
Евгения Гольман

НОВОЕ ПОНИМАНИЕ ЗДОРОВЬЯ В ПОЛИТИКЕ И ПОВСЕДНЕВНОСТИ: ИСТОКИ, АКТУАЛЬНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОБЛЕМАТИЗАЦИИ

В статье рассматривается новое понимание здоровья в его взаимосвязи с хелсизмом, истоки возникновения и основные направления проблематизации этих феноменов. «Новое понимание здоровья» означает фокусирование публичного дискурса на значимости самосохранительного поведения и переносе ответственности за здоровье с институтов здравоохранения на индивида. В то же время «хелсизм» указывает на тенденции к морализации здорового образа жизни и негативную окраску действий тех, кто не соответствует навязываемому образу здорового гражданина. Возникновение таких феноменов в конце XX в. является результатом взаимодействия социальных, политических, экономических факторов. Среди ключевых направлений изучения нового понимания здоровья выделяются анализ культурных представлений о здоровом образе жизни, их политизация и коммерциализация, регулятивный потенциал хелсизма и его идеологические основания, а также гендерные аспекты феноменов. Актуализация описанных проблем в социологических исследованиях обосновывает значимость социологической экспертизы в области политики здравоохранения и пропаганды здорового образа жизни.

Ключевые слова: новое понимание здоровья, хелсизм, здоровый образ жизни, политика тела

В последние десятилетия XX в. социологи обратили внимание на формирование нового подхода к определению здоровья в публичном дискурсе и социальной политике европейских стран. Различные проявления этого

Евгения Андреевна Гольман – аспирантка факультета социальных наук департамента социологии, Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Москва, Россия. Электронная почта: e.golman@hse.ru

феномена были обозначены в научной литературе как «новое понимание здоровья» – «*new health consciousness*» (Crawford 1987, 2006), «новая парадигма здоровья» (Moore 2010; Nettleton 1996; Nettleton 2013), хелсизм – «*healthism*» (Crawford 1980). Отличительной чертой нового подхода в области здравоохранения стала переориентация с предотвращения болезни на профилактику её возникновения. Однако явление не ограничивается областью социальной политики и политики в сфере охраны здоровья населения, на что и указывают обозначенные концепции. Новый подход к определению здоровья затронул само представление о теле человека и роли последнего в достижении статуса здорового гражданина.

В статье предпринята попытка проанализировать истоки возникновения этого феномена, среди которых политизация здоровья и экономическая целесообразность снижения расходов на здравоохранение, социальные трансформации и становление общества риска, развитие медицины и медиализация повседневной жизни. Выделяются ключевые направления исследований нового понимания здоровья, включая содержание и изменение культурных представлений о здоровом образе жизни и практиках здоровья, дискриминирующий потенциал морализаторской идеологии хелсизма, а также гендерный аспект соответствующих практик.

Становление нового понимания здоровья: социальная политика, риски и медицина надзора

Термин «новое понимание здоровья» был предложен Робертом Кроуфордом во второй половине XX в. для исследования сложившейся идеологии в развитых странах, согласно которой проблемы со здоровьем и их решение полностью переносятся в зону ответственности индивида (Crawford 2006: 408). Отвечая в целом принципам неолиберализма, данная идеология предполагает регулярный надзор индивида за собственным организмом. В то же время здоровье начинает восприниматься как некий образ жизни, а не атрибут (Moore 2010: 96). Как отмечает Сара Неттлетон, если старая парадигма здравоохранения и медицины была выстроена вокруг заболевания и роли больного, то новая – сконцентрирована на здоровье и усилиях, предпринимаемых индивидом для его поддержания (Nettleton 1996: 46). В результате здоровье превращается из присущей индивиду характеристики в достигаемую цель посредством целенаправленных усилий последнего. Прилагаемые усилия направлены на предвосхищение тех или иных симптомов путем непрерывного наблюдения за телесными проявлениями, а также с помощью профилактики болезней методом вовлечения в практики, отвечающие культурным представлениям о здоровом образе жизни (Crawford 1987: 104). В своих крайних проявлениях такое понимание здоровья как достигаемого статуса ведет к моральной оценке индивида в зависимости от его вовлеченности в соответствующие практики как на уровне

политики здравоохранения и социальной рекламы, так и в повседневной жизни. Чем меньше индивид соответствует современным нормам здорового образа жизни (здоровое питание, физические нагрузки, исключение курения и алкоголя) и внешнего вида (подтянутое и привлекательное тело), тем в большей степени он рискует получить негативную оценку своих личностных и профессиональных качеств (Crawford 1987: 104–105). Крайняя степень морализации здоровья в публичном дискурсе, правительственных и образовательных программах, направленных на пропаганду здорового образа жизни, получила название «хелсизм» (Crawford 1980; Crawford 2006: 410; Skrabanek 1994: 15–16). Критики феномена подчеркивают, что в его основе лежат политические (сохранение и легитимация власти) и экономические (финансовая выгода) интересы групп, находящихся на вершине социальной иерархии (Kirk, Colquhoun 1989: 431).

В первую очередь данные тенденции были выявлены исследователями при обращении к международным и государственным кампаниям в области здравоохранения и представленным в них дискурсам здоровья. Начиная с 70–80-х гг. XX в. переориентация с лечения на профилактику стала ключевым поворотом в области охраны здоровья в развитых странах. Ориентация на предупреждение болезней, а также перенос ответственности за здоровье в сферу личного выбора индивида, зафиксированы в документах Всемирной организации здравоохранения (WHO 1986). Меры по пропаганде здорового образа жизни в целом отражают изменения в структуре заболеваемости и смертности – снижение смертности от инфекционных заболеваний и увеличение продолжительности жизни привело к распространению хронических заболеваний. Так, сердечно-сосудистые заболевания выступают главными причинами смертности во всем мире (ВОЗ 2014) и в России (Росстат 2014). И поскольку возникновение и развитие данных болезней принято связывать с определенным образом жизни, на передний план социальной политики в области здравоохранения вышло их предупреждение. Однако Кроуфорд указывает и на общее увеличение стоимости лечения заболеваний как фактор изменения социальной политики. Широкое распространение хелсистской модели направлено на снижение финансовых затрат организаций, занимающихся страхованием и предоставлением бесплатной государственной помощи населению, а также субсидирующих расходы на научные исследования в этой области (Crawford 1987: 99). По этой же причине формирование нового понимания здоровья как личного выбора, по мнению социолога, необходимо рассматривать как политический феномен. Результатом социальной политики в области пропаганды здорового образа жизни нередко выступает распространение моральных паник и «чувства соматической уязвимости» (Crawford 1987: 96, 98).

Тем не менее политизация здорового образа жизни не является единственным источником всеобщей обеспокоенности здоровьем. Критикуя публичные кампании, Кроуфорд отмечает, что подчас сложно разделить

причину и следствие, навязанную сверху политику здоровья и социальные трансформации, поставившие индивидов перед различными рисками и способствовавшие переосмыслению отношений с собственным телом (Crawford 1987: 101; Crawford 2006: 402). Формирование новой парадигмы здоровья происходит одновременно с появлением в развитых странах социальных тенденций, схваченных в концепциях общества риска, тенденций, характерных и для российского общества (Яницкий 2004: 13–14).

Социальные изменения, затронувшие развитые страны, связаны с целым спектром феноменов, таких как секуляризация, индивидуализация, увеличение рисков в результате индустриального развития. В частности, процессы индивидуализации приводят к постепенной трансформации традиционных социальных форм (гендерных ролей, класса, социального статуса, семьи и др.). Новые реалии требуют от индивидов расширения горизонтов планирования и выстраивание жизненных стратегий (к их числу относятся пенсионные законодательства, образовательные гранты, страхование жизни и др.). Это, в свою очередь, открыло перед индивидом перспективу рефлексивного самонаблюдения, самораскрытия и изобретения себя (Beck, Beck-Gernsheim 2002: 3, 18–19). При этом увеличивается значимость телесности и её преобразования для идентичности индивида (Giddens 1991: 218). Стирание границ между телом и самостью в публичном дискурсе и, соответственно, между оценками внешнего вида и личных качеств, отмечают и критики новой парадигмы здоровья (Moore 2010: 111).

В результате разрушения традиционных ритуалов перехода, придававших смысл фазам жизни, рождения и смерти, под влиянием секуляризации и деморализации социального существования (Giddens 1991: 201) фокус индивидуального внимания перемещается на выбор стиля жизни. Телесность предстает неотъемлемой частью этого выбора и материалом, который предлагает иллюзию контроля ситуации в условиях множественных рисков и неопределенности (Shilling 2003: 158, 188). Из-за недостатка морального обоснования смерти, которым прежде её наделяли религии, болезнь и смерть становятся фундаментальной экзистенциальной проблемой для индивидов (Shilling 2003: 153). Здоровье же предстает «земным спасением общества, которое или не верит в вечную жизнь, или выставляет ее вторичной (*residual*) по отношению к существованию во плоти, общества, в котором только жизнь сама по себе становится всем» (Crawford 2006: 404).

Данные социальные процессы, с одной стороны, находят отражение в массовой культуре и публичном дискурсе здоровья, с другой стороны, подогреваются последними. Риторика социальной политики и рекламы развитых стран, а также массовая культура «наводнены» образами смерти как чего-то противоестественного: «никто не умирает (сам по себе); умирают вследствие заболевания или в результате убийства» (Bauman 1992: 5). Подобные изображения смерти поддерживают всеобщий фокус на совершенствовании тела: индивиды не могут предотвратить смерть, однако, могут

избежать причину смерти, будь то инфаркт, тромбоз и др., путем превентивного вторжения в собственное тело и регулярной работы над ним. Следуя стратегиям выживания, индивиды пытаются увеличить свои шансы на успех в борьбе со смертью в ситуации, когда отсутствие религиозных стратегий обращения со смертью заменяется политикой заботы о теле (Vauman 1992: 18). При этом здоровье становится целью само по себе в противовес средству достижения высокого качества жизни (Mooge 2010: 111).

Отдельно стоит отметить и развитие медицины, её вклад в формирование нового понимания здоровья. Новые медицинские технологии, проникая в различные сферы жизни индивида, способствовали расширению областей повседневности, подвергшихся медиализации (Михель 2011: 262). Согласно Дэвиду Армстронгу, в своем развитии медицина прошла несколько стадий, каждая из которых трансформировала представление не только о медицинской практике, но и о теле пациента. На протяжении XX в. происходит становление медицины надзора («*surveillance medicine*»), для которой характерно расширение сферы влияния на каждого гражданина государства. Такая модель медицины стремится к «исчезновению четких клинических категорий здоровья и болезни, по мере того как пытается включить каждого в свою сеть видимости» (Armstrong 1995: 395). Дискурс современной высокотехнологичной медицины основан на языке вероятностей и риска (Webster 2002: 447), что способствует появлению «пациентов без симптомов» (Webster 2002: 445). Развитие «новой генетики» открывает перспективу генной инженерии в связи с распознаванием «плохих» генов, ответственных за то или иное заболевание, и обещает возможность их исключения из ДНК в будущем (Le Breton 2004: 5). Индивид становится пациентом, а режим медицинского наблюдения приобретает пожизненный характер, поскольку новое понимание здоровья предполагает постоянное вычисление возможных угроз и опасностей для жизни индивида, которые весьма отдалены во времени (хронические заболевания) и зависят от моделей поведения в настоящем (Crawford 2006: 403). Одновременно с этим пропаганда здорового образа жизни успешно коммерциализируется, а медицинские технологии и средства мониторинга телесных процессов проникают в повседневную жизнь. Ярким примером выступает распространение фитнес-браслетов, требующих непрерывной носки и позволяющих отслеживать уровень физической активности и качество сна. Популярность приобретают приложения для мобильных устройств, отслеживающие сон, уровень воды в организме, соблюдение диеты и физические тренировки.

Таким образом, возникновение в развитых странах концепции здоровья как результата личного выбора и связанный с этим морализаторский дискурс хелсизма имеют комплексную природу. Как мы уже отмечали, данные феномены выступают объектом постоянной критики. В связи с этим целесообразно выделить актуальные направления их исследования и концептуализации в социологической литературе.

Ключевые направления проблематизации нового понимания здоровья и хелсизма

Важная роль социологии в критике и экспертной оценке новой политики здравоохранения и морализаторского дискурса хелсизма подчеркивается в исследованиях этого относительно нового феномена (Thorogood 2002: 74; Nettleton 2013: 233–235). Анализируя литературу, посвященную новой парадигме здоровья и идеологии хелсизма, можно выделить как минимум три актуальных направления изучения феномена.

Во-первых, исследования фокусируются на формировании и трансформации культурных представлений о здоровом образе жизни в дискурсе социальной политики и рекламных кампаний. Изучение дискурсов вокруг кампаний по борьбе с вредными привычками и пропаганде здорового образа жизни тесно связано с проблематикой конструирования социальных проблем. В первую очередь данное направление исследований нацелено на выявление актуальных повесток политики в области здравоохранения, а также их преломления в СМИ и рекламных кампаниях. Этот аспект позволяет обратить внимание на политизацию и коммерциализацию здоровья, а также проблему социального производства знания о практиках здоровья. В настоящее время ряд государственных мер в западных странах и России направлен на борьбу с такими вредными привычками как курение, потребление алкоголя, а социологические исследования представляют основу для выработки рекомендаций в данной области (Засимова, Колосницyna 2011; Варламова, Седова 2010). В то же время другие кампании призваны стимулировать физическую активность, а также включение в рацион определенного типа продуктов, ассоциируемых со здоровым образом жизни. В качестве примера приведем программы, связанные с изменением диетарных практик населения, в частности, проект Всемирной организации здравоохранения по увеличению уровня потребления овощей и фруктов (ВОЗ 2004). В нескольких странах она была адаптирована в кампанию *Five a Day* (например, о программе в Великобритании см. NHS Choices 2013). Такого рода проекты заведомо содержат в себе потенциал для коммерциализации, что проявляется в использовании в рекламе и на этикетках информации о соответствии продукта питания представлениям о «здоровом выборе». Особое распространение получают в последнее время дискуссии вокруг глютена (клейковины, натурального компонента семян злаковых растений) и его вреда для организма. Несмотря на то что лишь у незначительного числа населения планеты диагностирована непереносимость глютена, маркетинговые кампании стимулируют моральные паники вокруг клейковины в публичной сфере: расширяется линейка безглютеновых продуктов, цена которых в разы превышает стоимость обычных (Kluger 2014). Похожая ситуация с продвижением продуктов с содержанием пробиотических культур (WHO 2001). Несмотря на то что в научных кругах все еще продолжаются

дискуссии о воздействии пробиотиков на организм человека, вопрос уже решён в рекламных кампаниях, где пробиотики становятся вопросом веры и надежды на «спасение» – здоровье, иммунитет и ассоциируемое с ним благополучие (Burges Watson et al. 2009: 220, 231). В настоящее время ВОЗ призывает производителей строже относиться к доказательствам полезности продукции (ВОЗ 2009). Внимание к социальным и рекламным кампаниям, а также их экспертиза с позиции развития научного знания и его коммерциализации открывает возможность критической оценки описываемых процессов, а также их идеологических оснований, что составляет второе направление проблематизации феномена.

Это направление изучения нового понимания здоровья связано с критикой его идеологии, а также раскрытием репрессивных тенденций в отношении тех, кто не вписывается в представление о здоровом индивиде, что близко традиции исследования заложенных в социальной политике механизмов власти (Романов, Ярская-Смирнова 2004: 117). Регулятивный и дискриминирующий потенциал нового понимания здоровья связан, во-первых, с классовой природой явления, во-вторых, с хелсистской тенденцией к морализации практик здоровья. Акцент на самодисциплине, контроле питания, закаливании тела с помощью физических упражнений изначально возник в среде среднего класса как часть проекта по воспитанию определенного типа личности и развитию профессиональных качеств. Данный феномен укоренен, по мнению Кроуфорда, в западном индивидуализме и протестантской этике (Crawford 1987: 105). В результате политика тела, сконцентрированная вокруг здорового образа жизни, основана на непроблематизируемой модели индивида – среднестатистическом белом мужчине из среднего класса (Crawford 2006: 410), обладающим финансовыми и временными ресурсами, необходимыми для формирования проектного отношения к телесности (Shilling 2002: 634). Оппозицией модели здоровья среднего класса как контроля выступает модель здоровья как освобождения, подразумевающая в основе хорошего самочувствия в первую очередь позитивное мышление и наслаждение жизнью. Как показали исследования, такая модель распространена в среде рабочего класса (Crawford 1987: 108).

Тенденция к морализации здорового образа жизни в публичном пространстве, как уже отмечалось ранее, приводит к негативной оценке тех, кто не вписывается в образ сознательного гражданина, вовлеченного в заботу о своем теле. Одним из ярких примеров выступает развернувшаяся во всем западном мире кампания по борьбе с ожирением, в борьбу с которым и публичную педагогику вовлечены самые разные агенты. Организации здравоохранения связывают ожирение с возникновением ряда заболеваний или даже включают его в официальный реестр болезней, как произошло в США (АМА 2013). Массмедиа выступают проводниками социальной модели считывания информации о личностных качествах инди-

вида (лень, отсутствие дисциплины) и состоянии здоровья на основании избыточного веса (Rich 2011: 17).

В крайних проявлениях хелсистерская идеология не только исключает из ряда сознательных граждан индивидов с диагностированным избыточным весом, представителей рабочего класса или бедных слоев населения, не имеющих доступа к сбалансированному питанию или фитнесу (Тапилина 2004: 136), но и людей с инвалидностью. В этом смысле хелсизм оказывается близок проекту евгеники, приравнивающему здоровье патриотизму и добропорядочности, что обосновывает сегрегацию, эйджизм и даже расизм (Skrabanek 1994: 15). Близость евгенике наиболее ярко проявляет себя в этических проблемах «новой генетики», в особенности в связи с тестированием эмбрионов. Распространенные в настоящий момент способы диагностирования генетических нарушений у эмбрионов (пренатальная и преимплантационная диагностики) открывают возможность прерывания беременности или отмену процедуры имплантации эмбриона. По мнению Давида Ле Бретона, это ознаменовало переориентацию медицины с «терапевтической роли к проекту устранения того, что она не может вылечить» (Le Breton 2004: 5). Общая озабоченность предупредительными мерами может приводить и к хирургическим вмешательствам в здоровое тело, воспринимаемое потенциально больным. Это иллюстрирует резонансный случай актрисы Анджелины Джоли, превентивно удалившей молочные железы на основании генетического теста, распознавшего наличие у актрисы «гена рака» (Jolie 2013).

Третьим направлением выступает изучение новой парадигмы здоровья в гендерной перспективе. На протяжении истории репродуктивное поведение женщины и соответствующие телесные процессы выступали одним из ключевых фокусов социального контроля (Turner 2008: 101). Поэтому регуляция женской телесности оказывается неотъемлемой частью государственной и социальной политики, а также сферы здравоохранения (Здравомыслова, Темкина 2003: 299; Темкина 2013: 8). Медикализация повседневной жизни помещает женщин и мужчин в фокус непрерывного медицинского надзора и самонаблюдения. По мнению Сары Мур, в настоящий момент происходит феминизация «здорового тела», проявляющаяся в том, что достижение последнего предполагает спектр практик, традиционно ассоциируемых с повседневностью женщин. Ведь исторически именно женщины воспринимались в биомедицинской модели как находящиеся во власти физиологических процессов. В числе таких практик постоянный мониторинг телесных процессов и отклоняющейся от «нормы» симптоматики, минимизация рисков и готовность в любой момент обратиться к врачу (Mooge 2010: 96, 108–109). Однако такая тенденция не обязательно означает равное воздействие медикализации и на мужчин, и на женщин. Скорее женщины становятся объектом двойного влияния дискурсов телесной сознательности (Mooge 2010: 112). Кроме того, в традиционной модели распределения обязанностей

в семье за женщинами закрепляются задачи по обеспечению семейного благополучия и здоровья близких (Шилова 2000: 134). Двойная нагрузка со стороны гендерных стереотипов и хелсистских предписаний способствует распространению чувства вины, обвинений в недобросовестном выполнении «обязательств», накоплению стресса у женщин (Nettleton 1996: 48). Все это происходит на фоне общей тенденции в современной культуре ассоциировать здоровье с привлекательностью. В результате категории внутреннего (функционирование органов) и внешнего тела сливаются, а целью заботы о здоровье становится улучшение внешности (Featherstone 1982: 18). В таком контексте «создание здоровья» (*«doing health»*) потенциально несет в себе элемент создания гендера (*«doing gender»*) и его закрепления на поверхности тела (Moore 2010: 112). Исследования дискурсов вокруг борьбы с ожирением демонстрируют, что культурный канон привлекательного тела – худого, молодого и подтянутого – получает легитимацию со стороны нового понимания здоровья и взаимосвязи последнего с телом (Kwan 2009).

Таким образом, три условно выделенных направления проблематизации нового понимания здоровья и хелсизма оказываются тесно взаимосвязанными. Изучение культурных представлений о здоровом образе жизни предоставляет основу для раскрытия регулятивных механизмов, идеологии и соответствующей политики тела, заложенной в них.

Заключение

Новое понимание здоровья как достигаемого статуса посредством целенаправленных усилий индивида и связанная с ним хелсистская идеология представляют собой комплексный феномен. Данное явление обусловлено рядом социальных, политических и экономических трансформаций, а также развитием медицинских технологий и увеличивающейся медикализацией повседневной жизни. Актуальными направлениями исследования феномена выступают, во-первых, анализ культурных представлений о здоровом образе жизни, транслируемых в программах социальной политики, массмедиа и рекламных кампаниях. Во-вторых, объектом исследования предстает заложенная в них политика тела и её эксклюзивный потенциал в отношении ряда социально незащищенных слоев населения, в-третьих, гендерный характер данного явления. В настоящий момент перед социологами стоят задачи социальной экспертизы существующих государственных и негосударственных программ, направленных на повышение сознательности населения в отношении здоровья, а также дискурсов здоровья и личной ответственности в публичной сфере.

Список источников

Варламова С. Н., Седова Н. Н. Здоровый образ жизни – шаг вперед, два назад // *Социологические исследования*. 2010. (4): 75–88.

ВОЗ. 10 ведущих причин смерти в мире // *Информационный бюллетень*. 2014. (310) // <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/ru/> (дата обращения: 10.09.2014).

- ВОЗ. *Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью*. 2004 (резолюция WHA57/17) // <http://www.who.int/publications/list/9241592222/ru/> (дата обращения: 10.09.2014).
- ВОЗ. Европа подвергает испытанию продукты, рекламируемые как полезные для здоровья // *Бюллетень Всемирной организации здравоохранения*. 2009. 87 (9) // <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/9/09-020909/ru/> (дата обращения: 10.09.2014).
- Засимова Л. С., Колосницына М. Г. Формирование здорового образа жизни у российской молодежи: возможности и ограничения государственной политики (по материалам выборочных исследований) // *Вопросы государственного и муниципального управления*. 2011. (4): 116–129.
- Здравомыслова Е. А., Темкина А. А. Государственное конструирование гендера в советском обществе // *Журнал исследований социальной политики*. 2003. 1 (3/4): 299–323.
- Михель Д. В. Медиализация как социальный феномен // *Вестник Саратовского государственного технического университета*. 2011. 4 (2): 256–263.
- Романов П. В., Ярская-Смирнова Е. Р. Социология тела и социальной политики // *Журнал социологии и социальной антропологии*. 2004. 7 (2): 115–137.
- Ростат*. Число умерших по основным классам причин смерти. 22.05.2014 // www.gks.ru/free_doc/new_site/population/demo/demo24.xls (дата обращения: 10.09.2014).
- Тапилина В. С. Социально-экономический статус и здоровье населения // *Социологические исследования*. 2004. (3): 126–137.
- Темкина А. А. Советы гинекологов о контрацепции и планировании беременности в контексте современной биополитики в России // *Журнал исследований социальной политики*. 2013. 11 (1): 7–24.
- Шилова Л. С. Трансформация женской модели самосохранительного поведения // *Социологические исследования*. 2000. (11): 134–140.
- Яницкий О. Н. Россия как общество риска: методология анализа и контуры концепции // *Общественные науки и современность*. 2004. (2): 5–15.
- AMA. The American Medical Association Adopts New Policies on Second Day of Voting at Annual Meeting 18.06.2013 // <http://www.ama-assn.org/ama/pub/news/news/2013/2013-06-18-new-ama-policies-annual-meeting-page> (дата обращения: 10.09.2014).
- Armstrong D. The Rise of Surveillance Medicine // *Sociology of Health & Illness*. 1995. 17 (3): 393–404.
- Bauman Z. Survival as a Social Construct // *Theory, Culture & Society*. 1992. 9 (1): 1–36.
- Beck U., Beck-Gernsheim E. *Individualization: Institutionalized Individualism and its Social and Political Consequences*. London: SAGE Publications Ltd, 2002.
- Burges Watson D., Moreira T., Murtagh M. Little Bottles and the Promise of Probiotics // *Health*. 2009. 13 (2): 219–234.
- Crawford R. Cultural Influences on Prevention and the Emergence of a New Health Consciousness // N.D. Weinstein (ed.) *Taking Care: Understanding and Encouraging Self-Protective Behavior*. Cambridge: Cambridge University Press, 1987: 95–113.
- Crawford R. Health as a Meaningful Social Practice // *Health*. 2006. 10 (4): 401–420.
- Crawford R. Healthism and the Medicalization of Everyday Life // *International Journal of Health Services*. 1980. 10 (3): 365–388.
- Featherstone M. The Body in Consumer Culture // *Theory, Culture & Society*. 1982. 1 (2): 18–33.
- Giddens A. *Modernity and Self-Identity*. Cambridge: Polity Press, 1991.

- Jolie A. My Medical Choice 14.05.2013 // *The New York Times* // <http://www.nytimes.com/2013/05/14/opinion/my-medical-choice.html> (дата обращения: 10.09.2014).
- Kirk D., Colquhoun D. Healthism and Physical Education // *British Journal of Sociology of Education*. 1989. 10 (4): 417–434.
- Kluger J. Eat More Gluten: The Diet Fad Must Die 23.06.2014 // *TIME* // <http://time.com/2912311/eat-more-gluten-the-diet-fad-must-die/> (дата обращения: 10.09.2014).
- Kwan S. Competing Motivational Discourses for Weight Loss: Means to Ends and the Nexus of Beauty and Health // *Qualitative Health Research*. 2009. 19 (9): 1223–1233.
- Le Breton D. Genetic Fundamentalism or the Cult of the Gene // *Body & Society*. 2004. 10 (4): 1–20.
- Moore S.E.H. Is the Healthy Body Gendered? Toward a Feminist Critique of the New Paradigm of Health // *Body & Society*. 2010. 16 (2): 95–118.
- Nettleton S. *Sociology of Health and Illness. Third edition*. Cambridge: Polity Press, 2013.
- Nettleton S. Women and the New Paradigm of Health and Medicine // *Critical Social Policy*. 1996. 16 (48): 33–53.
- NHS Choices*. Why 5 A DAY? 12.12.2013 // <http://www.nhs.uk/Livewell/5ADAY/Pages/Why5ADAY.aspx> (дата обращения: 10.09.2014).
- Rich E. "I See Her Being Obesed!": Public Pedagogy, Reality Media and the Obesity Crisis // *Health*. 2011. 15 (1): 3–21.
- Shilling C. Culture, the "Sick Role" and the Consumption of Health // *The British Journal of Sociology*. 2002. 53 (4): 621–638.
- Shilling C. *The Body and Social Theory. Second Edition*. London: SAGE Publications Ltd, 2003.
- Skrabaneck P. *The Death of Humane Medicine and the Rise of Coercive Healthism*. Suffolk: Social Affairs Unit, 1994.
- Thorogood N. What is the Relevance of Sociology for Health Promotion // R. Bunton, G. Macdonald (eds.) *Health Promotion: Disciplines, Diversity, and Developments*. London: Routledge, 2002: 53–79.
- Turner B. S. *The Body and Society: Explorations in Social Theory. Third Edition*. London: SAGE Publications Ltd, 2008.
- Webster A. Innovative Health Technologies and the Social: Redefining Health, Medicine and the Body // *Current Sociology*. 2002. 50 (3): 443–457.
- WHO*. Europe Puts Health Claims to the Test. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009. 87 (9) // <http://goo.gl/PFAwdo> (accessed 10 September 2014).
- WHO*. Health and Nutritional Properties of Probiotics in Food Including Powder Milk with Live Lactic Acid Bacteria. Joint FAO/WHO Expert Consultation on Evaluation of Health and Nutritional Properties of Probiotics in Food Including Powder Milk with Live Lactic Acid Bacteria. Cordoba, Argentina: World Health Organization, 2001
- WHO*. Ottawa Charter for Health Promotion. WHO/HPR/HEP/95.1. 21 November 1986 // <http://goo.gl/zNdQwe> (дата обращения: 10.09.2014).
- WHO*. The Top 10 Causes of Death. Fact Sheet 2014. N 310 // <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en> (accessed 10 September 2014).
- WHO*. WHA57.17 Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. 2004 // <http://goo.gl/myAhDf> (accessed 10 September 2014).

NEW HEALTH CONSCIOUSNESS IN POLICY AND EVERYDAY LIFE: ORIGINS AND THE MAIN DIRECTIONS FOR ITS PROBLEMATIZATION

Evgeniya Golman

The article provides an analysis of new health consciousness, particularly in relation to "healthism". This includes a review of the origins of this phenomenon and an examination of the key directions for its problematization. "New health consciousness" can be observed in the increased significance of self-preservation in the public discourse and the shift of liability from public health services to that of the individual. "Healthism", on the other hand, relates to the tendency towards moralizing a healthy lifestyle and warning of the negative consequences for those who do not follow the model of the healthy citizen. The emergence of these phenomena at the end the 20th century is a result of a complex interplay between social, political and economic factors. The key directions in the study of new health consciousness are outlined as the analysis of cultural beliefs surrounding a healthy lifestyle, its politicization and commercialization, regulatory implications, the ideological foundations of healthism and the gender aspect of the phenomena. The topicality of these issues in sociological research underlines the significance of sociological expertise in public health policy and health promotion.

Key words: new health consciousness, healthism, healthy lifestyle, the body politics

References

- AMA (2013). The American Medical Association Adopts New Policies on Second Day of Voting at Annual Meeting. Available at: <http://goo.gl/X5h8Cc> (accessed 10 September 2014).
- Armstrong D. (1995) The Rise of Surveillance Medicine. *Sociology of Health & Illness*, 17 (3): 393–404.
- Bauman Z. (1992) Survival as a Social Construct. *Theory, Culture & Society*, (1): 1–36.
- Beck U., Beck-Gernsheim E. (2002) *Individualization: Institutionalized Individualism and its Social and Political Consequences*, London: SAGE.
- Burges Watson D., Moreira T., Murtagh M. (2009) Little Bottles and the Promise of Probiotics. *Health*, 13 (2): 219–234.
- Crawford R. (1980) Healthism and the Medicalization of Everyday Life. *International Journal of Health Services*, 10 (3): 365–388.
- Crawford R. (1987) Cultural Influences on Prevention and the Emergence of a New Health Consciousness. N. D. Weinstein (ed.). *Taking Care: Understanding and Encouraging Self-Protective Behavior*, Cambridge: Cambridge University Press: 95–113.

Evgeniya A. Golman – PhD student, Faculty of Social Sciences, Department of Sociology, National Research University Higher School of Economics, Moscow, Russian Federation. Email: e.golman@hse.ru

- Crawford R. (2006) Health as a Meaningful Social Practice. *Health*, 10 (4): 401–420.
- Featherstone M. (1982) The Body in Consumer Culture. *Theory, Culture & Society*, 1 (2): 18–33.
- Giddens A. (1991) *Modernity and Self-Identity*, Cambridge: Polity Press.
- Jolie A. (2013) My Medical Choice. *The New York Times*. Available at: <http://www.nytimes.com/2013/05/14/opinion/my-medical-choice.html> (accessed 10 September 2014).
- Kirk D., Colquhoun D. (1989) Healthism and Physical Education. *British Journal of Sociology of Education*, 10 (4): 417–434.
- Kluger J. (2014) Eat More Gluten: The Diet Fad Must Die. *TIME*. Available at: <http://time.com/2912311/eat-more-gluten-the-diet-fad-must-die/> (accessed 10 September 2014).
- Kwan S. (2009) Competing Motivational Discourses for Weight Loss: Means to Ends and the Nexus of Beauty and Health. *Qualitative Health Research*, 19 (9): 1223–1233.
- Le Breton D. (2004) Genetic Fundamentalism or the Cult of the Gene. *Body & Society*, 10 (4): 1–20.
- Mikhel D. V. (2011) Medikalizatsiya kak sotsial'nyy fenomen [Medicalization as a Social Phenomenon]. *Vestnik Saratovskogo gosudarstvennogo tekhnicheskogo universiteta* [Bulletin of State Technical University of Saratov], 4 (2): 256–263.
- Moore S. E. H. (2010) Is the Healthy Body Gendered? Toward a Feminist Critique of the New Paradigm of Health. *Body & Society*, 16 (2): 95–118.
- Nettleton S. (1996) Women and the New Paradigm of Health and Medicine. *Critical Social Policy*, 16 (48): 33–53.
- Nettleton S. (2013) *Sociology of Health and Illness. Third Edition*, Cambridge: Polity Press.
- NHS Choices* (2013) Why 5 A DAY? Available at: <https://clck.ru/9Nn9P> (accessed 10 September 2014).
- Rich E. (2011) "I See Her Being Obesed!": Public Pedagogy, Reality Media and the Obesity Crisis. *Health*, 15 (1): 3–21.
- Romanov P. V., Iarskaia-Smirnova E. R. (2004) Sotsiologiya tela i sotsial'noy politiki [The Sociology of the Body and Social Policy] *Zhurnal sotsiologii i sotsial'noy antropologii* [Journal of Sociology and Social Anthropology], 7 (2): 115–137.
- Rosstat* (2014). Chislo umershikh po osnovnym klassam prichin smerti [The Number of Deaths versus the Major Causes of Death]. Available at: www.gks.ru/free_doc/new_site/population/demo/demo24.xls (accessed 10 September 2014).
- Shilling C. (2002) Culture, the "Sick Role" and the Consumption of Health. *The British Journal of Sociology*, 53 (4): 621–638.
- Shilling C. (2003) *The Body and Social Theory. Second Edition*, London: SAGE.
- Shilova L. S. (2000) Transformatsiya zhenskoy modeli samosokhranitel'nogo povedeniya [Transformation of the Female Pattern of Self-Preserving Behavior]. *Sotsiologicheskie issledovaniya* [Sociological Studies], 11: 134–140.
- Skrabanek P. (1994) *The Death of Humane Medicine and the Rise of Coercive Healthism*, Suffolk: The Social Affairs Unit.
- Tapilina V. S. (2004) Sotsial'no-ekonomicheskiy status i zdorov'e naseleniya [Socioeconomic Status and Health of the Population], *Sotsiologicheskie issledovaniya* [Sociological Studies], 3: 126–137.

Temkina A. A. (2013) Sovety ginekologov o kontratseptsii i planirovanii beremennosti v kontekste sovremennoy biopolitiki v Rossii [The Advice of Gynecologists on Contraception and Pregnancy Planning in the Context of Contemporary Biopolitics in Russia]. *Zhurnal issledovaniy sotsial'noy politiki* [The Journal of Social Policy Studies], 11 (1): 7–24.

Thorogood, N. (2002) What is the Relevance of Sociology for Health Promotion. R. Bunton, G. Macdonald (eds.). *Health Promotion: Disciplines, Diversity, and Developments*, London: Routledge: 53–79.

Turner B. S. (2008) *The Body and Society: Explorations in Social Theory. Third Edition*, London: SAGE.

Varlamova S. N., Sedova N. N. (2010) Zdorovyy obraz zhizni – shag vpered, dva nazad [A Healthy Lifestyle: One Step Forward, Two Steps Back]. *Sotsiologicheskie issledovaniya* [Sociological Studies], 4: 75–88.

Webster A. (2002) Innovative Health Technologies and the Social: Redefining Health, Medicine and the Body. *Current Sociology*, 50 (3): 443–457.

WHO (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. WHO/HPR/HEP/95.1, 21 November, 1986. Available at: <http://goo.gl/zNdQwe> (accessed 10 September 2014).

WHO. (2001) Health and Nutritional Properties of Probiotics in Food Including Powder Milk with Live Lactic Acid Bacteria. Joint FAO/WHO expert consultation on evaluation of health and nutritional properties of probiotics in food including powder milk with live lactic acid bacteria, Cordoba, Argentina: World Health Organization.

WHO. (2004) WHA57.17 Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Available at: <http://goo.gl/myAhDf> (accessed 10 September 2014).

WHO (2009). Europe Puts Health Claims to the Test. *Bulletin of the World Health Organization*, 87 (9). Available at: <http://goo.gl/PFAwdo> (accessed 10 September 2014).

WHO. (2014). The Top 10 Causes of Death. Fact Sheet N 310. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en> (accessed 10 September 2014).

Yanitskiy O. N. (2004) Rossiya kak obshchestvo riska: metodologiya analiza i kontury kontseptsii [Russia as a Risk Society: a Methodology of Analysis and the Contours of the Concept], *Obshchestvennyye nauki i sovremennost'* [Social Sciences and Modernity], 2: 5–15.

Zasimova L. S., Kolosnitsyna M. G. (2011) Formirovanie zdorovogo obraza zhizni u rossiyskoy molodezhi: vozmozhnosti i ogranicheniya gosudarstvennoy politiki (po materialam vyborochnykh issledovaniy) [The Formation of a Healthy Lifestyle for Russian Young People: the Possibilities and Limits of State Policy (from the Materials of the Optional Analysis)]. *Voprosy gosudarstvennogo i munitsipal'nogo upravleniya* [Public Administration Issues], 4: 116–129.

Zdravomyslova E. A., Temkina A. A. (2003) Gosudarstvennoe konstruirovaniye gendera v sovetskom obshchestve [The Public Construction of Gender in Soviet Society] *Zhurnal issledovaniy sotsial'noy politiki* [The Journal of Social Policy Studies], 1 (3/4): 299–323.