

# СОЦИОЛОГИЯ МЕДИЦИНЫ

*Е.С. Подстрешная*

## **БОЛЬ В ПОВСЕДНЕВНОСТИ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ: НА МАТЕРИАЛАХ ИНТЕРВЬЮ С МЕДИЦИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ\***

*Статья представляет собой вклад в дискуссию о социальном конструировании в медицинской социологии, социологии здоровья и болезни, а также в социологии профессий. Автор рассматривает, как происходит социальное конструирование боли в ходе повседневной профессиональной деятельности сотрудников травматологического отделения — травматологов, хирургов и медицинских сестер. В статье представлены особенности восприятия боли медицинским персоналом, реконструированы эмоциональные и рациональные стороны работы в контексте травматологического отделения и индивидуального профессионального опыта. Статья основана на анализе данных авторского исследования повседневного профессионального опыта персонала травматологического отделения государственного медицинского учреждения в небольшом российском городе. Вначале будет представлен обзор основных теоретических работ, затрагивающих тему социологического анализа вопросов тела и боли, затем анализ эмпирических данных, иллюстрирующий особенности восприятия боли сотрудниками травматологического отделения.*

**Ключевые слова:** *боль, восприятие боли, травматологическое отделение, социальное конструирование, эмоциональный труд.*

---

\* В статье использованы результаты исследовательского проекта «Идеологии профессионализма в социальном государстве», выполненного в рамках Программы «Научный фонд НИУ ВШЭ» в 2012–2013 гг., грант № 12-05-0007, руководитель П.В. Романов.

Выражаю благодарность Е.Р. Ярской-Смирновой за ценные рекомендации по проведению исследования и анонимному рецензенту за полезные комментарии, а также моим информантам, любезно согласившимся на интервью, несмотря на большую занятость.

Подстрешная Евгения Сергеевна — сотрудник Научно-учебной группы «Профессии социального государства» Национального исследовательского университета — Высшая школа экономики, магистрант программы «Социология публичной сферы и социальных коммуникаций» НИУ ВШЭ (e.podstreshnaya@lenta.ru)

Eugenia Podstreshnaya — MA student, member of Research and Education Group “Professions in a Welfare State”, National Research University — Higher School of Economics (e.podstreshnaya@lenta.ru)

## **Введение**

Классический подход к определению медицинской профессии в терминах «медицинского взгляда» и научной рациональности характеризуется ограниченной интерпретацией телесности во врачебном опыте, в то время как в социологии с недавнего времени тело и боль стали рассматривать как сложные феномены, которые, имея органическую природу, выступают также в виде продукта социального конструирования. В целом тема боли является относительно новой областью исследования для социальных наук. Среди ученых достаточно распространено мнение, что социальной концептуализации боли во многом препятствовала ее медиализация, восприятие боли исключительно как технического вопроса (Bendelow 1993: 288; Illich 1976). На данный момент, по мере того как феноменология тела продолжает набирать популярность в социальных науках, ряд ученых (Turner 2002; Illich 1976; Bendelow 1993; Morris 1991; Хайдарова 2012; Лехциер 2009) отмечают растущий интерес к пониманию боли, которое может быть достигнуто благодаря социологическому анализу этого феномена. Поворот социальных наук в сторону телесности стал отправной точкой для попыток развития такой отрасли, как социология боли. С этой целью было предпринято немало исследований, многие из которых затрагивали вопросы восприятия боли в связи с различными социальными факторами (пол, предыдущий опыт боли, отношение к боли и пр.) (Bendelow 1993; Bates 1987).

В рамках данного исследования боль рассматривается не со стороны того, кто ее испытывает, а со стороны того, кто является свидетелем чужого страдания, причем не просто безучастным наблюдателем, а активным субъектом, одной из основных задач которого является избавление человека от боли. Иными словами, мы изучаем эмическое для медиков значение боли через призму того, как концептуализируется боль самими сотрудниками травматологического отделения, теми, для кого боль — неотъемлемый элемент профессиональной деятельности. Существующие работы, в которых изучается проблема восприятия боли других людей, в основном относятся к области нейропсихологии и носят технический характер, с акцентом на сенсомоторный аспект эмпатии (Coll et al. 2012; Meng et al. 2013), при этом субъективные смыслы, задействованные при восприятии чужой боли, остаются за рамками анализа. Мы хотим раскрыть в более полном объеме особенности восприятия боли медицинским персоналом, чтобы реконструировать эмоциональные и рациональные стороны работы в контексте повседневности травматологического отделения и индивидуально-профессионального опыта.

## **Социологический анализ боли: преодолевая дуализм**

Социологический анализ боли как проявления телесного в человеке неизбежно отсылает нас к социологии здоровья и болезни. Изначально основной целью этой отрасли было выявить, как социальные и культурные факторы влияют на понимание заболевания, развитие институтов здравоохранения и социальной политики. На протяжении долгого времени социологический анализ здоровья подразумевал «продолжительные попытки понять, каковы взаимоотношения между телом, разумом и духом» (Albrecht 2006: 268), что было вызвано

извечными философскими вопросами эпистемологии и онтологии. И хотя с точки зрения здравого смысла изучение здоровья без каких-либо отсылок к вопросам тела кажется невозможным, до недавнего времени вопросы, связанные с телом, практически отсутствовали в этой дисциплине. Причиной такого пренебрежения вопросами, непосредственно связанными с человеческим телом, можно считать господствующие позиции так называемого картезианского дуализма в социальных науках. Исходным положением этой традиции, берущей свое начало в трудах Декарта, является отрицание существенной связи между разумом и телом человека. В силу такого подхода тело, а вместе с ним и боль, являлись объектом изучения преимущественно в естественных науках, в том числе медицине. Для социальных же наук главным объектом изучения стал бестелесный, рациональный актор (Романов, Ярская-Смирнова 2004: 116). Такая ситуация сохранялась примерно до второй половины XX в., когда распространение постмодернистских фукольдианских и феминистских теорий привело к отказу от радикального отделения тела от духа, и телесность стала объектом теоретизирования в социальных науках. Сейчас социология тела представляется не только важным, но и просто необходимым предприятием. Так, Н.В. Романовский отмечает, что сам факт человеческого действия невозможен при отсутствии тела, которое это действие выполняет, а потому социология просто не может оставить в стороне вопросы о роли и возможностях тела (Романовский 2006: 16). О важности социологического анализа вопросов, связанных с человеческим телом, также пишут П.В. Романов и Е.Р. Ярская-Смирнова: «Сегодня практически все исследования, посвященные социальным вопросам здоровья, болезни и медицины, явно или неявно фокусируются на телесности» (Романов, Ярская-Смирнова 2011: 100).

Широкие горизонты для социологического анализа боли открывает феноменологический подход к изучению вопросов тела, который, по мнению Б. Тернера, стал достойным ответом традиции картезианского разделения души и тела (Turner 2002: 7). Отличительной чертой этого подхода, берущего начало в работах М. Мерло-Понти, является то, что объектом анализа становится не просто тело, но телесность (*embodiment*). Понятие телесности помогает преодолеть ограниченный взгляд на природу человека, в рамках которого отношения между телом и душой человека воспринимаются как отношения объекта и субъекта. «Отдельно взятый конкретный человек — это не психика в соединении с организмом, это хождение существования взад-вперед между телесностью и личностными поступками» (Мерло-Понти 1999: 126). Человек одновременно *обладает* телом и *является* телом. Такая дихотомия отражена в существовании немецких слов *Körper* — «объективное тело», тело-в-себе, и *Leib* — «субъективное», тело-для-себя (Bendelow, Williams 1995: 86). Именно рассмотрение *Körper* и *Leib* в их взаимосвязи выгодно отличает феноменологический подход от соматико-технического, позволяя рассматривать боль как проявление телесности человека.

Обладание телом для человека является настолько неизбежным и естественным, что в повседневной жизни он практически не ощущает его присутствия — мы имеем дело с феноменом «отсутствующего тела» (Leder 1990). Тело

находится за рамками непосредственного восприятия большую часть времени. Обычное состояние «исчезновения тела» оказывается нарушено под влиянием ряда факторов, к которым относятся боль, болезнь и смерть. В таких случаях привычная окружающая действительность отходит на задний план, в то время как тело становится центральным объектом человеческого восприятия, хотя и воспринимается как нечто отчужденное, вырванное из жизненного мира человека. Таким образом, боль становится сигналом, призывающим обратить внимание на собственное тело, и при этом она ограничивает тело, изолирует его, оно перестает быть самоочевидным (Vrancken 1989: 438).

Рассмотрение боли как проявления телесности человека является характерной чертой феноменологического подхода к этому явлению, который выделяется среди ряда других (Хайдарова 2012; Vrancken 1989). Согласно этому подходу, душа и тело оказываются неразрывно переплетены в боли, физический опыт представляется неотделимым от когнитивного и эмоционального аспектов. Исследователи также отмечают существование культурного аспекта боли, который обуславливает то, как люди говорят о своей боли, какое оправдание для нее находят, а также то, как ведет себя человек, испытывающий боль. Отношения между восприятием своего Я, своего тела и объективной реальности оказываются достаточно сложными. По мере своей социализации человек начинает разделять свое Я и тело, и лишь болевой опыт заставляет человека задуматься о том, как связана его индивидуальная реальность с объективной реальностью окружающего мира. Боль вызывает раскол внутри индивида: одна его часть вызывает боль, другая вынуждена справляться с этой болью. Это процесс достаточно болезненный для человека, поскольку нарушается привычное течение жизни, при котором идентичность и тело человека неотделимы друг от друга. Человек, испытывающий боль, оказывается не в состоянии самостоятельно найти путь к нормальной жизни, он не может оставаться личностью, а становится пациентом (Vrancken 1989: 438).

Становясь пациентом, человек неизбежно вступает в контакт с медицинским персоналом, что открывает широкие перспективы для анализа социального взаимодействия, которое происходит в процессе медицинского лечения. Несмотря на то, что исследователи, занимающиеся вопросами тела и боли, значительно продвинулись в последнее время в направлении изучения социальной природы тела и боли, медицинская практика по-прежнему считается такой областью, где тело и личность пациента оказываются отделены друг от друга, а боль воспринимается как исключительно органический феномен, в связи с чем не остается места сочувствию по отношению к пациенту. Фуко охарактеризовал представителей медицинской профессии как обладателей «медицинского взгляда» на пациента, в котором проявляется власть современной медицинской системы определять человеческое тело. Медицинские технологии обрамляют и фокусируют взгляд врача на пациента таким образом, что страдающий человек оказывается отделен от своего социологического контекста, в ходе лечения происходит дегуманизирующее отделение тела пациента от его личности (Illich 1976; Hsu, Lincoln 2007: 23). Этому способствуют такие процедуры, как сбор личностной и телесной информации о пациенте, осуществле-

ние различных манипуляций с телом человека, воссоздание личности и тела пациента на бумаге путем написания истории болезни. Еще одним важным фактором, способствующим объективизации тела больного, является осуществление анестезии, которая позволяет производить разнообразные действия над человеческим телом, осуществляя редукцию *пациента к телу*.

Хорошо известно, что медицинская профессия относится к так называемым классическим профессиям, которые вырабатывают знание, основанное на «науке» и клинической практике и характеризуются высоким уровнем институционализации и специализации (Сакс, Олсоп 2012: 271, 273). Как результат, представители этой профессии традиционно получали высокий социальный статус и власть, которые оставались неоспоримыми до недавнего времени. Обладание специальным знанием, равно как и необходимость рационализировать свою работу, приводит к тому, что врач дистанцируется от своего пациента. Параллельно процессу модернизации общественной жизни происходила индустриализация врачебного дела, в результате чего болезнь стала рассматриваться как биологическая сущность, отделенная от человеческой личности (Лехциер 2009: 23). Сам врач при этом представляется в более чем нелицеприятном виде: рациональный, лишенный сочувствия, как символ растущей медиализации и дегуманизации жизни (Illich 1976).

Но отношение к врачу как к механистичному, бесчувственному, рациональному агенту — не единственная точка зрения исследователей. Так, А. Барнард и М. Санделовски отмечают, что сам по себе объективирующий взгляд на тело пациента не является чем-то дегуманизирующим (Barnard, Sandelowski 2001: 370). Более того, отмечают они, объективизация тела в процессе лечения (в частности, путем визуализации отдельных органов на экранах различного медицинского оборудования) зачастую может даже способствовать поддержанию субъективности пациентов, помогая им легитимизировать свои страдания (Ibid). Также в защиту медицинского сотрудника свидетельствует тот факт, что в соответствии с недавними исследованиями проблемы эмпатии в восприятии людей, испытывающих боль, механизмы восприятия чужой боли задействуют те же нейронные процессы, которые возникают при собственном болевом опыте (Decety 2009; Goubert, Kenneth, Buysse 2009). Для того чтобы обеспечить наилучшую помощь больному, врачу необходимо управлять своей эмпатией, но он не может избавиться от нее полностью, стать профессиональным «роботом». Таким образом, особенности восприятия медицинским персоналом боли своих пациентов может и должно стать предметом детального анализа. Более того, пациенты сами навязывают врачам картезианский способ мышления, за который так часто осуждают последних. Медицина не может дать название боли, объективизировать ее, т. к. это «частный» опыт. Она может лишь избавить человека от боли путем сложных процедур, поместить ее в медицинский дискурс. Но медицинский дискурс сам находится во власти боли, она определяет его. Осознав это и перестав считать боль «вещью», медицинские работники смогут перейти к сочувствию (Vrancken 1989: 443). Но профессиональный медицинский дискурс, воспринимаемый как один из основных механизмов установления медицинской власти в обществе, о которой мы упоминали выше, — это

неотъемлемая часть медицинской профессии как таковой, и его изменение представляется весьма затруднительной задачей. С точки зрения изучения боли важно то, что медицинский язык является объективирующим, он маркирует ту или иную патологию. Это язык медицинских терминов (язык *disease*), в то время как пациент разговаривает на языке болезни (*illness*), т. е. говорит об опыте болезни, о своих субъективных переживаниях, вызванных недомоганием (Kleinmann 1988: 3). Проблема современной медицины как раз заключается в игнорировании врачами языка болезни, на котором разговаривают больные люди.

Говоря о важности субъективных смыслов болезни и боли, стоит обратиться к теме нарративной медицины, которая представляет собой протест против дегуманизации современной медицины. Среди причин этой дегуманизации А. Готлиб выделяет следующие: кризис индивидуализирующего клинического подхода, нарастание стандартизации в оказании медицинских услуг, превращение медицины в «фабрику», призванную «ковать» здоровье (Готлиб 2010: 64). Нарративная медицина призывает к более тесному взаимодействию между врачом и пациентом, с тем чтобы преодолеть отторжение между ними и последующую стандартизацию лечения, что зачастую ведет к его неэффективности (Лехциер 2012: 8).

Вопрос о том, какое внимание медицинский персонал уделяет субъективным смыслам болезни, непосредственно связан с вопросом восприятия медицинскими сотрудниками боли и страданий их пациентов. Изучение смыслов, которыми наделяют врачи и медсестры процесс лечения больных, позволит обогатить понимание современной ситуации, описывающей взаимодействие врача и пациента.

### **Особенности восприятия боли пациентами персоналом травматологического отделения**

С целью выяснить, какое значение имеет боль для сотрудников травматологического отделения и каковы особенности их восприятия боли, было предпринято исследование, направленное на понимание того, как происходит социальное конструирование боли и страдания пациентов в ходе индивидуальных действий сотрудников травматологического персонала и взаимодействия между участниками процесса медицинского лечения. Предпочтение было отдано качественным методам сбора и анализа данных, поскольку нам были важны субъективные смыслы, характерные для медицинских работников как участников взаимодействия с пациентами, испытывающими болевые симптомы.

В качестве информантов в данном исследовании выступили сотрудники травматологического отделения муниципальной больницы в небольшом российском городе\*. Большое значение имеет тот факт, что мы изучаем восприя-

---

\* Всего было опрошено девять человек: три травматолога (мужчины), два хирурга (мужчина и женщина), четыре медсестры (женщины). Принцип отбора состоял в том, чтобы охватить весь персонал данного отделения, а потому распределение полов, должностей и стажа работы является случайным.

тие боли не просто безучастным наблюдателем, а активно вмешивающимся в процесс субъектом, одной из основных задач которого является избавление человека от боли. Иными словами, мы изучаем эмическое для медиков значение боли через призму того, как концептуализируется боль самими сотрудниками травматологического отделения, теми, для кого боль — неотъемлемый элемент профессиональной деятельности.

Травматологическое отделение государственной больницы, расположенной в небольшом городе, характеризуется высокой рабочей нагрузкой на персонал, связанной с острой нехваткой кадров. Она усугубляется не только недостатком молодых медиков, но и оттоком имеющихся сотрудников в столичные медицинские учреждения в ожидании более высокой оплаты труда. Работа здесь является не только физически, но и эмоционально сложной. Во-первых, это связано с тем, что представители медицинской профессии в целом, являясь важными агентами социального государства (Романов, Ярская-Смирнова 2013: 13), находятся в постоянном взаимодействии со своими клиентами, а потому должны демонстрировать соответствующее поведение, требующее определенных эмоциональных затрат (Симонова, Ядрова 2013: 92). Во-вторых, в рамках данного исследования ключевое значение приобретает тот факт, что в травматологическом отделении боль выступает основным симптомом поступающих пациентов, т. е. в ходе профессиональной деятельности персонал постоянно сталкивается с человеческим страданием. Это также связано со сложностями эмоционального характера. Так, один из информантов описывает свое место работы следующим образом: *«Вообще травматологическое отделение — это очень сложное отделение, так как здесь и социальные больные, больные и в алкогольном опьянении, и по тяжести очень тяжелые, и травматический шок»* (Информант 1)\*.

В ходе исследования было выявлено, что восприятие боли медицинскими работниками не сводится исключительно к биомедицинской модели. Была получена целая палитра типов восприятия боли, характеризующихся различными сочетаниями таких признаков\*\*, как: эмоциональное восприятие боли, взаимодействие с пациентами, отношение к своей работе, выполнение эмоционального труда (Hochschild 2003). Отношение к боли можно представить в виде оси, где на левом полюсе оказывается соматико-технический подход к пациенту, предполагающий игнорирование его субъективных переживаний, а на правом — «гуманный» подход, предполагающий, напротив, внимательное отношение к вопросам боли и страдания пациента. Всего было выделено три типа восприятия боли медицинскими работниками: (1) «профессиональное» отношение к боли, (2) конфликт «естественного» и «профессионального» отношения к боли и (3) симбиоз «естественного» и «профессионального» отношения к боли.

---

\* Список информантов приводится в конце статьи.

\*\* В качестве классифицирующих признаков выступили основные коды, выделенные при анализе текстов интервью.

**«Профессиональное» отношение к боли.** В эту группу вошли женщина-хирург и мужчина-хирург. Эмоциональное восприятие боли и внимание к субъективным переживаниям пациента минимизировано, избавление пациента от боли осуществляется постольку, поскольку осуществляется лечение травмы больного:

[Вот Вы сказали — научиться ставить барьер внутри себя... Какое-то особое отношение вырабатывается в ходе работы?] *«Ну вот что — ну, я думаю, что более спокойное отношение. Если брать с профессиональной точки зрения, то если “Ай, у меня, ох, болит!” — то разобраться в причине боли и стараться не только саму боль убрать, но докопаться до сути, до причины, убрать саму причину, ну, помочь полечить человека, помочь справиться с этой болью»* (Информант 2).

Для медицинских сотрудников, характеризующихся данным подходом к восприятию боли пациентов, отказ от внимания к субъективному компоненту боли выступает необходимым шагом на пути к настоящему профессионализму. Этой категории лиц чужда идея нарративной медицины в принципе, поскольку для них беседы с пациентом и внимание, выходящее за рамки обеспечения необходимого лечения, является «побочным» элементом в работе и отдается на откуп психотерапевтам:

*«Но все-таки больше это, наверное, прием психотерапевта, эти беседы. В нашей работе это как-то неприемлемо. Мы здесь, знаете ли, руками лечим, на одних беседах далеко не уедешь»* (Информант 3).

**Конфликт «естественного» и «профессионального» отношения к боли.** В эту группу вошли мужчина-травматолог, приемная медсестра и постовая медсестра. Эта группа является переходной: с одной стороны, представители такого подхода не могут полностью отказаться от эмоционального восприятия боли, которое может зависеть от личных симпатий к пациенту, его индивидуальных характеристик, с другой, опыт восприятия боли рутинизируется, эмоции уходят на задний план. В данном конфликте перевес оказывается на стороне отказа от эмоций, он осуществляется осознанно:

*«Нужно не паниковать, спокойно, размеренно, без эмоций, потому что начнешь нервничать, увидят пациенты, а каждый из них считает, что он тяжелее, чем тот, кого привезут за ним, поэтому тут надо сдержанно себя вести»* (Информант 4).

Причиной этому, на наш взгляд, является тот институциональный контекст, в котором приходится работать: как отмечает А. Готлиб, отечественная медицина характеризуется «торжеством биомедицинской модели», что предполагает игнорирование экзистенциального аспекта болезни (Готлиб 2010: 64). Еще одной причиной, обуславливающей недостаточное внимание к субъективным переживаниям пациента, является повышенная нагрузка на медицинского работника и жесткие временные ограничения, связанные с нехваткой кадров. При этом важность эмоций в работе в какой-то степени может осознаваться, но лишь на уровне декларированной нормы, практически не интернализированной. Для данной группы поворот к нарративной медицине был бы возможен в случае изменения условий труда, что в условиях современных российских реалий в области здравоохранения представляется маловероятным.



**Симбиоз «естественного» и «профессионального» отношения к боли.** Эта группа, включающая двух мужчин-травматологов, старшую постовую медсестру и перевязочную медсестру, представляет собой протест против дегуманизации медицины. Все представители данного подхода отличаются внимательным отношением к боли пациентов и их субъективным переживаниям, боль пациентов оказывается важным моментом в лечении, несмотря на различие оснований для такого подхода. В отдельных случаях такое отношение является следствием осознания важности субъективного аспекта боли в лечении:

*«Можно оценивать судя по травме, чем больше травма — тем, соответственно, и боль должна быть больше. Но это так, не факт, то есть и при маленькой травме у людей с разной психикой, с разным настроем, может вызывать какие-то большие, сильные болезненные ощущения»* (Информант 5).

В других случаях оно определяется устойчивостью модели «человеческого» сопереживания, обусловленной эмоциональной культурой общества, которая не изменяется с опытом:

*«Но, раз мы не лишены человеческих таких чувств, то каждая боль для нас все равно это, конечно, через себя, естественно, каждый медицинский работник. Таких холодных людей — вряд ли они работают в медицине, но естественно, все через себя пропускаем»* (Информант 1).

Отличительная черта данной группы лиц — восприятие медицинской профессии как призвания. Сильные моральные основания в отношении к своей работе становятся базой для сохранения чуткого отношения к пациентам в условиях недостаточного финансирования, нехватки кадров, чрезмерной нагрузки и пр. Представителям такого подхода изначально близка идея нарративной медицины, но объективно существующие ограничения в работе выступают препятствием для полноценного ее воплощения в своей работе.

### **Эмоциональные аспекты восприятия боли пациентов персоналом травматологического отделения**

Боль, будучи неотъемлемой частью повседневной жизни травматологического отделения, оказывается тесно связанной с эмоциональной стороной работы сотрудников. В целом, медицинские работники отмечают, что эмоции становятся помехой для эффективного осуществления профессиональной деятельности, а потому возникает необходимость регулировать свои эмоциональные реакции:

*«Вот был случай, нам привезли женщину, она суицидальной попыткой нанесла себе ножевое ранение, горло перерезала, да. Вроде бы надо спасать, но сказали, что перед этим она своего ребенка подушкой задушила. Понимаете, и надо бежать в операционную, ее надо спасать, а с другой стороны, тут чисто человеческие качества — да, казалось бы, вот такое! Ну, а что делать, отодвигаешь все эмоции на второй план, понимаешь, что перед тобой, в первую очередь, человек, а уже потом кто прав, кто не прав, в этом разбираться будут потом, твое дело — работа, иди и работай»* (Информант 2).

Кроме того, управление своими эмоциями осуществляется с целью сохранения «одинакового» отношения к пациентам. Почти все информанты говорят

о необходимости сохранять непредвзятое отношение к больным, что можно считать важным требованием профессиональной этики медицинского работника. Пациент, поступающий на лечение, приобретает особый статус — статус «больного человека», который предполагает стирание каких бы то ни было межличностных различий:

*«Неважно, какой возраст, или пол какой, или национальность — в принципе, это больной человек, он и есть больной человек, поэтому нет такого, что к одним людям относиться лучше, к другим хуже. Больной человек — он и есть больной, он получает внимание независимо от возраста, национальности, пола» (Информант 6).*

Сохранение нейтрального отношения ко всем пациентам зачастую вызывает у информантов определенные сложности, особенно при возникновении проблем в коммуникации. И потому здесь важна эмоциональная работа, которая помогает сохранить эмоционально нейтральное отношение к пациентам:

*«Старайся вести себя сдержанно, хладнокровно ко всем относиться, но не всегда получается. <...> Бывает, тяжело сдерживаться. И тогда бывают ситуации, когда больные или даже родственники повышают на тебя голос, нужно стараться им отвечать спокойно» (Информант 5).*

При этом влияние такого уравнительного эмоционального отношения ко всем пациентам на успех лечения — вопрос спорный. Сами информанты говорят о том, что важно найти индивидуальный подход к пациенту, лечить «больного, а не болезнь». Возможно, именно это противоречие между декларированной нормой необходимости «одинакового» отношения ко всем пациентам и осознанием важности внимания к их индивидуальным особенностям и переживаниям выступает препятствием на пути развития нарративной медицины. Причина состоит в том, что отечественная система здравоохранения характеризуется господством биомедицинской модели (Готтлиб 2010: 64), в рамках которой настоящий медицинский профессионализм воспринимается как нечто обезличенное, а проявление каких-либо эмоций в отношении к пациентам считается излишним.

### **Легитимация эмоционального восприятия боли как возможность перехода к гуманной медицине**

Восприятие боли пациентов опрошенными медицинскими сотрудниками зачастую определяется в категориях сочувствия и сопереживания, внимания к субъективным переживаниям пациентов. При этом такое отношение может являться произвольным, и признается необходимость минимизации эмоциональных проявлений в работе, или же, напротив, сохранение «простых человеческих чувств» в работе может быть осознанным шагом в силу понимания важности субъективной стороны лечения, наряду с объективной. Тот факт, что восприятие боли пациентов многими из опрошенных сотрудников содержит в себе эмоциональный аспект, может свидетельствовать о том, что в рамках данного травматологического отделения есть возможности для осуществления «экзистенциального поворота» (Готтлиб 2010: 65) в направлении осознания важ-

ности субъективных смыслов болезни пациента. Но возможно и то, что эмоциональное восприятие связано с определенными психологическими особенностями опрошенных и не подразумевает осознания тех смыслов, которыми наделяют свою болезнь пациенты. И, конечно, в силу ограниченного масштаба проведенного исследования мы не можем распространять свои предположения на российскую медицинскую систему в целом. Между тем стоит отметить, что сложные реалии развития здравоохранения в России, с одной стороны, выступают серьезным препятствием для развития нарративной медицины, поскольку медицинские работники все в большей степени оказываются лишены возможности проявить участие к пациентам в силу нехватки времени и большой загруженности. Но с другой, именно такая сложная ситуация — условие своеобразного «естественного отбора» в медицинской среде, в результате которого значительная часть представителей профессии оказываются «медиками по призванию». Для них служение на благо пациента становится главной мотивацией труда, а целостное восприятие пациента — необходимым условием оказания максимально эффективной помощи. Именно такие медицинские работники могут служить успешными проводниками социальной политики в обществе. Отметим, что данные предположения остаются лишь на уровне гипотез, поскольку мы, учитывая ограниченность эмпирической базы, не претендуем на генерализацию сделанных выводов.

Анализ роли опыта в восприятии боли и оснований для эмоционального труда в профессиональной деятельности сотрудников травматологического отделения дает основания предполагать, что препятствием для сохранения и развития «гуманного» отношения к боли пациента является не само содержание труда, а навязываемая биомедицинской моделью необходимость управления своими эмоциями с целью их подавления:

*«Когда начинал работать, конечно, больше преобладали какие-то эмоциональные порывы, а сейчас более профессионально, и разговоры, и общение»* (Информант 6).

Таким образом, можно сделать вывод о том, что действительно необходим «экзистенциальный поворот» в медицинских практиках на институциональном уровне, чему может способствовать рефлексивная эмоциональная работа профессионалов, или глубокое исполнение эмоционального труда (Hochschild 2003). Легитимация естественных эмоциональных реакций на боль и страдание пациентов избавила бы медицинских работников от необходимости подавлять свои эмоции и позволила бы направить их в продуктивное русло, обеспечить пациентов должным вниманием к их субъективным переживаниям болезни. Здесь неизбежно может возникнуть вопрос о том, что сохранение эмоционального восприятия в ходе работы со временем может привести к так называемому эмоциональному выгоранию. Возможным выходом из этой ситуации представляется институционализация эмоционального труда, в ходе которого происходит трансмутация, или преобразование чувств (Hochschild 2003, цит. по: Симонова 2012: 90). За счет этого работник может демонстрировать эмоции, которые на самом деле не переживаются, а являются частью оплачиваемого труда, что защищает нервную систему от «выгорания».

### **Заключение**

Основной целью проведения данного исследования было описать особенности восприятия боли сотрудниками травматологического отделения, ответить на вопрос о том, справедливы ли предъявляемые к медицинским сотрудникам обвинения в негуманности и бесчувственности. Для этого была предпринята попытка изучения повседневного профессионального опыта медицинского персонала с акцентом на то, какое значение приобретает боль в их работе.

Социология медицины — популярное исследовательское направление во многих странах, в России также наблюдается подъем научного интереса в этой области. При этом важно отметить, что работы, затрагивающие эту сферу (в том числе и представленное исследование), имеют большое практическое значение. Современное российское здравоохранение находится в процессе трансформации, причем происходящие изменения зачастую негативно сказываются на повседневной профессиональной деятельности медицинских работников. Из-за возникающих трудностей, зачастую имеющих чисто формальный характер, в той или иной степени могут страдать отношения между медицинскими сотрудниками и пациентами. Нехватка временных и технических ресурсов у медика может восприниматься пациентом как нежелание проявить большую внимательность к его личным проблемам и переживаниям. Исследование существующих проблем дает возможность предложить пути их решения в дальнейшем.

Рассмотрение боли как целостного явления, в котором неразрывно переплетены в физические ощущения, и их субъективное переживание, необходимо с точки зрения повышения эффективности лечебного процесса. Только прислушиваясь к пациенту, когда он говорит о своей боли, не пренебрегая его субъективными переживаниями, врач сможет оказать ему необходимую помощь, не сводящуюся к тому, чтобы избавить человека от объективных проявлений боли. Такому качественному изменению врачебного подхода к боли может поспособствовать предлагаемый социологический подход к анализу этого сложного явления. Кроме того, отказ от механистического подхода к определению боли необходим для сохранения морального облика человеческой цивилизации. Все большая рационализация человеческой жизни приводит к тому, что боль теряет свой субъективный смысл, что становится причиной таких ужасных трагедий, как Холокост. Во избежание повторения подобных проявлений рациональности, возведенной в абсолют, необходимо развивать научный анализ боли.

Данное исследование в силу локального характера и рассмотрения лишь одной из точек зрения на проблему восприятия боли носит разведывательный характер. Среди ограничивающих факторов стоит отметить то, что состав опрошенных получился неоднородным, что, с одной стороны, позволило охватить весь персонал конкретного отделения и таким образом приблизиться к более подробному описанию контекста, но с другой, могло привести к смешению различных позиций в выводах. Вероятно, при более унифицированных требованиях к отбору информантов общие выводы носили бы несколько иной харак-

тер. Кроме того, в дальнейшем представляется целесообразным изучать вопрос восприятия боли также с точки зрения пациентов, что позволило бы преодолеть субъективность мнений, повысить валидность результатов и получить дополнительные возможности для анализа сложностей в коммуникации между медицинскими сотрудниками и пациентами, связанных с проблемой восприятия боли и субъективных переживаний.

### Литература

Готлиб А.С. Нарративная медицина глазами российских врачей: попытка эмпирического анализа // Вестник Самарского государственного университета, 2010, 5(79), с. 64–70.

Лехциер В.Л. Субъективные смыслы болезни: основные методологические различия и подходы к исследованию // Социологический журнал, 2009, 4, с. 22–40.

Лехциер В. Предисловие: быть услышанным... // Общество ремиссии: на пути к нарративной медицине / Под ред. В.Л. Лехциера. Самара: Самарский университет, 2012, с. 4–10.

Мерло-Понти М. Феноменология восприятия / Пер. под ред. И.С. Вдовиной, С.Л. Фокина. СПб.: Ювента, Наука, 1999.

Романов П.В., Ярская-Смирнова Е.Р. Образ власти и власть образа. Больное тело в культуре // Теория моды: одежда, тело, культура, 2011, 18, с. 91–116.

Романов П.В., Ярская-Смирнова Е.Р. Социология тела и социальной политики // Журнал социологии и социальной антропологии, 2004, 2(7), с. 115–137.

Романов П.В., Ярская-Смирнова Е.Р. Власть знания и общественные интересы: профессионалы в государстве благосостояния // Профессии социального государства / Под ред. П.В. Романова, Е.Р. Ярской-Смирновой. М.: ООО «Вариант», ЦСПГИ, 2013, с. 7–20.

Романовский Н.В. Тело человека — новые горизонты социального познания? // Социологические исследования, 2006, 4, с. 16–25.

Сакс М., Олсон Дж. Социология профессий: государство, медицина и рынок в Великобритании // Хрестоматия по курсу «Социология профессий» / Под ред. Р.Н. Абрамова. М., 2012, с. 268–281.

Симонова О., Ядрова Е. Сообщество средних медицинских сотрудников в области кардиохирургии: социологический анализ эмоционального труда // Профессии социального государства / Под ред. П.В. Романова, Е.Р. Ярской-Смирновой. М.: ООО «Вариант», ЦСПГИ, 2013, с. 91–115.

Симонова О.А. Концепция эмоционального труда Арли Р. Хохшильд // Антропология профессий: границы занятости в эпоху нестабильности / Под ред. П.В. Романова, Е.Р. Ярской-Смирновой М.: Вариант, 2012, с. 75–96.

Хайдарова Г. Функции боли в культуре и боль как функциональное расстройство // Общество ремиссии: на пути к нарративной медицине / Под ред. В.Л. Лехциера. Самара: Самарский университет, 2012, с. 85–93.

Albrecht G.L. The Sociology of Health and Illness, in: *The SAGE handbook of sociology*, 2006, pp. 267–283.

Barnard A., Sandelowski M. Technology and humane nursing care: (ir)reconcilable or invented difference?, *Journal of Advanced Nursing*, 2001, 34, pp. 367–375.

Bates M. Ethnicity and pain: a biocultural model, *Social Science and Medicine*, 1987, 24(1), pp. 47–50.

Bendelow G. Pain perceptions, emotions and gender, *Sociology of Health and Illness*, 1993, 3(15), pp. 273–294.

Bendelow G., Williams S. Pain and the mind-body dualism: a sociological approach, *Body & Society*, 1995, 2(1), pp. 83–103.

Coll M-P., Budell L., Rainville P., Decety J., Jackson P.L. The Role of Gender in the Interaction between Self-Pain and the Perception of Pain in Others, *The Journal of Pain*, 2012, 7(13), pp. 695–703.

Decety J. *The Empathy Switch: How Doctors Regulate Pain Perception* (videorecording), 2009 [<http://www.biomedcentral.com/plus/view-835832-1.html>] Дата доступа 15.02.2014.

Goubert L., Kennedy D.C., Buysse A. Perceiving others in pain: experimental and clinical evidence on the role of empathy, in: *The Social Neuroscience of Empathy*, eds. W. Ickes, J. Decety. MIT Press, 2009, pp. 153–165.

Hochschild A.R. *The managed heart: Commercialization of human feeling*. Berkeley: University of California Press, 2003.

Hsu H.L., Lincoln M. Biopower, “Bodies... the Exhibition”, and the Spectacle of Public Health, *Discourse*, 2007, 1(29), pp. 15–34.

Illich I. *Medical Nemeses*, 1976. [<http://www.soilandhealth.org/03sov/0303critic/03031illich/Frame.Illich.Ch3.html>]. Дата доступа 22.11.2013.

Kleinmann A. *The illness narratives: suffering, healing and the human conditions*. New York: Basic Books, 1988.

Leder D. *The absent body*. Chicago and London: Chicago University Press, 1990.

Meng J., Jackson T., Chen H., Hu L., Yang Z., Su Y., Huang X. Pain perception in the self and observation of others: An ERP investigation, *NeuroImage*, 2013, 72, pp. 164–173.

Morris D.B. *The Culture of Pain*. Berkeley: University of California Press, 1991.

Turner B.S. *Regulating bodies. Essays in medical sociology*. The Taylor & Francis e-Library, 2002.

Vrancken M. Schools of thought on pain, *Social science and medicine*, 1989, 3(29), pp. 435–444.

### Список информантов

1. Н. В., старшая постовая медсестра, стаж работы 40 лет
2. Т. Н., врач хирург-ординатор, стаж работы 12 лет
3. Е. Н., врач хирург-ординатор, стаж работы 9 лет
4. И. В., приемная медсестра, стаж работы 11 лет
5. А. В., врач травматолог-ортопед, стаж работы 1 год
6. А. Н., врач травматолог-ортопед, стаж работы 15 лет