизнедеятельности вследствие заболевания или дефекта.

Особый интерес заслуживает попытка создания модели, связывающей различные уровни социального пространства с индивидуальными социальными

фактами. По мнению Г. Штайнкампа, элементы в причинной цепи от положения в системе социального неравенства до индивидуальной болезни и продолжительности жизни представлены на различных уровнях социального пространства, расставленного в многоуровневой модели [11]. В указанной цепи более высокий уровень определяет релевантные условия для других уровней.

На высшем уровне (макроуровень) — социальная стратификация определяет неравные условия жизни и жизненные шансы. Средний (мезо-) уровень охватывает конкретные жизненные обстоятельства, в которых проявляется действие неодинаковых нагрузок и ресурсов. На нижнем (микро-) уровне фиксируется процесс взаимоотношения индивида с нагрузками и ресурсами.

В процессе социализации субъекта в условиях соматических ограничений формируются как элементы конкретного уровня, так и структурные связи между ними. Поэтому исследование содержания уровней требует определенной ретроспективы и соотнесения с ситуацией болезни.

В теоретическое обоснование проблемы социализации лиц с соматическими ограничениями, на наш взгляд, перспективным следует считать включение *категорий второго уровня* таких, как «личностное пространство», «жизненное пространство человека», «пространство личности» и т.д. Эти категории определяют пространственные аспекты бытия личности, их антропологическое, онтологическое, аксиологическое и экзистенциальное содержание. Иначе говоря, они фиксируют специфику антропогенных пространств микроуровня. Термин «личностное пространство» предложил Г. Зиммель в начале XX в. [12, с. 35]. Личностное пространство трактуется нами как феномен, интегрирующий в себе как объективные пространственные отношения, то есть биосоциальные, так и субъективное отражение этих отношений в процессе восприятия пространственных изменений, переживания отдельных свойств пространства, формирования ценностного отношения человека к пространству своей жизни. Понятая таким образом категория «личностное пространство» позволяет фиксировать пространственные формы включения личности в социальные отношения, выполнение ею конкретных социальных функций, выражающихся в интенсивности пространственных перемещений, в социальных дистанциях, а также ценностную основу этого феномена.

Категория «жизненное пространство» играет важную роль в категориальном аппарате социогуманитарного знания. Основания жизненного пространства человека обнаруживаются в неразрывном взаимодействии повседневного человеческого существования с пространственными структурами социума [13, с. 110]. Иначе говоря, жизненное пространство человека является местом «обживания» структур антропогенных пространств, созданных коллективными субъектами, конкретной личностью, то есть оно подвластно влиянию как социального пространства, так и конкретного человека — носителя данного жизненного пространства.

Итак, жизненное пространство как вид пространства — это пространство обыденности, пространство повседневности. Именно здесь разворачивается сама человеческая жизнь, неповторимая и уникальная в своей непосредственной данности. Здесь осуществляется взаимодействие социального и индивидуального. Здесь человек становится

не только частью общественного целого, единицей информационных процессов, не только представителем национальной, конфессиональной или любой другой группы, не просто представителем вида *Homo sapiens*, наконец. Именно в жизненном пространстве человек предстает как личность, в нем он обретает свои взлеты и падения, аксиологическое измерение своего бытия.

К категориям обозначенного уровня анализа также относится «пространство личности». Оно обладает многоуровневой структурой, обусловленной его поведенческими, институциональными и ценностными основаниями. В.Б. Устьянцев отмечает двойственную природу пространства личности, так как это пространство формируется под влиянием деятельности человека как социального существа в установившейся системе социальных связей и территориально расположенных социальных объектов, с одной стороны, а с другой — личность конструирует внутреннюю пространственную среду, необходимую для реализации жизненного пути, сохранения внутреннего мира, ценностных ориентаций и предпочтений [14, с. 6].

Таким образом, мы выходим на проблему эффективности социализации, детерминированной ментальными структурами личности, которые во многом определяют возможность осуществления деятельности и жизненной активности человека. Через практическую организацию повседневной жизни индивид непрерывно конструирует социальный мир. Деление социального пространства, барьеры и векторы перемещений, социальных диспозиций устанавливаются и поддерживаются самими людьми. Поэтому социальный мир предстает как символическая система, как пространство стилей жизни и места по статусу. Это также предполагает не только «чувство своего места», но и «чувство места другого». Более того, в пространстве возможных благ и услуг агент выбирает те блага, позиция которых гомологична позиции человека в социальном пространстве. Через способность видеть связь между представлениями (практиками) и позициями в пространстве агент получает мир здравого смысла — социальный мир, который кажется очевидным. Поэтому реализм, которым чаще всего характеризуется видение социального мира у людей, занимающих подчиненное положение, функционируя как некоего рода социально установленный инстинкт самосохранения, помогает жить и выживать. Анализ социализации лиц в условиях соматической патологии, представленной в пространственном контексте, позволяет проследить изменения конфигурации пространств микроуровня. Характер и векторы изменений, сужение или расширение конфигурации пространства определяются личностным потенциалом субъекта.

Остановимся отдельно на анализе социализации в контексте реализации субъектом личностного потенциала. Проблема личностного потенциала неоднократно обсуждалась в литературе. По мнению Л. Фиглина, личностный потенциал, определяемый рядом объективных и субъективных факторов, оптимальностью их сочетания, можно оценить как процесс сущностной самореализации в различных формах жизнедеятельности, прежде всего в трудовой, профессиональной, процесс формирования определенного социального образа и индивидуального стиля жизни субъекта и его качества жизни [15]. Характер сложного процесса, конструирующего жизнедеятельность личности в социальном пространстве,

формируется ценностной структурой, будучи в то же время отражением внешних условий и факторов, в различной степени влияющих на его развитие. Личностный потенциал имеет известную социальную обусловленность. Взаимодействие когнитивных возможностей и мотивационной направленности определяет уровень социальной активности личности.

Нами предпринята попытка определения личностного потенциала как габитуса. Габитус, по П. Бурдьё, — это усвоенные субъектом социальные установки, которые включают социально сложившееся отражение «реального мира», обладают собственной конструирующей силой [5]. По мере изменения позиций субъекта в социальном пространстве меняются и диспозиции, социальные установки, определяющие габитус субъекта. Согласно Бурдьё, габитус представляет собой системы моделей: воспроизводства поведения, а также восприятия и оценки поведения. Использование данных моделей отражает социальную позицию субъекта. Авторская концепция личностного потенциала позволяет согласиться с утверждением Л. Яковлева о социализации как процессе реализации личностного потенциала, развития субъекта во взаимодействии с окружающим его миром [16, с. 105].

Изучение объективных и субъективных условий формирования изменений личности, складывающихся в ходе соматического заболевания, предполагает анализ всей совокупности условий развития личности, той объективной ситуации развития, в которую ставит человека хроническое соматическое заболевание.

Не вызывает сомнений влияние внутренней картины болезни на эффективность социализации, социальный прогноз больных соматическими заболеваниями. Концепция внутренней картины болезни разработана проф. А. Р. Лурия в 1929 г., который рассматривал внешнюю и внутреннюю картины болезни. Под внешней картиной болезни А. Р. Лурия понимал «не только внешний вид больного со всеми многочисленными деталями, всегда имеющими важное значение для диагноза. Под внешней картиной болезни я разумею все то, что врачу удается получить всеми доступными для него методами исследования. <...> Внутренней картиной болезни я называю все то, что испытывает и переживает больной» [17]. А. Р. Лурия выделяет сензитивную и ментальные части внутренней картины болезни. К сензитивной части он относит то, что чувствует больной, то есть ощущения больного, ментальную часть внутренней картины болезни составляет то, что больному сам надстраивает над своими ощущениями. Сама структура внутренней картины болезни во многом зависит от структуры личности больного.

Объективизацией внутренней картины болезни является оценка качества жизни, отражающего субъективную оценку больным своего состояния. В проведенных ранее исследованиях качества жизни больных, страдающих сердечно-сосудистой патологией [18] величина показателя качества жизни, вычисленного на основании оценок самого больного, как выяснилось, коррелирует с рядом объективных характеристик, в том числе устанавливаемых в ходе инструментального обследования больных. Полученные результаты показали, что качество жизни следует рассматривать как самостоятельный и объективный многофакторный показатель, отражающий состояние больных вследствие соматического заболевания. Проведенный математический анализ

подтвердил существенность статистической зависимости суммарного показателя качества жизни от клинических характеристик, являющихся предикторами клинического прогноза у данной категории больных. Была доказана прогностическая значимость показателя качества жизни.

В современной социологической мысли существует два альтернативных подхода в оценке функционирования личности в социальной системе. Один рассматривает отдельные индивидов как элементы социального пространства, действия которых детерминированы их положением в социальной системе. Другой подход определяет их социально активными, «рациональными акторами». Исходя из последней позиции, активность в процессе социализации во многом определяется его преморбидными и коморбидными личностными характеристиками (преморбидные характеристики относятся к личностным характеристикам, имеющимся до заболевания; коморбидные характеристики формируются в условиях соматического заболевания).

Многочисленные исследования подтверждают связь личностных диспозиций с состоянием здоровья. За последние десятилетия достигнут значительный прогресс в понимании личностных характеристик как предикторов соматических заболеваний.

Одним из подходов к исследованию связи между личностью и состоянием здоровья Кранц и Хеджес [19] определили этиологический подход на основании теории личностных черт. Этиологический подход предполагает наличие прямой причинно-следственной связи между личностными факторами и заболеваниями, специфичности заболеваний для субъектов с определенными личностными характеристиками.

Личность является каузальным фактором возникновения болезней. Этот подход используется в исследованиях роли личности в этиологии сердечно-сосудистых (поведение типа А) и онкологических заболеваний. Более поздние исследования признают, что негативные эмоциональные реакции, гнев, враждебность, а также неуживчивость (antagonism) и личностная включенность (self-involvement) тесно ассоциируются с предрасположенностью к соматическим заболеваниям [20, 21]. Демброски и Коста [22] называют фактор гнева (враждебности) потенциалом враждебности: испытывать гнев, раздражение, обиду и сходные негативные чувства различной интенсивности и в различных сочетаниях в ответ на обычные повседневные события и/или реагировать проявлениями враждебности, несогласия, грубости, гнева, критиканства или нежелания сотрудничать.

Ранкор и Сандерман [23] высказывали предположение, что личностные факторы лишь опосредуют («усиливают» или «ослабляют») влияние каузального фактора, вызывающего заболевание. Примерами таких личностных факторов являются локус контроля, стойкость, самооценка и многие другие. В проведенном

Стриклендом [24] обзоре литературы, посвященном связи между локусом контроля и состоянием здоровья, сделан вывод о том, что поведение людей с внутренним локусом контроля, как правило, в большей степени способствует сохранению их здоровья. Такая черта, как добросовестность, связана с лучшим здоровьем благодаря тому, что добросовестные люди более тщательно выполняют рекомендации специалистов и общие советы, касающиеся профилактики заболеваний. К числу других психологических факторов, оказывающих влияние на со-

стояние здоровья, следует отнести индивидуальное восприятие событий. Весьма вероятно, что результат влияния жизненных событий на состояние здоровья зависит от стиля совладания (coping style) или стиля атрибуции либо таких черт, как нейротизм.

Согласно разработанной Р. Лазарусом и сотрудниками концепции, психический стресс и опасность ухудшения здоровья возникают в том случае, когда на основе когнитивного процесса оценки субъект воспринимает диспропорцию между требованиями среды и находящимися в его распоряжении ресурсами противостояния [25, с. 19].

Психоземotionalные нарушения дифференцируются как критические события жизни («major events») и повседневные нагрузки («daily hassles», «minor life events»). Под критическими событиями жизни понимаются жизненные события, которые возникают в связи с изменением социальной ситуации и требуют от человека соответствующей адаптации. Так как эти события представляют собой разрушение привычных способов действий и требуют изменения или упразднения имевшихся образцов поведения, принципиально они могут рассматриваться как «стрессобразующие».

Смит и Вильямс [26] определяют способы, посредством которых личностные факторы могут оказывать влияние на состояние здоровья субъекта. Во-первых, личностные диспозиции могут влиять на длительность или интенсивность стрессовых реакций, которые играют значимую роль в последующем развитии болезни. Во-вторых, между личностными характеристиками и состоянием здоровья может существовать прямая причинная связь. В-третьих, некоторые личностные факторы, такие, как определенный стиль атрибуции, ослабляют или усиливают воздействие стресса.

Таким образом, формируется панорамная картина социализации, в которую включаются как факторы среды, так и личностные интенции. Антропогенные пространства обоих уровней не являются автономными, независимыми друг от друга. Их объединения представляют собой сложную систему, причем человек отнюдь не всегда может по своему желанию «путешествовать» по ее компонентам. Меняется характер деятельности — осуществляется «переход» в иную форму пространства. В то же время нельзя сказать, что нахождение в одной из таких форм исключает синхронное пребывание в другой. Человек очень часто оказывается на их пересечении, взаимопроникновении и преломлении. Поэтому при анализе пространственных форм следует иметь в виду органическую взаимосвязь видов пространств и вместе с тем их несводимость друг к другу. Попытка их жесткого разграничения приводит к возникновению весьма условных схем, в которых разрозненность видов пространства влечет за собой путаницу в исследовании данного феномена. Каждый из указанных ранее видов является по своей сути антропогенным пространством и в то же время обладает уникальным набором характеристик, параметров и особенностей. Поэтому строгая экстраполяция свойств одного вида антропогенного пространства на другой не позволяет рассмотреть всю специфику объекта анализа. На наш взгляд, реальность, созданная человеком, может быть рассмотрена как совокупность видов антропогенного пространства, пространственная конфигурация, конструируемая с точки зрения «носителя-создателя» конкретного вида пространства. Так, социальное пространство образуется в результате

деятельности родового человека, пространство личности — конкретным индивидом и т.д.

Обозначив социальное пространство лиц в условиях болезни как пространство антропогенное, в качестве научной категории мы можем раскрыть его через категории свойства, структуры, системы, количества, эффективности, оценки, управления, качества и др. В этих аспектах социальное пространство лиц в ситуациях болезни раскрывается через следующие свойства:

— социальное пространство структурно, оно является системой свойств или качеств частей одного объекта как целого;

— социальное пространство динамично, изменчиво;

— социальное пространство сложно, оно не гомогенно, поскольку включает в себя составляющие части;

— социальное пространство процессуально, обладает протяженностью во времени;

— социальное пространство обладает социальной ценностью (значимостью).

Исследовательские перспективы предложенной пространственной методологии опираются на понимание процесса социализации как взаимодействия индивида в ситуации болезни с системами действующих ценностей, норм, институтами и агентами социализации.

Болезнь и ее социальные последствия, понятия как «ситуация болезни», по мнению М.М. Орловой [27], отражают изменившиеся условия функционирования больного, психологическую «цену» болезни, степень утраты прежних возможностей личности. Суть изменений состоит в уменьшении объективных возможностей сохранения мотивационной сферы больного и способов ее реализации в условиях телесной болезни и ее последствий.

Первая, или начальная, ситуация болезни характеризуется минимальным, часто преходящим влиянием вызывающих ее патофизиологических и социальных факторов и означает практически полное сохранение возможностей реализации основных мотивов личности больного.

Вторая, или промежуточная, ситуация вызвана значительным и постоянным влиянием болезни, в том числе ее социальных последствий. Однако здесь еще возможна компенсация вызывающих ее факторов: ликвидация обострения, уменьшение тяжести заболевания в ходе лечения, устранение социальных трудностей. Ситуация в целом характеризуется тем, что в разной степени затрудняет реализацию основных мотивов личности больного.

Третья (конечная) ситуация болезни характеризуется крайней выраженностью влияний болезни и ее социальных последствий, существенная компенсация которых уже невозможна [24]. Прогрессирующее течение болезни, необходимость госпитализации в стационар, инвалидность делают невозможной реализацию прежде значимых мотивов. Объективные факторы болезни, создавая ту или иную ситуацию, не всегда определяют характер изменения личности больного. Влияние, оказываемое ими, опосредовано прежде всего через значимость для личности тех или иных форм реализации ее мотивов, ограниченных или ставших невозможными в связи с болезнью.

Последовательность изменений, которые личность претерпевает под влиянием болезни, следующая:

— при первой ситуации болезнь еще не ставит перед ведущей деятельностью больных сколько-нибудь значительных препятствий и не испытывает на

прочность сложившуюся иерархию мотивов. Возникновение повышенной ориентированности больных на болезнь возможно, по-видимому, лишь под влиянием уже преморбидно сконцентрированной на своем здоровье личности;

— при второй ситуации болезнь представляет уже достаточную угрозу для прежних форм реализации мотивов, отношение больных к болезни становится закономерным, а у некоторых начинает играть существенную роль, особенно у больных с уплотненной структурой личности или у больных с узкой направленностью мотивационной системы, когда ведущий мотив становится недостижимым в результате болезни. В противном случае такая перестройка может не произойти. Более того, активная позиция личности может уменьшить степень социальных ограничений, т.е. изменить ситуацию болезни;

— при третьей ситуации ограничения, накладываемые болезнью, уже настолько значительны, что почти не оставляют возможности для реализации прежних мотивов. В третьей ситуации наиболее возможно поражение прежней личности, ее перестройка (и невозможна эффективная социализация).

Подводя итоги, можно сделать следующие выводы:

— категория «антропогенное пространство» имеет ярко выраженный методологический статус и, с одной стороны, охватывает все многообразие человеческого проявления в пространственно-временном смысле, а с другой — одновременно с этим собирается в точку, которая существует вместе с фактом соматического бытия человека;

— препарированное с позиций такого подхода единое пространство человеческого бытия является одновременно и статическим его разложением, акцентирующим задачу анализа динамичных сфер человеческого существования. Эту динамику и позволяет уловить категория «антропогенное пространство», которая фиксирует феномен, выступающий условием существования и взаимодействия частных подпространств по отношению к самому антропогенному пространству.

Библиографический список

1. Арон Р. Этапы развития социологической мысли. М.: Прогресс Универс, 1993. 606 с.
2. Новый способ оценки индивидуального сердечно-сосудистого суммарного риска для населения России/Р.Г. Оганов [и др.] // Кардиология. 2008. № 5. С. 87–91.
3. Хайруллина Ю.Р. Социализация личности в условиях трансформации российского общества. Казань: ИСЭПН АНТ, 1998. 370 с.
4. Сорокин П.А. Человек, цивилизация, общество. М.: Политиздат, 1992. 542 с.
5. Бурдые П. Социология политики/пер. с фр. М.: Socio-Logos, 1993. 336 с.
6. Пространство и время социальных изменений/В.Н. Ярская [и др.]. М.: Научная книга, 2004.
7. Антропогенное пространство как социально-философская категория // Саратовский научно-медицинский вестник: альманах. 2002. № 1 (1). С. 88–90.
8. Баньковская С. П. Инвайронментальная социология. Рига: Зинатне, 1991. 128 с.
9. Ромм М.В. Адаптация личности в социуме. Новосибирск: Наука, 2002. 272 с.
10. Ионин Л.Г. Понимающая социология (историко-критический анализ). М.: Наука, 1979. 207 с.
11. Штайнгамп Г. Смерть, болезнь и социальное неравенство // Журнал социологии и социальной антропологии. 1999. №1 (5). С. 136–137.
12. Филимонова О.Ф. Ценностно-смысловые границы личностного пространства // Современная парадигма человека: межвуз. науч. сб./Сарат. гос. техн. ун-т. Саратов, 2000.

13. Устьянцев В.Б. Жизненное пространство человека: ценностные и институциональные начала // Современная парадигма человека: межвуз. науч. сб. Саратов. гос. техн. ун-т. Саратов, 2000.
14. Устьянцев В.Б. Пространство личности: опыт социально-философского исследования // Личность в пространстве России: сб. науч. тр. Саратов, 2000.
15. Фиглин Л.А. Социальное управление и развитие на основе качества: дис. ... д-ра социол. наук. Саратов, 2003. 412 с.
16. Яковлев Л.С. Пространство социализации: дис. ... д-ра социол. наук. Саратов, 1998.
17. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. М.: Медгиз, 1944. 82 с.
18. Кром И.Л. Медико-социологическая концептуализация феномена инвалидности при болезнях системы кровообращения: дис. ... д-ра мед. наук. Саратов, 2008. 420 с.
19. Krantz D. Some cautions for research on personality and health // *Journal of Personality*. 1987. № 55. P. 351–357.
20. Siegel J. Type A behaviour and self-reports of cardiovascular arousal in adolescents // *Journal of Human Stress*. 1982. № 8. P. 24–30.
21. Booth-Kewley S. Psychological predictors of heart disease: a quantitative review // *Psychological Bulletin*. 1987. № 101. P. 343–362.
22. Dembroski T. Coronary prone behavior: components of the Type A pattern and hostility // *Journal of Personality*. 1987. № 55. P. 211–235.
23. Rancher F. The role of personality and socio-economic status in the stress-illness relation: a longitudinal study. *European Journal of Personality*. 1991. № 5. P. 93–108.
24. Strickland B. Internal-external control expectancies: from contingency to creativity // *American Psychologist*. 1989. № 44. P. 1–12.
25. Lazarus R.S. Puzzles in the study of daily hassles // *Journal of Behavioral Medicine*. 1984. № 7.
26. Smith T. Personality and health: advantages and limitations of the five-factor model // *Journal of Personality*. 1992. № 60. P. 395–423.
27. Орлова М.М. Социально-психологическая адаптация соматических больных и ситуация болезни // Психология системного функционирования личности: материалы Междунар. науч. конф. Саратов, 2004. С. 223–225.
7. Antropogennoe prostranstvo kak social'no-filosofskaja kategorija // *Saratovskij nauchno-medicinskij vestnik: al'manah*. 2002. № 1 (1). S. 88–90.
8. Ban'kovskaja S.P. *Invajronmental'naja sociologija*. Riga: Zinatne, 1991. 128 s.
9. Romm M.V. *Adaptacija lichnosti v sociume*. Novosibirsk: Nauka, 2002. 272 s.
10. Ionin L.G. *Ponimajuwaja sociologija (istoriko-kriticheskiy analiz)*. M.: Nauka, 1979. 207 s.
11. Shtajnkamp G. *Smert', bolezni' i social'noe neravenstvo // Zhurnal sociologii i social'noj antropologii*. 1999. №1 (5). S. 136–137.
12. Filimonova O.F. *Cennostno-smyslovye granicy lichnostnogo prostranstva // Sovremennaja paradigma cheloveka: mezhuuz. nauch. sb./Sarat. gos. tehn. un-t. Saratov, 2000.*
13. Ust'jancev V.B. *Zhiznennoe prostranstvo cheloveka: cennostnye i institucional'nye nachala // Sovremennaja paradigma cheloveka: mezhuuz. nauch. sb. Sarat. gos. tehn. un-t. Saratov, 2000.*
14. Ust'jancev V.B. *Prostranstvo lichnosti: opyt social'no-filosofskogo issledovanija // Lichnost' v prostranstve Rossii: sb. nauch. tr. Saratov, 2000.*
15. Figlin L.A. *Social'noe upravlenie i razvitie na osnove kachestva: dis ... d-ra sociol. nauk. Saratov, 2003.* 412 s.
16. Jakovlev L.S. *Prostranstvo socializacii: dis. ... d-ra sociol. nauk. Saratov, 1998.*
17. Lurija R.A. *Vnutrennjaja kartina bolezni i iatrogenne zabolevanija. M.: Medgiz, 1944.* 82 s.
18. Krom I.L. *Mediko-sociologicheskaja konceptualizacija fenomena invalidnosti pri boleznyh sistemy krovoobrawenija: dis. ... d-ra med. nauk. Saratov, 2008.* 420 s.
19. Krantz D. *Some cautions for reseach on personality and health // Journal of Personality*. 1987. № 55. P. 351–357.
20. Siegel J. *Type A behaviour and self-reports of cardiovascular arousal in adolescents // Journal of Human Stress*. 1982. № 8. P. 24–30.
21. Booth-Kewley S. *Psychological predictors of heart disease: a quantitative review // Psychological Bulletin*. 1987. № 101. P. 343–362.
22. Dembroski T. *Coronary prone behavior: components of the Type A pattern and hostility // Journal of Personality*. 1987. № 55. P. 211–235.
23. Rancher F. *The role of personality and socio-economic status in the stress-illness relation: a longitudinal study. European // Journal of Personality*. 1991. № 5. P. 93–108.
24. Strickland B. *Internal-external control expectancies: from contingency to creativity // American Psychologist*. 1989. № 44. P. 1–12.
25. Lazarus R.S. *Puzzles in the study of daily hassles // Journal of Behavioral Medicine*. 1984. № 7.
26. Smith T. *Personality and health: advantages and limitations of the five-factor model // Journal of Personality*. 1992. № 60. P. 395–423.
27. Orlova M.M. *Social'no-psihologicheskaja adaptacija somaticheskikh bol'nyh i situacija bolezni // Psihologija sistemnogo funkcionirovanija lichnosti: materialy Mezhdunar. nauch. konf. Saratov, 2004.* S. 223–225.

Translit

1. Aron R. *Jetapy razvitija sociologicheskoy mysli*. M.: Progress Univrs, 1993. 606 s.
2. *Novyj sposob ocenki individual'nogo serdechno-sosudistogo summarnogo riska dlja naselenija Rossii/R. G. Oganov [i dr.] // Kardiologija*. 2008. № 5. S. 87–91.
3. Hajrullina Ju.R. *Socializacija lichnosti v uslovijah transformacii rossijskogo obwstva. Kazan': ISJePN ANT, 1998.* 370 s.
4. Sorokin P.A. *Chelovek, civilizacija, obwstvo*. M.: Politizdat, 1992. 542 s.
5. Burd'e P. *Sociologija politiki/per. s fr. M.: Socio-Logos, 1993.* 336 s.
6. *Prostranstvo i vremja social'nyh izmenenij/V. N. Jarskaja [i dr.]. M.: Nauchnaja kniga, 2004.*

УДК 316:61

Оригинальная статья

СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ ПОТРЕБИТЕЛЯ УСЛУГ ТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ

О.В. Музалевская — ГБОУ ВПО Волгоградский ГМУ Минздравоохранения России, аспирант кафедры философии, биоэтики и права, инструктор-методист ГАОУ ДОД СОДЮСШСЭ им. С. П. Ахмерова.

SOCIAL PORTRAIT OF TRADITIONAL MEDICINE CONSUMER

O. V. Muzalevskaya — *Volgograd State Medical University, Department of Philosophy, Bioethics and Law, Post-graduate.*

Дата поступления — 01.02.2012 г.

Дата принятия в печать — 28.02.2012 г.

Музалевская О.В. Социальный портрет потребителя услуг традиционной медицины // *Саратовский научно-медицинский журнал*. 2012. Т. 8, № 1. С. 128–132.

Цель: формирование социального портрета потребителя услуг традиционной медицины. *Материалы и методы.* Использовали материалы социологического метода — анкетирования пациентов, проведенного в государственных и частных медицинских организаций Саратова. Обработка анкет осуществлялась методом тематической статистики. *Результаты.* Сформирован социальный портрет потребителя услуг традиционной медицины; определены принципы, влияющие на выбор лечебного учреждения. *Заключение.* Главным факто-