

---

## **ФОКУСИРУЯСЬ НА ЖЕНСКОЙ ТЕЛЕСНОСТИ: МЕДИКИ, СОЦИОЛОГИ И ЖЕНСКИЕ ИНТЕРНЕТ-СООБЩЕСТВА О ПРОБЛЕМЕ «НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ»**

*Т.А. Шурко*

В последние несколько десятилетий наблюдается усиление активности дискуссий о феномене человеческого тела и, особенно, о женской телесности. Вслед за медиками и социальными исследователями в дебаты о том, что происходит с женским телом и о том, каким оно должно быть и каким может быть, включилась непрофессиональная аудитория. Важным инструментом для разворачивания дискуссий стало Интернет-пространство, где тематические форумы позволили высказать свою точку зрения по данному вопросу большому числу участников, преимущественно молодых женщин. Действуя как своеобразные сообщества анонимных единомышленников и «группы поддержки», женские Интернет-сообщества, объединенные вниманием к анорексии и булимии, оказались способными приоткрыть новые грани более широкой проблемы социального конструирования женской телесности и женских заболеваний, а также способов реакции на них.

*Ключевые слова:* тело женщины, медико-психиатрический дискурс, психические расстройства, «женские болезни», «нарушения пищевого поведения», Интернет-сообщества

На протяжении весьма длительного периода развития западной культуры проблема телесности активно вытеснялась из поля зрения интеллектуалов, анализирующих проблемы социальной жизни. При этом роль главных исследователей тела и различных феноменов телесной жизни играли медики, которые в своей работе опирались на знания, предоставляемые анатомией, физиологией и другими естественными науками. Подобного рода медиализация тела, его оставление на откуп врачам, анатомам и физиологам проистекала из более ранних философских

представлений о человеческой природе, уходящих во времена Декарта и даже Платона, которые мыслили человека как единство двух начал — разумного и телесного. При этом западная философия традиционно делала акцент на роли духовного начала, умаляя значение телесного. Как отмечают П.В. Романов и Е.Р. Ярская-Смирнова [Романов, Ярская-Смирнова, 2004], искусственное разделение тела и разума служило развитию и утончению техник управления телом. В итоге это разделение породило целый ряд теоретических оппозиций: дух / материя, культура / природа, мужчина / женщина, в каждой из которых первый элемент наделялся большей ценностью.

Примечательно, что даже в рамках феминистской теории интерес к проблематике телесности был обозначен не сразу. Так, Э. Гросс [Grosz, 1994] обращает внимание на то, что тело продолжает оставаться «зоной умолчания» в философии и современной феминистской теории. Она отмечает укоренившуюся традицию рассмотрения телесных феноменов через дихотомию разума и тела, низведения всех телесных проявлений до уровня материального физического тела. Следствием такой практики становятся, с одной стороны, широко распространенный «телесный негативизм», который проявляется в недоверии к телесному опыту, а с другой — соматизация человека, возведение в абсолют внешней привлекательности и качества тела.

С развитием социальных наук в XX веке интерес к проблеме телесности постепенно возрастал. Психологи, социологи, социальные антропологи, историки начали рассматривать тело человека не только как явление природного порядка, но и как принадлежность культуры. Так, И.М. Быховская [Быховская, 1993] утверждает, что тело человека, попадая в социокультурную среду и испытывая различные по своему характеру ее воздействия, отвечая на них и адаптируясь к ним, не остается чисто природным феноменом, а превращается в социально модифицированный и культурно определенный феномен. Она отмечает, что обращение к понятию «естественное тело» как таковое уже исчезло, а то, что мы воспринимаем как тело, — это, скорее, производное от «различных форм риторики»: экономической, политической, спортивной, научной и т. д. Включение тела в социокультурное пространство влечет за собой его превращение из биологического феномена в явление иного порядка, приобретающее, в дополнение к своим природным атрибутам, свойства и «окраску» социального, культурного порядка. Таким образом, тела людей воспринимаются как социально и культурно переработанная материя. Тема телесности выводится из тени социальной мысли, а сама телесность превращается в объект активных социальных дискуссий.

Одновременно с этим в широком общественном сознании тело и телесная жизнь обрели особую ценность, но при этом и особого рода проблематичность. Все большее число людей начали осознавать неудо-

влетворенность своим телом, своей внешностью. В экономически развитых обществах Запада начали стремительно формироваться новые сервисы, призванные удовлетворить потребности клиентов в том типе телесности, который соответствует их ожиданиям. С 1970-х годов начали осуществляться операции по перемене пола, стали открываться многочисленные косметические салоны, набрала силу пластическая хирургия. К концу XX века аналогичные настроения и сервисы распространились на территории стран бывшего СССР.

В связи с этим одной из характерных тенденций в культуре современного общества, в том числе в постсоветских странах, стали дебаты о модели идеальной женской телесности. В них оказались вовлечены представители разных профессиональных и социальных групп – врачи, прежде всего психиатры, журналисты, профессиональные социологи, в том числе сторонники феминистской и гендерной социальной теории, а также те люди, для которых эти дебаты стали средством выразить личную жизненную позицию.

Одним из аспектов этих дебатов стала широко обсуждаемая в последние годы проблема так называемых «нарушений пищевого поведения»<sup>1</sup>, которые относятся к медицинским феноменам и репрезентируются в рамках медицинского дискурса. Однако в настоящее время данное нарушение активно осмысливается и с позиции социокультурных и феминистских концепций, пытающихся выйти за рамки медицинского знания и рассмотреть «нарушение пищевого поведения» либо с позиции подчинения тела человека давлению общества, культуры, власти, либо, наоборот, как сопротивление этому давлению. В рамках данных подходов осуществляется попытка анализа феминизации «нарушений пищевого поведения» и самого факта появления данного понятия в медицине как практики медикализации и патологизации «женского» тела, осуществления контроля над «женской» телесностью.

Проблемы тела и телесности попадают в поле интереса исследований социальной политики, уделяющей достаточное внимание анализу специфических практик дисциплинирования тел граждан посредством манипуляции ими в рамках различных институций, одной из которых выступает медицина. Так, Б. Тернер характеризует современную социальную политику тела, как политику «беспокойства» в отношении, помимо всего прочего, также и излишней «зависимости» тела человека от медицинских практик:

Тело в наше время снова стало провозвестником конца света перед лицом угрозы применения химического оружия, разрушения природной

---

<sup>1</sup> Нарушения пищевого поведения – медицинский термин для обозначения расстройств, связанных с приемом пищи и попытками похудения. К их числу медики традиционно относят нервную анорексию и булимию.

среды обитания, эпидемий ВИЧ и СПИДа, при старении и уменьшении численности населения в северной части Европы и очевидной неспособности национальных правительств контролировать применение медицинских технологий и рост стоимости медицинской помощи [Тернер, 2004. С. 157].

Таким образом, исследование особенностей положения тела в частности женщины в сфере медицины связано с изучением феноменов, репрезентируемых как преимущественно женских (конструирование «женские» болезней) и закрепляющих понятия «нормальности» и «патологичности» того или иного тела. Все это в результате способствует поддержанию подчиненного положения женщины, посредством его патологизации, заключении опыта и ценности женщины в матрицу сексуальности и репродукции, что становится основанием исключения ее в институтах занятости, образовании и иных общественных структурах. Следуя такой патриархатной логике, медицина и многие другие социальные институты осуществляют контроль над женщинами, контролируя их тела. В связи с этим появление «нарушений пищевого поведения» является результатом и стратегией по медиализации женского тела и легитимизации данного процесса, выступая в свою очередь основанием для осуществления контроля над женской телесностью.

Однако исследование феномена «нарушений пищевого поведения» на современном уровне требует также обращения к личному опыту и переживаниям отдельных женщин, являющихся частью дискурсивного пространства. Свободной сферой для самовыражения женщин становится Интернет, посредством создания специальных тематических Интернет-сообществ, выступающих своеобразной «группой поддержки», в рамках которых «нарушения пищевого поведения» репрезентируются как образ жизни, который должен быть социально одобрен и легитимирован.

В рамках данной статьи будут представлены некоторые данные исследования Интернет-сообществ, обсуждающих «нарушения пищевого поведения», в том числе e-mail-интервью<sup>1</sup> с их участницами. Нами было проанализировано два Интернет-пространства – «Живой журнал» (Live Journal) и «Живой Интернет» (Live Internet), состоящие из огромного количества различных сообществ и дневников. Классификация всех сообществ по интересам позволила нам отобрать из них 16, которые в наибольшей мере соответствуют исследовательской цели. Для проведения интервью в рамках данного исследования необходимо было подобрать информанток, имеющих опыт заболевания «нарушениями пищевого поведения». С этой целью в дневнике сообщества, посвященного «нарушениям пищевого поведения» и где большинство участниц отме-

<sup>1</sup> E-mail-интервью – интервью по электронной почте.

чали, что страдали или страдают данными нарушениями, было помещено объявление, на которое откликнулось несколько человек, и было проведено шесть e-mail-интервью.

### **Тело женщины и «нарушения пищевого поведения» в контексте современных социальных концепций телесности**

Тело и телесные феномены находятся в сфере особого интереса социологов и исследователей, обращающихся к важности социокультурного контекста в интерпретации телесных проявлений. В связи с этим в рамках современных концепций осуществляется анализ стратегий воздействия общества, власти и культуры на тело с целью формирования социально приемлемого «образа тела».

Кроме того, проблема конструирования социально приемлемого тела активно обсуждается и феминистскими авторами, определяющими контроль над телом как один из наиболее сильных механизмов, с помощью которых оперирует патриархат. Так, французский социолог П. Бурдьё [Bourdieu, 1992] отмечает, что власть воздействует на человека посредством воздействия и контроля его тела. Автор делает акцент на том, как социальные отношения, отношения власти воплощаются в самом теле человека, точнее, в телесных диспозициях — многообразии способов поведения человека. Одним из результатов данного процесса становится подчеркивание значимости внешности в установлении идентичности и индивидуальности. Женщины чаще оцениваются по их физической привлекательности в большей степени, чем по их способностям и достижениям. Если женщина не соответствует телесным канонам, она испытывает неуверенность в социальных ситуациях и пытается подчинить свое тело внешним требованиям. Создание определенно эталона заставляет женщин проводить сравнение между эталоном и своим телом, следствием чего становятся идея самоконтроля и осуществление ряда практик. Для объяснения того, почему женщины контролируют себя и свои действия, связанные с телом и внешностью, С. Дипаоло [Dipaolo, 2002] использует идею паноптикона<sup>1</sup>, предложенную М. Фуко. Современное общество имеет свой сложившийся механизм социального контроля, подобный системе паноптикона: индивиды контролируют сами себя, поскольку не знают, следит ли за ними в данный момент кто-то еще. Женщины, рассматривая иллюстрации привлекательных моделей на страницах журналов, чувствуют себя так, словно они рассматривают прохожих на улице. У них может возникнуть мысль

<sup>1</sup> Паноптикон – способ организации тюремного заключения, когда заключенные не видят своих надзирателей и не знают, находятся ли они в данный момент под наблюдением.

о том, что кто-то другой рассматривает их самих в это же время. Подобно заключенным паноптикона, они не знают, кто смотрит на них, но чувствуют, что постоянно находятся под наблюдением. Это вызывает постоянную озабоченность своим внешним видом и, в первую очередь, — своим телом.

Таким образом, конструирование определенного эталона красоты, «нормативного тела» позволяет осуществлять контроль за повседневностью женщины, путем варьирования данной нормы, стимулирования к постоянному сравнению. Однако конструирование нормативного тела женщины также связано и с наделением его определенным коннотативным значением. Тело человека, обратившее на себя внимание окружающих людей, превращается в знак или комплекс знаков, интерпретируемых ими. Иначе говоря, тело человека, будучи замеченным, вызвав чей-то интерес, превращается в текст, читаемый, интерпретируемый по нормам невербального языка данной культуры или субкультуры. Так, М. Фуко приводит следующий пример:

Представим себе идеальный образ солдата, каким он виделся еще в начале XVII века. Прежде всего, солдата можно узнать издали. У него есть «знаки отличия»: природные знаки силы и мужества, они же предмет его гордости. Его тело — символ его силы и храбрости. И хотя он должен овладевать военным мастерством постепенно — главным образом в сражениях — движения (походный шаг) и выправка (прямая посадка головы) принадлежат большей частью к телесной риторике чести [Фуко, 1999. С. 197].

Итак, физическое тело и телесные феномены могут выступать в качестве репрезентации личности. И. Гофман [Гофман, 2001] подчеркивает то, что посредством телесной активности человек проявляет свою принадлежность к определенному социальному слою, индивидуальный стиль жизни со свойственными ему ценностями и, что не менее важно, вступает во взаимодействие с социальным окружением. Однако в процессе самопрезентации индивида как актера на социальной сцене тело играет важную роль: оно может стать как существенным подспорьем, так и препятствием на пути к цели. В связи с этим человек может производить достаточно опасные манипуляции со своим телом, например, делать пластическую операцию, придерживаться строгой диеты и т. д. Практики презентации физического тела определенным образом могут выступать в качестве свидетельства не только личных достижений, но и достижений определенной группы (семьи, корпорации и т. д.). Образ успешного человека неизбежно включает в себя «успешное» тело, репрезентируемое в определенных телесных активностях и телесном облике. Так, Ж. Бодрийяр отмечает, что *«человек не говорит себе: я существую, я здесь, но: я видим, я — изображение, смотрите же, смотрите!»* [Бодрийяр, 2000, С. 38]. Таким образом, обладание «нормативным телом» репрезентируется как

залог успеха в остальных видах деятельности, как символ принадлежности к определенному слою, обладания определенным статусом и т. д. Наделение тела дополнительным значением в терминах успеха конструирует его также и как некий символический капитал.

На основании всего вышесказанного можно отметить, что тело человека определенным образом встроено в социокультурное пространство, что в свою очередь влечет за собой формирование определенного дискурса тела, в котором оно репрезентируется как занимающее подчиненную позицию. Навязываемые практики взаимодействия со своим телом становятся средством воздействия на самого индивида. Так, согласно М. Фуко, тело выступает пространством, на которое власть не только воздействует, но и посредством которого функционирует. Он вводит понятие «политик тела», которые понимаются как *«совокупности материальных элементов и техник, служащих оружием, средствами передачи, каналами коммуникации и точками опоры для отношений власти и знания, которые захватывают и подчиняют человеческие тела, превращая их в объекты познания»* [Фуко, 1999. С. 44]. Автор отмечает, что политики тела характеризуются расчетливым, экономным отношением к индивиду, как если бы он не был неразделимой единицей, но его можно было *«проработывать в деталях, подвергать тонкому принуждению, обеспечить его захват на уровне самой механики — движений, жестов, положений, быстроты»* [Фуко, 1999. С. 199–200]. Таким образом, М. Фуко указывает на то, что в любом обществе тело зажато в тисках власти, налагающей на него принуждение, запреты или обязательства, что приводит к формированию послушного тела, которое можно подчинить, использовать, преобразовать и усовершенствовать. Д.В. Михель со своей стороны вводит понятие стратегий телесности, которое призвано показать наличие устойчивых программ утилитарно-прагматического преобразования человеческого тела, присущих современному западному миру. Под стратегиями телесности понимаются *«специфические формы социокультурной рационализации человеческих тел, охватывающие явные и неявные способы их осмысления и целые комплексы связанных единством цели телесных практик, имманентно присущие конкретной цивилизации и реализуемые ей по мере продвижения в пространстве всемирной истории»* [Михель, 2000. С. 20–21]. Таким образом, такие понятия, как политики тела, стратегии телесности, позволяют обозначить процесс влияния общества на человеческое тело посредством реализации ряда практик. Проблема политик тела получила разработку у целого ряда авторов. Так, в рамках феминистских и гендерных исследований была тематизирована линия сексуальных и репродуктивных политик женского тела, состоящая в редукции личности женщины до уровня ее тела, которому в патриархатном обществе отводится роль своеобразной машины для деторождения и объекта сексуальных домогательств [Михель, 2002. С. 176]. В результате многие

проявления женской телесности рассматриваются как патологические, в сравнении с нормативным репродуктивным телом женщины.

Д.В. Михель [Михель, 2000b] отмечает, что, начиная с XIX века, всякая иная телесность, кроме материнской, была обречена на пребывание в области «анормального», причем именно медицина внесла наиболее существенный вклад в формирование этих воззрений как в девятнадцатом, так и в двадцатом веках. Так, в истории медицинского знания можно найти большое количество расстройств, затрагивающих женщин прямым образом (например, истерия, неврастения и т. д.). В рамках медицинского знания данные нарушения связываются с женским, женской сексуальностью, тем самым, репрезентируя женское как патологичное. На современном уровне включение таких «новых» расстройств в Американское руководство по диагностике и учету психических расстройств (DSM-IV), как «Предменструальный синдром» («Синдром предменструального напряжения» – МКБ-10) также отражают идею о том, что женская психика зависит от функционирования системы деторождения. Кроме того, патологизация женской раздражительности, депрессии, неудовлетворенности, понимание их как проявлений «особенностей женской физиологии» отводит на второй план социальный контекст (условия жизни, качество отношений), в котором эти нарушения психических функций возникают. Таким образом, медицина как дисциплинарный институт определенным образом выстраивает отношение к женскому телу путем его медиализации и патологизации, то есть рассмотрения телесных проявлений женщины как патологичных и анормальных.

На основании этого Дж. Вуд обозначает «нарушения пищевого поведения» как один из нескольких возможных случаев современной патологизации нормального женского тела. По ее мнению, по той же дискриминационной логике разворачиваются современные заявления о ненормальности предменструального синдрома, менопаузы, волосатости ног и размерах женской груди [Михель, 2000b. С. 218]. В свою очередь, К. Кохлер Рьесман отмечает, что усиление медиализации женского тела и женского образа жизни начинается с середины XIX века. Женщина XIX века репрезентировалась в медицинском дискурсе как фригидная, истеричная или неврастеничная с различными психическими нарушениями, в то время как современная женщина описывается как страдающая предменструальным синдромом, послеродовой депрессией, нарушениями пищевого поведения и т. д. [King].

М. Фуко, также обращаясь к данной проблематике, описывает процесс «истеризации» тела женщины, который требовал детальной медиализации ее тела и секса и осуществлялся по причине «той ответственности, которую она якобы несет по отношению к здоровью своих детей, прочности института семьи и спасению общества» [Фуко, 1996b. С. 252]. Сам процесс «истеризации» интерпретируется следующим образом:



- процесс, посредством которого тело женщины было проанализировано как тело, «до предела насыщенное сексуальностью»;
- процесс, с помощью которого это тело было интегрировано в поле медицинских практик (по причине вероятно присущей ему патологии);
- процесс, с помощью которого, наконец, «оно было приведено в органическую связь с социальным телом (упорядоченную плодовитость которого оно должно обеспечивать), с семейным пространством (субстанциальным и функциональным элементом которого оно должно быть), а также с жизнью детей (которую оно производит и которую оно должно гарантировать посредством биологически-моральной ответственности, длящейся весь период воспитания)» [Фуко, 1996b. С. 206].

Таким образом, патологизация определенных психических состояний и влечений на самом деле является одним из средств осуществления социального контроля над женщинами через конструирование негативных для личности последствий отклонений от патриархатных стандартов маскулинности и фемининности. Кроме того, конструирование «женских болезней» выступает также стратегией закрепления существующих гендерных ролей, роли женщины, ее особенностей. Так, это можно проиллюстрировать на примере ответов информанток e-mail-интервью.

Вопрос: *«Как ты думаешь, почему нарушениями пищевого поведения чаще всего страдают именно женщины?»*

Информантка moopness: *«Тут я тоже буду очень банальной — потому что такова женская природа. Потому что женщины гораздо сильнее озабочены собственной внешностью, чем мужчины».*

Информантка anogex\_me: *«Потому что они более эмоциональны, а возможностей выхода эмоций у них не так много как у мужчин. Если мужик в состоянии стресса пойдет в бар, встретится с друзьями, выпьет, то у женщины эмоции чаще сказываются на отношениях с едой, она заедает проблемы. Плюс ко всему это физиологически обусловлено, что у женщин эмоции, аппетит, вес колеблются в соответствии с гормональным фоном».*

Информантка М.П.: *«Потому что для женщин собственная внешность зачастую важнее, чем для мужчин» <...> «Женщине важна внешность, видимо, по природе (так же, как склонность к разговорам, интерес к публичным людям и тп) + многие женщины хотят нравиться мужчинам, для них это ОЧЕНЬ важно».*

Информантка fishborn: *«Женщины болеют чаще, наверное из-за того, что так уж сложилось, что для мужчин внешность не является приоритетной, и в случае общего недовольства собой они начинают заниматься какими-то другими проблемами, а если женщине в себе что-то не нравится (даже социальный статус, и т. д.), то самое простое и очевидное, что можно начать делать — худеть. Для мужчин же это вообще предосудительно... По крайней мере, для прошлого поколения. Сейчас уже по-другому».*

В ответах информанток четко прослеживается воспроизведение существующих представлений о «женщине», «женском», «женственности»

ти». В первую очередь подобные высказывания оправдывают существование патологии путем апеллирования к существованию некой единой «женской природы», для которой характерно что-то (будь то повышенное внимание к своей внешности или эмоциональность), отличное от «мужской природы». Кроме того, важным является еще и то, что в ответах всех информанток повышенное внимание к своей внешности фигурировало как одна из значимых характеристик «женской природы». Это может быть расценено лишь как воспроизведение навязанных представлений о большей телесности женщин, по сравнению с мужчинами, более того, женщины сами для себя выступают объектами, а тела как пространства для властных манипуляций. Как отмечают многие социологи, рост числа серьезных расстройств режима питания связан с современными западными стандартами женской привлекательности. В обществе внешнему виду женщин уделяется большее внимание, чем внешнему виду мужчин. Западное общество не только восхваляет худобу, но и создает климат, благоприятный для проявления предубежденного отношения к людям с избыточным весом всех возрастов.

Так, С. Орбах [Orbach, 1993] рассматривает нарушения пищевого поведения, в частности нервную анорексию, как доступный женщинам способ продемонстрировать неудовлетворенность своим положением в обществе. Она описывает анорексию как форму голодной борьбы и часть женского протеста. В то же время американский психолог Р. Гордон [Gordon, 1989] утверждает, что булимия — это социальная эпидемия, олицетворяющая внутренний конфликт, который ощущают женщины. Женщины, страдающие булимией, находятся под давлением противоречивых культурных требований, которые принуждают к интеграции противоречивых ценностей успеха и власти, рассматривающихся в терминах естественности, физической привлекательности.

Таким образом, согласно данным концепциям, появление особого образа жизни, как попытки самостоятельно осуществлять контроль за своими телесными проявлениями, интерпретируется в медицинском дискурсе как «нарушение пищевого поведения», что позволяет исключить «неудобные» и ненормативные тела таких женщин и лишить их возможности выразить свои переживания. Формирование медицинского понятия «нарушения пищевого поведения» становится формой подавления со стороны культурных норм и эталонов.

Итак, в рамках социокультурных и феминистских концепций происходит расширение понятия тела за рамки определения его как материального объекта, а наоборот, рассмотрение его как продукта социального, культурного и властного дискурсов. На передний план анализа выходят телесные практики и практики телесной репрезентации. Формирование того или иного образа тела выступает как результат определенных стратегий и практик по контролю и подчинению физического тела, наделения

его социокультурными значениями. Особое место следует отвести проблеме конструирования и репрезентации женского тела как основы общего подчинения женщины, низведения ее до уровня физического тела, что осуществляется посредством конструирования нарушений пищевого поведения как женской патологии. Таким образом, сфера медицины становится эффективным «оружием» по формированию «удобных» тел, осуществлению контроля за повседневной активностью, транслятором социально одобряемых ценностей. В связи с этим медицинский дискурс требует особого осмысления с учетом данной проблематики.

### **Медико-психиатрический дискурс**

Современная медицина характеризуется широким спектром воздействия на различные сферы жизнедеятельности человека. Данная институция не остается более в своих пределах, учитывая происходящие социальные изменения. Так, анализируя степень влияния медицины на различные области жизнедеятельности общества, И. Зола [Zola, 1972] утверждает, что медицина все больше проникает в жизнь индивида. Врачи дают рекомендации по питанию, занятиям спортом, борьбе со стрессом. Здравоохранение берет на себя функции социального контроля. В результате в обществе происходит медиализация обыденного сознания и экспансия профессии медика. В свою очередь, М. Фуко, определяя, что же такое медицина, также подчеркивает ту роль, которую она приобретает в глазах общественности по мере ее становления:

как установленный институт, как совокупность индивидуумов, составляющих вместе единое целое медицины, являющейся знанием и практикой, как признанная общественным мнением компетентность, в XIX в. становится высшей инстанцией [Фуко, 1996. С. 42].

Таким образом, медицина занимает особое положение в обществе и его иерархии, ее практики легализуются и наделяются общественным доверием. В то же время определенная роль отводится и медику как агенту медицинского знания: он выступает предметом общественного внимания и воспринимается как незаменимый. И. Фрейдсон [Freidson, 1970. Р. 205–331] считает, что профессия медика заметно влияет не только на пациентов, но и на другие организации и социальные институты. Медицина становится образцом профессионализма, врачи обретают абсолютный авторитет в своей и других видах деятельности.

Однако медицина не является некой монолитной структурой, и как любой социальный институт предполагает наличие иерархии и дифференциации с целью охвата различных сфер активности людей. В связи с этим особое место в медицинском дискурсе занимает психиатрия, вся деятельность которой направлена, в первую очередь, на обеспечение

«душевного благополучия» индивида, посредством четкой классификации людей в соответствии с созданными параметрами нормы и патологии. М. Фуко [Фуко, 1997] отмечает, что психиатрия играет первоочередную роль в создании психических болезней. Таким образом, психиатрия выступает основным институтом конструирования так называемых «психических» расстройств, которые получают свое место в различных классификациях болезни, где они подробно рассматриваются, описываются, разделяются на подвиды и т. д. Причем с возникновением каждого нового издания как «международной классификации болезней» (МКБ), так и американского «справочника по диагностике и статистике психических расстройств» (DSM) данный процесс носит все более дифференцированный и детальный характер.

В рамках данной статьи мы рассматриваем особенности конструирования «нарушений пищевого поведения». Данное нарушение выступает в первую очередь как медицинский феномен, что обусловлено самим фактом появления данного понятия в сфере медицины, в частности психиатрии, что в свою очередь связано с рядом процессов, которые позволяют легализовать данное понятие и оправдать факт его существования. Одним из таких процессов является *формирование самого концепта «нарушения пищевого поведения» и определение его содержания*. Так, М. Фуко описывает процесс конструирования «болезни» следующим образом:

сперва необходимо установить *поверхность их появления*, чтобы иметь возможность показать, а впоследствии описать и проанализировать, где и когда обнаруживаются эти индивидуальные отличия, которые в соответствии со степенью рациональности, концептуальными кодами и типами теории вскоре получают статус болезни, психического расстройства, отклонения, сумасшествия, невроза, психоза, дегенерации <...> Так, в поле первичных различий, в дистанции, прерывности и раскрывающихся порогах, психиатрический дискурс находит возможность очертить свою область, определить то, о чем он будет говорить, придать этому статус объекта и, вместе с тем, заставить его выделиться, сделать его именуемым и описуемым [Фуко, 1996. С. 42].

Итак, появление того или иного понятия в первую очередь осуществляется посредством включения его в специальный классификатор, позволяющий тем самым подтвердить статус понятия. На сегодняшний день существует два таких классификатора. Так, один из них, «Справочник по диагностике и статистике психических расстройств» Американской психиатрической ассоциации (DSM-IV) [Клиническая психология, 2003], предусматривает три понятия для обозначения «нарушений пищевого поведения» у взрослых, связанных с психическими отклонениями: «нервная анорексия», «нервная булимия», «расстройство приема пищи неуточенное». Другой же, Международная классификация

болезней МКБ-10 [Психические расстройства, 1998], предполагает следующие понятия: «нервная анорексия», «нервная булимия». В свою очередь появление нового понятия требует реализации следующего шага — четкого описания его содержания, в частности симптомов, представляющих собой матрицу, накладываемую на индивида и дающую ответ о наличии или отсутствии той или иной патологии. Данный процесс выглядит достаточно механизировано и не учитывает исключений или других вариантов. Таким образом, процесс конструирования того или иного понятия в медицинском дискурсе предполагает проведение некой процедуры по приведению его в соответствие с основными принципами данного дискурсивного поля. При этом появление новых понятий должно служить целям поддержания самого института медицины и ее статуса в глазах «обывателей». В то же время основным акцентом, который появляется в процессе конструирования «нарушений пищевого поведения», является их репрезентация именно как патологии, в свою очередь, тем самым закрепляя нормативное в жизнедеятельности индивидов. Однако расширение влияния медицины предполагает то, что средствами трансляции норм и патологий становятся уже не только специализированные узконаправленные источники, как указанные выше справочники или другие издания подобного типа, но и популярные СМИ — журналы, газеты и т. д. Результатом становится расширение сети платных услуг, предлагающих варианты «альтернативной» медицины, позиционирующей себя как более гуманной и приближенной к человеку.

Не менее важным в процессе конструирования патологий выступает *определение специального пространства для «размещения болезни*. Так, М. Фуко обозначает этот процесс как третичное пространственное распределение, под которым понимается

совокупность действий, с помощью которых болезнь в обществе очерчивается, блокируется, изолируется и размещается в привилегированных и закрытых областях, или распределяется по местам лечения, приспособленным для того, чтобы этому благоприятствовать [Фуко, 1998. С. 41].

Таким местом в случае психических расстройств выступает психиатрическая больница, являющаяся и на современном уровне «классическим» примером дисциплинарного института с полным контролем и подчинением тел индивидов. М. Фуко [Фуко, 1998] отмечает, что клиника выступает в роли «цивилизованной формы власти», в связи с чем тело человека выступает точкой приложения интересов государства. Осуществляется это посредством ряда особенностей, присущих в той или иной мере различным медицинским объектам (в частности, больнице). И в первую очередь следует обозначить четкую организацию больничного пространства — наличие определенных институционально-территориальных границ, внутренней дифференциации, постоянного иерархического надзора. Кроме того,

интересным является существование системы регистрации «больных» посредством ведения медицинской документации. Таким образом, человек с его телом и «болезнью» превращается в объект, открытый описанию и эмпирическому исследованию. Более того, «объективизация» человеческого тела, его болезни требует также сведения всех его внутренних переживаний до конкретных категорий и концепций. Так, в процессе диагностики и терапии все богатство ощущений, впечатлений и переживаний человека редуцируется до абстрактного понятия «симптом». М. Фуко описывает этот процесс исключения самого индивида из процесса рассмотрения и изучения болезни следующим образом:

<...> в больнице имеют дело с индивидами, являющимися безличными носителями той или иной болезни; роль больничного врача заключается в том, чтобы открыть болезнь в больном, и эта интернальность болезни делает ее всегда скрытой в больном, спрятанной в нем как криптограмма <...> больной — это лишь то, посредством чего текст, иногда сложный и туманный, дан для чтения [Фуко, 1998. С. 100–101].

Соответственно отношение к индивиду как носителю некоей болезни легитимирует вторжение в частное пространство — контроль за свободным временем в больнице, бытовыми процедурами и т. д. Это выражается в создании четкого регламента и режима дня, выступающего способом рационализации времени пребывания индивида. Д.В. Михель [Михель, 2000. С. 29] определяет режим дня как систему «микрופорицаний и нормализующих санкций», цель которых состоит в предотвращении крупных нарушений и создании условий для привыкания человека к повседневной рутине больничного лечения. Вторжение в частное пространство четко проявляется и в особенностях контроля за физическим состоянием человека (биологическими показателями, питанием, испражнением и т. д.). Так, в случае, например, «нарушений пищевого поведения», в некоторых психиатрических больницах практикуется закрытие туалета на полчаса или час после приема пищи с целью профилактики вызывания рвоты. В то же время при отказе от приема пищи активно используется насильственное кормление, развита жетонная система поощрений за выполнение медицинских предписаний. Таким образом, следует отметить, что медицина конкретно манипулирует телами индивидов путем их точного измерения, взвешивания и т. д. Все эти процедуры медикализуют тело, делают его доступным анализу во всех его проявлениях. В дальнейшем отношение к своему телу индивид может выстраивать в соответствии с медицинскими практиками, перенося их уже за рамки самого физического пространства больницы.

Кроме того, характерным для всей медицинской сферы независимо от того, находится ли человек в больнице или же просто обращается за разовой консультацией, является практически полное отсутствие доступа «больного» к информации о лечении, диагнозе и т. п. Ограничивая доступ

больного к информации, врач тем самым сохраняет за собой власть и право принимать решения. Не сообщая пациенту всей информации, врач избавляется от необходимости обсуждать с ним детали лечения, и, кроме того, профессиональный жаргон позволяет ему быть менее эмоциональным, его ошибки не сразу становятся заметными. Так, П. Асбринг и А.-Л. Нарванен [Åsbring, Närvänen, 2004], анализируя особенности отношений между пациентом и врачом на примере интервью с женщинами, страдающими психосоматическими расстройствами, определяют эти отношения как строящиеся на иерархии. Так, одна информантка отмечала:

Я не чувствовала, что у меня депрессия, но она [врач] думала, что мне стоит попробовать Ципрамил [антидепрессант]. И я принимала его 14 дней, и я чувствовала себя так ужасно, что решила перестать принимать его. Она [врач] была в гневе, ну не в гневе, но она думала, что я сопротивляюсь и делаю противоположные вещи [Åsbring, Närvänen, 2004. С. 235].

Таким образом, индивид, как носитель выявленной в нем «болезни», воспринимается лишь как объект и точка приложения медицинских сил, направленных на его тело. Врач не предоставляет пациенту права на собственные решения в отношении его лечения, в результате чего любые самостоятельные действия человека рассматриваются как протест и нежелание подчиняться указаниям врача. Своеволие пациента может быть обозначено как попытка изменить характер этих отношений, помешать врачу работать с «болезнью», которой человек является лишь носителем. В свою очередь, Х. Малсон, Д.М. Финн, Дж. Трейсуре, С. Кларк и Г. Андерсон [Malson, Finn, Treasure, Clarke, Anderson, 2004] проинтервьюировали 39 пациентов, госпитализированных с диагнозом «нарушение пищевого поведения». Они установили, что пациентки в своих рассказах описывают взаимоотношения с врачом как отношения не субъект (пациент) — субъект (врач), а как объект (болезнь) — субъект (врач).

Джессика: «И они не слушают тебя вообще. И чтобы вы ни пробовали, как ни пытались понять, они думают, что ты говоришь ерунду, потому что это болезнь говорит и ты не можешь ничего знать лучше их, потому что тогда бы ты не оказался здесь [в больнице]» [Malson, Finn, Treasure, Clarke, Anderson, 2004. С. 482].

Таким образом, пациент репрезентируется как обладающий патологичной субъективностью, в связи с чем любое поведение рассматривается как признак, симптом патологии. Однако исследование патологии врачом возможно лишь путем устранения, лишения воли и инициативы ее носителя — человека.

Итак, современное состояние медицины характеризуется процессом медикализации сознания людей, тем самым, претендуя на первоочередное положение в определении «системы координат» жизнедеятельности

отдельного человека (понятий нормы и патологии), а также модели взаимоотношения со своим телом как объектом для внешних манипуляций и постоянного контроля. В связи с этим «нарушение пищевого поведения» выступает своеобразной стратегией по реализации данных целей в отношении определенных типов тел, легитимизации процесса медикализации женского тела и патологизации определенного образа жизни.

### **«Преодолевающая болезнь»: репрезентации «нарушений пищевого поведения» в Интернет-сообществах**

Современные исследования «нарушений пищевого поведения» не могут более ограничиваться рассмотрением лишь двух позиций — медицинской и социологической. Все более актуальным становится обращение к опыту конкретных женщин с «нарушением пищевого поведения». В этом плане особенно интересным становится процесс того, как эти женщины репрезентируют себя в публичном пространстве, пытаясь выйти из замкнутого медицинского дискурса, реагируя на те манипуляции, которым они подвергаются. Результатом данного процесса становится появление специфических тематических Интернет-сообществ, которые открывают новые возможности в рассмотрении проблемы «нарушений пищевого поведения».

И в первую очередь появление данной тематики в сети Интернет связано с желанием женщин репрезентировать «нарушения пищевого поведения» не как болезнь, а как определенный образ жизни, тем самым обозначая две основные взаимосвязанные проблемы: патологизацию определенного образа жизни и, как следствие, социальное отторжение и стигматизацию женщин с «нарушениями пищевого поведения». Так, И. Гоффман [Гоффман, 2000] пишет о том, что общество устанавливает способы категоризации людей и определяет набор качеств, которые считаются нормальными и естественными для каждой из категорий. Социальная среда устанавливает, какие категории людей она охватывает. Таким образом, устанавливается своеобразная точка отсчета — норма и относительно нее все остальное репрезентируется как патология. Появление феномена, интерпретируемого как отклоняющегося от нормы, репрезентируется как патология, требующая вмешательства со стороны медицинского механизма. В то же время подобное означивание способно привести к стигматизации людей, определенных как обладающих данной патологией. И. Гоффман описывает процесс стигматизации следующим образом:

При встрече с незнакомцем мы можем заметить свидетельства того, что он обладает неким качеством, отличающим его от других людей его категории и являющимся нежелательным для него <...> Таким образом, в нашем сознании он превращается из цельного обычного человека в неполноценного, обладающего каким-то дефектом (подпор-



ченного) [tainted, discounted]. Подобное качество — это и есть стигма [Гоффман, 2000].

В своих высказываниях участницы сообществ акцентируют внимание на проблеме социального отторжения и стигматизации людей, имеющих какую-либо особенность. Окружающие, навешивая ярлык «анорексия», соответственно выстраивают свои отношения с данным человеком, пытаясь либо привести его в соответствие с понятием «нормы», либо отвергают его, если это соответствие невозможно. Так, участница сообщества, посвященного анорексии, пишет:

Ощуцаю себя в полной изоляции от общества. Хочется, чтобы кто-нибудь посочувствовал моим трудностям и порадовался моим успехам... а вот фигушки. Окружающие над тем и над другим просто РЖУТ. И все время стараются чем-то накормить. И смотрят волком, если я не ем [silbird, Анорексия.ру. 01.05.2007].

В данном высказывании наблюдается четкая позиция «окружающих», пытающихся устранить видимые симптомы «патологии». Также анализ данных e-mail-интервью позволил установить, что подобное отношение и негативизм со стороны окружающих заставлял участниц сообществ строить свои социальные отношения основанными на полуправде. Так, практически все информантки отмечали то, что скрывают наличие заболевания, не распространяются о проблемах, с которыми сталкиваются.

Информантка moonness: «Папа знает только о том, что я “сизу на диете”, а как именно — это уже не для его ушей информация, боюсь... Мама знает больше, хотя тоже далеко не всё. Ей очень больно, конечно, за этим наблюдать((, но, увы, во мне пока недостаточно сил для того, чтобы что-то кардинально менять...»

Информантка М.П.: «Сейчас я не афиширую свою болезнь, друзья привыкли, что я ем мало, родителям вру. Чтобы не расстраивались».

Результатом негативного опыта взаимодействия с окружающими людьми становятся формирование пессимистической позиции в отношении каких-либо изменений, недоверие и самостоятельное ограничение социальных контактов. Так, при проведении интервью информанткам был задан вопрос, кого еще, кроме них, может интересовать проблема существования «нарушения пищевого поведения».

Информантка moonness: «<...> Люди вокруг обычно воспринимают это как блажь, самый распространённый коммент — “с жиру бесятся” — а ведь это психическое заболевание, притом достаточно серьезное... Так что в целом можно сказать, что проблема нарушений пищевого поведения как таковая интересна в основном лишь тем, кто ими страдает, ну и тем, кому волей-неволей приходится с ними сталкиваться: родственникам больных и психиатрам, например».

Информантка М.П.: «Я думаю, что проблема нарушений пищевого поведения интересна только людям ими страдающим. И их близким. Остальных же это мало интересует. Потому что остальным этого не понять. Анорексия и булимия воспринимаются как “блажь”, юношеские запарки, “тараканы в голове, которые есть у каждого”. Как надуманное. Я многим рассказывала о себе и не видела ни заинтересованности, ни понимания в людях, которых это как-то не коснулось. Для них это как голод в Африке — далеко и их не касается».

Социальная изоляция и стигматизация вынуждает искать способы их преодоления. И первоочередным является обращение к людям, настроенным дружелюбно. К такой категории дружелюбно настроенных «других» относятся, конечно же, люди с такой же стигмой. На собственном опыте зная, что это значит — иметь такую стигму, некоторые из них могут помочь советом, научить каким-то особым приемам, выслушать его жалобы. В результате человек обретает моральную поддержку, ему становится легче, он чувствует, что он принят другими людьми, как и всякий «нормальный» человек. Появление специальных Интернет-сообществ, узко связанных с какой-либо проблемой, позволяет в какой-то мере решить проблему стигматизации, путем создания неформальной группы поддержки. Так, в презентации одного сообщества посвященного «нарушениям пищевого поведения» указывается, что *«Цель сообщества осознать и помочь»* [Анорексия и булимия]. Анализ проведенных e-mail-интервью с девушками, страдавшими от «нарушений пищевого поведения», также позволил определить, что Интернет-пространство для информанток становится способом не чувствовать себя в одиночестве или наедине со своей проблемой, важным является социальная включенность и социальные контакты.

Информантка moonness: «Очень хорошо, что существуют тематические сообщества, где можно обсуждать всё, что связано с ED. А то обычно людям проблема нарушений пищевого поведения кажется несколько надуманной, что ли... А здесь девушки делятся переживаниями, личным опытом, поддерживают друг друга. Говорят о том, о чём стесняются говорить с не-ED-шниками» <...> «То, что пишут девушки в этом сообществе, — это могла бы написать любая из “нас”. Поэтому каждую строчку, конечно, пропускаешь через себя, проводишь параллели... Наверное, это такой способ не оставаться наедине с болезнью, не так остро ощущать одиночество».

Информантка четко разграничивает людей с такой проблемой, как у нее, и людей без этой проблемы, тем самым опять же обозначая, что способностью понять и помочь обладают лишь люди, уже испытавшие или имеющие такие же проблемы. Для нее данное сообщество — это попытка выйти из сферы социального давления, непонимания и осуждения. Именно поддержка становится ключевой целью существования сообщества.

Информантка Н.: «Потому что там я могу найти поддержку и понимание людей с такими же проблемами, как и у меня <...> Там я нахожу понимание и поддержку, там я могу попросить совета или помощи, потому что там люди с такой же болезнью как у меня и с такими же проблемами как у меня».

Таким образом, сообщества могут быть рассмотрены как определенные объединения, субкультуры, которые появляются на основании неких общих интересов, проблем, и в процессе своего существования формируют правила и ценности той или иной группы, и выполняющие при этом функции группы поддержки. В связи с этим, обращаясь к исследованию Интернет-сообществ, посвященных «нарушениям пищевого поведения», мы можем «услышать голос» и еще одной очень важной группы общего дискурсивного пространства, который часто игнорируется, тем самым, осуществляя практику игнорирования субъекта, концентрируясь лишь на феномене, которым он обладает. В свою очередь проведенное исследование позволило обозначить ряд особенностей того, как «нарушения пищевого поведения» репрезентируются в дискурсе женских Интернет-сообществ.

И первым основным моментом, на котором хотелось бы остановиться, — это медиализация обыденного сознания участниц сообществ. Конструирование «болезни» в рамках медицинского или психиатрического пространства на современном этапе не остается лишь в своих пределах, вследствие медиализации обыденного сознания людей происходит выход медицинских категорий и способов дифференциации людей из приватного, личного пространства человека с его особенностями в сферу публичного. Так, на основании проведенного e-mail-интервью с девушками, имевшими диагноз «нарушение пищевого поведения», было установлено, что осознание своего образа жизни как патологического появилось у информанток именно после ознакомления с источником информации медицинского характера по проблеме «нарушений пищевого поведения» и соотнесения описания с собой.

Вопрос: «Когда впервые ты поняла, что заболела анорексией?»

Информантка Anorex\_me: «Я поняла, что больна, когда прочитала статью в интернете про анорексию, и нашла все те признаки заболевания, что там описывались, у себя (боязнь еды, низкий вес, аменорея и другие)».

Обращение к медицинской литературе как к компетентному источнику приводит к смешению личного опыта и официального медицинского взгляда на проблему. Это можно также проследить в высказываниях участниц интервью, которые наравне с личными переживаниями часто изобилуют медицинскими терминами и формулировками.

Информантка М.П.: «Анорексия – психическое заболевание, основным мотивом которого становится навязчивая идея похудеть, стать максимально худой. Сопряжено с неадекватной оценкой своего тела и экстремальными методами похудения (длительные голодовки, изнурительные упражнения, возможно вызывание рвоты)».

Информантка Н.: «Анорексия – это психическое заболевание, при котором сильно ограничиваешь себя в еде либо совсем отказываешься от еды, из-за желания похудеть, которое объективно может быть непонятно, то есть тут еще идет нарушение самооценки, неадекватность восприятия своего тела».

Подобные описания анорексии, скорее, можно встретить в учебниках по психиатрии или медицинской психологии, нежели услышать в повседневной жизни из уст людей, совершенно не связанных с данной сферой. Это еще раз подтверждает то, что медицинские формулировки, определения выступают авторитетными мнениями для людей, пытающихся вслед за медициной также подвергнуть свое состояние четкой категоризации и обозначению. Таким образом, существующие классификации «болезней», «патологий» позволяют найти свое место особенностям жизнедеятельности каждого человека, структурировать свои переживания и ограничить их опорными понятиями – симптомами. В своих высказываниях участницы сообществ активно воспроизводят нормы и ценности той культуры, в которой живут, тем самым и определяя свое состояние с этих позиций. Данный процесс ограничивает дискурсивное поле «нарушений пищевого поведения», исключая любые альтернативные трактовки и оставляя лишь социально приемлемые.

Однако обращение к медицинской терминологии не является единственным, что позволяет отметить присутствие медицинского дискурса в высказываниях женщин. Обозначая себя как носителя медицинского феномена, участницы сообществ соответственно выстраивают отношения со своим телом. Так, при анализе Интернет-сообществ, посвященных «нарушениям пищевого поведения», было установлено то, что в своей обыденной жизни участницы сообществ практически ежедневно подвергают себя процедурам тщательного измерения.

Измерилась. Мой «отчет» за последнее время. Рост 169. Вес был – 47 (утренний, ибо днем с тем количеством воды, что я пью, я могу весить больше на полтора кило). Вес стал – 52... Параметры были: 90 (обхват грудной клетки 68), 61, 82. Параметры стали: 94 (+4) ... 63 (+2), 86 (+4) [alialstra, Анорексия.ру. 12.06.2007].

Следует отметить, что подобные отчеты, носящие характер, скорее, медицинских отчетов, производятся участницами данных тематических сообществ практически ежедневно. Сам процесс измерения приобретает статус самооценности и навязчивости.

Я пыталась не взвешиваться неделю:) Но получилось только два дня ... не смейтесь, для меня и это нереально много:)))) <...>А вот постоянный контроль за своим весом и параметрами меня, с одной стороны, раздражает, а с другой, успокаивает. Получается, что я без него не могу. Не полностью доверяю себе <...> Мне надо постоянно себя проверять, постоянно себя ругать и давать себе пинка под зад [silbird, Анорексия.ру. 30.06.2007].

Осуществление подобных процедур приводит к построению особого «образа тела», не целостного, а фрагментарного, основывающегося на отдельных физических показателях. Так, информантки при описании своего идеального образа тела указывали следующее:

Информантка М.П.: «Идеальной фигурой является каждая, если живот плоский, нет выступающих жирных боков, шек. Размер икр в окружности см на 5 меньше, чем объем ляжки, ну или примерно так. Видны ключицы, тазобедренные кости, немного ребра».

Информантка Н.: «Ну, например, в девушках мне очень нравятся ямочки на щеках, худое лицо и острый подбородок. Впалые щеки – это очень красиво. Я бы хотела, чтобы у меня было узкое худое лицо. Еще мне нравятся худые руки, очень нравятся. Я бы очень хотела тонкие руки <...> Плоский живот, тонкие ноги, худые руки, выступающие тазобедренные кости и ключицы».

Подобная модель отношения к своему телу, имея медицинский характер, в то же время не может ограничиваться лишь медицинскими формулировками. Если мы обратим внимание на момент важности самоконтроля, попытку опираться на некие объективные данные в репрезентациях участниц сообществ, то сможем проинтерпретировать данный процесс и как нечто отличное от медицинских моделей. Выступая по отношению к своему телу субъектом манипуляций, участницы сообщества в то же время пытаются уйти от навязанных социальных практик, путем перекалывания всей ответственности на себя, осуществления контроля самостоятельно. Конечно же, они все равно находятся в пределах принятых категорий «красоты», «нормы» и воспроизводят иерархию отношения к телу. Но причиной изменения своего «нормального» образа жизни может быть осознание противоречивости культурных требований и моделей, невозможности следовать им. Однако впоследствии осознание участницами сообществ своего образа жизни как «нарушение пищевого поведения» заставляет следовать модели, сконструированной в медицинской среде и основанной на принципиальных положениях о норме и патологии. Это и может являться причиной обилия медицинских терминов, обращению к медицинским источникам как компетентным.

Таким образом, в своих высказываниях девушки вслед за медикалистской риторикой признают свое состояние как патологичное, тем самым, выстраивая особым образом отношения со своим телом. Существование феномена «нарушений пищевого поведения» становится

для участниц сообществ переплетением личного опыта переживания «особенности» своего состояния и позиции «компетентных» источников (преимущественно медицинского характера). В то же время факт появления специального тематического Интернет-сообщества свидетельствует о неудовлетворенности участницами существующими трактовками своего состояния, попытками найти поддержку и помощь за пределами медицинской среды или социальных контактов, формируя достаточно закрытый круг единомышленников.

\* \* \*

Итак, современные социальные концепции телесности и анализ медицинского дискурса (а никакого анализа в статье не было) позволяют вскрыть процессы, лежащие в основе конструирования тела человека. Исследования медицинских процессов и феноменов актуализируют проблему манипулирования и структурирования тел индивидов, посредством оперирования понятиями нормы и патологии, установления специфических отношений между индивидом и его «патологией», путем исключения значимости первого и придания первоочередного значения для второго. Современное состояние медицины характеризуется расширением его влияния на различные сферы жизнедеятельности человека посредством введения в обыденную лексику медицинской терминологии, а также стратегий взаимодействия с собственным телом, то есть его четкому измерению, фрагментированию, разделению и изучению. Процесс медиализации обыденного сознания, осуществляемый не только узкоспециальными источниками, но уже на современном этапе и популярными средствами массовой информации, позволяет медицине оставаться эффективным социальным институтом по созданию «удобных» тел, поддержанию социальной структуры и иерархии, а также осуществлению контроля за повседневной активностью каждого отдельного индивида. Осуществляется это посредством трансляции определенной «системы координат», позволяющей оценивать все с бинарных оппозиций «хорошо» — «плохо», «нормально» — «патологично» и т. д. Все это создает условия для формирования и бинарной модели отношения к своему телу как в случае «нормы», так и в случае «патологии».

Таким образом, существование таких специальных медицинских понятий, как «нарушение пищевого поведения», становится средством патологизации определенного образа жизни и навязывания определенной модели дальнейшей жизнедеятельности «патологии», что определяет особенности социальной активности, отношения к своему телу и т. д. Феминизация «нарушений пищевого поведения» тем самым способствует закреплению общепринятых представлений в отношении женского тела и ограничению его функций, путем патологизации ненормативных проявлений, конструирования нормативного «женского» тела в терминах перво-

очередной важности внешней привлекательности и красоты, манипулируя понятиями успешности, а также введением системы санкций. Результатом процесса патологизации женских телесных проявлений становятся социальная изоляция, отторжение и стигматизация, которые поддерживают принятые социальные ценности и нормы путем социального исключения ненормативных проявлений. Однако на современном этапе решением данной проблемы становится появление различных тематических Интернет-сообществ, призванных исполнять роль «группы поддержки». Для женщин с «нарушением пищевого поведения», находящихся под давлением социальных институтов и воспроизводящих навязанные им представления, Интернет-сообщества выступают попыткой найти свой «голос», репрезентировать свой опыт и переживания, все то, что активно исключается из официального, часто только лишь медицинского дискурса «нарушений пищевого поведения». С одной стороны, их образ жизни становится способом выхода из четких систем координат, но, с другой стороны, появление понятия «нарушение пищевого поведения» предстает как стратегия по означиванию их в пределах социальных категорий и норм, тем самым провоцируя социальное отторжение и изоляцию.

### Список литературы

- Анорексия.ру* [http://www.liveinternet.ru/community/anorexia\\_ru](http://www.liveinternet.ru/community/anorexia_ru).
- Анорексия и булимия* [http://www.liveinternet.ru/community/anorexia\\_and\\_bulimia](http://www.liveinternet.ru/community/anorexia_and_bulimia).
- Бодрийяр Ж.* Прозрачность зла. М.: Добросвет, 2000.
- Быховская И. М.* Телесность человека как объект социокультурного анализа.: Автореф. дис. на соиск. учен. степ. д-ра филос. наук: (17.00.08). М.: Рос. АН, НИИ культурологии, 1993.
- Гофман И.* Гендерный дисплей // Введение в гендерные исследования: учебное пособие / Под ред. И.А. Жеребкиной. Харьков: ХЦГИ; СПб.: Алетейя, 2001. Ч. 2. С. 306–335.
- Гофман И.* Стигма: Заметки об управлении испорченной идентичностью [он-лайн] // Русский социологический форум. 2000. № 1–4 [просмотрено 12.03.2008]. Доступно по адресу: <http://www.sociology.ru/forum/ogl3-4-2000.html>.
- Живой журнал.* Доступно по адресу: <http://www.livejournal.com/community/>.
- Живой Интернет.* Доступно по адресу: <http://www.liveinternet.ru/>.
- Михель Д.* Тело, территория, технология: Философский анализ стратегий телесности в современной западной культуре. Саратов: Научная книга, 2000а.
- Михель Д.* «Ужасные» отражения материнского тела: примеры гендерных политик на Западе в современную эпоху // Гендерные исследования. М.: ХЦГИ, 2000б. № 4. С. 203–226.
- Михель Д. В.* Политики тела // Словарь гендерных терминов / Под ред. А. А. Денисовой. М.: Информация-XXI век, 2002. С. 175–177.
- Психические расстройства и расстройства поведения (F00 – F99) (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации) /* Под общ. ред. Б. А. Казаковцева, В. Б. Голланда. М.: Минздрав России, 1998.

- Романов П. В., Ярская-Смирнова Е. Р.* Социология тела и социальной политики // Журнал социологии и социальной антропологии. 2004. № 2. С. 115–137.
- Тернер Б.* Современные направления развития теории тела // THESIS. 1994. № 6. С. 137–167.
- Фуко М.* Археология знания. Киев: Ника-Центр, 1996а.
- Фуко М.* Воля к истине: По ту сторону знания, власти и сексуальности. М.: Касталь, 1996б.
- Фуко М.* История безумия в классическую эпоху. СПб.: Университетская книга, 1997.
- Фуко М.* Надзирать и наказывать: Рождение тюрьмы. М.: Ad Marginem, 1999.
- Фуко М.* Рождение клиники. М.: Смысл, 1998.
- Åsbring P., Närvänen A.-L.* Patient Power and Control: A Study of Women with Uncertain Illness Trajectories // Qualitative Health Research. 2004. Vol. 14 (2). P. 226–240.
- Aguado M. G.; Sanz V.* Eating Disorders and the Construction of Sex: Analysis of Its Diffusion on the Internet and the Biomedical Instruments of Invisibility. Presented at Umea University (Sweden) 14–17 June 2007 [online]; [cited 25.04.2008]. Available from Internet: <http://www.umu.se/kvf/aktuellt/ppf/mgonzalezaguado.pdf>.
- Bourdieu P.* Belief and the Body // P. Bourdieu. The Logic of Practice. Stanford: Stanford University Press, 1992. P. 66–79.
- Freidson E.* Profession of Medicine: A Study of the Sociology Applied Knowledge. N. Y.: Dodd and Mead, 1970.
- Gordon R. A.* Bulimia: A Sociocultural Interpretation // L. C. Whitaker, W. N. Davis (eds). The Bulimic College Student: Evaluation, Treatment, and Prevention. New York: Haworth Press Inc., 1989. P. 41–55.
- Grosz E. A.* Volatile Bodies: Toward a Corporeal Feminism. Bloomington: Indiana University Press, 1994.
- King A.* The Prisoner of Gender: Foucault and the Disciplining of the Female Body [online]; [cited 20.04.2008]. Available from Internet: <http://www.bridgew.edu/SoAS/JIWS/Mar04/King.pdf>.
- Malson H., Finn D. M., Treasure J., Clarke S., Anderson G.* Constructing ‘The Eating Disordered Patient’: A Discourse Analysis of Accounts of Treatment Experiences // Journal of Community & Applied Social Psychology. 2004. № 14. P. 473–489.
- Orbach S.* Hunger Strike: The Anorectic Struggle as a Metaphor of Our Age. London: Penguin, 1993.
- Zola I. K.* Medicine as an Institution of Social Control // Sociological Review. 1972. № 20. P. 487–504.

---

Татьяна Александровна Щурко  
 магистр социологии, аспирантка ЕГУ  
 Минск, Республика Беларусь  
 электронная почта: ta2ta@mail.ru

---