

Mediciniškai nepaaiškinami negalavimai vėlyvosios modernybės / postmodernybės socialinių teorijų požiūriu¹

VYLIUS LEONAVIČIUS

Vytauto Didžiojo universitetas

GIEDRĖ BALTRUŠAITYTĖ

Vytauto Didžiojo universitetas

GEDIMINAS RAILA

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas

INGRIDA NAUJOKAITĖ

Vytauto Didžiojo universitetas

Santrauka. *Pirminės sveikatos priežiūros sistemos struktūra, paskirtis, būklė ir visuomenės struktūros ypatumai bei jos raida turi tam tikrų, nors ir netiesioginių, sąsajų. Moderniosios visuomenės raidą sociologinėje literatūroje įprasta skirstyti į du laikotarpius – modernybės ir vėlyvosios modernybės, todėl skiriami du pirminės sveikatos priežiūros sistemos tipai, būdingi ankstyvosios ir vėlyvosios modernybės visuomenių pakopoms. Abiejose pirminės sveikatos priežiūros raidos pakopose mediciniškai nepaaiškinami negalavimai (toliau – MNN) traktuojami ir gali būti aiškinaami skirtingai, pvz., taikant postmodernistinę sveikatos ir ligos sociologinę perspektyvą, todėl MNN gali būti laikomi kaip savotiški pirminės sveikatos priežiūros sistemoje egzistuojančių sveikatos ar ligos modernistinės ar postmodernistinės sampratos rodikliai. Pirminės sveikatos priežiūros sistemoje (PSPS) veikia trys pagrindiniai socialiniai dalyviai – pacientai, šeimos gydytojai ir pati sistema, kuriai atstovauja PSPS vadovai. MNN kaip reiškinys sociologijai įdomus tuo, kad visi trys sveikatos priežiūros sistemos veikėjai dėl skirtingos pozicijos ir vaidmenų bei skirtingų ligos ir sveikatos sampratų skirtingai supranta sveikatą, ligą ir nevienodai elgiasi. Šio straipsnio tikslas – remiantis sveikatos sociologijos literatūra aptarti MNN vietą PSPS moderniosios ir vėlyvosios modernybės / postmodernybės socialinės teorijos požiūriu.*

Raktažodžiai: *pirminės sveikatos priežiūra, mediciniškai nepaaiškinami negalavimai, vėlyvoji modernybė, sveikatos ir ligos samprata*

Keywords: *primary health care, medically unexplained symptoms, conception of disease and health in late modernity.*

¹ Straipsnis parengtas kaip projekto „Mediciniškai nepaaiškinami negalavimai: iššūkiai pirminės sveikatos priežiūros sistemai“ dalis. Tyrimą finansavo Lietuvos mokslo taryba (sutarties Nr. MIP-022/2011).

Įvadas

Mediciniškai nepaaiškinami negalavimai² (MNN) šiuolaikinėje sveikatos priežiūros sistemoje (SPS), ypač pirminėje sveikatos priežiūros sistemoje (PSPS), užima specifinę ir nevienareikšmišką vietą. Remiantis įvairių tyrimų duomenimis, teigiama, kad net iki 70 proc. sveikatos negalavimų galima priskirti MNN (Nettleton, 2003; Wileman, 2002; Ring et al., 2005; Ring et al., 2004; Asmundson, 2001). Tačiau skirtingai nei medicinos prieiga, kuri MNN pirmiausia domisi efektyvios medicininės pagalbos požiūriu, sociologijos dėmesys MNN išsiskiria savita perspektyva. Vytauto Didžiojo universiteto Sociologijos katedros atliktame tyrime „Mediciniškai nepaaiškinami negalavimai: iššūkiai pirminės sveikatos priežiūros sistemai“, MNN buvo traktuojami ir tiriami kaip tam tikras reiškinys, leidžiantis apibūdinti pačią PSPS sveikatos sociologijos perspektyvų požiūriu.

PSPS yra šiuolaikinės sveikatos priežiūros pagrindas, todėl tokia nestandartinė gydymo situacija kaip MNN ypač provokuoja pacientus, šeimos gydytojus ir sveikatos priežiūros instituciją. Kadangi SPS, o kartu PSPS kaita susijusi su visuomenės socialiniais ir ekonominiais pokyčiais, MNN gali būti analizuojami modernių ir vėlyvosios modernybės / postmodernių³ (VM / P) visuomenių, konkrečiau jų socialinių institucijų, kaitos požiūriu.

² MNN sąvoka apibrėžiama kaip subjektyviai jaučiami tam tikri negalavimo simptomai (nuovargis, skausmas, sutrikęs širdies plakimas, depresija, nerimas), jiems paaiškinti nerandama objektyvių biologinės patologijos faktų, kuriais grindžiama moderniosios medicinos ligos diagnostika. Pavyzdžiui, įvairaus pobūdžio nuolatiniai skausmai, kuriems paaiškinti nerandama jokios biologinės patologijos.

³ *Vėlyvosios modernybės (late modernity)* terminas straipsnyje vartojamas kaip bendras terminas, kuriuo apibūdinama visuomenės raidos pakopa, vadinama įvairiais terminais: *brandžioji modernybė (high modernity)*, A. Giddens), *refleksyvioji modernizacija (reflexive modernization)*, U. Beckas, A. Giddensas), *vėlyvasis kapitalizmas (late capitalism)*, A. Giddensas), *antroji modernybė (second modernity)*, U. Beckas, H. Klotzas), *postmodernybė* (J. Baudrillard). Nors šios sąvokos skiriasi tam tikrais aspektais ir akcentuoja specifinius moderniosios visuomenės raidos bruožus, visos jos apibūdina tą pačią XX a. apie aštuntą dešimtmetį prasidėjusią išsivysčiusių poindustrinių visuomenių raidos pakopą, kuri tam tikrais aspektais dar vadinama *postmodernybe*. Industrinė visuomenė laikoma pirmą visuomenės modernizacijos fazę, anot U. Becko, industrinė visuomenė atvedė prie industrinės modernybės, o poindustrinė visuomenė apibūdina antrąją moderniosios visuomenės arba vėlyvosios modernybės pakopą. *Vėlyvosios modernybės* sąvoka charakterizuoja savitą moderniosios visuomenės raidos institucinę ir elgesio tvarką, kuriai būdingas pamatinių modernybės bruožų radikalizavimas ir globalizavimas (Giddens, 1991; Beck, Lau, 2005, p. 527). Taigi vėlyvąją modernybę laikysime tolesne tų pačių moderniosios visuomenės bruožų plėtra (Giddens, 1996 (1990); Beck, 1998 [1986]). Anot U. Becko, „teoriniu ir empiriniu požiūriu mes teigiame, kad visos

Nepaisant sudėtingėjančios šiuolaikinių arba VM / P visuomenių SPS ir joje taikomų technologijų spartaus tobulėjimo, tiesioginis gydytojo ir paciento (vartotojo) santykis tampa vis reikšmingesne gydymo proceso sudėtine dalimi (Weiss, 2000, p. 246). Kaip tik dėl to MNN yra įdomūs ne tik sveikatos sociologijai, tiriančiai tokių negalavimų supratimo ypatumus, bet ir aktualūs pačiai SPS. Neapibrėžtai traktuodami ligą ir gydymo procesą, MNN griaua įprastinę modernistinę ligos ir sveikatos sampratą bei komplikuoja paciento (vartotojo) ir mediko sąveiką. Kadangi VM / P visuomenėse dėl mažėjančio mokslo ir įvairių galios institutų autoriteto vis labiau nuvainikuojamas gydytojo statusas, MNN dar labiau suaktualina teorinius ir praktinius paciento, mediko ir sveikatos paslaugų sistemos santykio aspektus.

Straipsnio tikslas – remiantis sveikatos sociologijos tyrimais išanalizuoti MNN reiškinių pirminės sveikatos priežiūros sistemoje vėlyvosios modernybės / postmodernybės socialinių teorijų perspektyvų požiūriu.

Pirminės sveikatos priežiūros sistemos svarba vėlyvosios modernybės / postmodernybės visuomenėje

Tirdami sociologiškai MNN, pasirinkome PSPS paslaugų analizę, nes PSPS laikoma šiuolaikinės SPS šerdimi. VM / P visuomenėse PSP remiasi savita filosofija ir sveikatos priežiūros samprata, todėl skirtingose moderniosios visuomenės raidos pakopose PSP užima skirtingą pagal svarbumą vietą (Slauga..., 1998; The Evidence..., 2000). Šiuolaicinei PSP keliama daug tikslų – teikti kokybišką, visiems prieinamą, tinkamą, efektyvią medicinos pagalbą ir spręsti dažniausiai pasitaikančias sveikatos problemas, padėti visuomenei siekti ir iš-

Vakarų visuomenės vis dar yra „moderniosios“ visuomenės: nėra judėjimo, peržengiančio moderniąją realybę, nes nėra jokių aiškių modernybės pagrindinių *principų* lūžių, veikiau pagrindinių modernybės *institucijų* transformacija. Todėl mes teigiame, kad esame liudininkai to, kas yra *antroji* modernybė“ (Beck, Lau, 2005, p. 526). Straipsnyje nediskutuojame, kiek pagrįsta tai, kad vieni autoriai šiuolaikines išsivysčiusias visuomenes apibūdina vėlyvosios modernybės, o kiti – postmodernybės sąvoka, ir abiejų visuomenės tipų sąvokas vartojame sinonimiškai. Literatūroje siūloma skirti postmodernumą (*postmodern*) ir postmodernybę (*postmodernity*). Nors abi sąvokos tarpusavyje susijusios, pirmoji siejama labiau su kultūros, antroji – su socialiniais procesais. Straipsnyje *postmodernybės* sąvoka apibūdinama kaip esminiai socialiniai ir technologiniai procesai (globalizacija, suprekinimas, konsumerizmas, subjektyvacijos stiprėjimas) (Lyon, 1994, p. 4–7).

saugoti sveikatą, įtraukti bendruomenę į sveikatos problemų sprendimą. Skirtingai nei XIX a. ir XX a. pirmos pusės PSP, šiuolaikinė PSP sistema yra labiau orientuota į pacientą ir jo socialinę aplinką. Pasaulinės sveikatos organizacijos (PSO) sveikatos apibrėžime (1948 m.) greta biologinių akcentuojami ir socialiniai veiksniai, todėl PSP orientuota į holistinį arba biopsichosocialinį sveikatos supratimą (Health 21... (liet. Sveikata 21), 1998). PSO dokumentuose PSP apibrėžiama kaip esminė visos SPS dalis ir yra įgyvendinama atsižvelgiant į šalies finansines galimybes, taikant mokslškai pagrįstus, praktiškai realizuojamus ir visuomenei priimtinus siekius bei metodus būti sveikiems, saugoti sveikatą ir gydyti ligas. Todėl šiuolaikinė PSPS filosofija, formuojanti visuomenei priimtinius sveikatos saugojimo ir ligų gydymo siekius, grindžiama pagrindiniais principais⁴, kurie neišvengiamai remiasi tam tikra sveikatos ir ligos samprata.

PSPS laikoma visos SPS kertiniu akmeniu, pagrindiniu sveikatos priežiūros teikimo modeliu, todėl manoma, kad tinkamai organizuota ir išplėtotą PSPS gali išspręsti iki 90 proc. sveikatos problemų. Kartu pripažįstama, kad PSPS privalo adekvačiai atsižvelgti į esamas socialines visuomenės gyvenimo sąlygas ir gydymo proceso dalyvius, nes tik adekvačiai suvokdama esamą tikrovę, remdamasi efektyvia sveikatos ir ligos samprata, PSPS taps veiksminga sveikatos plėtros priemone. PSPS koncepcija remiasi tipologiškai nauju SPS ir vartotojo santykiu. Kaip tik dėl to MNN tampa labai svarbiu ir informatyviu PSPS rodikliu, nes MNN yra tas biopsichosocialinis veiksnys, griauantis modernistine sveikatos ir ligos samprata grindžiamą paciento ir šeimos gydytojo (ŠG) bei paciento ir PSPS santykį. ŠG patenka į situaciją, kurioje ypač svarbu svarstyti sveikatos ir ligos sampratą, taikyti diagnostikos ir gydymo metodus.

MNN ir PSPS santykio tema yra bendruomenių ir sveikatos NVO santykis su veiksminga sveikatos priežiūra. PSO atlikti bendruomenių tyrimai parodė, kad pati nesveikiausia ta bendruomenė, kuri neinformuojama, neįtraukiama į sveikatos politiką ir nieko nežino apie sveikatos politikos sprendimus. Tas pats taikytina ir nacionaliniu mastu. VM / P visuomenės, suakutinusios ir atskleidusios individų aktyvumo, iniciatyvumo, savarankiškumo ir atsakingumo svarbą socialiniams pokyčiams, parodė, kad neinformuojamos ir

⁴ PSP pagrindiniai principai: sveikatos nelygybės mažinimas tarp bendruomenių ir įvairių visuomenės grupių; sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo sulginimas; išvengtinių mirčių, ligų, susižalojimų ir negalios mažinimas; sveikatos politika, orientuota į sveikatos išsaugojimą ir ligų prevenciją; bendruomenės įtraukimas į sveikatos problemų sprendimą; tarpžinybinis bendradarbiavimas siekiant sveikatos tikslų; sveikos aplinkos plėtra; efektyvus sveikatos problemų sprendimas stiprinant pirminį sveikatos priežiūros lygmenį (Second Opinion..., 1998, p. 147).

neįtraukiamos į svarbių klausimų sprendimus visuomenės gali tapti ligotesnės⁵, o tai savo ruožtu tampa rimta kliūtimi įgyvendinant šiuolaikinės sveikatos reikamos reikalavimus⁶.

Ligų prevencija, sveikatos stebėseną, sergančiųjų globa, sergančiųjų intereso reiškimas peržengia medicinos institucijos veiklos erdvę ir reikalauja įtraukti visuomenę per įvairias NVO ir kito pobūdžio bendruomeninius judėjimus⁷. Bendruomenės arba sveikatos NVO ir PSPS nuolatinis bendradarbiavimas, siekiant sveikatinimo tikslų, gali padėti ne tik atskleisti aktualias visuomenės ir individų sveikatos problemas, bet ir efektyviai bei naudingai jas spręsti. Bendruomenės dalyvavimas PSPS yra vienas pagrindinių jos principų, siūlančių, kad bendruomenės nariai dalyvautų ir siektų patys apibūdinti savo sveikatos problemas ir kartu su profesionalais ieškotų problemų sprendimo būdų, nes VM / P visuomenėje keičiasi sveikatos ir ligos samprata. Moderniosios visuomenės kintanti ligų ir mirtingumo struktūra⁸ akivaizdžiai įrodė medicininės prieigos pritaikymo ligų prevencijai ribotumą. Įvairios su sergamumu susijusios NVO arba sveikatos judėjimai, vienijantys įvairiomis ligomis sergančius pacientus, yra ypač svarbus VM / P visuomenių SPS socialinis veikėjas, atkreipiantis dėmesį į kiekvienos sergančiųjų grupės ligos ypatumus ir socialines problemas. Kaip tik dėl to NVO vaidmuo yra ypač svarbus MNN pacientams, nes šiandien ši grupė „nematoma“ arba, kaip sako R. Dahrendorf, kvaziinteresų

⁵ Demokratijos stoka galėtų būti vienas iš veiksnių, paaiškinančių nuo XX a. aštunto dešimtmečio Sovietų Sąjungoje blogėjančius mirtingumo rodiklius ir gana menką individų savo sveikatos subjektyvų vertinimą.

⁶ Nacionalinė sveikatos taryba pateikė nutarimą, kuriame ketvirtu punktu teigiama: „Įgyvendinant visuomenės sveikatos strategiją, aktyviau įtraukti kitas žinybas, savivaldos ir *nevyriausybines organizacijas*“ (išskirta straipsnio autorių) (Dėl..., 2002).

⁷ Lietuvoje bendruomenės ir PSPS bendradarbiavimas nėra plėtojamas, nes mūsų šalyje bendruomenės, ypač mieste, labai sunkiai susiburia. Kaimiškose vietovėse bendruomenės kuriasi ir funkcionuoja lengviau, todėl jų vaidmuo reorganizuojant PSPS gali būti efektyvesnis. Kita vertus, plėtojant SPS reformą ir centralizuojant paslaugas, kaimo vietovėse mažėja pirminės sveikatos priežiūros sistemos apimtys. Todėl Lietuvoje bendruomenės ir PSPS santykis yra gana problemiškas. Tyrimai ir praktika rodo, kad posovietinės Lietuvos bendruomenės nėra aktyvios, neturi adekvačios informacijos ir nedalyvauja arba labai menkai dalyvauja sveikatinimo veiklos procesuose (Pečiūš, 2004; Bendruomenės..., 2002). Tiesa, Lietuvoje gana gausu įvairių sveikatos NVO, kurios buriasi ligų pagrindu (pvz., diabetas, psichikos ligos, neigaliųjų ir t. t.), bet šiuo metu pacientai, kurie skundžiasi MNN, dar nėra organizuota grupė, nors, remiantis užsienio tyrinėjimais, galima būtų teigti, kad MNN pacientai galėtų sudaryti nemažą Lietuvos sergančiųjų populiacijos dalį.

⁸ Mažėja infekcinių ligų ir didėja lėtinių ligų (kraujo sistemos, vėžio ligos) ir mirtingumo nuo jų rodikliai.

grupė. PSP sistemoje šie pacientai dabar neiškiriami kaip savitas pacientų tipas ir „pradingsta“ bendrame kitų susirgimų pacientų sraute.

Kadangi MNN pacientai šiandien nėra tapę sveikatos politikos dėmesio objektu, šių pacientų integracija, jų NVO kūrimas būtų svarbus indėlis į šios pacientų grupės socialinių ir medicininių problemų nustatymą ir sprendimą. MNN labiau išryškina ŠG ir pacientų santykių ypatumus, kaip tik dėl to imties požiūriu pasirinktas gana sudėtingas MNN tyrimas. Apklausiat visą Lietuvos populiaciją, paprastai pasiekiamą nedidelę pacientų, kuriems būdinga MNN, dalis, todėl neišvengiamai reikia tikslingai ieškoti tokių pacientų arba įtraukti ŠG, kurie skirtingai traktuoja MNN⁹.

Paciento vaidmens pokyčiai vėlyvosios modernybės / postmodernybės visuomenėje

XX a. antroje pusėje arba ryškėjant VM / P visuomenės kontūrams (Beck, Lau, 2005) ir laipsniškai keičiantis sveikatos priežiūros institucijai bei mediko vietai joje, kai kuriose Vakarų šalyse paciento ir mediko santykių terminas imtas vartoti rečiau, nes jis implikavo tradiciškai dominuojantį specialisto vaidmenį. Sveikatos ir medicinos sociologai dabar dažniau kalba apie profesionalaus gydymo ir neprofesionalaus, arba mėgėjiško (*lay*), žinojimo santykio modelį, kuriame dalyvauja gydytojas, slaugytojas ir pacientas. Todėl siekiant labiau apibrėžti paciento ir mediko santykį, padaryti jį aiškesnį, demokratiškesnį visoms dalyvaujančioms pusėms bei išvengti įvairių nukrypimų, pradėtas plėtoti PSP komandinis darbas (Bury, 1997, p. 79; Cockerham, 1995, p. 173–185). Pacientų ir medikų santykių pasikeitimas susijęs su keliais svarbiais veiksniais:

- ligų pokyčiais, kuriuos lemia demografiniai pasikeitimai (ypač senėjimas);
- medicininės informacijos pokyčiais;
- klinikinės priežiūros pokyčiais.

Pasikeitusi sveikatos priežiūros sistemos vaidmenų situacija ir terminologija žymi naują labiau pliuralistinę gydymo santykių struktūrą ir santykiai sumažėjusį gydytojo vaidmenį bendroje SPS. Nauja gydytojo vaidmens

⁹ Žr. šiame žurnale straipsnį „Mediciniškai nepaaiškinami negalavimai: šeimos gydytojų patirtys“.

sampratos prieiga atspindi sumažėjusią gydytojo galią ir autoritetą, nes pripažįstama paciento neprofesionalaus požiūrio svarba.

Reikšmingai pasikeitė tapimo pacientu ir buvimo juo samprata, kurią smarkiai paveikė antrojo demografinio perėjimo procesai. Moderniosiose visuomenėse pacientai sparčiau ar lėčiau senėja¹⁰. Mažėjant gimstamumui, ilgėja vidutinė gyvenimo trukmė. Didėja sergamumas lėtinėmis ligomis ir jų prevencijos svarba. Taip pat didėja pacientų siekis sukaupiti kuo daugiau žinių apie įvairias ligos sąlygas – to anksčiau nebuvo. Ligų prevencija svarbi ne tik tiesioginiu poveikiu – ji suteikia individams galimybę išvengti sunkiai pagydomų ar nepagydomų ligų, bet ir „šalutiniu poveikiu“ – pacientas ima domėtis gydymo procesu. „Paklusnumas“ monopolistinėms ekspertų sistemoms virsta aktyviu vartotojiškumu. Kitaip tariant, individas tampa aktyviu ekspertinių sistemų teikiamų žinių ir paslaugų vartotoju – vertintoju. Bendrosios praktikos kontekste pacientas dabar gali tapti savotišku „ekspertu“, todėl gydytojas neišvengiamai susiduria su paciento negalavimo nustatymo ir gydymo supratimu. SPS išskyla būtinybę konstruoti paciento ir mediko sąveiką, kurioje labiau akcentuojama pacientų ir gydytojų bendradarbiavimo galimybė ir modelis.

Paciento ir gydytojo santykio pasikeitimas susijęs su pacientų pagarbos medicinai ir gydytojams santykiu sumažėjimu. Plėtojantis moderniajai visuomenei ir laipsniškai pereinant į VM / P, mažėjo pasitikėjimas ir SPS įstaiga bei jos autoritetu, ir bet kuria visuomenės institucija bei jos autoritetu. Tipologiškai VM / P visuomenių esminių SPS pokyčių procesai gali būti traktuojami kaip paraleliniai pliuralistinių vertybių visuomenių atsiradimo padariniai. Vakarietišku pliuralistinių vertybių visuomenių formavimasis ypač ryškiai matomas tarp jaunosios kartos atstovų, socializuotų santykinio materialinio saugumo aplinkoje, todėl paternalistinis ir medikocentristinis paciento ir gydytojo santykis jiems tampa ne toks patrauklus ir priimtinas. Įvairių diskursų apie sveikatą ir mediciną gausa, nuolatinis medicininės informacijos srautas ir kritika žiniasklaidoje leidžia iš dalies paaiškinti medicinos autoriteto pasikeitimą. J. Baudrillard'as (2002)¹¹,

¹⁰ 2012 m. Lietuvoje gyveno 17,2 proc. 65 metų ir vyresnio amžiaus žmonių, o tai jau laikoma senstančia visuomene (Lietuvos statistikos departamentas).

¹¹ Anot J. Baudrillard'o, „objektyviai simuliuotojo negalima laikyti nei ligoniu, nei sveiku. Psichologija ir medicina bejėgės, susidūrusios su nuo šiol nebesuvokiama ligos tiesa. Jeigu įmanoma „pagaminti“ kokią nors simptomą, jeigu jo nebegalima laikyti gamtos faktu, tai kiekviena liga traktuotina kaip simuliuojama ir susimuliuota, ir tada medicina praranda prasmę, nes ji moka gydyti vien tikras ligas, nustačiusi jų objektyvias

J.-F. Lyotard'as (1993)¹², F. Jamesonas ir kiti postmodernistai kalba apie naujos sandaros visuomenę, kurioje nebelieka vieno viską apimančio nartyvo, objektyvios, neabejotinos tiesos, atskirčių tarp skirtingų visuomenės grupių ir struktūrų. Galima nesutikti su postmodernistine naujos visuomenės sandaros samprata ir ją vadinti vėlyvąja, antrąja modernybe (Giddens, 2000), bet visuotinai pripažįstama, kad baigiantis XX a. suyra tradiciškai apibrėžiami elgesio modeliai, formuojasi naujų individualių gyvenimo stilių įvairovė, subkultūros, socialinių santykių ir tapatybių rinkiniai. Viso to neišvengiamas padarinys – ir daugiau informacijos turintis ir savo pasirinkimą suvokiantis pacientas-vartotojas.

Vėlyvosios modernybės / postmodernybės sveikatos priežiūros sistemos ypatumai

VM / P SPS nuo pirmosios modernybės SPS institucinės sandaros skiriasi keliais esminiais bruožais, tiesiogiai susijusiais su socialinio veikėjo vaidmens šiose visuomenėse pokyčiais: keičiasi mediko ir paciento santykis iš *medikocentrinio* į *patientocentrinį*, ypač padidėja ligų prevencijos vaidmuo, o su juo kartu PPS plėtra bei sveikos gyvensenos ir elgsenos svarba. Didėjant PPS plėtrai, sveikos gyvensenos ir elgsenos vaidmeniui stiprėja individo atsakomybė už savo sveikatą. Kitaip tariant, visuomenės sveikatos socialinės sąlygos visada buvo ir yra svarbios tiek modernybės, tiek VM / P laikotarpiu, bet pastaruoju metu išryškėja keletas papildomų socialinės aplinkos poveikio sveikatai aspektų: tampa matomesnis ir didėja tiesioginis socialinių sąlygų poveikis asmens subjektyviai sveikatos savijautai, nesukeliantis biomediciniškai identifikuojamų kūno patologijų. Ypač pabrėžiamas konstruktyvistinis socialinės tikrovės aspektas, t. y. akcentuojama, kad sveikatos savijauta priklauso nuo to, kaip asmuo suvokia socialinę aplinką. Neatsitiktinai 1984 m. PSO pasiūlė sveikatos skatinimo (*health promotion*) sampratą, papildančią 1948 m. PSO pateiktą sveikatos apibrėžimą¹³. Sveikatos skatinimas – tai

priežastis“ (Baudrillard, 2002, p. 9).

¹² „Mokslinis žinojimas negali žinoti (ir pasakyti), ar jis yra teisingas, nepasitelkdamas į pagalbą kito žinojimo, t. y. pasakojimo, kurį jis pats laiko nežinojimu“ (Lyotard, 1993, p. 74).

¹³ Lyginant su 1948 m. kai PSO sveikatą apibrėžė kaip „visapusišką fizinę, protinę ir socialinę gerovę, o ne vien ligos ar fizinės negalios nebuvimą“ (*Health is a dynamic state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or*

procesas, leidžiantis žmonėms viską kontroliuoti ir pagerinti savo sveikatą. 1948 m. sveikatos apibrėžime daugiau ar mažiau pabrėžiamos tam tikros universalios objektyvistinės sąlygos, o 1984 m. sveikatos skatinimo apibrėžime atsiranda veikėjo aktyvumas arba veiksnumas, taip pat pabrėžiamas individo ar grupės savitas arba sukonstruotas santykis su aplinka.

VM / P laikotarpiu SPS ir ypač PSPS išryškėja atskira MNN grupės svarba ir specifiskumas, o MNN poveikis yra trejopas: pacientui, šeimos gydytojui ir sveikatos priežiūros sistemai. Kiekvienai iš minėtų sričių MNN kelia skirtingų problemų. MNN labiau nei kitos ligos provokuoja pacientų nepasitikėjimą medikais, kartu ir visa SPS. Pacientai, kurie skundžiasi MNN, kelia didesnių finansinių problemų SPS, nes reikalauja daugiau diagnostinių tyrimų. Todėl ypač svarbu PSPS atpažinti MNN ir su jais susijusias socialiai konstruojamas, o ne biologines priežastis.

Remiantis prielaida, kad dalis somatinių negalavimų gali būti psichinės kilmės ir neturėti aiškių biologinių priežasčių, MNN medicininėje praktikoje imta priskirti psichosomatikos sričiai. Psichosomatiniais sutrikimais, arba, kitaip tariant, žmogaus sąmonės veiklos sukeliamomis disfunkcijomis, imta aiškinti ir aiškos kilmės neturintys, bet objektyviai nustatomi sutrikimai (įvairios alergijos rūšys, viduriavimas, skrandžio opos ir pan.), ir „nematomi“, tačiau pacientų jaučiami įvairūs skausmai, silpnumas, miego sutrikimai, lėtinis nuovargis ir kt. Toks somatizavimo procesas nėra aiškus ir šiuo metu neturime patikimų technologijų jam stebėti. Kadangi psichosomatinių sutrikimų aiškinimas remiasi tam tikromis hipotetinėmis teorinėmis prielaidomis, šie sutrikimai laikomi mediciniškai nepaaiškintais¹⁴. Medikai MNN, kaip ir somatizavimo procesą, dažniausiai vadina psichikos sutrikimu (Stankus, 2001).

Vis dėlto kol kas medicinoje MNN skiriamas gerokai mažesnis dėmesys nei patofiziologinius žymenis turintiems negalavimams, o MNN turi mažesnę statusą kitų ligų atžvilgiu (Albama ir Westinb, 2008). Medikai, kurie remiasi grynai biomedicininio požiūriu į diagnozavimo procesą, susilaiko nuo mediciniškai nepaaiškintos kilmės sindromų diagnozavimo (Swoboda, 2008). Dalies gydytojų požiūriu, stokojant efektyvių gydymo metodikų, iš

infirmity) (WHO, 1948);

http://heapro.oxfordjournals.org/content/13/4/349.full.pdf+html?ijkey=9f9feed86440b84c847070da1b0a4ec400211581&keytype2=tf_ipsecsha.

¹⁴ Pavyzdžiui, manoma, kad vienišumo, bejėgiškumo, nevilties, sielvarto, liūdesio emocijos sukelia biologinius pokyčius (cheminius, fiziologinius ir imunologinius), galinčius nulemti įvairias ligas.

viso nereikėtų diagnozuoti MNN. Be to, biomedicininio diskurso požiūriu šie sindromai turi labai mažą pasveikimo prognozę.

Pripažįstama, kad dauguma JAV ir Europos klinikų neturi specialistų komandų, parengtų dirbti su psichosomatiniais sutrikimais, todėl ŠG nemato prasmės diagnozuoti psichosomatinio sindromo. ŠG mano, kad tai paskatins bevaisius bandymus toliau tirti pacientą, išleidžiant daug SPS lėšų (Salmon et al., 2007). Taip pat dalis medikų netraktuoja šių negalavimų kaip keliančių grėsmę gyvybei, todėl neteikia jų gydymui prioriteto ir skiria mažiau laiko MNN besiskundžiančio paciento konsultacijoms (Asbring, 2003). Kaip teigia Ringas ir kt. (2004), tarp medikų paplitusi nuomonė, kad atkakliai ieškodami patofiziologinio MNN pagrindo pacientai apkrauna SPS neadekvačiomis ir beprasmėmis išlaidomis. Susidūrusi su MNN, SPS patenka į prieštaringą situaciją – atlikdama daugiau tyrimų priversta eikvoti lėšas, o neatlikdama daugiau nei įprastoms diagnozėms būtinų tyrimų rizikuoja, kad pacientai, medikams nepastebėjus rimtos ligos, dėl padarinių SPS iškels baudžiamąją bylą. Taigi atliktas tyrimas atskleidė prieštaringą informaciją apie gydytojų ir pacientų elgesį. Remdamiesi konsultacijų eigos įrašais, tyrėjai nustatė, kad MNN besiskundžiantis pacientas ne visada yra tolesnių medicininių tyrimų iniciatorius. Daugeliu atvejų medikai patys siunčia pacientus toliau tirtis, nors pastarieji to ir neprašo (Ring et al., 2004).

Sociologijoje visuotinai pripažįstama, kad VM / P visuomenėse vartotojų nuomonė ir jų dalyvavimas yra ne tik SPS būklės ir paslaugų įvertinimo rodiklis, bet ir ypač svarbus sveikatos priežiūros kitimą ir efektyvumą lemiantis veiksnys. Konsumerizmo plėtra gali būti traktuojama kaip poslinkis nuo modernybės į VM / P. Didėjanti vartotojo galimybė rinktis plečia socialinio ir ekonominio gyvenimo subjektyviąją pusę. Paprastiems VM / P visuomenių atstovams primetama būtinybė turėti savo požiūrį apie produktų ir gyvenimo stilių spektrą, kuris apima ir sveikatą. Teigiama, kad individų turima požiūrių įvairovė virsta „informuotu pasirinkimu“, susijusiu su gyvenimo būdu ir sveikatinančia veikla (pvz., nuostatos apie žalingus įpročius). Vartotojai gali nesirinkti alopatinės medicinos (klasikinės) arba ją derinti su alternatyviomis gydymo praktikomis (akupunktūra, refleksologija, net šamanizmu) bei drauge plėsti sveikatos vartotojiškumo matmenį. Anot Bury (1998), šiuo atveju svarbu tai, kad anksčiau pirmiausia buvo rūpinamasi, jod modernių visuomenių (MV) sistemos patenkintų individų *poreikius*, ir tai apėmė sveikatą ir gerovę, o dabar vis labiau pabrėžiamos vartotojų pasitenkinimo svarba. Ekonomikoje vartojamos „lanksčios produkcijos“ ir „segmentuotų vartojimo

modelių“ sąvokos dabar pritaikomos gerovės, kuri pati savaime vis labiau apibūdinama kainu mažinimo¹⁵ (*cost-cutting*) ir vidinės rinkos (*internal market*) struktūromis, pavidalams.

Sveikata, liga ir medicina dėl savo griežtos gamtamokslinės orientacijos atspindėjo ir prisidėjo prie moderniosios kultūros ir visuomenės atsiradimo, todėl besikeičiančiame modernybės pasaulyje sveikatos ir medicinos vaidmuo nėra šalutinis. Išskirtiniai MV procesai – *objektyvizacija*, *racionalizacija* ir *subjektyvizacija* arba *refleksija*, kuriuos tyrinėjo ir aprašė K. Marxas, M. Weberis, G. Simmelis ir kiti klasikinės sociologijos atstovai bei filosofai, gali būti sėkmingai taikomi tiriant sveikatą ir ligas.

Modernioji medicina objektyvizuoja ligas, moksliskai nustatydamą jų priežastis. Todėl MV laikotarpio mediko profesija marginalizavo tuos medicinos praktika užsiimančius žmones, kurie nepriėmė idėjos apie infekcinių ar kitų ligų virusines ir bakterines priežastis. O visa tai, kas atrodė marginališka kategoriškų ir griežtai organizuotų medicinos ekspertų grupių dominuojančių teorijų ir prieigų atžvilgiu, tapo marginaline medicina. Todėl ligos ir negaluojančio individo atskyrimas buvo užkodotas gydytojo eksperto ir neišmanančio paciento santykio idėjoje. Susirgti – vadinasi, kviesti gydytoją, t. y. tą, kuris dirba reguliuojamoje ir kontroliuojamoje profesinėje organizacijoje bei remiasi moksliskai pagrįstu ligos gydymu.

Sveikata ir liga objektyvuojamos moksliskai atskiriant ligą nuo kenčiančiojo patyrimo. Be to, liga imama traktuoti kaip žmogaus kūno sistemos, grindžiamos patologinės anatomijos atradimais, savybė. Prie objektyvizacijos proceso labai prisidėjo ligoninių plėtra. Negaluojantis kūnas ir liga pateko į klinikas ir ligonines. Anot Bury (1995, p. 7), medicina atspindėjo ir padėjo konstatuoti modernaus gyvenimo pagrindinių institucijų ir diskurso ydingas kryptis. Turima mintyje, kad objektyvuota liga buvo atskirta nuo asmens ir vis daugiau gyvenimo sričių pateko į objektyvuojantį medicinos akiratį arba, galėtume tarti, vis daugiau sričių buvo medikalizuotos.

MV objektyvacijos procesai vyko kartu su stiprėjančia racionalizacija, kurią išsamiai tyrinėjo M. Weberis. Racionalizacija – tai visose MV gyvenimo srityse laipsniškai plintantis apskaičiavimas, t. y. tiksliskai racionali veikla, derinanti ir apskaičiuojanti tikslus, priemones ir tikslų pasiekimo sąlygas.

¹⁵ Kainų mažinimas – tai priemonės, kurias taiko įmonės, norėdamos sumažinti išlaidas ir pagerinti rentabilumą. Šiuolaikinės gerovės valstybės jau nebepajėgia efektyviai vykdyti savo įsipareigojimų sveikatos ir švietimo sektoriuose, tad ieškoma būdų, kaip šiuos sektorius padaryti veiksmingesnius, susiejant juos su kapitalistinės gamybos principais.

Po to, kai institucinė moderniosios medicinos plėtra įgijo klinikų, ligoninių ir laboratorijų pavidalą, medicinos praktikos ir suvokimas grįžtamuoju ryšiu ėmė veikti kasdienį gyvenimą. Jau XX a. šeštame dešimtmetyje išsivysčiusiose Vakarų šalyse epidemiologiniai tyrimai peržengė medicinos institucijų ribas ir ėmė taikyti sveikų gyventojų apklausas, kad nustatytų ikipatologinius veiksnius ir simptomus. Lietuvoje epidemiologinės apklausos pradėtos taikyti nuo 1971–1972 metų, kai tuometinis Kauno medicinos institutas kartu su Roterdamu ėmė vykdyti Kauno–Roterdamo epidemiologinę programą (*Kaunas–Rotterdam Intervention Study – KRIS*) (Grabauskas, 2003)¹⁶.

Sąlygiškai sveikų ir nesergančių žmonių sveikatos rizikos apskaičiavimas liudijo plėtančią medicinos sampratą. Racionalus sveikatos rizikos apskaičiavimas tapo savitu medicinos bruožu (Bury, 1995, p. 11), o modernioji medicina, kuri grindžiama ekspertize ir pasyviu bei paklusniu kūnu, vis labiau transformuojama, viena vertus, į labiau fragmentuotą ir ne tokį autoritetingą mokslą, nes epidemiologiniai tyrimai tik tikimybiškai gali pasakyti apie ligos priežastis, kita vertus, į aktyvesnį ir net prieštaraujantį SPS vartotoją. Tačiau kuo daugiau pacientas gauna informacijos apie riziką ir kuo labiau siekia ją sumažinti (pvz., sveika gyvensena ir t. t.), tuo įvairios subjektyvumo formos sudėtingėja.

Ryšys tarp racionalizacijos ir subjektyvumo remiasi refleksyvumo samprata. Sociologijoje plačiai diskutuojama apie tai, kad modernybė suponuoja intensyvią asmens tapatybės ir savimonės (*selfhood*) problemą bei jos paieškas (Giddens, 1991). Iš tiesų autentiškos tapatybės klausimas tampa aštrus, o įvairios žinios ne visada gali padėti. Nerimas dėl beprasmių gyvenimo arba dėl prasmės pertekliaus gali būti vienu iš charakteringesnių VM / P visuomenių apibūdinimų. Tačiau VM / P visuomenės šią problemą savitai išlaisvina arba sukuria labai dviprasmišką asmens situaciją, nes refleksyvumas ir individualus pasirinkimas atsiremia į kur kas platesnį kultūrinį ir socialinį kontekstą. Didžiųjų mąstymo sistemų ir naratyvų praradimas, aukštosios ir žemosios kultūros sumišimas ar apsisvertimas išvaduoja žmones iš būtinybės daryti tvirtus etinius ir asmeninius pasirinkimus, bet neeliminuoja paties pasirinkimo poreikio. Kitaip tariant, VM / P visuomenių refleksyvumas yra ambivalentiškas. Jis siūlo atviriau žvelgti į aplinkinį pasaulį ir žmonių vietą jame, bet kartu tarsi „pasikasa“ po siekiamais troškimais. Dabar žmonės yra įpareigoti turėti nuomonę apie sveikatą veikiančius stresorius, maistą, aplinką ir genetiką. Refleksyvus požiūris į sveikatos rizikos ateitį, grindžiamas ste-

¹⁶ Visas pavadinimas: *Behavioural and Operational Components of Health Intervention Programmes* (Glasunov, Grabauskas et al., 1981).

bėsenos, technologijų ir išankstinių genetinių stebėsenų informacija, ateityje veikiausiai apims žmonių kasdienio gyvenimo didelę dalį. Nerimas dėl „galimos ateities“, kurią sukuria rizikos diskursai, gali būti didesnis negu žmonių gebėjimas veikti remiantis gaunama statistine ar kokia nors kita informacija.

Šiame kontekste MNN gali ne tik paskatinti SPS vartotojus būti dar labiau aktyvesnius, bet ir formuoti didesnę pasyvumą ir atskirtį. Taip pat tai gali tapti tam tikru visuomenės arba atskirų grupių būklės rodikliu. Pavyzdžiui, jei MNN turintys pacientai tampa aktyvesni, bando įvairius gydymo būdus ir renkasi medikus, galima teigti, kad jiems būdingas racionalesnis ir refleksyvesnis VM / P visuomenių socialinio veikėjo elgesio tipas. Ir priešingai, jei MNN pacientai apsiriboja savo šeimos gydytoju ir pasyviai laukia pagerėjimo, yra pasyvūs sveikatinimo proceso dalyviai, juos būtų galima laikyti MV SPS vartotojais.

Teigiama, kad VM / P visuomenių individai turi gilintis į savo jausmus ir būti pasirėngę kalbėti apie savo jausmus čia ir dabar bei apie kolektyvinės ir individualios praeities tiesas. Dabar asmens tapatybė (*self-identity*) reikalauja būti sukonstruota, suderinant skirtingus dalykus – vartotojiškos visuomenės reikalavimus, techninės informacijos supratimą ir dvasinių poreikių suvokimą (Giddens, 1991). Sveikata gali būti gerinama, o ilgaamžiškumas ilginamas, pasirinkus atitinkamą elgseną ir sveikatą skatinančius produktus. Todėl asmens savo tapatybės konstravimas panėsi į brikoliažą nei į kokias nors pastovių socialinių kolektyvų narysčių tapatybes. Jeigu MV objektyvacijos ir racionalizacijos procesai „atsiriboja“ nuo subjektyvumo ir paprastų žmonių kasdienio gyvenimo arba juos marginalizuoja, tai keičiantis moderniajai visuomenei subjektyvumas ir kasdienybė patenka į patį dėmesio centrą.

Tokie procesai akivaizdūs visoje sveikatos ir medicinos srityje. Subjektyvumo svarbos didėjimas susijęs su diskusijomis apie šeimos gydytojų (ŠG) praktiką. Dar XX a. aštuntame dešimtmetyje, nepaisant dominuojančio SPS medikocentristinio požiūrio, D. Amstrongas siūlė *biografinės medicinos* (*biographical medicine*) sąvoką, pabrėžusią ŠG dėmesį paciento kasdienio gyvenimo subjektyvumui. *Biografinės medicinos* sąvoka apima du artimus procesus, susijusius su subjektyvumu. Pirma, ŠG buvo siūloma į pacientą ne tik žvelgti kaip į turintį negalavimą, bet atkreipti dėmesį į paciento emocinį ir psichologinį pasaulį, nes šis pasaulis pirmiausia ir gali būti konsultacijos poreikio priežastis. Dauguma paciento skundų gali būti tik somatinė kur kas gilesnių poreikių, kuriuos ŠG turėtų atpažinti, priedanga. Antra, medikams buvo siūloma stebėti savo pačių subjektyvumą, t. y. nesijausti aukštesniems, nenutolti

nuo pacientų ir suvokti savo jausmus ir poreikius. SPS tokie subjektyvumo diskursai ne tik padėtų identifikuoti pacientų ir medikų nepasitenkinimo ir frustracijos veiksnius, bet leistų labiau įsigilinti į gydymo procesą. Todėl sveikatos sociologai mano, kad sveikata ir medicina gali būti grindžiamos naujais pagrindais, jei bus labiau gilinamasi į kasdienio gyvenimo heterogeniškumą ir santykių emocijas. Turėdami nerealistinių lūkesčių dėl pažinimo objektyvumo bei mokslo vaidmens, medikai ir pacientai dažnai iškreipia kasdienio gyvenimo santykius ir emocijas (Bury, 1998).

Didėjantis subjektyvumas ir poreikis pačiam asmeniui susikurti savo tapatybės projektą sukelia papildomą įtampą individui. Iš esmės tai asmens ir pasaulio santykio prasmės klausimas, kuris VM / P visuomenių asmeniui yra gana sudėtingas. Šiame kontekste labiau išryškėja ir MNN reiškinių kontūrai. Didėjantis subjektyvumas ir prasmės klausimas neišvengiamai kelia daug įvairių egzistencinio pobūdžio klausimų, todėl kognityviniai asmens išgyvenimai dar įvairiau ir plačiau veikia jo kūną, o drauge plečiasi psichosomatikos apimtys.

Socialiniai visuomenių būklės kitimai atsispindi VM / P sociologijoje, kuri savo dėmesį perkelia ir į sveikatos bei ligos analizę.

Mediciniškai nepaaiškinami negalavimai archisveikatos požiūriu

Nors postmodernistinė sveikatos sociologijos perspektyva yra gana neapibrėžta ir kritikuojama (Polock, 1995), atrodo, vis labiau svarstoma kaip galima postmodernistinė sveikatos sociologijos samprata, nes konstruktyvistinis sociologijos požiūris ima dominuoti (Fox, 1998; Bury, 1998).

Skirtingos VM / P visuomenės tyrinėjimų kryptys – viena pabrėžianti fragmentaciją, diferenciaciją ir galimybes, kita akcentuojanti didėjančią kasdienio gyvenimo organizaciją ir priežiūrą (valdysena) – yra tarsi dvi tos pačios monetos pusės. Teigiama, kad „objektyvistinis“, „racionalistinis“ ar net subjektyvistinis požiūris į sveikatą kaip „ligos nebuvimas“ arba visapusiška fizinė ir psichinė gerovė¹⁷ yra vis labiau nustumiamas į šoną dėl VM / P požiūrio, kuris „sveikatą“ mato tik kaip „galimybę“, panardintą poreikių ir įvairių troškimų sraute¹⁸, bei kaip „grynų skirtumų, formuojamų įvairių dis-

¹⁷ 1948 m. PSO sveikatos apibrėžimas.

¹⁸ „Žmonių diskursai atspindi jų norus, kad kiti būtų tokie pat kaip jie, kad pasirinktų

kursų, žaismą“ (Fox, 1998). Įdomu tai, kad postmodernistinė sveikatos samprata, kurią N. Foxas vadina *archisveikata* (*arche-health*)¹⁹, nepateikia jokių esencialistinių sveikatos apibūdinimų, tik dekonstruodama modernistinius sveikatos ir ligos diskursus siūlo *archisveikatos* politikos galimybių perspektyvą. Kitaip tariant, jei sveikata konstruojama, tai ji gali įgyti įvairių pavidalų, priklausomų nuo pačios visuomenės būklės ir jos raidos²⁰.

Anot autoriaus (Fox, 1998), *archisveikata* formuojasi kaip diskursams besipriešinanti, atvira skirtingumui, kaip nomadinis subjektyvumas²¹, išvietinanti (*de-territorializing*) kūną be organizmo (KbO)²². „Tam tikro

tą pačią tapatybę, kuri paremia jų pačių savęs suvokimo prasmę. Tokios kalbos įvietina (*territorializes*) kūną be organizmo, pasitelkdamas modeliuojamą subjektyvumą, kuris kūną kuria, remdamasis stokos arba norų vaizdiniu“ (Fox, 1998, p. 36).

¹⁹ Originalus N. Foxo terminas *Arche-health* yra graikiško (gr. *Αρχή* – pradžia, pirminis) ir angliško (ang. *health* – sveikata) žodžių junginys. Straipsnyje terminą *arche health* išverčiame tik iš dalies ir vartojame panašią žodžio darybą kaip *arhitektūra* – *archisveikata*.

²⁰ *Arche-health* sąvoką N. Foxas pasiūlė savo knygoje *Postmodernism, Sociology and Health* kaip tam tikrą teorinį rezultatą, plaukiantį iš pasipriešinimo (*resistance*) ir troškimo (*desire*) sampratų įtraukimo į savo sveikatos postmodernistinę socialinę teoriją. Jam *arche-health* sąvoka apima norą galėti (*will-to-power*), tapimą kūno be organų (žr. toliau) išvietinimą, pasipriešinimą diskursui, geranoriškumą skirtingumui, intertekstualumą. Tai nomadiškas mąstymas apie kūno be organų paviršių, momentinis išvietinimas, praeities kūno be organų kintamumas, daugialypis ir galimas (1994, p. 139–140). Anot D. Pollocko, semiotinių sąvokų požiūriu, *arche-health* – tai stebėtojo pirminės nuostabos spindesys iki susitarimo, biurokratijos ar „įstatymo“ bei reguliarumo primesto kūno antrumo (*secondness*) ar tretumo (*thirdness*). N. Foxui *arche-health* sąvoka svarbi dėl to, kad ji atskleidžia momentą, kai atsiranda kūnas be organų, ir tai laikoma sveikatos postmodernistinės socialinės teorijos dislokacija (Pollock, 1995), nes ši teorija iš esmės domisi sveikatos ir negalavimo diskursu. *Archisveikata* yra tarsi pirminis kūnas ar kūno būseną.

²¹ Nomadinis subjektyvumas (*Nomadic subjectivity*) yra sudėtingų ir įvairių lygių tapatybių vienalaikiškumas. Šiuo atveju kalbama ne apie *nomadą* kaip socialinę kategoriją, o kaip apie būseną ar etosą, todėl vartojama *nomadizmo* ar *nomadinio egzistavimo* terminai (Fox, 1998).

²² Kūnas be organizmo (KbO) (*body without organism*) yra Deleuze ir Guattari sąvoka, pabrėžianti, kad kūno sampratą formuoja ne kūnas pats savaime, o įvairūs medicinos ir socialinių mokslų diskursai. Pirmą kartą sveikatos diskurse KbO atsirado G. Deleuze veikale *Prasmės logika* (1990), vėliau G. Deleuze ir Guattari (1984) *Anti Edipe*, dar vėliau G. Deleuze ir Guattari (1988) *Tūkstantinės plynauskštės*, bet patį terminą 1947 m. pasiūlė prancūzų rašytojas Antoninas Artaud pjesėje *Padaryti su Dievo sprendimu* (*Pour en finir avec le jugement de Dieu*). Remdamasis sava žiaurumo teatro koncepcija (turimas mintyje ne sadizmo sukeltas skausmas, bet veikiau prievarta, sudrebinanti netikrą tikrovę, kuri įvairiais būdais gundo žmonių suvokimą) A. Artaud išplėtoja *kūno be organų* koncepciją, teigdamas, kad žmonės serga, nes jie yra blogai sudėti. Anot Artaud, reikia padaryti taip, kad mūsų mintys nuogai nurengtų žmogų tam, kad nuva-

postmodernaus nomadizmo, kurį aš siūlau, padariniai aiškūs: technologijos, literatūra ir menas, „kibernetinis dvasingumasias (*cyber-spirituality*)²³ yra įvairiai tikrinantis įkūnytą žmonijos ribas, sukonstruotas tradicinių kūno diskursų. G. Deleuze ir F. Guattari, kaip ir N. Foxui, *be organų* sąvoka yra metafora, reiškianti faktą, kad kūnas esti tarsi paviršius. Kūno, sveikatos ar negalavimo idelogijos konstruoja, o praktikos tarsi įrašo kūną. Tai ne natūralių, esencialistinių ar kokių nors kitokių buvusių ankstesnių sveikatos samprotavimų siūlymas. Kaip teigia N. Foxas (1998), siūlymas vartoti šią keistą sąvoką yra pripažinimas J. Derrida *arche-writing* sąvokos²⁴, kuri neapibūdina paties rašymo, bet suponuoja rašymo galimybę. Panašiai apibūdinama *archisveikata*, kai yra taikoma *postmodernistinė* teorinė schema skirtyboms išryškinti. *Archisveikata* – tai:

- organizmo, kuris sudaro galimybę pradėti kalbėti apie sveikatą ir negalavimą, *tapimas*;
- egzistuoja visuose kasdieniuose sveikatos diskursuose;
- niekad negali vėl tapti mokslinio tyrimo objektu nepakliūdama į sveikatos / negalavimo diskursą. Tai nėra šių diskursų dekonstrukcijos padarinys, tai pati dekonstrukcija, tai skirtumai ir tapimas;
- daugialypės sveikatos ir ligos sampratos, todėl, esant skirtumams, beprasmiška kalbėti apie jų bendrumą ar nebendrumą.

Kiekvienas KbO turi savo *archisveikatą*, kuri yra *tampanti kitu* (N. Foxas). Kadangi sveikata ir liga savo diskursais įvietina (*territorialize*) KbO, *archisveikata* yra šio diskurso atmetimas ir pasipriešinimas. Asmens *archisveikata* gali būti daugiau ar mažiau plėtojama, atsižvelgiant į tai, kaip

lytume tuos mikroorganizmus, kurie sukelia jam mirtiną niežulį, stabus, kartu su jais ir organus. Galima susieti žmogų su organais, jei taip norima, bet nieko nėra taip naudinga kaip organas. Kai jūs paversite *žmogų kūnu be organų*, tuomet jį išvaduosite iš visų jo automatiškų reakcijų ir atkursite jo tikrąją laisvę (cit. pagal Fox, 1998, p. 38).

²³ Teigiama, kad kibernetinėje kultūroje yra tam tikras eklektinis dvasingumas, provokuojantis realistinės filosofijos ir mokslinio pasauliškumo ribas (Fox, 1998).

²⁴ J. Derrida *arche-writing* sąvoka apibūdina kalbos formą, kuri negali būti konceptualizuota „būties metafizikos“ arba logocentrizmo. J. Derrida požiūriu, logocentrizmas yra nuostata, kad *logos* (gr. šneka, mintis, mąstymas, įstatymas ar priežastis ir t. t.) yra centrinis kalbos ir filosofijos principas. *Arche-writing* yra pirminė kalbos forma, kuri išvedama ne iš šnekos (*speech*), yra laisva ar netrikdoma šnekos ir rašto skirtumo. Rašymas yra „išvietinimo“ būdas, išsivadavimas iš diskurso, atsisakymas sekti vienintelę prasmę seka „Drauge *arche-writing* yra sąlyga atsirasti ir veikti skirtumams tarp rašto ir nerašto kalbos formų. J. Derrida priešina *arche-writing* sąvoką su „paprasta“ (*vulgar*) rašymo sąvoka. „Paprasta“ (*vulgar*) rašymo sąvoka, kurią siūlo „būties metafizika“ arba logocentrizmas, yra dekonstruojama *arche-writing* sąvokos. Interneto prieiga: <http://newderrida.wordpress.com/2007/11/19/some-key-terms/>.

jų subjektyvumas yra įvietinamas medicinos ir socialinių mokslų diskursų. Tai visą gyvenimą truncančios kelionės kelias į KbO. *Archisveikatos* etika ir politika yra dekonstruojančios. Jos nuolat primena, kad modernistinėms disciplinoms reikia užduoti sunkų klausimą apie tai, kaip jos įsirašo į žmonių subjektyvumą savo ligos ir sveikatos koncepcijomis bei praktikomis (Fox, 1998, p. 36).

Tiesiogine prasme MNN apibrėžiami kaip negalavimai, kurie neturi objektyvių rodiklių ir yra biomedicininio diskurso dalis. MNN, nepasiduodami biomedicinei interpretacijai, tarsi reikalautų atviro požiūrio į negalavimą arba kito diskurso. Atrodo, šiuo atveju KbO sąvoka ir koncepcija gali „išlaisvinti“ mediką nuo išankstinės nuostatos, kad kūną reikia gydyti pagal kokią nors standartinę biomedicininę sampratą. Šia prasme MNN kuria naują diskursą, kuriam reikia ne objektyvių biomedicininų simptomų, o tik įvertinti kognityvinę paciento būklę. MNN liudija, kad reikia kalbėti apie kokybiškai kitą ligos diskursą, kuris kenčiančiam žmogui „sugrąžina“ kūną neįsikišant biomedicinai. Kadangi šis reiškinys įtraukia pacientų ir institucijų santykio klausimus, čia įsitraukia įvairios galios santykių (pvz., Foucault valdysenos) ar simuliacrų (Baudrillard'o) sampratos.

Mediciniškai nepaaiškinami negalavimai kaip valdysenos objektai

Savitai subjektyvumo didėjimo reikšmę VM / P visuomenėse tyrinėjo M. Foucault. Jo manymu, visuomenės gyvenimo subjektyvacija veda prie naujų galios ir dominavimo formų, o aiškiausiai tai matoma seksualumo srityje, kai žmonės ima ginti tam tikras seksualumo formas ir susilaikyti nuo „netinkamo“ seksualinio elgesio. Pereinant nuo ankstesnių disciplinavimo ir priežiūros formų prie šiuolaikinių savimonės (*self*) technologijų, įpareigojančių žmones kalbėti apie save tiesą, dabar kuriamos sudėtingos dominavimo struktūros. Skirtingai nuo uždarų ir nerefleksyvių represinių galios pančių, dabar kaip niekad anksčiau kuriami viską persmelkiantys „tiesos režimai“. Subjektui privalu kalbėti, o ne būti pasyviu veikėju. Apibūdindamas valdymo problematiką, M. Foucault atkreipia dėmesį į šį aspektą ir pabrėžia, kad galia pirmiausia yra patarimas (*guidance*) elgtis, t. y. individų savęs valdymo formų valdymas, subjektų galimų veiksmų lauko struktūravimas ir formavimas. M. Foucault siūloma valdysenos (*governmentality*) samprata gali būti

vartojama santykiams tarp individų savimonės (*self*) ir dominavimo technologijų tirti. Todėl valdysenos perspektyvos požiūriu sveikatos politikos racionalumas yra ne grynos ir neutralios žinios, kurios paprastai reprezentuoja valdomą realybę, o paties valdymo elementas, padedantis sukurti diskursinį lauką, kuriame įgyvendinama galia yra „racionali“. Valdysenos sąvoka teigia, kad ne tik svarbu matyti, ar neoliberalus racionalumas yra adekvatus visuomenės reprezentavimas, bet ir tai, kaip ta visuomenė funkcionuoja kaip „politinė tiesa“, produkuojanti naujas žinių formas, išrasdama naujas sampratas ir sąvokas (Foucault, 1991, p. 103).

Konstruodami sveikatos požiūriu rizikingas elgsenas, epidemiologiniai tyrimai tarsi „iš vidaus“ verčia žmones pasirinkti medicinos požiūriu „sveiką“ elgseną. Sukuriami diskursai, kuriais ne tik valdoma žmonių elgsena, bet jais vadovaudamiesi asmenys jaučiasi sveikesni. Jeigu priimama nuostata, kad MNN yra psichosomatinės kilmės, tai reikštų, kad individų subjektyvumas arba ta prasmė, kurią jie teikia savo elgesiui, disonuoja arba nederina su priimamu išoriniu diskursu. Kitaip tariant, asmens subjektyvumo ir išorinio diskurso neatitikimas gali sukelti tam tikrus išgyvenimus, kurie pasireiškia įvairiais somatiniais negalavimais.

Sergantysis, kreipdamasis į gydytoją, visada turi tam tikrų lūkesčių būti išgirstas ir tam tikrą sampratą, kaip turi būti gydomas. Tyrimai parodė²⁵, kad pacientai rezervuotai priima nemedicininės kilmės MNN aiškinimą ir nepalankiai žiūri į ŠG siūlymą kreiptis į psichologą ar psichiatrą. Todėl kai pacientas skundžiasi MNN, medikas negali elgtis standartiškai, o turi valdyti pacientą jo paties nuostatomis. Ar gali medikai valdyti MNN reiškinių, kuris yra nemedicininės kilmės? Dar daugiau, ar gali medikai valdyti socialinę individų veiklą? Pagal apibrėžimą medikas nėra asmens socialinio elgesio ekspertas, todėl neišvengiamai suponuojama įvairių specialistų komandinio darbo būtinybė. Atrodo, kad *archisveikatos* sąvoka yra ypač naudinga mėginant analizuoti MNN reiškinių, nes teigia, kad asmuo neturi savęs verstį daryti tai, kas jam nemėgiama, kas sukelia nemalonius psichologinius išgyvenimus. Vadinasi, asmuo turi aktyviai ieškoti optimalaus santykio su aplinka. Tarkim, lėtinis nuovargis gali kilti iš nemėgto darbo, darbuotojų nemalonių tarpusavio santykių.

²⁵ Žr. šio žurnalo straipsnį „Mediciniškai nepaaiškinami negalavimai ir paciento elgsena sveikatos priežiūros sistemos atžvilgiu: prastos savijautos socialinio pateisinimo paieškos“.

Mediciniškai nepaaiškinami negalavimai kaip simuliakrai

Analizuojant MNN VM / P visuomenėse, atkreiptinas dėmesys į dar vieną MNN aspektą. Psichosomatikos reiškinyje ir MNN gali būti analizuojami kultūros bei simuliakrų analizės požiūriu. Anot J. Baudrillard'o (2002), VM / P visuomenėse simuliakrai vis labiau pakeičia patyrimą, bet kartu, pabrėžia J. Baudrillard'as, simuliacija nėra apsimetinėjimas. Simuliacija suabejoja skirtumu tarp „tikro“ ir „netikro“, tarp „realaus“ ir „įsivaizduojamo“. Ar simuliuojamas serga – juk jo simptomai „tikri“? Objektyviai jo negalima laikyti nei ligoniu, nei sveiku. Jeigu įmanoma „pagaminti“ kokį nors simptomą, jeigu jo negalima laikyti gamtos faktu, tai kiekviena liga traktuotina kaip simuliuojama ir susimuliuota, ir tada medicina praranda prasmę, nes ji moka gydyti vien „tikras“ ligas, nustačiusi jų objektyvias priežastis. Psichosomatikos plėtotė nuveda prie moderniosios sveikatos / ligos sampratos principo paribių. Psichoanalizė savo ruožtu organinį simptomą perkelia į sąmonės sferą: kaip tik čia jis laikomas „tikru“, tikresniu nei tas jaučiamas, tačiau kodėl, klausia Baudrillard'as, simuliacija turėtų sustoti sąmonės prieangyje? Sąmonė psichoanalizės požiūriu yra „tikresnė“, nes ji realiai determinuoja individo elgesį, o jei jis nenori racionaliai pripažinti išstumto sąmonės turinio, pastarasis pasireiškia įvairiais somatiniais simptomais. Argi sąmonės „veikla“, teigia J. Baudrillard'as, negali būti „pagaminta „kaip ir kiekvienas klasikinės medicinos simptomas?“ (Baudrillard, 2002, p. 9–10).

Galima sakyti, kad simuliakrų koncepcijos požiūriu MNN yra tam tikros ligos simuliacija ta prasme, kad tie simptomai nerodo jokių objektyvių pakeitimų. Tai yra simuliacija, žvelgiant iš ortodoksinio biomedicininio požiūrio. Ta prasme ji iš tiesų yra simuliacinė, net jei pacientas jaučia tam tikrą negalavimą. Kaip tokias ligas, kurios neturi objektyvių priežasčių, turi gydyti alopatinė medicina, kaip tokioje negalavimų srityje gali egzistuoti medicina ir pirmiausia PSP? J. Baudrillard'as pasakytų, kad ten, kur pasirodo MNN, „nužudoma“ medicina.

Anot J. Baudrillard'o, „[...] ką gali padaryti medicina su tuo, kas plūdurioja šia pusę arba anapus ligos, šia pusę arba anapus sveikatos, su ligos susidvejinimu diskurse, kuris nebėra nei teisingas, nei klaidingas? Ką gali padaryti psichoanalizė su sąmonės diskurso dublikatu – simuliacijos diskursu, kurio nebebus įmanoma demaskuoti, nes ir jis nėra klaidingas?“ MNN tarsi „sunaikina“ ligą, nes jie yra jos simuliakrai, o ne „tikroji“ liga. Medikai kalba

apie psichosomatiką, bet tai reiškia, kad kažkokie nesuvokiami žmonių išgyvenimai veikia į sveikatą, bet ką daryti, jei tie išgyvenimai yra ne pati tikrovė, o jos simuliacija. Šia prasme MNN labai savitai paveikia gydymo procesą. Čia galima skirti du aspektus.

Pirma, MNN priežastis gali būti bet kokia subjektyviai konstruojama tikrovė ar, tiksliau, įsivaizdavimai dėl tikrovėje vykstančių procesų. Begalinė aibė socialinių konstruktų, kurie asmeniui subjektyviai yra nepalankūs, gali būti susiję su MNN. Vadinasi, galimos, anot M. Foucault, įvairios gydymo valdysenos (*governmentality*) strategijos, apimančios plačios vartojimo srities valdymą ir gydymo rūšių įvairovę²⁶. ŠG gali aiškiai suvokti, kad paciento skundai yra psichologinės kilmės, ir, nenorėdamas jo nuvilti, gali tęsti konsultacijas, kad pacientas galvotų, jog jis yra gydomas.

Antra, MNN situacija atskleidžia gana sudėtingą paciento ir ŠG santykio etinį arba dorovinį aspektą. Išnykus riboms tarp „tikros“ ir „netikros“ ligos, vienintelis kelias – pasitikėti pacientu. Gerovės valstybės SPS, kuri priiima išpareigojimą visiems visuomenės nariams suteikti SPS paslaugas, MNN tampa ir dalies visuomenės narių galimybe pabėgti nuo sudėtingos tikrovės įvairių išpareigojimų ir jų vykdymo atsakomybės. Toks eskapizmas jau tampa ne SPS, o pirmiausia kitų socialinių institucijų veikimo kompetencijos sritimi ir jų finansine našta.

Mediciniškai nepaaiškinami negalavimai ir nauja sveikatos bei ligos samprata

VM / P, atrodo, reiškia niekada nepasibaigiantį žinojimo ir galios pasikeitimą vietomis. Supratimo plėtojimas yra arba iliuzija, klaidingas tikėjimas, kad esti tai, ko iš tikro nėra, arba kitas judėjimas į priežiūrą ir kontrolę. Pasiūlyti ką nors apibrėžtesnio ar progresyvaus reiškia nuslysti į senus modernybės rėmus, t. y. apeliuoti į objektyvius, racionalius, net subjektyvius sveikatos požiūrius ir į medicinos vaidmenį su jos esencialistiniais ir fundamentalistiniais aspektais. Modernybės diskurso formos kuria esencialistinės tikrovės iliuziją, o postmodernistinė analizė siūlo tik galimybes. Anot D. Luptono, postruktū-

²⁶ Kita vertus, turint mintyje, kad daugeliu atveju MNN yra psichosominės kilmės, ypač susiję su asmenų socialinių santykių būkle, tai įvairios socialinės politikos, kurių tikslas gerinti socialinį sutelktumą, solidarumą, sanglaudą, remiantis M. Foucault valdysenos teorija, galėtų valdyti individų pasirinkimą konstruodamos rizikingų socialinių santykių atskaitas.

alistiniai feministiniai mokslininkai dabar teigia, kad moters kūno patyrimas negali būti atskirtas nuo diskursų ir praktikų, kurios jį sukuria, nes nėra „autentiško“ kūno, laukiančio, kad būtų išlaisvintas iš medicinos apribojimų (Lupton, 1994).

Pripažįstama, kad perėjimas iš modernybės į VM / PV negali būti analizuojamas požiūriais, kurie siūlo progresą, pagerėjimą ar didesnę autentiškumą. Tokiomis aplinkybėmis kritika gali siūlyti tik savo pačios kritiką. Žvelgiant sveikatos ir medicinos požiūriu, egzistuojančios visuomenės sveikatos vertybės ir medicinos sociologija tampa dekonstrukcijos dėmesio centru. Siekiant padaryti ką nors daugiau reikėtų kartoti niekados nepasibaigiančias modernaus mąstymo klaidas – troškimą žinoti, organizuoti, kontroliuoti. Ir vis dėlto moderni istorija, anot M. Bury (1998), vis dar gyvuoja. Pabrėžiant centrinių diskurso vaidmenį, kiti aktualios modernybės palikimo aspektai yra tiesiog neįvertinami. M. Bury požiūriu, postmodernybė paradoksaliai dažniausiai palieka tik diskursyvinių praktikų ir tekstų tyrimą. Tokiam požiūriui galima priešinti gyvenamąsias realybes (*lived realities*), pvz., sveikatą, ligas, negalavimą, kurie buvo atskleisti moderniosios visuomenės raidos metu. Išgelbėdami juos nuo ištrynimo postmodernistiniuose rašiniuose veikiausiai nesusigražinsime neproblemiško „autentiško“ kūno sampratos ar tikros praktikos ataskaitos, bet mažų mažiausiai tai gali tapti patarimais susigaudyti, kas vyksta šioje pavojų teritorijoje. Dekonstruojant dekonstrukcijas gali paaiškėti gyvenamojo patyrimo (*lived experience*) rekonstrukcija. Galbūt net sveikatos ir negalavimo sociologija galėtų padėti (Bury, 1998, p. 18).

Atrodo, MNN reikalautų išplėsti sveikatos ir ligos sampratą, nes MNN interpretuoti biomedicine ir psychobiosocialine prieiga nelabai pavyksta. Pirmiausia reikėtų pasakyti, kad abi prieigas veikiausiai reikėtų aiškinti ne kaip vieną kitą neigiančias, bet vieną kitą papildančias. Medicinos plėtra leido suvokti, kad sveikata priklauso ir nuo biologinių, ir nuo kitų veiksnių. *Archisveikatos* sąvoka ir koncepcija galėtų būti trečioji sveikatos ir ligos samprata, išryškėjanti taikant postmodernistinę sociologijos prieigą. Šios sąvokos nauda ypač akivaizdžiai matyti analizuojant MNN reiškinį. Biomedicininė prieiga yra griežtai orientuota į žmogaus kūno biologinį, psychobiosocialinę – į tam tikrą psichologinį, biologinį ir socialinį standartą, nuo kurio priklauso sveikata, o archisveikata orientuojasi į tam tikrą asmens sveikatos galimybę. Biomedicininė prieiga efektyvi esant infekcinėms ligoms ir įvairioms traumoms, psychobiosocialinė – lėtinėms ligoms, o archisveikatos samprata, atrodo, tinka psychosomatikai. Šiandien psychosomatika daugeliu atvejų papuola

į MNN sritį, nes interpretuojamos iš ankstesnių sveikatos ir ligos perspektyvų. Kadangi psichosomatika (pvz., lėtinis nuovargis, migruojantis skausmas ir t. t.) priklauso nuo asmens ir socialinės aplinkos santykio, formuojamo įvairių diskursų, tai archisveikatos samprata siūlo asmeniui aktyviai ieškoti optimalaus santykio su aplinka. Tik esant pozityviam santykiui su socialine aplinka, asmuo jausis sveikesnis. Tokia sveikata neturi aiškaus standarto, ji priklauso nuo nuolatinės sąveikos su socialine aplinka. Pavyzdžiui, asmuo neturi savęs versti daryti tai, kas jam yra nemėgiama, kas sukelia nemalonius psichologinius išgyvenimus. Tarkim, lėtinis nuovargis gali kilti iš nemėgto darbo, darbuotojų nemalonų tarpusavio santykių ir t. t.

Išvados

1. Vėlyvosios modernybės SPS arba sveikatos priežiūros institucinė sandara nuo pirmosios modernybės SPS skiriasi keliais esminiais bruožais, tiesiogiai susijusiais su socialinio veikėjo vaidmens pokyčiais: iš medikocentrinio į pacientocentrinį keičiasi mediko ir paciento santykis, smarkiai padidėja ligų prevencijos vaidmuo, o su juo ir PSPS plėtra bei sveikos gyvensenos ir elgsenos veiksnys. PSPS plėtros ir sveikos gyvensenos bei elgsenos didėjimo atveju auga individo atsakomybė už savo sveikatą.

2. Socialinės visuomenės sveikatos sąlygos visada buvo ir yra svarbios tiek modernybės, tiek vėlyvosios modernybės laikotarpiu, bet pastarojoje išryškėja papildomų socialinių sąlygų poveikio aspektų: išryškėja ir didėja tiesioginis socialinių sąlygų poveikis asmens subjektyviai sveikatos savijautai, nesukeliantis biofiziologinių kūno pokyčių. Todėl vėlyvosios modernybės laikotarpiu SPS ir ypač PSPS išryškėja atskira MNN grupė.

3. MNN poveikis yra trejopas: pacientui, šeimos gydytojui ir sveikatos priežiūros sistemai. Kiekvienai iš suminėjų sričių MNN kelia skirtingas problemas. MNN labiau provokuoja pacientų nepasitikėjimą medikais ir visa SPS. MNN turintys pacientai kelia didesnių finansinių problemų SPS, nes reikalauja daugiau diagnostinių tyrimų. Todėl ypač svarbu PSPS atpažinti MNN ir su jais susijusias socialines, o ne biologines priežastis.

4. Kol kas medicinoje MNN yra skiriama mažiau dėmesio nei patofiziologinius simptomus turintiems negalavimams, o MNN turi mažesnį statusą lyginant su kitomis ligomis. Medikai, kurie remiasi biomedicininio požiūriu į diagnozavimo procesą, yra linkę susilaikyti nuo mediciniškai nepaaiškin-

tos kilmės sindromų diagnozavimo. Kai kurie gydytojai mano, kad stokojant efektyvių gydymo metodų iš viso nereikėtų skirti MNN diagnozės.

5. MNN atveju ŠG priversti ieškoti ekstramedicininį negalavimo priežasčių, todėl priversti į kištis į asmens privatų gyvenimą. Vadinasi, MNN neišvengiamai suponuojama įvairių specialistų komandinio darbo būtinybė. Gausybė socialinių konstrukto, kurie asmeniui subjektyviai yra nepalankūs, gali būti susiję su MNN. Vadinasi, galimos, anot M. Foucault, įvairios gydymo valdysenos (*governmentality*) strategijos, apimančios plačios vartojimo srities valdymą ir neaprepiamą gydymų įvairovę. Šiuo atveju galimas ir tam tikras piknaudžiavimas, nes, nenorėdamas nuvilti paciento, ŠG gali toliau konsultuoti, kad pacientas galvotų, jog gydymas tęsiasi.

6. *Archisveikatos* sąvoka ir koncepcija galėtų būti trečioji sveikatos ir ligos samprata, kuri išryškėja taikant postmodernistinę sociologijos prieigą. Šios sąvokos nauda ypač akivaizdžiai matyti analizuojant MNN reiškinių.

Literatūra

- Albama, D., Westinb, S. 2008. "Do Diseases Have a Prestige Hierarchy? A Survey Among Physicians and Medical Students". *Social Science and Medicine* 66: 182–188.
- Armstrong, D. 1979. "The Emancipation of Biographical Medicine". *Social Sciences and Medicine* 13A: 1–3.
- Asmundson, G. J. G., Taylor, S., Cox, B. J. 2001. *Health Anxiety. Clinical and Research Perspectives on Hypochondriasis and Related Conditions*. London: Wiley.
- Baudrillard, J. 2002. *Simuliakrai ir simuliacija*. Vilnius: Baltos lankos.
- Beck, U., Lau, Ch. 2005. "Second Modernity as a Research Agenda: Theoretical and Empirical Explorations in the 'Meta-change' of Modern Society". *The British Journal of Sociology* 56 (4): 525–557.
- Beck, U. 1998 [1986]. *Risk Society. Toward a New Modernity*. London. Sage Publication.
- Bury, M. 1997. *Health and Illness in Changing Society*. London and New York: Routledge.
- _____. 1998. "Postmodernity and Health". In *Modernity, Medicine and Health*, ed. G. Scambler, P. Higgs, 1-28. London: Routledge.
- Cockerham, W. C. 1995. *Medical Sociology*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Deleuze, G., Holland, E. W. 1999. *Deleuze and Guattari's Anti-Oedipus – Introduction to Schizoanalysis*. New York: Routledge.
- Foucault, M. 1991. "Governmentality". In *The Foucault effect. Studies in Governmen-*

- tality with two Lectures by and an Interview with Michel Foucault*, ed. G. Burchell, C. Gordon, P. Miller, 87–104. Chicago: University of Chicago Press.
- Fox, N. 1998. “The Promise of Postmodernism for Sociology of Health and Medicine”. In *Modernity, Medicine and Health*, ed. G. Scambler, P. Higgs, 29–45. London: Routledge.
- Fox, N. 1994. *Postmodernism, Sociology and Health*. Toronto: University of Toronto Press.
- Germov, J., ed. 1998. *Second Opinion: An Introduction to Health Sociology*. Oxford: Oxford University Press.
- Giddens, A. 1991. *Modernity and Self-Identity*. California: Stanford University Press.
- _____. 1996 [1990]. *The Consequences of Modernity*. Cambridge: Polity Press.
- Glasunov, I. S., Dowd, J. E., Baubinienė, A., Grabauskas, V., Sturman, F., Schuurman, J. H. 1981. *Kaunas–Rotterdam Intervention Study: Behavioural and Operational Components of Health Intervention Programmes*. New York, Oxford: Elsevier, North Holland Biomedical Press.
- Grabauskas, V. 2003. „Nuo klasikinių epidemiologinių tyrinėjimų iki sveikatos politikos formavimo (Kauno–Roterdamo epidemiologinės programos patirtis)“. *Medicina* 39 (12): 1184–1192.
- _____. 1997. „Kauno–Roterdamo epidemiologinės programos indėlis plėtojant tarptautinius Kauno medicinos akademijos ryšius“. *Medicina* 33 (9): 3–8.
- Health 21*. 1998. *Health 21: the Health for all Policy Frame-Work for the WHO European Region*. (liet. Sveikata visiems 21. XXI a. Pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione). Vilnius: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija.
- Inglehart, R. 1997. *Modernization and Postmodernization: Cultural, Economic, and Political Change in 43 Societies*. New Jersey: Princeton University Press.
- Ismail, Kh., Lewis, G. 2006. “Multi-Symptom Illnesses, Unexplained illness and Gulf War Syndrome”. *Philosophical Transactions of the Royal Society (Biological Sciences)* 361(1468): 543–551. Interneto prieiga: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1569616/>.
- Jurgelėnas, A., Mačiūnas E., Juozulynas, A. ir kt. 2007. *Sveikatos socialinė plėtra*. Vilnius.
- Lyon, D. 1994. *Postmodernity*. Buckingham: Open University Press.
- Lyotard J.-F. 1993. *Postmodernus būvis*. Vilnius: Baltos lankos.
- Nettleton, S. 2006. “I Just Want a Permission to be Ill: Towards a Sociology of Medically Unexplained Symptoms”. *Social Science and Medicine* 62: 1167–1178.
- Pollock D. “Review of Nicholas J. Fox Postmodernism, Sociology and Health”. Interneto prieiga: <http://wings.buffalo.edu/research/anthroglis/JWA/VIN4/pollock-rev.txt>.
- Ring, A., Dorwick, C. F., Humphris, J. D., Salmon, P. 2005. “The Somatising Effect

- of Clinical Consultation: What Patients and Doctors Say and do not Say when Patients Present Medically Unexplained Physical Symptoms". *Social Science and Medicine* 61: 1505–1515.
- Ring, A., Dowrick, C., Humphris, G., Salmon, P. 2004. "Do Patients with Unexplained Physical Symptoms Pressurize General Practitioners for Somatic Treatment? A Qualitative Study". *BMJ* 10: 1136–1140.
- Stankus, A. 2001. „Psichosomatinės medicinos aspektai“. *Biomedicina* 1 (1): 49–59.
- Šniukaitė, D., sud. 1998. *Slauga pirminėje sveikatos priežiūroje*. Vilnius: Charibdė.
- The Evidence of Health Promotion Effectiveness. Shaping Public Health in New Europe*. 2000. Brussels-Luxembourg.
- Weiss, L., G., Lonnquist, L., E. 2000. *The Sociology of Health. Healing and Illness*. London: Prentice Hall.
- Wileman, L., May, C., Chew-Graham, C. A. 2002. "Medically Unexplained Symptoms and the Problem of Power in the Primary Care Consultation: A Qualitative Study". *Family Practice* 19 (2): 178–182.

Medically Unexplained Illnesses in the Primary Health Care System of Late Modernity

Summary

There is some adequacy between structure, function, state of the primary health care system (PHCS) and the structure and change of the modern society. In sociology the modern society is divided in two stages – first modernity and second or late modernity. PHCS has its specific state in the first and late modernity. In turn the medically unexplained illnesses (MUI) are understood differently in each stage of modernity. There are three social agents in every PHCS: family doctor, patients and managers of PHCS. These three social agents are differently related to MUI because they have different positions, roles and interests in PHCS. In the article, the literature on the PHCS in the late modernity is discussed from the point of view of MUI. The MUI are one of characteristic traits of the contemporary health care system. In their investigation, the postmodern concept of health is useful. The postmodern concept of health or arche-health is defined as a possibility located in the flows of desire and as a play of pure difference (Fox 1993). The postmodern conception of health can be regarded as an extension of the biopsychosocial conception of health. It implies that the postmodern concept of health could treat the MUI as unused possibilities or disallowance of the social differences and become an important factor in changing the health care system.