

ШЕВЧЕНКО С.Ю.

ДЕМЕДИКАЛИЗАЦИЯ КАК ЛИНИЯ СБЛИЖЕНИЯ РАЗНЫХ МЕДИЦИНСКИХ СИСТЕМ *

Ключевые слова: медиализация, четвертичная профилактика, страх и тревога, этика неопределённости, демедиализация, интеграция медицинских систем

Аннотация: Целью статьи служит раскрытие демедиализации как поля задач, в случае решения которых может быть достигнута интеграция медицинских систем. В статье рассматриваются два варианта понимания термина «медиализация». Согласно первому, он обозначает процесс, при котором «не медицинские проблемы становятся медицинскими»; согласно второму – процесс возрастания числа рисков и процедур для их минимизации, касающихся проблем, чей медицинский характер не вызывает споров. Благодаря развитию новых биомедицинских технологий, радикально возрастает число рекомендуемых человеку медицинских вмешательств, соответственно, увеличивается и время, затрачиваемое на определение и минимизацию медицинских рисков. В международном биомедицинском сообществе распространяется идея четвертичной профилактики как конвенциональной практики, позволяющей снизить давление разнообразных средств определения медицинских рисков и, соответственно, тревоги пациента. Такая практика демедиализации представляется подходящей линией сближения разных медицинских систем, поскольку предлагает минимальную конвергенцию их эпистемологических оснований. Среди них – признание пациентской тревоги не как диагноза, но как важной социальной проблемы, на решение которой может быть направлена практика, принадлежащая к любой системе врачевания.

**Исследование выполнено при поддержке гранта РФФИ (РГНФ) № 17-01-00434-ОГН-А*

Введение

Медицинские системы уже в значительной степени интегрированы в «жизненном мире» современного пациента, обращающегося параллельно к биомедицине, народной и традиционной медицине. При этом такая интеграция выглядит как множественность альтернативных взглядов, каждый из которых по-своему концептуализирует медицинские риски. В результате неопределённости, порожденные каждой из медицинских систем, суммируются в «жизненном мире» пациента, порождая некую «мета-неопределённость», возникающую при необходимости выбора режима переключения между множественными интерпретациями болезни и медицинских рисков в рамках принятия пациентского решения. При выборе вариантов системного преодоления такой «мета-неопределённости» возникает необходи-

мость поиска методологических ориентиров для интеграции медицинских систем. В таком случае более предпочтительно избегать обращения к множественным онтологиям в пределах единой практики, так как в рамках такого развития остаётся нерешенной проблема «мета-неопределённости» (умножения категорий медицинских рисков).

В данной статье предлагается рассмотреть демедиализацию (сокращение числа категорий медицинских рисков) как поле практических задач, при решении которых возможна интеграция, построенная на общих онтологических основаниях. Принятие такой онтологии требует минимального количества методологических допущений и может быть сведено в практическом плане к работе в рамках этики неопределённости, речь о которой ведется в заключительных разделах статьи.

Данная работа предполагает философско-методологический взгляд на решение проблемы интеграции, поэтому приводимые примеры из мира медицинских практик служат не для обоснования выдвигаемых посылок или выводов, но для их иллюстрации. В связи с этим предпочтение отдаётся западным биомедицинским практикам, стабилизация и легитимация которых происходит в наиболее прозрачном режиме обращения к биомедицинским фактам.

Первым шагом в решении анализируемой философско-методологической проблемы будет раскрытие концепта медиализации как умножения медицинских рисков. При этом в стороне остаются проблемы биовласти, в рамках которых обычно толкуется медиализация в зарубежном и отечественном (Михель 2011; Темкина 2014; Курленкова 2015) дискурсе медицинской антропологии. В данной статье медиализация рассматривается как феномен «жизненного мира» пациента (как его понимает Юрген Хабермас), а не как практика дисциплины и контроля, толкуемая в ключе, заданном работами Мишеля Фуко. Далее в статье в избранном ракурсе раскрывается различие между страхом и тревогой, рассматриваются разные варианты преодоления неопределённости в биомедицинских науках и практиках. В качестве варианта таких практик, наиболее релевантного для проблемы интеграции, рассмотрена так называемая четвертичная профилактика (значение этого термина раскрывается в соответствующем разделе статьи).

Два смысла медиализации

Согласно наиболее распространённому пониманию термина «медиализация», он относится к процессам, в рамках которых «не медицинские проблемы становятся медицинскими» (Parens 2013). Так, задачи улучшения физической формы или способности концентрировать внимание традиционно не считались медицинскими. Но благодаря появлению новых диагнозов (синдром дефицита внимания и гиперактивность) или расширению критериев старых диагнозов (ожирение) эти проблемы оказываются маркированы как медицинские. Фокуси-

ровка на них зачастую обусловлена появлением фармакологических средств их решения, то есть двигателем медиализации выступает фармацевтический бизнес.

Однако вторжение медицинских технологий в сферу частной, приватной, жизни человека может происходить не только в форме перевода проблем из одной категории в другую. Способы решения таких общепризнанных задач здравоохранения, как определение рисков и профилактика заболеваний, также могут предполагать медиализацию. В этом контексте движущей силой медиализации выступает не желание представителей фарминдустрии максимизировать выгоду, а стремление инстанций, регулирующих практики здравоохранения, любой ценой минимизировать медицинские риски. Реализация подобных намерений в некоторых случаях никак не сказывается на показателях медицинской статистики, или даже способна принести вред отдельным пациентам. Так, в 2012 году ведомство, ответственное за профилактическую медицину в США, рекомендовало приостановить программу всеобщего скрининга рака предстательной железы из-за того, что связанные с ней риски могут перевешивать её позитивные результаты (USPSTF recommends 2012). Заметим, что в фокусе рассмотрения ведомства находились только медицинские эффекты практики – в первую очередь, её влияние на продолжительность жизни (или его отсутствие), частота осложнений после биопсии простаты, среднее количество биопсий, которое позволяло выявить один случай заболевания и т.д. Именно они послужили основанием для изменения рекомендаций. При этом не рассматривались такие важные для проходящих скрининг аспекты программы как временные затраты на посещение врача, стресс от ложноположительного результата первого теста – анализа крови, и страх в ожидании более точного обследования – игольчатой биопсии простаты, которое должно опровергнуть или подтвердить предварительные результаты. И уж тем более вне контекста обсуждения остался вопрос: как изменилось отношение к профилактическим программам и процедурам у тех мужчин, которые перенесли ненужную биопсию простаты? Замечу, что таких мужчин на порядок больше, чем тех, чья жизнь оказалась спасена благодаря программе скрининга.

Однако именно институциональная оценка медицинских фактов позволяет нам при рассмотрении этого примера говорить о медиализации. Регулирующая инстанция признала эти процедуры вредными или ненужными, сообщив основания своего решения, – значит, налицо ненужное вторжение медицинских практик в жизнь людей. Употребление термина «медиализация» и в первом, и во втором смыслах, предполагает проведение нормативных границ. В первом случае – между медицинскими и не медицинскими проблемами, во втором – между обоснованными и необоснованными вмешательствами в приватную жизнь.

Возможны и попытки сугубо дескриптивного употребления термина, когда «медиализация» лишь описывает положение дел и не предполагает его оценку. Но тогда, при исполь-

зовании термина в первом смысле, необходимо признать, что медицинские и не медицинские проблемы обладают разной легко различимой сущностью, и дискуссии об отнесении конкретной ситуации к той или иной сфере вызваны неправильным истолкованием реальности. Во втором случае «дескриптивная медиализация» будет применима ко всей истории развития медицинских знаний и практик и почти к каждому её эпизоду, так как на протяжении истории число поводов, по которым человеку было бы «предписано» медицинское вмешательство постоянно росло. Таким образом, «не нормативная медиализация» либо оказывается все равно нормативной, либо становится пустым и излишним термином.

Если основаниям различий между медицинскими и не медицинскими проблемами посвящен огромный объем биоэтической, философской и антропологической литературы, то вопрос о границах вмешательства в частную жизнь в рамках медицинских практик не поставлен столь отчетливо в перечисленных дисциплинарных полях. Отталкиваясь от примера с раком предстательной железы, этот вопрос можно сформулировать следующим образом: достаточно ли только медицинских фактов для принятия решения о допустимости или желательности определённой медицинской практики?

Оставив в стороне практики, напрямую противоречащие правовым нормам, попробуем представить ситуацию, в которой этот вопрос встаёт наиболее остро. Тем более, что такая ситуация находится на границе мысленного эксперимента с реальными практиками персонализированной и предиктивно-превентивной медицины, в рамках которой оценка риска часто опирается на геномные данные. Известно, что существуют генетические вариации, ассоциированные с повышенным риском внезапной сердечной смерти (Бокерия, Бокерия, Базарсадева 2009). Наиболее эффективным способом минимизации медицинского риска видится предоставление обладателям этих генетических вариаций постоянного доступа к быстрой реанимационной помощи. Фантастичным, но не лишенным логики способом решения этой задачи может стать обустройство жилища этих людей в непосредственной близости от реанимационной палаты. Поселив людей непосредственно в ней, можно максимально снизить риск внезапной сердечной смерти. Если единственный критерий приемлемости практики – обеспечение максимального медицинского благополучия, то необходимо добиваться предоставления такой возможности для всех пациентов с соответствующими генетическими рисками. Сам по себе размер финансовых затрат, необходимых для внедрения данной практики, не позволяет её отвергнуть: право на медицинскую помощь не предусматривает рассмотрения стоимости как основания для рекомендации или не рекомендации определённой процедуры. Например, лечение метастатических форм рака также является дорогостоящей процедурой, лишь не слишком значительно сказывающейся на общей продолжительности жизни населения. То есть, помимо экономических, должны быть и другие основания, по каким эта

максимально эффективная практика видится абсурдной и неприемлемой. Кроме фиксации интуитивной неприемлемости такого решения, можно попытаться реконструировать систему координат поиска приемлемых решений медицинских проблем.

Время на медиализацию: контуры новой мальтузианской ловушки

Понимание практик здравоохранения как возможных каналов воздействия на жизненный мир человека может быть достаточно полно выражено через разработанный Б.Г. Юдиным концепт человекоориентированных технологий. Их главной особенностью служит направленность не только на удовлетворение человеческих потребностей, но и на изменение самого человека. Если оставить в стороне технологии, радикально и стабильно меняющие биологию человека, исходя из его произвольных желаний (технологии «улучшения» человека), то человекоориентированный характер технологий будет предполагать вторжение в приватное пространство человека, преобразование его жизненного мира. При этом технологическое насилие представляет собой совсем другую сферу социальных взаимодействий, то есть, вторжение в жизненный мир в какой-то мере санкционируется самим человеком. Поэтому медиализацию во втором смысле слова мы можем понимать как результат социальных практик использования человекоориентированных технологий, как процесс колонизации жизненного мира.

Граница между человекоориентированными и всеми остальными технологиями может быть прояснена через следующий пример. Ветровая электростанция удовлетворяет наши бытовые потребности, но при смене поставщика энергии на гидроэлектростанцию внутреннее пространство нашего жилища остаётся прежним, ничего не меняется в нашей приватной жизни, и жизненный мир не обрastaет новыми сущностями и связями. Однако покупка умной колонки, управляющей бытовыми приборами через Интернет, меняет и бытовые привычки, и способ получения информации о внешнем мире. Становится легче спросить колонку о погоде на улице, чем выглянуть в окно.

В рамках представления о жизненном мире как о некотором пространстве взаимодействий человека с другими людьми и вещами, давление человекоориентированных технологий не выглядит столь пагубно. Пространство жизненного мира ничем формально не ограничено и может вместить и умную колонку, и фитнес-трекер, и все возможные повороты судьбы, связанные с клинически определёнными генетическими рисками. Но если рассмотреть воздействие практик использования человекоориентированных технологий процессуально, лимитированный ресурс времени сознательной жизни потенциально может быть израсходован без остатка. Все внимание человека может быть привлечено к подсчету калорий, слежению за пульсом и количеством пройденных шагов, предотвращению наследственных рисков, и профилактике иных заболеваний.

Примерно через 200 лет после преодоления классической, социальной, мальтузианской ловушки, нивелировавшей эффект развития технологий на рост благополучия, возникает перспектива совсем другой – индивидуальной ловушки мальтузианского характера. В то время как продолжительность жизни увеличивается в последние десятилетия практически в арифметической прогрессии, количество медицинских рисков и угроз растет в геометрической. При этом, каждый вид риска требует прохождения диагностических процедур по определению его степени, а что ещё важнее – служит точкой притяжения внимания и источником беспокойства. Словом, каждая медицинская угроза требует времени даже на то, чтобы от неё отмахнуться. Но, как правило, прививаемое медицинским просвещением внимательное, предполагающее определённый вид настороженности, отношение к рискам для здоровья приведёт человека в очередь в регистратуре, к поиску лаборатории, где необходимые анализы делают без ошибок, к чтению статей о предполагаемом недуге, к поиску у себя самого каких-либо симптомов. При ускоряющихся темах медиализации эти занятия, навязываемые состоянием тревожности, в совокупности способны отнять времени больше, чем прохождение всех процедур способно прибавить к продолжительности жизни. При этом стоит учитывать не только саму продолжительность приёма или дороги к врачу, но и длительность приступов «медицинской» тревоги, которая не посещает разве что самых некомплаентных пациентов – то есть пациентов, крайне невнимательно относящихся к рекомендациям врача.

Страх, тревога и медицинская гибридизация

Политический философ Паоло Вирно, описывая дезориентацию человека в современном мире, обращается к предложенной Мартином Хайдеггером оппозиции страха и тревоги. Если страх относится к конкретному предмету или феномену, то источником тревоги служит угроза самому существованию, исходящая от мира как целого. Источник страха поддаётся калькуляции, а само чувство – сознательному взвешиванию, поэтому попытка его отбрасывания может закончиться успехом. Тревога же абсолютно непрозрачна эпистемически, поэтому исчисление, рационализация сферы тревожащих угроз выглядит выходом из ситуации дезориентации. Это стремление к рационализации, к исчерпанию сферы тревоги и служит условием медиализации конкретного индивида. Однако число концептуализируемых современной биомедициной угроз постоянно растет, более того, оно ничем принципиально не ограничено.

Вместе с тем, говоря о медицинских угрозах, нельзя ограничиваться только сферой конвенциональной биомедицины. Исследования в области когнитивной медицинской антропологии свидетельствуют о том, что принимающий лечебное решение субъект нередко сочетает обращение к глобальным биомедицинским, глобальным «традиционным» и к локальным практикам диагностики и лечения (Garro 1998). Эти практики пересекаются не только в

действиях конкретного больного, но и в рамках глобальных процессов интеграции медицинских систем – так называемой, «медицинской гибридизации» (Lock, Nguyen 2010). При этом каждая из этих практик обладает собственной категориальной сеткой медицинских рисков и угроз. И если бы указанные практики существовали в виде взаимоисключающих альтернатив суммирование числа концептуализированных ими угроз также было бы исключено. Однако обе формы сочетания гетерогенных медицинских практик допускают и сочетание свойственных им форм медиализации. В этом смысле наблюдаемая множественность (multiplicity) медицинских онтологий оказывается хуже их плюральности. При этом такая форма умножения угроз выглядит в достаточной степени эмпирически фундированной – через корпус полевых исследований по когнитивной медицинской антропологии. В итоге мы получаем следующую конфигурацию источников медиализации (как источников давления на жизненный мир человека) в условиях конвергенции медицинских практик:

- 1) скорость производства новых медицинских рисков и угроз в рамках биомедицины постоянно растет;
- 2) эти риски дополняются новыми, разделяются и преобразуются в рамках «медицинской гибридизации»;
- 3) поэтому обречено на неудачу стремление исчерпать эту сферу как источник тревоги через рационализацию каждого риска.

Однако существуют примеры остановки нарастающих процессов медиализации через смену нормативной медицинской рациональности, что ведет к сокращению числа рисков и угроз. При этом процессы интеграции медицинских систем не только перестают быть двигателем медиализации, но и способны, уменьшить давление тревоги на человека.

Одомашнивание микробов

Больше двух десятилетий прошло между выходом «Пастеризации Франции» Бруно Латура (Latour 1993) и публикацией книги Дианы Аккерман «Эпоха человека: мир, созданный нами» (Aceman 2014). Латур описывает построение социального контура вокруг лабораторных открытий, сделанных полтора века назад. Благодаря демонстрациям Пастера и его коллег, знание о микробах как источнике медицинских угроз прочно вошло в массовое сознание (Latour 1993). Могущество технологий в последующие сто лет было сполна проявлено в создании антибиотиков. Символом управления тревогой также стали средства бытовой химии, убивающие 99% известных микробов. Эти решения действительно оказались технологически очень эффективными, поскольку минимизировали широкий класс медицинских рисков. Больницы стали почти стерильными, сделавшись образом чистоты. Однако тревога продолжает существовать, теперь она обращена к скорости и непредсказуемости эволюции внутрибольничных штаммов и других новых высокопатогенных видов бактерий. Определённость

угрозы инфекции размылась, благодаря открытию «бактерий-трикстеров» – микробов, способных внезапно взбунтоваться против человека, на чьем теле они и их предки обитали десятки лет. Конкретизация рисков какое-то время спасала от общественной тревоги, но через несколько десятков лет лабораторных практик и технологий стало явно недостаточно. Теперь тревога снимается, в том числе, более широкими и комплексными социотехническими практиками. Так, даже тщательная антимикробная обработка реанимационных палат оставляла места для развития внутрибольничных штаммов бактерий. И чем эта обработка была радикальней, тем агрессивней оказывались внутрибольничные инфекции. Поэтому совсем недавно российские больницы открыли широкий доступ в реанимацию родственникам пациентов при минимуме противомикробных мер. Разумеется, без современных антисептиков и антибиотиков такая мера, снимающая инфекционную тревогу, не сработала бы. Но лабораторные знания и технологии оказались вписаны в социотехнические практики, позволяющие жить совместно с микробами без постоянной тревоги по их поводу. В необходимости более широкого создания таких практик и заключается основной посыл книги Аккерман. Решенные за 26 лет задачи уже не пастеризации, а генетизации общества требуют «одомашнить» теперь не микробов, а потенциально опасные генетические вариации.

В сфере современной биомедицины, ориентированной на лабораторные достижения молекулярной биологии, латурнианские задачи демонстрации конкретизированных рисков и средств минимизации решаются довольно успешно. Гораздо сложнее, следуя логике Аккерман, предложить более спокойные (не предполагающие постоянной тревоги или мобилизации) социальные практики, позволяющие жить совместно с представляющими угрозу генетическими вариациями.

Четвертичная профилактика

Клинические практики, хотя бы отчасти решающие эту задачу, активно промотируются Всемирной ассоциацией семейных врачей. Они получили название «четвертичная профилактика».

Четвертичная профилактика, согласно её проponentам, призвана давать ответ или компенсировать издержки «позитивистского» подхода доказательной медицины (Widmer 2015). Последняя должна быть призвана скорее сужать поле клинического выбора подходов к лечению, а не выступать основанием для однозначного предписания, не принимающего во внимание индивидуальные особенности пациента. В то же время отвергается сама возможность единого методологического подхода к выбору тактики лечения: врач должен систематически менять эпистемическую точку зрения, останавливаясь на той, что даёт лучшее понимание ситуации, в которой находится пациент. В соответствии с этим возрастает роль пациентского нарратива и его врачебной герменевтики (Widmer 2015: 5).

Сама же четвертичная профилактика рассматривается как парадигмальное завершение ряда превентивных процедур. Дихотомия нозология/недуг (disease/illness), сформулированная в рамках феноменологического подхода к медицинским практикам, может восприниматься с точки зрения врача и пациента. Сопоставление диагноза врача (нозология) и субъективного опыта пациента (недуг) задает четыре возможных типа профилактики (превенции). Если болезнь отсутствует с обеих точек зрения, возможна только первичная превенция, например, вакцинопрофилактика.

Вторичная профилактика направлена на выявления скрытых заболеваний, то есть полем её применения выступает ситуация, в которой пациент не ощущает недуга, но заболевание уже активно прогрессирует. Её примером служат классические программы ранней диагностики: маммографический скрининг рака молочной железы, скрининг рака предстательной железы, не направленный на создание рискованной модели, но выявляющий имеющую опухоль.

Третичная превенция начинается там, где и врач, и пациент сходятся в наличии болезни — есть и недуг, и диагноз: например, профилактика повторных инфарктов миокарда.

Четвертичная профилактика направлена на помощь людям, уже вовлеченным в цикл медиализации, они обращаются к врачу с жалобами на свой недуг, но в процессе диагностики никаких серьёзных нарушений не удастся обнаружить. В описанной ситуации предлагается посоветовать пациенту выделить важные с биографической точки зрения моменты недуга, оставив в стороне его биологические знания (Kuehle et. al. 2010). В такой ситуации врач может стать драйвером процесса демедиализации, в том числе через процедуру «отписания» лекарств — выдачи профессиональной рекомендации не прибегать к тем или иным медицинским вмешательствам. То есть, четвертичная превенция выступает с социогуманитарной точки зрения наиболее тонким и искусным с практической позиции вариантом профилактики, в рамках которого, вместе с тем, происходит возврат к режиму умеренного медицинского патернализма. Именно врач (в большинстве публикаций эту роль исполняет семейный врач, а не, к примеру, психотерапевт) предлагает пациенту точку зрения на недуг, он является источником демедиализующих решений и рекомендаций.

Описанная практика выступает как персонализированная, направленная на превенцию, но вместе с тем, как умеренно патерналистская и демедиализующая.

Этика неопределённости

Основной вектор развития предиктивно-превентивной медицины сегодня направлен на артикуляцию неопределённости. Если несколько исчисленных рисков еще могут быть релевантны для пациента и врача, то огромный их список — например, как высылаемый компанией «23andMe» по результатам секвенирования генома — скорее, демонстрирует беспомощность человека перед сложностью биологических механизмов «предопределения». Для от-

страненного философствования такое вглядывание в бездну молекулярных и клеточных связей, определяющих само существование человека, возможно и может служить источником восхищения перед чудом жизни, удивительной со-настройки частей организма и окружающей среды, позволяющих продолжать жить и мыслить. Однако, для вовлеченного в медицинские практики человека, сотни взвешенных рисков в большей степени являются источником тревоги по поводу тотальной неопределённости.

Каждая медицинская система – от глобальной биомедицины до локальных систем врачевания – обладает собственной концептуализацией болезней и подходов к их лечению, медицинских рисков и средств их минимизации. Простое суммирование относящихся к разным системам практик приведет к эклектике в оказании медицинской помощи, что лишь еще сильнее столкнет пациента с артикуляцией его беспомощности. Однако точкой интеграции может выступить разработка общей медицинской «этики неопределённости», предполагающей работу с медиализованным сознанием пациента для преодоления его тревоги.

Необходимый методологический фундамент для её создания достаточно минималистичен. Он сводится к признанию всего нескольких утверждений. Во-первых, не все кодифицированные в рамках медицинской системы знания и технологии валидны для их рутинного практического применения (использования в рамках «клиники»). Во-вторых, пациентская тревога должна служить одним из объектов медицинского вмешательства. И, в-третьих, эта тревога возможна вне её привязки к медицинскому диагнозу (тревожного расстройства) или стигматизирующего приписывания пациенту психологических особенностей (мнительности и ипохондрии).

Кроме того, такая демедиализация оказывается частью образов будущего, характерных для социальных ожиданий от развития разных медицинских систем. При этом социальные ожидания не ограничиваются необходимостью облегчения доступа к медицинским технологиям, позволяющим пациентам управлять собственным благополучием. В рамках такого рода практик фигура врача может быть отодвинута на периферию. Но взаимодействия со сферой медицинских рисков и угроз как раз выглядят социально изоморфными в контексте разных медицинских систем. Фигура врача вновь занимает позицию советчика, который на этот раз способен говорить не только голосом опасности, но и голосом, избавляющим от тревоги.

Выводы

В заключении статьи видится целесообразным еще раз обозначить её логическую структуру и тезисно привести основные аргументы и выводы:

1. С точки зрения «жизненного мира» пациента множественность медицинских систем служит источником умножения категорий медицинских рисков и усиления медиализации.

2. Исчисление каждого медицинского риска, как правило, не служит основанием для работы с неопределённостью ради преодоления пациентской тревоги.

3. Вариантом решения названных проблем служит демедиализация как институциональная медицинская практика по элиминации основного множества медицинских рисков – источника тревоги и концентрация на основных категориях риска. Примером такой демедиализации служит четвертичная профилактика.

4. Демедиализация может стать полем решения практических задач, в рамках которых достижима интеграция разных медицинских систем на единых онтологических основаниях. Их принятие требует минимальных методологических допущений, а именно:

- а) не все кодифицированные в рамках медицинской системы знания и технологии валидны для их рутинного практического применения (использования в рамках «клиники»);
- б) пациентская тревога должна служить одним из объектов медицинского вмешательства;
- в) понимание тревоги возможно вне её привязки к медицинскому диагнозу (тревожного расстройства) или стигматизирующего приписывания пациенту психологических особенностей (мнительности и ипохондрии).

Библиография

Бокерия, Л. А., Бокерия, О. Л., Базарсадаева, Т. С. (2009) Новые предикторы внезапной сердечной смерти, *Анналы аритмологии*, №4, с. 41–49.

Курленкова, А. С. (2015) Социальные исследования биомедицинской науки и практики в современной России, *Медицинская антропология и биоэтика*, №1 (http://www.medanthro.ru/?page_id=2219) (10.11.2018).

Михель, Д.В. (2011) Медикализация как социальный феномен, *Вестник Саратовского государственного технического университета*, т. 4, № 2, с. 256–263

Темкина, А. (2014) Медикализация репродукции и родов: борьба за контроль, *Журнал исследований социальной политики*, т. 12, № 3, с. 321–336.

Acerman, D. (2014) *The Human Age: The World Shaped by Us*. W. W. Norton & Company. 352 p.

Garro, L.C. (1998) On the Rationality of Decision-Making Studies. Part 1: Decision Models of Treatment Choice. Part 2: Divergent Rationalities, *Medical Anthropology Quarterly*, No 12(3), p. 319–355.

Kuehlein, T., Sghedoni, D., Visentin, G., Gervas, J., Jamouille, M. (2010) Quaternary prevention: a task of the general practitioner, *PrimaryCare*, Vol. 18, p. 350–354.

Latour, B. (1993) *The pasteurization of France*. Translated by Alan Sheridan and John Law, Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press. 292 p.

Lock, M., Nguyen, V.-K. (2010) *An Anthropology of Biomedicine*, Oxford: Wiley-Blackwell. 518 p.

Parens, E. (2013) On good and bad forms of medicalization, *Bioethics*, № 27, p. 28–35.

USPSTF (The U.S. Preventive Services Task Force) recommends against prostate-specific antigen (PSA)–based screening for prostate cancer (2012)

(<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/prostate-cancer-screening>) (10.11.2018).

Widmer, D. (2015) Philosophical roots of Quaternary Prevention, *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Vol. 10, № 35, p. 1–8.

Key words: medicalization, quaternary prevention, fear and anxiety, ethics of uncertainty, de-medicalization, integration of medical systems.

Abstract: The purpose of the article is to consider de-medicalization as a field of integration of medical systems. The article discusses two options for understanding the term "medicalization". According to the first, it refers to a process in which "non-medical problems become medical". According to the second - the process of increasing the number of risks and procedures for minimizing them, relating to problems whose medical nature does not cause controversy. Through the development of new biomedical technologies, the number of medical interventions recommended to humans increases dramatically, and the time spent on determining and minimizing medical risks also increases. The international biomedical community is spreading the idea of quaternary prevention as a conventional practice, which allows to reduce the pressure of various medical risks and patient anxiety respectively. This practice of de-medicalization seems to be the appropriate line of convergence of different medical systems, since it offers minimal convergence of their epistemological bases. Among them is the recognition of patient anxiety, not as a diagnosis, but as an important social problem that can be solved via a practice belonging to any system of healing.

© 2018 С.Ю. Шевченко

© 2018 редакция журнала «МАиБ»