

Полевые исследования

Вариативность ценности здоровья в социальных полях: вызовы и стимулы самоохранных практик¹

DOI: [10.19181/inter.2021.13.1.1](https://doi.org/10.19181/inter.2021.13.1.1)

Ссылка для цитирования:

Бердышева Е. С., Белявский Б. А. Вариативность ценности здоровья в социальных полях: вызовы и стимулы самоохранных практик // Интеракция. Интервью. Интерпретация. 2021. Т. 13. № 1. С. 9–39. DOI: <https://doi.org/10.19181/inter.2021.13.1.1>

For citation:

Berdysheva E. S., Belyavskiy B. A. (2021) Variability in Value of Health in Social Fields: Challenges and Incentives for Self-Care Practices. *Interaction. Interview. Interpretation*. Vol. 13. No. 1. P. 9–39. DOI: <https://doi.org/10.19181/inter.2021.13.1.1>



Бердышева Елена Сергеевна

Национальный исследовательский университет
«Высшая школа экономики», Москва, Россия

E-mail: eberdysheva@hse.ru



Белявский Борис Александрович

Национальный исследовательский университет
«Высшая школа экономики», Москва, Россия

E-mail: bbelyavskiy@hse.ru

Современная политика общественного здравоохранения разрабатывается в расчете на высокую мотивацию индивидов. Однако и российские, и зарубежные исследования свидетельствуют о дефиците у населения заботы о собственном здоровье и игнорировании профилактических мер. В данной работе проблематика самозаботы о здоровье обсуждается не как вопрос

¹ Статья основана на результатах работы проектной группы «Онкология и дефициты агентности: автономные практики заботы россиян о себе в условиях кризиса биомедицины» при поддержке факультета социальных наук НИУ ВШЭ (2020–2021 гг.). Работа над статьей велась в рамках проекта Лаборатории экономико-социологических исследований НИУ ВШЭ «Соотношение формальных и неформальных источников хозяйственной власти в современной российской экономике» при поддержке Программы фундаментальных исследований НИУ ВШЭ (2021 г.).

индивидуальной воли, а как личностный выбор между конкурирующими представлениями о ценности здоровья, существующими в разных значимых для индивида социальных полях. На основании абдуктивного анализа 27 глубинных интервью с россиянами, проживающими в крупных городах, демонстрируется, что спрос на здоровье и практики самосохранительного поведения возникают у индивида тогда, когда забота о здоровье получает дополнительную ценностную нагрузку в значимых для идентичности социальных кругах. И, наоборот, «зацикливаться» на заботе о собственном здоровье человеку особенно сложно, если это не совпадает с ценностями окружения.

Ключевые слова: агентность; П. Бурдьё; социология оценивания; политики здоровья; удовлетворенность жизнью

Введение

В условиях второго эпидемиологического перехода установка на заботу о своем здоровье отвечает требованиям политики общественного здравоохранения, когда при общем повышении продолжительности жизни в структуре заболеваний доминируют заболевания образа жизни (lifestyle disease), главным образом кардиоваскулярные недуги и онкология. Эффективными способами снижения общественной нагрузки, связанной с этими заболеваниями, считаются профилактика, здоровый образ жизни и регулярная диагностика на индивидуальном уровне [Журавлева, 2006; Caiata-Zufferey, 2015]. В такой оптике безучастное отношение человека к своему здоровью связывается с безответственным поведением в отношении самого ценного — продолжительности собственной жизни [Ziguras, 2004]. Здоровье при этом понимается максимально широко. Согласно ВОЗ, группа стран с доходами выше среднего должна исходить в своей политике здравоохранения из понимания здоровья не как отсутствия болезни, а как состояния физического, психического и социального благополучия индивида. Некоторые социологи трактуют такое расширенное определение как знак равенства между состояниями здоровья и счастья.

Однако, как показывают исследования, выбор в пользу содействующего здоровью образа жизни можно наблюдать либо у индивидов из более высоких по социальному статусу классов, либо у представителей более молодых поколений [Радаев, 2020; Burnett, Veenstra, 2017; Savage et al., 2013]. Для всех остальных забота о собственном здоровье оказывается большим вызовом, в котором социальные обвинения в неспособности повзрослеть и взять на себя ответственность за собственное здоровье переплетаются с самобичеванием и самостигматизацией по поводу неспособности контролировать свою жизнь, действуя рационально и осознанно [Renedo et al., 2020]. Чувство вины знакомо и россиянам, которые, как свидетельствуют постсоветские исследования, страдают «близорукостью инвестора». Вместо того, чтобы инвестировать в свое здоровье силы, время и деньги, они демонстрируют



склонность к саморазрушительным практикам, отказ от профилактических мер, нежелание сталкиваться с медицинской системой вне острых состояний [Каравай, 2016] и в целом низкий интерес к практикам, которые, согласно современной медицинской науке, могли бы обеспечить им более здоровое будущее [Suvorova, Rozmainsky, 2019].

С точки зрения субстанциалистского подхода, доминирующего в современной социологии здоровья, дефицит воли и ответственности по отношению к самосохранительному поведению кажется парадоксальным: человек знает, как улучшить свои жизненные шансы, и имеет возможности такого улучшения (как минимум — избавиться от вредных привычек), но не делает этого. В западных странах этот парадокс пытаются объяснить завышенными ожиданиями по отношению к способности индивида совершать рациональные действия и потому предлагают корректировать провалы рациональности за счет государственных «подталкиваний» [Maller, 2015; Mayes, 2014]. В России низкая проактивность в отношении собственного здоровья объясняется инерцией, идущей от патерналистского здравоохранения, и привычкой россиян к внешнему локусу контроля за здоровьем [Каравай, 2016; Савельева, 2013]. Однако и в зарубежных, и в российских интерпретациях упускается из виду потенциальный конфликт индивидуальных практик самозаботы с конкурирующими требованиями отдельных социальных контекстов.

Никакого природного инстинкта к рациональной заботе о собственном здоровье ради сохранения его на долгое будущее у человека нет. Установка на заботу о здоровье интересна и культурно сконструирована. Только в обществах потребления и при рациональном капитализме контроль за здоровьем помимо актива становится также и потребительским благом. В социокультурной оптике долгожительства и выживания человек может увидеть в заботе о здоровье устойчивый смысл, мотивацию и соответствие социальным ожиданиям. Без этого трата внимания, времени и денег на здоровье не находит мотиваций и оправданий.

В данном исследовании стремление к сохранению здоровья проблематизируется в рамках отношенческого подхода, при котором и мотивация, и организация практик заботы о здоровье рассматриваются как требующие «со-настройки» с логиками и ценностями социальных полей [Бурдые, 2001; Maller, 2015; Doblytė, 2019; Veenstra, Burnett, 2014]. Предпринимается попытка объяснить, каким образом в условиях дефицита институциональной поддержки ценности индивидуального здоровья формируют не просто вкус к заботе о здоровье, но и готовность отстаивать ценность здоровьесбережения как желательный сценарий, продвигаемый в социальные поля.

Статья организована следующим образом. В начале акцентируются концептуальные преимущества отношенческого подхода к здоровью. Далее описывается методология проведенного исследования с акцентом на том, как формировался содержательный вывод в процессе применения абдуктивной логики: через целенаправленное сопоставление поступающих эмпирических данных об отношенческом подходе к здоровью. После этого представляются результаты эмпирического исследования, последовательно демонстрирующие

столкновение представлений о ценности собственного здоровья в поле семьи и карьеры, а также те условия, при которых индивиды готовы пересмотреть свой образ жизни в сторону более здорового. Статья завершается теоретическим осмыслением эмпирически укорененного вывода о том, что управление доксами разных социальных полей в контексте здоровья — это один из способов проактивного самосохранительного поведения, который позволяет сохранять мотивацию и обеспечивает практические возможности для заботы о нем. Здесь же обсуждаются критические эмпирические кейсы и ограничения полученного вывода, вытекающие из методологического выбора предпринятого исследования.

Ценность здоровья как отношенческий концепт в субстанциональном и отношенческом подходах

Неразрешимой проблемой для субстанциональных теорий является осознанная приверженность индивидов нездоровому образу жизни. При таком подходе остаются нерешенные противоречия, связанные с отказом от заботы о себе в ситуациях, когда индивид осознает эти риски и их причины [Caiata-Zufferey, 2015; Zhou, 2016]. В основе субстанционального подхода к концептуализации индивидуального действия лежит представление о воле, почерпнутое в философии И. Канта. Воля определяется Кантом как внутреннее свойство индивида, способность реализовывать стратегическое действие [Cassirer, 1953; Mohr, 2013]. Описанное понимание воли стало конвенциональным источником для определения агентности в изучении практик заботы о здоровье [Veenstra, Burnett, 2014].

Однако субстанциональная модель не учитывает социального контекста как условия, определяющего агентное и рациональное поведение, за что активно критикуется с позиций отношенческого подхода, разработанного П. Бурдьё. Современные исследователи подтверждают продуктивность подхода П. Бурдьё для объяснения агентности как интерсубъективной категории — как теоретической модели, включающей габитус, доксу, капиталы и поля [Veenstra, Burnett, 2014; Bourdieu, Wacquant, 1992; Бурдьё, 2001; Mohr, 2013]. Теория практик П. Бурдьё акцентирует аспект предсказуемости практик на основе данных о габитусе, располагаемом объеме капиталов и наборах правил тех социальных полей, в которые включен индивид. Однако, как подчеркивают ревизии работ Бурдьё, в этой формуле недооценена роль доксы [Burnett, Veenstra, 2017; Veenstra, Burnett, 2014]. Докса — это усвоенный индивидом набор само собой разумеющихся обыденных представлений об устройстве социальных полей. Система представлений доксы формируется в периоды, когда габитус индивида соответствует ритму поля [Бурдьё, 2001; 2005].

Для исследований самосохранительного поведения использование модели «габитус — докса — капитал — поле» дает альтернативный взгляд на классический вопрос о соотношении между жизненными выборами индивида и его жизненными шансами в контексте здоровья.



В отличие от субстанциональных трактовок, в отношенческом подходе здоровье оказывается одновременно терминальной и инструментальной ценностью. Здоровье определяется как одна из форм капитала, который можно накапливать, а затем «менять» на другие виды капиталов [Veenstra, 2007]. Также внутри отношенческого подхода изменяется разделение на индивидуальное и общественное здоровье, предложенное И. В. Журавлевой [2006]. Здоровье является целиком общественной формой, зависящей от определения его характеристик в социальном поле. И рассмотрение индивидуального здоровья без учета представлений полей становится нецелесообразным.

Поскольку значимые социальные роли конституируют идентичность индивида, он стремится выполнить требования нескольких полей, независимо от того, насколько их требования совместимы. Без интеграции установки на здоровье в отношения со значимыми другими, от которых зависят представления человека о самом себе [Duveen, Lloyd, 2013; Renedo et al., 2020], у здоровьесберегающих практик нет шансов. В то же время представления о ценности создаются в результате сознательных взаимодействий участников поля, которые вырабатывают критерии создаваемой ценности и способы их измерения [Callon, Muniesa, 2005]. Представления о ценности постоянно переопределяются вместе с процедурами оценивания [Aspers, 2018] и зависят от состава участников поля, обладающих разной переговорной властью [Beckert, 2020].

Ценность здоровья может стать двигателем повседневных практик, как только стабилизируется в ходе отношенческой работы в социальных полях. Там, где эта работа оказывается результативной, ценность здоровьесбережения начинает осознаваться как право, которое должно быть учтено на уровне докс и практик социальных полей [Burnett, Veenstra, 2017; Veenstra, Burnett, 2014]. Вплоть до продвижения здоровья как активности по переконструированию докс социальных полей, если они недружественны к здоровью.

Методология

Объектом нашего исследования антиракового самосохранительного поведения были экономически активные россияне. Главным образом нас интересовали горожане.

Эмпирическую основу исследования составили данные 27 глубинных интервью с россиянами, взятых авторами и их коллегами по проекту «Онкология и дефициты агентности: автономные практики заботы россиян о себе в условиях кризиса биомедицины» (НИУ ВШЭ) в 2019–2021 гг.

Гайд и анализ данных

Парадигма обработки данных была интегрирована логикой абдукции [Пирс, 2001; Swedberg, 2012; 2014; Strauss, 2010; Tavory, Timmermans, 2014]. Индукция пытается вывести правило из обобщения однородных единичных кейсов, ищет их родовое свойство. Дедукция ведет к оценке единичных

кейсов, пытаюсь проверить на них правило, претендующее на универсальность. Абдукция же сочетает циклы индукции и дедукции, тестируя и уточняя исследовательскую интуицию через теоретическое осмысление поступающей эмпирической информации, сбор которой организован так, чтобы скорее опровергнуть имеющуюся теорию, чем подтвердить ее, и, лишь если она устояла, согласиться в ее пользу. Качество научного вывода контролируется стремлением исследователя поставить свое предположение под сомнение (фальсифицировать), а не подтвердить (верифицировать).

Абдуктивный анализ предполагает не столько переработку данных, сколько постоянное выдвижение и эмпирическую апробацию аналитических идей по поводу них. Исследователь все время экспериментирует, причем экспериментальный план является динамическим. Анализ первой порции данных позволяет предположить правило, которое логически объясняет ситуацию. Дальше это правило исследуется в новом раунде сбора данных, который на уровне развития вопросов в гайд, а также на уровне выборки, организуется так, чтобы скорее опровергнуть выдвинутое предположение. Опровержение может состояться уже на этапе проведения интервью, где, видя, как задаваемые вопросы не побуждают респондента к рефлексии на заданную тему, исследователь экстренно ищет ракурсы темы, которые для респондента окажутся ключом к его опыту, а значит — и к свободному нарративу.

Кодирование данных обеспечивает систематическое развитие основного тезиса работы, связывая четыре ключевых аспекта исследовательского процесса: высвечивание принципов организации феномена через анализ смысловых высказываний респондента, генерирование вопросов в гайд для следующей итерации полевой работы, проектирование дальнейшей выборки исследования и написание аналитических памяток.

Тщательный анализ каждого взятого интервью и постоянное сопоставление резонирующих друг с другом интервью помогают уловить логику развития и центрального аргумента, и выборки. Исследователь систематически делает предположения относительно того, из каких точек социальной реальности возможно такое сравнение нарративов, которое позволит «вскрыть» принципиальные аспекты функционирования феномена. Недостигаемость или упущение из виду какой-то зоны социальной реальности — удар по внутренней валидности развиваемой гипотезы. А именно внутренняя валидность, как стандарт консистентности и насыщенности полученного научного вывода, — ориентир для оценки его обоснованности. Реализуя абдуктивный анализ, исследователь чередует циклы индуктивной и дедуктивной оценки накапливаемых эмпирических данных. Открытое кодирование — индуктивно. Это поиск эмпирических «улик», ярлыков и маркеров социального процесса. И построение предположений относительно того, о чем эти улики могут свидетельствовать, на кого указывать. В ходе осевого кодирования первое приблизительное правило, обобщающее данные, становится точкой отсчета. Предпринимается попытка дедуктивно оценить, в чем оно согласуется с действительностью, а в чем ей противоречит. Раунд осевого кодирования помогает понять, где исследователь заблуждается относительно устройства



действительности, а где ему не хватает эмпирических данных. Новые вопросы к полю снова приводят исследователя в фазу поиска эмпирических кодов — гиперссылок, которые могут привести исследователя к устойчивым категориям и новым объяснительным концептам в новом раунде осевого кодирования. Работа с обновленным набором вопросов и в осмысленно избранной зоне выборки позволяет оценить, насколько выдвинутое на данном этапе предположительное объяснение ситуации откликается полю логически и эмоционально, т. е. согласуется с эмпирической реальностью. Новая порция данных вносит в это объяснение поправки, генерирует новые вопросы к полю и новое движение выборки, готовя почву для следующей итерации эмпирического тестирования. Особое значение для реализации абдукции имеют вовлечение в анализ и особое внимание к критическим кейсам. Поясним логику наших рассуждений по поводу поступающих эмпирических данных, проиллюстрировав частный фрагмент дерева решений, через уточнение которого развивалось исследование.

Базовой посылкой для оценки накапливаемых эмпирических данных была исследовательская установка на то, что интерес к заботе о здоровье — это окультуренная, социально сконструированная переменная. На уровне эмпирической реальности она может как присутствовать, так и отсутствовать, оба эти сценария ожидаемы, вопрос лишь к локальным обстоятельствам, которые предопределяют настрой индивида по отношению к ней. В самой первой версии гайда мы пытались оценить место заботы о здоровье в повседневных практиках самозаботы россиян, поясняя респондентам, что проводим исследование в контексте рисков онкологических заболеваний как заболеваний образа жизни. Мы просили их вспомнить свой обычный день и рассказать, что в обычной жизни они делают, чтобы беречь или укреплять здоровье. Нас интересовало, как менялось их отношение к заботе о здоровье со временем; были ли в их жизни периоды, когда забота о собственном здоровье выходила на первый план, и с чем это было связано. Мы спрашивали, есть ли в их окружении людей, которые заботятся о здоровье заметно больше или меньше их, и как они объясняют разницу, сравнивая себя с ними. А также просили провести мысленный эксперимент и рассказать нам, как бы они относились к своему здоровью в условиях неограниченных ресурсов; стали бы они заботиться о здоровье больше; что они делали бы для здоровья из того, что не делают, но хотели бы делать сейчас.

В первых интервью обращали на себя внимание нарративы, в которых вопросы заботы о здоровье обсуждались респондентами с энтузиазмом, а практики выстраивания собственного здорового образа жизни рутинизированы и регулярно имплементировались. Такое отношение к здоровью (как сказала одна из респонденток, «отношение со страстью») можно было противопоставить нарративам, где респонденты признавались, что заниматься своим здоровьем им «скучно».

Замеченная разница в эмоциональном отношении к заботе о здоровье дала повод обратиться к более тщательной разработке схемы анализа на основе того, что отличает респондентов, видящих в практиках заботы

целесообразность, от тех, кто не находил для таких практик ни достаточных мотиваций, ни возможностей. Мы последовательно вычитывали имеющиеся нарративы, сравнивая настрой респондентов относительно ценности здоровья и практик заботы о нем в ракурсе вариативности этого настройа у респондентов разного пола, возраста, уровня дохода, уровня и специфики образования, в том числе уровня медицинской грамотности. Например, если среди респондентов со средне-специальным образованием (условно), высшим образованием (условно «более высокий уровень специфического медицинского знания как результат более высокого уровня общего культурного капитала»), а также медицинским образованием (условно высокий культурный капитал + специфический человеческий капитал в контексте здоровья) наблюдались разные сценарии отношения к здоровью и практикам самосохранения (и позитивные, и негативные), мы временно фиксировали для себя, что уровень и тип образования отношение к здоровому образу жизни, по-видимому, не формирует, и потому не является главным фактором различия.

При этом роль образования не исключалась окончательно: новые раунды полевой работы могли принести на этот счет новые уточнения. Анализируя первую порцию эмпирических данных, мы заметили отдельных респондентов, которые говорили, что заботиться о своем здоровье им неинтересно, и, судя по описываемым практикам, явно меньше занимались своим здоровьем (не контролировали питание, физическую активность, профилактическую медицинскую диагностику и т. п.), а обсуждение самозаботы связывали с возможностью или невозможностью обеспечить одинаково справедливые условия для здоровья для всех членов своей семьи. При этом в таких нарративах на уровне языка в контексте разговора постоянно срабатывали рассуждения на уровне «мы»: *«наше здоровье никому не нужно», «неизвестно, чем нас кормят», «и эта врач нас вылечила».*

Исходя из этого наблюдения, мы заменили стартовый вопрос гайда. В первой серии интервью мы фокусировали беседу с участником исследования вокруг его собственного здоровья. Теперь мы начинали разговор с просьбы рассказать, о чем здоровье респонденту приходится думать и заботиться. В ответ на этот вопрос отвечающие, с заметным удивлением для самих себя, быстро приходили к выводу, что в отношении здоровья значимых других им легче мобилизоваться на действие. В этом же ключе, оценивая разные периоды своего жизненного пути, когда собственное здоровье занимало их больше, чем сейчас, они вспоминали такой, например, период, как беременность. Здесь возникали детальные истории и погружение в вопросы здорового образа жизни, настойчивость в самостоятельной оценке полезности и рискованности отдельных практик (*«кофе на всякий случай решила перестать пить»*). Объясняя, почему в такие периоды отказаться от вредных привычек и выстроить более здоровый режим жизни получалось, респонденты приходили к формуле *«потому что в первую очередь забота идет не о себе».*

Подобный поворот инициировал серию уточняющих вопросов о том, в каком виде забота о здоровье других присутствует в жизни респондентов сегодня, и о том, как она соотносится с заботой о собственном здоровье.



Относительно уже собранных интервью это потребовало тщательного пересмотра данных в ракурсе того, как на необходимость заботиться о своем здоровье реагируют респонденты с разным количеством детей в разных возрастах. В данных стали накапливаться истории, когда рождение детей оказывалось поворотным пунктом, в связи с которым в семье вопрос о здоровом образе жизни подвергался обсуждению и пересмотру. Так же как и в нарративах, где респонденты старших возрастов брали на себя ответственность за здоровье престарелых родителей, разговоры о здоровье явно становились для них более интересными. Из нарративов складывалось впечатление, что этот интерес возникал потому, что, заботясь о здоровье других, индивиды убеждаются в собственном «авторитете», что придает заботе о здоровье ценностную окраску.

Потребовалось задуматься о том, в каких социальных контекстах и при каких условиях практики заботы о собственном здоровье могут содействовать или препятствовать росту самоуважения индивида. Очередная итерация просмотра транскриптов позволила заметить, что сходства и противоречия между вопросами заботы о здоровье и самоуважением возникали главным образом в двух социальных контекстах — в контексте семейной жизни и карьеры. При этом респонденты, меньше вовлеченные в эти два контекста (пока или уже), демонстрировали более позитивный настрой к заботе о собственном здоровье. Мы сосредоточились на том, как противоречивые требования полей семьи и карьеры приводят к изменению практик заботы о своем здоровье. Так вели нас данные. Кроме того, выбор карьеры и семьи как главных полей согласовывался с социологической посылкой о том, что в капиталистическом обществе карьера и нуклеарная семья воспринимаются не только как пространства выживания, но и как основные поля самовыражения [Fraser, 2016]. Социальные отношения в сфере карьеры и семейной жизни в контексте здоровья индивида поворачиваются и инструментальной, и терминальной стороной как значимые с точки зрения представлений о самом себе.

Выборка

Точки входа в эмпирическое поле выстраивались с учетом структурной дифференцированности самосохранительных практик населения, фиксируемых как в российских, так и в зарубежных исследованиях. Согласно им, известно, что активность в самозаботе о здоровье варьируется в зависимости от гендера (женщины что-то делают для своего здоровья чуть чаще), от возраста (по мере взросления здоровье забирает все больше внимания, но не везде это уже профилактика), поколенческой принадлежности (хэлсизм, категоризация заботы о здоровье как морального обязательства, интегрирует практики миллениалов), в зависимости от принадлежности к социальному классу (доминирующий средний класс интериоризирует личную ответственность за свое здоровье, высший следует элитарным моделям заботы о здоровья, где оно выступает как новый эстетический идеал красоты и социального успеха, низший класс часто отрезан и от современных знаний о здоровье, и от инфраструктуры здравоохранения). Далее выборка

формировалась таким образом, чтобы обеспечить цикл валидации-фальсификации промежуточных исследовательских гипотез. Дизайн выборки работал на обеспечение постоянных целенаправленных сравнений установок на здоровье у представителей различных точек социального пространства. Ожидание теоретического насыщения связывалось с исчерпаемостью изучаемых смыслов, а не с обеспечением представленности всех возможных социальных групп. Вариативность характеристик респондентов в итоговой выборке обеспечивала связь между возникающими предположениями относительно структуры ситуации и гипотезами относительно социальных контекстов, объясняющих это устройство.

Как потребительское благо, обладающее самостоятельной, терминальной ценностью здоровье проявилось в нарративах респондентов, чья жизнь отличалась определенной социальной автономностью: у студентов, живущих отдельно от родителей на самообеспечении и совмещающих учебу с работой; у женщин 55+, чьи дети выросли, живущих отдельно и самодостаточно; в нарративах респондентов, представляющих «дружные» семьи, особенно с маленькими детьми; в нарративах респондентов, чья профессиональная деятельность связана с заботой о теле, психике и благополучии человека (фитнес-тренеры, психологи, в меньшей степени — врачи); в нарративах респондентов, работающих в крупных современных корпорациях. Участники исследования рассказывали, как смогли приучить себя к особому порядку заботы о здоровье, примирить этот порядок со всеми сторонами своей жизни, добиться того, что забота о здоровье была органично встроена в их повседневность. При этом по полученным данным мы видели, что как респонденты, имеющие меньше ресурсов, могут видеть возможности для реализации ценности здоровья и делать свой образ жизни более здоровым, так и респонденты с высоким уровнем социального успеха, в том числе и материального, могут не находить стимулы для здоровьесберегающих практик. Данные позволяли предположить, что вкус к здоровью наблюдается среди россиян скорее на уровне ценностей, но не на уровне социальной стратификации. Интересующихся заботой о здоровье респондентов отличал не высокий доход, а осознанное отношение к вопросу сбережения здоровья (не обязательно собственного) и готовность прилагать усилия, чтобы адаптировать свою повседневность и жить в согласии с этой ценностью. Это направило фокус исследования на условия становления индивидуализированной осознанности и агентности.

Поясним, что на данном этапе изучения темы география исследования не контролировалась. Там, где рассуждения о здоровье у жителя Новосибирска на уровне языка были близки рассуждениям жителя Санкт-Петербурга, мы считали возможным связывать установки в отношении самозаботы с более близкими к опыту респондента контекстами, нежели с географией проживания. Если бы данное исследование не оставляло за скобками состояние профилактической медицины в России, доступность диагностики, экологические условия проживания, подобное пренебрежение к географии было бы недопустимо.



Результаты

Анализ эмпирических данных указывает на отношенческий характер представлений о здоровье и способов заботы о нем. Здоровье воспринимается индивидами в качестве накапливаемого инструментального ресурса для использования в различных социальных контекстах. Представления о способе использования здоровья в поле семьи отличается от способов использования здоровья в поле карьеры. И внутри одного поля, и во взаимодействии двух полей практики заботы о собственном здоровье могут восприниматься индивидами как конкурирующие с достижением целей поля и выполнением значимых социальных ролей. Забота о своем здоровье может расходовать ресурсы (время, деньги, силы), необходимые для заботы о других членах семьи. В поле карьеры расходование здоровья может восприниматься как часть производственного процесса, а также как необходимое условие для заработка средств, необходимых для поддержания поля семьи. Однако, как будет показано, индивидам удается преодолевать противоречия между требованиями полей семьи и карьеры, предъявляемыми к заботе о здоровье. Успех в выполнении противоречивых требований достигается за счет переосмысления требований поля и согласования новых интерпретаций здоровья с другими участниками поля. Так, в поле семьи индивиды реинтерпретируют результаты самозаботы таким образом, что собственное здоровье оказывается необходимым для реализации отношенческих обязательств. А в поле карьеры работники, через семью приверженные заботе о здоровье как терминальной, а не инструментальной ценности, обсуждают с коллегами способы использования здоровьесберегающих практик для достижения целей организации и предлагают новые корпоративные правила для сокращения физического износа.

Конфликт между ценностями полей как барьер заботы о здоровье

Наши респонденты общим знаменателем разнообразных трактовок здоровья видят понятие «жизненной энергии», которой пытаются управлять.

«Любую генетику можно укрепить правильным подходом к жизни, правильным питанием, правильными мыслями. То есть человек здоров по мере своей открытости, по мере выливания своих эмоций, ощущений, желаний добра людям, благотворительности, жертвенности. То есть, если человек занят "отдаванием" себя и выливанием энергии, то энергия не закисляется, не станет неправильно реализованной, не станет опухолью» (Нина, 65 лет, на пенсии, дает индивидуальные консультации, Москва).

Забота о здоровье приравнивается к заботе о *самочувствии*. Здоровье — синоним хорошего самочувствия. Желательное самочувствие — то, которое позволяет оставаться собой, т. е. справляться с исполнением социальных ролей.

«Вот вчера решил я о себе позаботиться, вместе с женой. Купил я зеленую фасоль и мясо, типа готовить, но тут пришли дети с горки. На одном из них не было лица, буквально, оно было все в крови, потому что он на каком-то пируэте тормозил этой частью тела о горку. И там сразу не понять — нужно в травмпункт или не нужно. Но я уже так подумал, что не нужно. И я решил о себе позаботиться. И хлопнул коньяку» (Валентин, 40 лет, 3 детей, Москва).

В нарративах здоровье преимущественно понимается как актив, «*здоровье для*», капитал, который нужно «*беречь, а не растрачивать*». Управление здоровьем — это в том числе выбор между его тратой и восстановлением. Мотивация к заботе о здоровье в таком случае опосредуется стремлением индивида достигать значимых целей в контексте социальных отношений.

«Я считаю, что здоровье — это основополагающий фактор для достижения. Все остальные цели по сравнению с тем, чтобы сохранить и приумножить наше здоровье, — это ничто. Если нет здоровья, соответственно, ничего не нужно. То есть все, что мы имеем, все, ради чего мы стараемся, трудимся — все это для того, чтобы мы пожинали результаты своего труда и как бы довольствовались вот плодами своего труда. Если нет здоровья, если нет самочувствия, то все остальное просто теряет свой смысл» (Людмила, 43 года, Москва).

Респонденты рассматривают здоровье не просто как ресурс для реализации себя в каком-то одном поле, но и как совокупный результат, складывающийся из действия во всех полях, в которые они вовлечены. Забота о здоровье диффузно распределена по всем сферам жизни. Быть здоровым — значит иметь достаточно сил, чтобы справляться с жизнью и быть удовлетворенным тем, как ты справляешься.

То, как ценность здоровья трактуется в определенном поле, может транслироваться через доксу, по умолчанию. Забота о здоровье формируется в связке с социальными ролями, приоритеты которых расставлены относительно их значимости для социальной идентичности личности, и через это — самооценности.

Так, психологическое здоровье оказывается и условием, и одним из прямых результатов успешного функционирования поля семьи. С другой стороны, индивиды осознают, что в поле карьеры состояние здоровья не только вносит вклад в личную эффективность, но и зависит от режима работы и условий труда, а также от организационной культуры на том месте работы, где они пытаются реализовываться профессионально в поле карьеры.



«Я слежу за своим внутренним состоянием, за отношением своим к миру, к ситуациям. Вообще, за всем, что происходит, т.е. я стараюсь быть осознанной. Мое окружение, понятно, то, что я работаю руководителем, да, директором по персоналу, и моя работа связана с людьми. И для меня очень важен такой, эмоциональный тоже фон, когда я являюсь определенным транслятором этого фона и воспринимаю остальных людей через себя» (Елена, 47 лет, работает в глобальной корпорации, Новосибирск).

Поддержание связи с другими необходимо, чтобы чувствовать себя здоровым. Управление здоровьем сопряжено с управлением отношениями, представлениями о ценности здоровья и практик его сбережения.

«Сон, питание. Ну, и, конечно, здоровье психическое. Главное здоровье психическое. Это та атмосфера, в которой ты живешь, это та семья, те люди, которые окружают тебя каждый день, это твои дети, твои родители, твои жены, мужа. Если состояние стабильное, спокойное дома, человек не нервничает, то здоровье у него будет на высоте. Если ситуация в семье будет нервной, если будут скандалы, безусловно, мы все знаем прекрасно — от нервов у нас все болячки. Вот это, наверное, основные три момента, которые мы должны соблюдать, чтобы быть здоровыми» (Юлия, 41 год, психолог, 2 детей, Москва).

«Траты времени и ресурсов на собственное здоровье нуждаются в легитимации в глазах значимых других. И там, где “здоровье терпит”, индивидуальным профилактическим практикам сложно внутри этих отношений найти оправдание. Посвятить время своему здоровью значит лишний раз и посмотреть на себя, а ведь человек не всегда принадлежит, себе. Вернее, он принадлежит себе, но не может эгоистично, единолично распоряжаться своим временем» (Лариса, 65 лет, высшее, инженер, домохозяйка, Москва).

Требуется уважительная причина, чтобы поставить здоровье в центр системы организации повседневной жизни. Реализация практик заботы о здоровье может оказываться предметом ценностного конфликта и кризиса легитимности для индивида. Забота о собственном здоровье представала в нарративах исполняемой из чувства долга и сохраняющей в памяти образ малоинтересного занятия. Ответственность за свое здоровье ощущалась респондентами как бремя. Сопоставление нарративов информантов, удовлетворенных качеством заботы о здоровье, и тех, кто сетовал на дефицит возможностей, позволило увидеть, что все за и против сводились к формуле: *«очень мало времени для того, чтобы уделять время здоровью...»*.

В поле семьи барьером для самозаботы даже при осознании ценности своего здоровья оказывалось то, что *«человек не принадлежит самому себе»*. В поле карьеры забота о здоровье выпадала из иерархии ценностей по формуле *«здоровье не важно — зарабатывать сейчас важнее»*. В целом

ряде эмпирических примеров респонденты говорили о невозможности примирить заботу о здоровье с их текущими социальными обстоятельствами. Забота о здоровье рассматривалась как несанкционированное предпочтение, по крайней мере временно, на текущем отрезке жизненного пути.

Санкционирование заботы о здоровье в поле семьи

Установка на справедливость распределения шансов на здоровье внутри семьи может вынуждать индивидов отказываться от практик заботы о себе ради обеспечения здоровья значимых других. Это особенно заметно в рассказах о невозможности обеспечить справедливый уровень заботы о здоровье каждого члена семьи. Собственное здоровье оказывается слишком индивидуалистической ценностью, намекающей на готовность сепарироваться от семьи, тем самым ценность здоровья конкурирует с ценностью семьи как единого организма, интегрирующего всех членов.

«У меня ситуация, где тогда такое же нужно обеспечить остальным членам семьи. Удержать это во всей семье — это накладно. Это как, к примеру, ты полетел в отпуск, заплатил 20 тысяч, а на семью из пятерых ты заплатил 100 тысяч, и тут проблемы сразу увеличиваются. Так что пятерым членам семьи найти этот час, это, конечно, можно, просто нужно в это сосредоточиться, а так как графики у всех разные...» (Валентин, 40 лет, 3 детей, ученая степень, Москва).

Условия жизни выстраивают приоритеты значимых социальных отношений, и только после этого ранжируются интересы собственного здоровья. Этот компромисс субъективно осознается как имеющий определенную цену упущенной возможности. Упущенная выгода от здоровья рассматривается как часть инвестиций в отношения.

«Я бы предпочел снять квартиру за городом, чтобы соседей поменьше, свежий воздух, двор, но жена — урбанист, ей нужно находиться в гуще событий. Поэтому у нас квартира не в золотом треугольнике, но в шаговой доступности Летний сад. <...> Мы с женой друг друга очень хорошо чувствуем, связь у нас существует, что я даже молчу, ничего не говорю — а жена уже чувствует» (Александр, 65 лет, работает в российской госкорпорации, СПб).

«Например, сейчас я бы хотела поехать в санаторий, у меня есть такая возможность, но я не могу оставить мужа одного. Ехать сейчас с ним — у нас не совсем совпадают, очевидно, по рекомендациям вот эти санатории. То есть я считаю, что вот на данном этапе я как бы должна остаться рядом с ним и позаботиться о нем» (Лариса, 65 лет, высшее, инженер, домохозяйка, Москва).



Семья как поле характеризуется нехваткой ресурсов, что становится барьером на пути заботы о здоровье. Однако более важными для анализа представляются случаи, когда индивиды делают выбор в пользу заботы о здоровье домочадцев, невзирая на объем имеющихся ресурсов. При этом собственный вклад в заботу о других может восприниматься дифференцированно. Например, сопоставляется ценность здоровья матери и других взрослых относительно возможности позаботиться о ребенке. И тогда забота взрослого о себе легитимна только до тех пор, пока его здоровье является условием выживания (здоровья) ребенка. После этого родители могут стоять перед дилеммой: жертвовать ли своим здоровьем ради экономии ресурсов в целях усиления заботы о детях.

«Другой момент: да, мама должна заниматься здоровьем своих детей, потому что дети не в состоянии оценивать свое состояние и вообще понимать, что нужно делать в этой ситуации. Поэтому тут, конечно, родители включаются, а так, конечно, каждый сам за себя. Пока я была беременная, я очень сильно готовилась к беременности, к родам, я очень много книг прочла, статей психологов известных, у меня был блокнот, в который я собственноручно выписала рекомендации, вот как я к этому подходила» (Екатерина, 35 лет, 2 детей, Москва).

«Вот удивительно, но я всегда смотрела на родителей и думала, почему они не заботятся о себе, почему они только за нас стараются, а о своем здоровье... мама нам завтрак готовила, а сама — чашку кофе и бежать. Я уже даже с детства понимала, что это не полезно. Меня это удивляло, а сейчас, когда я стала сама мамой, я веду себя точно так же, хотя я понимаю, что это вообще неправильно, и я ничего не могу с этим поделать» (Ольга, 26 лет, 2 детей, Тверь).

В отношении собственного здоровья у индивидов, не имеющих болезней в острой форме, создается ощущение контроля. Но парадоксальным образом ответственность за здоровье другого оказывается более сильной мотивацией, нежели сбережение себя. При этом состояние других членов семьи в большей степени обладает неопределенностью и вызывает большую тревогу. В какой мере подобные установки камуфлируют избыточную тревогу за собственное здоровье, проектируя ее на заботу о близких, утверждать сложно.

«Нет, деньги нет. Страховка позволяет. Просто чего я не знаю, того я не боюсь. Вот с этой точки зрения. Я не вижу проявлений физических в виде боли, ну и ладно, потом, в следующий раз — и так и катится. Все в одну парадигму. Мне не страшно, и я откладываю осмотр у врача. Не вижу опасности» (Руслан, 53 года, работает в российской компании, Москва).

Санкционирование заботы о здоровье в поле карьеры

В поле карьеры здоровье представляет собой ценность как ресурс, подлежащий трате, по аналогии с тратой других ресурсов, амортизируемых на производстве. При этом респонденты говорили, что видят большую угрозу своему здоровью в размывании границ между нерабочим и рабочим временем в пользу последнего.

«Поэтому я все больше и больше ищу способы работать разумно, где-то, может быть, не скажу, саботировать работу, но уже я где-то пытаюсь иметь побольше свободного времени вечером. Я по-прежнему работаю гораздо больше 9–10 часов, но я начал относиться к своему здоровью гораздо разумнее» (Руслан, 53 года, работает в российской компании, Москва).

Как объясняли респонденты, особенно те, кто не придерживается здорового образа жизни, цель заботы о здоровье стоит в одном ряду с другими личностными проектами, над которыми они работают в настоящее время, и место здоровьесбережения в ряду приоритетов оказывается далеко не первым. Чем большую значимость для человека имели альтернативные здоровью проекты, тем более успешно они конкурировали с возможностями заниматься своим здоровьем, и тем чаще мы видели, что респонденты выбирали откладывание вопросов здоровья «на потом».

«Да, очень бы хотела заботиться больше, но, чтобы это делать, я сейчас на пути реализации своей карьеры, потому что деньги — это энергия, которая может затрачиваться на ресурсы своего здоровья» (Юлия, 31 год, фитнес-тренер, Москва).

«Сейчас в целом самая большая и энергозатратная часть моей жизни — это работа, и поэтому мне просто нужно постоянно сопоставлять с ней свои планы и подстраиваться» (Александр, 41 год, бизнесмен, Москва).

Расходование здоровья на работе оказывается частью производственного процесса. Личное здоровье становится более ценным ресурсом при его трате сейчас, чем при сбережении на потом.

«Работа у меня всю жизнь была довольно стрессовая, напряженная. Стрессовая в том плане, что зачастую приходилось решать задачи, которые никто не решал, причем задачи, связанные с международным сотрудничеством, где каждая сторона имеет свою цель, свою выгоду. Да, в компании люди получают нормальную человеческую зарплату и имеют медицинскую страховку для всей семьи, и мне спокойно за здоровье близких» (Александр, 65 лет, работает в российской госкорпорации, СПб).



Ценность достижения карьерных результатов может совпадать с ценностями самореализации, а также с ценностью заботы о близких в поле семьи, окончательно закрепляя мотивацию индивида к растрате, а не экономии собственного здоровья.

«Работа выматывающая, считаю, что я жертва своей работы, поскольку я не живу свою собственную жизнь в понимании, насколько мне комфортно. Мне некомфортно. Я знаю, что в Европе, Австралии, Новой Зеландии живет, может быть, лучше и по-другому. Вроде как и хочется пожаловаться, а с другой стороны — мне далеко не хуже всех. Могу себе позволить съездить на лыжах покататься, на море, один или с семьей. Но сама по себе работа хлопотная, потому что я наемный сотрудник, мои акционеры требуют результат, а сфера деятельности, к сожалению, — занимать деньги в России» (Руслан, 53 года, российская компания, Москва).

Со-направление требований полей, стимулирующее самозаботу о здоровье

Связывая заботу о здоровье с коллективно разделяемыми ценностями полей, индивиды получают возможность субъективно занижать/завышать значимость здорового образа жизни, компенсируя это возможностью жить в согласии с ценностями полей. Если же здоровье из инструментальной ценности переходит в разряд терминальной в одном из полей, то тогда можно говорить об осознанной работе индивидов по изменению коллективных представлений в поле семьи или карьеры. В поле семьи забота о здоровье стимулируется формулой «не оставить детей сиротами». В поле карьеры забота о здоровье находит отклик, когда оказывается ассоциированной с лидерством и готовностью преодолевать неопределенность ради внедрения улучшений.

Синергия самозаботы о здоровье семьи

Очаги здорового образа жизни проявлялись на наших эмпирических данных там, где забота о здоровье семьи подтягивала за собой заботу о самом себе. Одним из наиболее ярких случаев, когда переход к более ответственному отношению к своему здоровью был сопряжен с установлением связи между ценностью здоровья значимого другого и собственным здоровым поведением, был кейс респондентки, которая боролась с привычкой к курению и тягостной зависимостью от табака и при этом удивлялась, что в ее биографии были случаи безболезненного долгого отказа от курения, совпадающие с началом беременностей. Бросить курить окончательно ей

удалось тогда, когда она поняла, что вдобавок к задымлению воздуха для домочадцев она еще подает своим детям негативный пример. Налицо были и борьба мотиваций по поводу вредной привычки, и переопределение ценностной установки на индивидуальном уровне. Это не единственный кейс, когда выстраивание практик здорового образа жизни было связано с родительской ответственностью и вследствие этого обретало дополнительный смысл. Здоровье оказывалось и средством, и следствием заинтересованного, деятельного отношения к членам своей семьи.

«Заниматься здоровьем мне скучно. У меня был период, когда состояние здоровья требовало посещения спортзала. Я заставляла себя, потому что надо. Но не понимала тех, кто ходит в зал каждый день. О здоровье близких мне намного легче думать, чем о своем. Я и о своем здоровье забочусь, чтобы подавать детям пример» (Оксана, 47 лет, 2 детей, медицинское образование, Алтайский край).

Признание собственного здоровья как ресурса для достижения значимых целей на уровне семейной системы выражалось формулой *«зарядить свою природную батарейку, чтобы питать жизненной силой других»*. Выбор *«энергосберегающего жизненного режима»*, трата ресурсов внимания, времени и денег на то, чтобы человек сам находился *«в ресурсе»*, обосновывались чувством ответственности за благополучие других.

«Если ты не хочешь быть обузой себе прежде всего и другим, то нужно понимать, что нужно о себе заботиться. И у меня такая есть позиция жизненная. Я все время спрашиваю у людей: "Как звучит первая заповедь?" Вот: "Возлюби ближнего как самого себя". Говорю: "Но как все-таки звучит первая?" И все теряются в ответе. Я говорю: "Так первая звучит: возлюби себя. Потому что "как самого себя"». Возлюби себя. Но в хорошем понимании этого слова» (Татьяна, 50 лет, Хабаровск).

В целом нарративы свидетельствуют, что нередко ценность осознается человеком не как данность, а как результат собственных действий. Направленная на себя забота о здоровье кажется бессмысленной, отдает или нарциссизмом, или одиночеством. Направленная вовне, забота о здоровье оказывается дополнительным средством самовыражения и согласуется с внутренними потребностями человека. Возможно, поэтому о собственном здоровье некоторым респондентам легче заботиться, акцентируя его значимость для других.

«Первично планирование своего собственного эмоционально-стабильного состояния, потому что от того, в каком ты состоянии, зависит то, насколько ты можешь быть продуктивным в любой другой сфере. То есть ты сначала отвечаешь за себя, а потом уже все остальные сферы. Ты сам, твое здоровье, твое адекватное эмоциональное



состояние, и тогда уже семья, дети, здоровье, деньги и все остальное» (Юлия, 41 год, психолог, 2 детей, Москва).

Внутри семьи забота о здоровье тесно связана с переговорами о качестве настоящего и будущего. Например, контакты с медицинской системой по поводу здоровья одного члена семьи могут приносить позитивные эффекты для здоровья других. В первые волны коронакризиса, желая избежать постановки на учет, родственники заболевших делились списками лекарств для лечения COVID-19 с теми, кто заболел, но не вызвал врача.

«Мы с проблемой пришли, и нас заставили сдать анализ. Я теперь понимаю, что хотя бы раз в год надо его сдавать обязательно, чтобы понимать». Интервьюер: «А вы сами пошли его потом сдавать?» — «Нет, я просто пить стала. Все же врачи говорят, что у нас очень плохо с этим делом, в нашем регионе, поэтому надо пить этот витамин D, там на месяц только делать перерыв, а так все время надо»» (Галина, 52 года, 1 ребенок, домохозяйка, высшее, СПб).

В контексте разговоров о настоящем и будущем особое значение приобретает обсуждение проблем состояния здоровья и повседневных привычек детей, либо проблемы высоких рисков здоровья взрослых членов семьи. Это оказывается действенным стимулом перестройки семейного образа жизни в сторону более здорового. В результате в семьях может возникать нечто вроде манифестов здоровья, ценность которых подкрепляется тем, что эти манифесты сформулированы самими участниками.

«Все дальнейшее воспитание по принципу заботы и уважения к самому себе, к своему телу и пониманию, что каждый ценен. Самоценность воспитывать у ребенка нужно с детства. Я считаю, что воспитать насильно никого нельзя, можно только собственным примером, своим жизненным примером показывать разумное, не знаю, более здоровое отношение к жизни. Ребенок просто впитает это как образ жизни» (Юлия, 41 год, 2 детей, психолог, Москва).

«Детям — это, конечно, только примером. По мере своей возможности мы стараемся вести здоровый образ жизни, спорт умеренный. Если касемо еды, то у нас Макар, к примеру, еще ни разу не был в Макдональдсе, он не знает, что это такое. Мы не делаем этого, не кушаем. У нас крестный иногда приезжает и говорит: «У вас суп, как в столовой», то есть у нас такое «садииковское», но в то же время без крайностей. Например, конфеты — позволительно, они всегда в доступе, все в доступе: и фрукты, и ягоды, и сладкое, но изначально это объясняется, что ты можешь это, но не больше двух в день. И ребенок это понимает. Но, опять же, мы с мужем тоже этого не делаем. Общие правила» (Катерина, 35 лет, 2 детей, Москва).

В этом же контексте забота о собственном здоровье может мотивироваться желанием не стать бременем для семьи в случае наступления болезни. Собственному здоровью уделяется время, чтобы «дать детям пожить».

«Ну, и еще забота о себе. Я все-таки стараюсь регулярно проходить диспансеризацию и проблемы какие-то медицинские свои решать даже не потому, что я что-то хочу там, просто, мне кажется, это облегчает жизнь моим всем близким, если я сама о себе позабочусь. Я когда сломала ногу, я поняла, что у всех у них проблем столько. У всех у них заботы, проблемы, никто меня не бросает, но это им лишняя нагрузка» (Наталья, 70 лет, замужем, СПб).

Общемедицинские и психологические рекомендации по интеграции здорового образа жизни в свою повседневность, во-первых, весьма многочисленны и часто противоречивы, во-вторых, всегда апеллируют к высокой мотивации и самодисциплине. Главным фактором успеха в управлении здоровьем считается регулярность, т.е. организация релевантных заботе о здоровье жизненных режимов — сна и отдыха, питания и пищевого поведения, курения и употребления алкоголя, физической активности и т.п. Ведение здорового образа жизни требует системной настройки. Для перенастройки требуется особый повод. При этом перенастройка не реализуется одномоментно. Как свидетельствует опыт наших респондентов, к здоровому образу жизни человеку приходится приучаться, привыкать. Сам по себе такой переход требует инвентаризации и переопределения многочисленных повседневных практик. Забота о собственном здоровье в условиях «общежития» нуждается в согласовании установок и режимов здоровья со значимыми другими.

«После шунтирования мой образ жизни сильно изменился. Моя жена и прежде заведовала домом, но тут вся наша жизнь стала большой программой моей реабилитации. Она выискивала новые рецепты, чтобы я мог соблюдать предписанный медицинский стол. С тех пор наше меню с ее помощью так и остается близким к тем предписаниям, даже по праздникам. Купила мне контейнеры, позволявшие соблюдать регулярность приема многочисленных лекарств. Начальник на работе тоже отнесся с пониманием. Мы договорились, что несколько дней в неделю я буду работать из дома. В те же дни, когда я ездил на работу, я обязательно во время обеденного перерыва выходил в парк рядом с работой на прогулку, это было важно для сердца. То, что я, занимая высокую должность, приношу на работу лоточки с домашней едой, тоже вызывало понимание... С операции прошло 12 лет. Гуляю в обеденный перерыв я до сих пор, даже работая из дома. Когда наш офис перевели в другое место и мне стало далеко ездить на работу, мы сняли дом недалеко от работы, оставив квартиру в другом районе Москвы. Чувствую себя тьфу-тьфу-тьфу...» (Владимир, 73 года, крупная российская компания, Москва).



В нарративах респондентов, которые касаются профилактики заболеваний, можно увидеть, как конструктивные практики выстраиваются благодаря достижению консенсуса между взрослыми членами семьи. Особенно это касается необходимых самоограничений в питании.

«Если мой муж пьет кока-колу, это его дело, его желудок. Но, когда он начинает угощать кока-колой наших детей, это уже наша общая проблема. И мы договариваемся, решаем, что мы будем делать, а что не будем и почему» (Светлана, 43 года, 2 детей, высшее образование, домохозяйка, Москва).

Семья в этом контексте оказывается значимым примером, поскольку представляет собой добровольный горизонтальный союз, где у индивида потенциально имеется возможность организовать такой образ жизни, который он считает «правильным». Семья, как пересечение телесного, эмоционального и духовного, через стыковку ценности здорового образа жизни с остальными семейными ценностями формирует практики заботы о здоровье, где больше не лишают жизнь утешений с помощью «мирских удовольствий», а наоборот — позволяют найти более действенные способы перенесения жизненных тягот и тем самым дают человеку силы жить.

«Мы исповедуем простую пищу. Ограничиваем сладкое, углеводы во второй половине дня стараемся не употреблять. Иногда нарушаем, по праздникам и выходным. Это все само собой получается» (Александр, 65 лет, госкорпорация, СПб).

«Не хожу в офис, не подстраиваюсь под начальника, не отдаю ему все силы. Иногда дети могут завтракать мороженым или сами жарить себе тосты. Соблюдаю режим. Ложусь в 21, встаю в шесть-семь. Детей укладываю в восемь вечера. Помогаю себе — прошу помощи. Иногда могу поспать днем, иногда полентяйничать, иногда убежать из дома надолго, чтобы отдохнуть, сберечь свои уши, глаза, психику, разум от лишнего» (Ольга, 39 лет, 5 детей, домохозяйка, индивидуальный предприниматель, СПб).

Позитивно подкрепленный порядок даже при самоограничениях позволяет индивиду расслабиться. Интеграция в семейные практики снижает субъективные издержки самодисциплины, а также издержки, связанные с отказом от вредных для здоровья практик, помогает рутинизации через совершаемое совместно усилие, взаимную поддержку, подбадривание, одобрение, а иногда и доброе соперничество, содействует становлению новой внутрисемейной солидарности.

«Для меня в качестве примера — дочь, а в качестве упрека — жена» (Руслан, 53 года, российская корпорация, Москва).

Таким образом, заботу о здоровье легче практиковать на уровне семейной системы, за счет участия в которой индивид имеет закрепленную роль, которая ценится другими и в сцепке с которой усилия по поддержанию здорового образа жизни ведут не просто к купированию рисков болезни, но позволяют достичь «душевного равновесия». Постулат о выгодах коллективной заботы о здоровье согласуется с предшествующими результатами [Vønnelycke et al., 2019]. Как было показано выше, забота о здоровье индивида не вписана в структуру ценностей семьи изначально. Во всех случаях успешное согласование достигалось за счет целенаправленной коммуникации между членами семьи и переопределения правил общежития.

Синергия самозаботы о здоровье и карьеры

Обсуждая уровень семейной системы, мы говорили, что, по данным нашего исследования, человеку легче заботиться о собственном здоровье, акцентируя его значимость для других. Однако в современном мире человек не может быть предан только семье и близким, но видит смысл своей жизни в преданности делу, профессиональному и социальному. Подчас такое отношение означает использование, трату здоровья. Однако в локальных конфигурациях профессиональных требований здоровье сотрудников может выступать индикатором правильно организованных процессов, не приводящих к истощению работников и потери их работоспособности. А в отдельных профессиях умение сотрудников обретать здоровье оказывается необходимым условием для предоставления услуг клиентам.

В нашем исследовании более контролируемый образ жизни с желанием заботиться о своем здоровье или хотя бы минимизировать вред наблюдается у таких специалистов, как психологи, фитнес-тренеры, инструкторы восточных практик, представители медицинских специальностей (диетологи, реабилитологи), т.е. у тех респондентов, услуги и рекомендации которых отражаются на других и на них самих.

«Мое здоровье, тонус моего тела, именно на этом я зарабатываю, потому что человек пойдет к тренеру в хорошей физической форме, а не к больному, слабому. Я всегда забочусь о своем здоровье, особенно перед соревнованием, когда нужно начать “сушиться”, это очень давит на здоровье, поэтому нужно быть аккуратнее с этим» (Иван, 21 год, фитнес-тренер, Москва).

«Достаточно странно для клиента будет прийти с расстройством пищевого поведения к психологу, страдающему булимией и ожирением» (Зина, 34 года, психолог, Казань).

Установки и практики заботы о здоровье согласуются с корпоративным кодом социальной ответственности крупных корпораций. Главным



образом это свойственно транснациональным корпорациям, действующим на территории России и подчиняющимся глобальным или европейским стандартам обеспечения прав личности. Эти стандарты ставят в приоритет заботу об условиях труда и благополучии сотрудников. При этом чем выше в составе производимого корпорацией продукта доля креативного или эмоционального труда, тем больше ресурсов компания направляет на поддержание физической и психологической устойчивости сотрудников, поскольку нарушение здоровья сотрудников влечет за собой существенную потерю в производительности.

«Да, причем политикой компании поощряются занятия спортом, и при этом можно приходить в офис в любое время, оставаться там на ночь, главное — работай и поддерживай собственное здоровье в исправном виде, чтобы имущество компании содержалось в надлежащей форме и ты мог приносить ценность компании» (Руслан, 53 года, российская корпорация, Москва).

Миссия компании может включать социальный маркетинг здорового образа жизни как часть установки на устойчивость. В заданной таким кодом организационной культуре забота индивида о своем здоровье легитимна и одобряема. При этом трактовки факторов здоровья могут оставаться максимально открытыми.

«Ну, смотрите, вот есть определенная, да, международная компания, есть определенные парадигмы, которые они спускают. Кто-то там доводит их, может, формально. Я же к этому отношусь, вот так скажем, со страстью, поэтому в данном случае для меня это не просто формальное. Да, это стратегия для нас, но мы прям ее реализуем и стараемся: care-чемпионы, мы постоянно какие-то там вещи, которые способствуют здоровому образу жизни, информационные доски делаем для всех. Так что здесь вот не просто даже еще локально — в рамках семьи, но и более глобально. Вот был интересный тренинг, который мы проводили, это тоже по здоровому образу жизни, для наших сотрудников. Я показывала, сколько сахара в пепси-коле, и потом сотрудники говорили, когда меня видели, что нужно прятать пепси-колу. И на корпоративах: “Ой, Елена идет, нужно пепси-колу прятать”» (Елена, 47 лет, глобальная корпорация, Новосибирск).

Приветствующие заботу о здоровье корпоративные культуры создают дополнительные возможности для преобразования организационной среды в пользу здоровья сотрудников. Они побуждают и поддерживают социальные инициативы внутри компании, трансформируя их в реальные практики через привлечение сотрудников к поиску и согласованию критериев производственного успеха. Возможность принять участие в формировании и реализации здравоохранительной деятельности компании создает позитивные системные

последствия индивидуальных действий. Успех подобных преобразований перформативно подкрепляет легитимность борьбы за возможность беречь здоровье как таковое.

«Первопричина — стресс, нервозности. Я пока с этим делом не справился, пошел по другому пути, я начал предлагать на работе другие стандарты для наших заемщиков, которые позволяют эту ситуацию избегать в принципе. Пошел законодательно это все менять, местами получается: оказывается, я не одинок, и мои коллеги понимают, о чем я говорю, они в такой же ситуации. И все с этим соглашаются и говорят, что да, где-то надо остановиться» (Руслан, 53 года, российская компания, Москва).

Теоретическая рефлексия: участие в переопределении полей как способ преодоления барьеров в заботе о здоровье

Как отмечал П. Бурдье, практики всегда разворачиваются в пространстве и времени. Управление состоянием здоровья не может осуществляться изолированно в одном из полей. Состояние здоровья является функцией от ценности здоровья, а также возможности его практического сбережения во всех полях, в которые вовлечен индивид. Данные нашего исследования демонстрируют, что восприятие ценности собственного здоровья через его значимость и полезность для другого переносит ценность здоровья из области инструментальных ценностей в терминальные. Можно поставить следующий вопрос: в какой мере возможно согласовывать теперь уже терминальную ценность здоровьесбережения с требованиями основных социальных полей? Вплоть до переопределения этих требований посредством отношенческой работы, в ходе которой ценность индивидуального здоровья будет обсуждаться как ценность для всех и каждого. Нездоровый образ жизни одного мешает здоровью другого. Респонденты, которым удается заботиться о своем здоровье, добиваются гармонии благодаря целенаправленному коллективному обсуждению и совместному изменению требований поля: с членами семьи и коллегами. Подобное участие индивидов в обсуждении требований поля позволило привести коллективные требования в соответствие с индивидуальными привычками габитуса и с требованиями других полей.

Долгое время подход П. Бурдье критиковался как обосновывающий господство социальной структуры над действием и не имеющий достаточного концептуального аппарата для объяснения агентности [Abel, Frohlich, 2012; Cockerham, 2005; 2007]. В защиту П. Бурдье важно обратить внимание, что он писал об агентности культурных посредников [Бурдье, 1993; Doane, 2009]. Их целенаправленная активность по переопределению ценностей в социальных полях виделась классиком инструментом перераспределения власти над



полем. В предшествующих исследованиях, использующих подход П. Бурдые для анализа заботы о здоровье, делался акцент на агентности как изменении индивидуальных практик [Veenstra, Burnett, 2014], а агентность как обсуждение требований поля оставалась без внимания. Такое одностороннее рассмотрение агентности создавало впечатление неизменности требований полей, их субстанционального существования. В результате поля интерпретировались как ригидные структуры, извне формирующие возможности социального действия. В противовес одностороннему взгляду, рассмотрение полей как результата постоянных переговоров между участниками показывает отношенческую природу локальных социокультурных стандартов (доксы), предписывающих, каким образом воспринимать ценность здоровья человека.

Заключение

В нашем исследовании некоторые респонденты говорили, что вместо заботы о здоровье с радостью займутся чем-нибудь более приятным. Однако, следуя отношенческому подходу к здоровью, мы сразу исходили из того, что мотивацию к заботе о здоровье бессмысленно искать только на индивидуальном уровне. С индивидуализацией общества идентичность человека не перестала зависеть от социальных отношений. Попытки связать ответственность человека за собственное здоровье с его идентичностью («вот это настоящий ответственный взрослый») [Renedo et al., 2020] ошибочно игнорируют встроенность индивидуальной повседневности в социальные поля. Пока человек растит детей или свое дело, он занят субъективно более важными жизненными задачами, чем восстановление самого себя. Но забота о здоровье может оказываться значимой составляющей при выполнении социальных ролей. В этом случае человек готов преодолевать все препятствия на пути профилактики, обсуждать и переопределять вместе с другими ожидания от целей совместной деятельности. А также доказывать, что забота о своем здоровье, нужная индивиду для решения важных задач, не противоречит остальным совместным проектам.

Однако выводы нашего исследования оставляют неразрешенными три вопроса, являющиеся ограничениями данной работы. Изучение этих ограничений должно лечь в основу будущих исследований. Первый нерешенный вопрос касается индивидов, которые не встречали препятствий к заботе о своем здоровье. В исследовании мы концентрировались на изучении конфликтов, возникающих в результате противоречий между требованиями разных полей, а также на способах преодоления данных конфликтов. При этом часть респондентов рассказывали, что не встречают препятствий на пути заботы о собственном здоровье. Они демонстрировали интерес не только к поддержанию и восстановлению, но и к максимизации здоровья. Отсутствие проблем с заботой о здоровье может объясняться успешным освоением неолиберальных требований принятия личной ответственности [Ziguras, 2004]. С другой стороны, отсутствие противоречий может быть

следствием того, что такие люди меньше включены в социальные поля, налагающие альтернативные требования ответственности: они пока не вступили в брак и отвечают только за себя [Радаев, 2020] или уже вышли на пенсию и не должны ни о ком заботиться. Рассмотрение других полей (коллективов друзей, локальных сообществ) позволит точнее судить о том, в какой мере требования различных полей позволяют соответствовать критерию личной ответственности за здоровье.

Вторым вопросом, оставленным без внимания, является обсуждение условий, позволяющих влиять на изменение конфигурации полей. Анализ успешных случаев показал, что респонденты смогли обеспечить себе возможность заботы о здоровье благодаря переопределению требований и целей действия локального поля путем совместной деятельности с другими участниками. Однако на данной стадии у нас отсутствует уверенное объяснение, что именно позволило данным индивидам утвердить свое видение поля. Объясняется ли коммуникативный успех наличием переговорной власти в сети взаимодействий или верой в возможность оспаривания поля — пока неясно.

Изучение второго вопроса напрямую связано с третьим ограничением — с выборкой исследования. В данной работе мы не рассмотрели всего многообразия географических различий; размер поселения, удаленность от экономических и политических центров. Без внимания остались депривированные группы с низким социально-экономическим статусом, которые имеют меньше ресурсов для любых видов деятельности [Burnett, Veenstra, 2017], а их системы взглядов сильнее расходятся с доминирующими моделями доказательной медицины [Shaw Hughner, Schultz Kleine, 2008]. Изучение практик заботы о здоровье среди низкостатусных групп поможет лучше понять условия воздействия индивида на требования полей.

Литература

Бурдые П. Практический смысл / Пер. с франц., под ред. Н. А. Шматко. СПб.: Алетейя, 2001. 562 с.

Бурдые П. Различение: социальная критика суждения // Экономическая социология. 2005. Т. 6. № 3. С. 25–48. DOI: <https://doi.org/10.17323/1726-3247-2005-3-25-48>

Бурдые П. Рынок символической продукции // Вопросы социологии. 1993. Т. 11. № 2. С. 84–100.

Журавлева И. В. Отношение к здоровью индивида и общества. М.: Наука, 2006. 238 с.

Каравай А. Отношение российских рабочих к своим ресурсам: финансам, здоровью и свободному времени // Журнал исследований социальной политики. 2016. Т. 14. № 2. С. 229–244.

Пирс Ч. С. Принципы философии. СПб.: Санкт-Петербургское философское общество, 2001. 224 с.

Радаев В. Миллениалы: Как меняется российское общество. 2-е изд. М.: Изд. дом ВШЭ, 2020. 224 с. DOI: <https://doi.org/10.17323/978-5-7598-2160-1>

Савельева Ж. В. Кому принадлежит здоровье? Социологические дискуссии и массмедийные интерпретации // Журнал социологии и социальной антропологии. 2013. Т. 26. № 2. С. 131–141.

Abel T., Frohlich K. L. Capitals and Capabilities: Linking Structure and Agency to Reduce Health Inequalities // Social Science & Medicine. 2012. Vol. 74. № 2. P. 236–244. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.10.028>



Aspers P. Forms of Uncertainty Reduction: Decision, Valuation, and Contest // *Theory and Society*. 2018. Vol. 47. № 2. P. 133–149. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11186-018-9311-0>

Beckert J. Markets from Meaning: Quality Uncertainty and the Intersubjective Construction of Value // *Cambridge Journal of Economics*. 2020. Vol. 44. № 2. P. 285–301. DOI: <https://doi.org/10.1093/cje/bez035>

Bønnelycke J., Sandholdt C. T., Jespersen A. P. Household Collectives: Resituating Health Promotion and Physical Activity // *Sociology of Health & Illness*. 2019. Vol. 41. № 3. P. 533–548. DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12832>

Bourdieu P., Wacquant L. *An Invitation to Reflexive Sociology*. Chicago: University of Chicago Press, 1992. 384 p.

Burnett P.J., Veenstra G. Margins of Freedom: A Field-Theoretic Approach to Class-Based Health Dispositions and Practices // *Sociology of Health & Illness*. 2017. Vol. 39. № 7. P. 1050–1067. DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12544>

Caiata-Zufferey M. Genetically At-Risk Status and Individual Agency. A Qualitative Study on Asymptomatic Women Living with Genetic Risk of Breast/Ovarian Cancer // *Social Science & Medicine*. 2015. № 132. P. 141–148. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.03.037>

Callon M., Muniesa F. Peripheral Vision: Economic Markets as Calculative Collective Devices // *Organization Studies*. 2005. Vol. 26. № 8. P. 1229–1250. DOI: <https://doi.org/10.1177/0170840605056393>

Cassirer E. *Substance and Function* / Transl. by W. C. Swabey, M. C. Swabey. New York: Dover, 1953. 465 p.

Cockerham W. C. Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure // *Journal of Health and Social Behavior*. 2005. Vol. 46. № 1. P. 51–67. DOI: <https://doi.org/10.1177/002214650504600105>

Cockerham W. C. *Social Causes of Health and Disease*. Cambridge: Polity Press, 2007. 232 p.

Doane R. Bourdieu, Cultural Intermediaries and Good Housekeeping's George Marek // *Journal of Consumer Culture*. 2009. Vol. 9. № 2. P. 155–186. DOI: <https://doi.org/10.1177/1469540509104373>

Doblytė S. Bourdieu's Theory of Fields: Towards Understanding Help-Seeking Practices in Mental Distress // *Social Theory & Health*. 2019. Vol. 17. № 3. P. 273–290. DOI: <https://doi.org/10.1057/s41285-019-00105-0>

Duveen G., Lloyd B. The Significance of Social Identities // *Development as a Social Process: Contributions of Gerard Duveen* / Ed. by B. G. Duveen, S. Moscovici, S. Jovchelovitch, B. Wagoner. Oxon: Routledge, 2013. P. 156–172. DOI: <https://doi.org/10.4324/9780203387979>

Fraser N. Contradictions of Capital and Care // *New Left Review*. 2016. Vol. 100. № 19. P. 99–117.

Maller C. J. Understanding Health through Social Practices: Performance and Materiality in Everyday Life // *Sociology of Health & Illness*. 2015. Vol. 37. № 1. P. 52–66. DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12178>

Mayes C. Governing through Choice: Food Labels and the Confluence of Food Industry and Public Health Discourse to Create “Healthy Consumers” // *Social Theory & Health*. 2014. Vol. 12. № 4. P. 376–395. DOI: <https://doi.org/10.1057/sth.2014.12>

Mohr J. W. Bourdieu's Relational Method in Theory and in Practice: From Fields and Capitals to Networks and Institutions (and Back Again) // *Applying Relational Sociology. Relations, Networks, and Society* / Ed. by B. F. Depelteau, C. Powell. New York: Palgrave Macmillan, 2013. P. 101–136. DOI: https://doi.org/10.1057/9781137407009_5

Renedo A., Miles S., Marston C. Transitions to Adulthood: Self-Governance and Disciplining in the Making of Patient Citizens // *Sociology of Health & Illness*. 2020. Vol. 42. № 3. P. 481–495. DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13019>

Savage M. et al. A New Model of Social Class? Findings from the BBC's Great British Class Survey Experiment // *Sociology*. 2013. Vol. 47. № 2. P. 219–250. DOI: <https://doi.org/10.1177/0038038513481128>

Shaw Hughner R., Schultz Kleine S. Variations in Lay Health Theories: Implications for Consumer Health Care Decision Making // Qualitative Health Research. 2008. Vol. 18. № 12. P. 1687–1703. DOI: <https://doi.org/10.1177/1049732308327354>

Strauss A. Qualitative Analysis for Social Scientists. Cambridge: Cambridge University Press, 2010. 319 p. DOI: <https://doi.org/10.1017/CBO9780511557842>

Suvorova O.V., Rozmainsky I.V. Disbelief in the Future and Negative Investment in Health Capital in Russia in the Mid-2010s: Survey Research // Terra Economicus. 2019. Vol. 17. № 1. P. 41–63.

Swedberg R. The Art of Social Theory. Princeton: Princeton University Press, 2014. 288 p. DOI: <https://doi.org/10.1515/9781400850358>

Swedberg R. Theorizing in Sociology and Social Science: Turning to the Context of Discovery // Theory and Society. 2012. Vol. 41. № 1. P. 1–40. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11186-011-9161-5>

Tavory I., Timmermans S. Abductive Analysis. Chicago: University of Chicago Press, 2014. 176 p. DOI: <https://doi.org/10.7208/chicago/9780226180458.001.0001>

Veenstra G. Social Space, Social Class and Bourdieu: Health Inequalities in British Columbia, Canada // Health & Place. 2007. Vol. 13. № 1. P. 14–31. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.health-place.2005.09.011>

Veenstra G., Burnett P.J. A Relational Approach to Health Practices: Towards Transcending the Agency-Structure Divide // Sociology of Health & Illness. 2014. Vol. 36. № 2. P. 187–198. DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12105>

Zhou A. The Uncertainty of Treatment: Women's Use of HIV Treatment as Prevention in Malawi // Social Science & Medicine. 2016. № 158. P. 52–60. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.04.013>

Ziguras C. Self-Care. Embodiment, Personal Autonomy and the Shaping of Health Consciousness. London: Routledge, 2004. 212 p. DOI: <https://doi.org/10.4324/9780203633977>

Сведения об авторах:

Бердышева Елена Сергеевна — старший научный сотрудник, Лаборатория экономико-социологических исследований, доцент, кафедра экономической социологии, Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Москва, Россия. **E-mail:** eberdysheva@hse.ru; **РИНЦ Author ID:** 572815; **ORCID ID:** 0000-0002-0747-612X; **Researcher ID:** F-6824-2015

Белявский Борис Александрович — стажер-исследователь, Лаборатория экономико-социологических исследований, преподаватель, кафедра экономической социологии, Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Москва, Россия. **E-mail:** bbelyavskiy@hse.ru; **РИНЦ Author ID:** 1037405; **ORCID ID:** 0000-0002-5174-8719; **Researcher ID:** Z-6072-2019

Статья поступила в редакцию: 25.12.2020

Принята к публикации: 26.02.2021



Variability in Value of Health in Social Fields: Challenges and Incentives for Self-Care Practices¹

DOI: 10.19181/inter.2021.13.1.1

Elena S. Berdysheva HSE University, Moscow, Russia
E-mail: eberdysheva@hse.ru

Boris A. Belyavskiy HSE University, Moscow, Russia
E-mail: bbelyavskiy@hse.ru

Strong motivation to selfcare is assumed by design of contemporary healthcare policy. However, both western and Russian studies show motivational deficit and inattention to prevention care among population. Actual paper examines the problem of motivation as a relational choice. Opposing to the view on motivation as a part of individual will, we consider motivation as a choice between competing requirements to selfcare among multiple social fields. We collected 27 in-depth interviews with Russians from large cities and analyzed them in abductive logic. In the analysis we focused on health practices performed in the fields of family and career. The results demonstrate that individuals succeed in selfcare when the care of health appears essential for execution of important social roles.

Keywords: agency; Bourdieu; valuation studies; healthcare policies; life satisfaction

References

- Abel T., Frohlich K. L. (2012) Capitals and Capabilities: Linking Structure and Agency to Reduce Health Inequalities. *Social Science & Medicine*. Vol. 74. No. 2. P. 236–244. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.10.028>
- Aspers P. (2018) Forms of Uncertainty Reduction: Decision, Valuation, and Contest. *Theory and Society*. Vol. 47. No. 2. P. 133–149. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11186-018-9311-0>
- Beckert J. (2020) Markets from Meaning: Quality Uncertainty and the Intersubjective Construction of Value. *Cambridge Journal of Economics*. Vol. 44. No. 2. P. 285–301. DOI: <https://doi.org/10.1093/cje/bez035>
- Bønnelycke J., Sandholdt C. T., Jespersen A. P. (2019) Household Collectives: Resituating Health Promotion and Physical Activity. *Sociology of Health & Illness*. Vol. 41. No. 3. P. 533–548. DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12832>
- Bourdieu P. (1993) Rynok simvolicheskoy produktsii [Symbolic products market]. *Voprosy sociologii* [Questions of sociology]. Vol. 11. No. 2. P. 84–100. (In Russ.)
- Bourdieu P. (2001) *Prakticheskij smysl* [The Logic of Practice] / Transl., ed. by N. A. Shmatko. SPb.: Aletejya. 562 p. (In Russ.)
- Bourdieu P. (2005) Razlichenie: social'naya kritika suzhdeniya [Distinction: A Social Critique of the Judgement of Taste]. *Ekonomicheskaya sociologiya* [Journal of Economic Sociology]. Vol. 6. No. 3. P. 25–48. (In Russ.) DOI: <https://doi.org/10.17323/1726-3247-2005-3-25-48>

¹ The paper presents the results of the project group “Oncology and deficits of agency: practices of autonomous self-care among Russians during the crisis of biomedicine” within the support of Faculty of Social Sciences at HSE University (2020–2021). The work on the paper was carried out within the framework of the Project “Formal and informal sources for economic power in the contemporary Russian economy” at Laboratory for Studies in Economic Sociology with the support of Center of Fundamental Studies, HSE University (2021).

Bourdieu P., Wacquant L. (1992) *An Invitation to Reflexive Sociology*. Chicago: University of Chicago Press. 384 p.

Burnett P.J., Veenstra G. (2017) Margins of Freedom: A Field-Theoretic Approach to Class-Based Health Dispositions and Practices. *Sociology of Health & Illness*. Vol. 39. No. 7. P. 1050–1067. DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12544>

Caiata-Zufferey M. (2015) Genetically At-Risk Status and Individual Agency. A Qualitative Study on Asymptomatic Women Living with Genetic Risk of Breast/Ovarian Cancer. *Social Science & Medicine*. No. 132. P. 141–148. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.03.037>

Callon M., Muniesa F. (2005) Peripheral Vision: Economic Markets as Calculative Collective Devices. *Organization Studies*. Vol. 26. No. 8. P. 1229–1250. DOI: <https://doi.org/10.1177/0170840605056393>

Cassirer E. (1953) *Substance and Function* / Transl. by W.C. Swabey, M.C. Swabey. New York: Dover. 465 p.

Cockerham W.C. (2005) Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure. *Journal of Health and Social Behavior*. Vol. 46. No. 1. P. 51–67. DOI: <https://doi.org/10.1177/002214650504600105>

Cockerham W.C. (2007) *Social Causes of Health and Disease*. Cambridge: Polity Press. 232 p.

Doane R. (2009) Bourdieu, Cultural Intermediaries and Good Housekeeping's George Marek. *Journal of Consumer Culture*. Vol. 9. No. 2. P. 155–186. DOI: <https://doi.org/10.1177/1469540509104373>

Doblytė S. (2019) Bourdieu's Theory of Fields: Towards Understanding Help-Seeking Practices in Mental Distress. *Social Theory & Health*. Vol. 17. No. 3. P. 273–290. DOI: <https://doi.org/10.1057/s41285-019-00105-0>

Duveen G., Lloyd B. (2013) The Significance of Social Identities // Duveen B.G., Moscovici S., Jovchelovitch S., Wagoner B. (eds.) *Development as a Social Process: Contributions of Gerard Duveen*. Oxon: Routledge. P. 156–172. DOI: <https://doi.org/10.4324/9780203387979>

Fraser N. (2016) Contradictions of Capital and Care. *New Left Review*. Vol. 100. No. 19. P. 99–117.

Karavay A. (2016) Otnoshenie rossijskih rabochih k svoim resursam: finansam, zdorov'yu i svobodnomu vremeni [The Attitude of Russian Workers to Managing their Resources: Finances, Health and Spare Time]. *Zhurnal issledovanij social'noj politiki* [The Journal of Social Policy Studies]. Vol. 14. No. 2. P. 229–244. (In Russ.)

Maller C.J. (2015) Understanding Health through Social Practices: Performance and Materiality in Everyday Life. *Sociology of Health & Illness*. Vol. 37. No. 1. P. 52–66. DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12178>

Mayes C. (2014) Governing through Choice: Food Labels and the Confluence of Food Industry and Public Health Discourse to Create "Healthy Consumers". *Social Theory & Health*. Vol. 12. No. 4. P. 376–395. DOI: <https://doi.org/10.1057/sth.2014.12>

Mohr J.W. (2013) Bourdieu's Relational Method in Theory and in Practice: From Fields and Capitals to Networks and Institutions (and Back Again) // Depelteau B.F., Powell C. (eds.) *Applying Relational Sociology. Relations, Networks, and Society*. New York: Palgrave Macmillan. P. 101–136. DOI: https://doi.org/10.1057/9781137407009_5

Peirce Ch.S. (2001) *Principy filosofii* [Principles of Philosophy]. SPb.: Sankt-Peterburgskoe filsofskoe obshchestvo. 224 p. (In Russ.)

Radaev V. (2020) *Millenialy: Kak menyaetsya rossijskoe obshchestvo* [Millennials: How the Russian Society Changes]. 2nd ed. Moscow: Izd. dom VShE. 224 p. (In Russ.) DOI: <https://doi.org/10.17323/978-5-7598-2160-1>

Renedo A., Miles S., Marston C. (2020) Transitions to Adulthood: Self-Governance and Disciplining in the Making of Patient Citizens. *Sociology of Health & Illness*. Vol. 42. No. 3. P. 481–495. DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13019>

Savage M. et al. (2013) A New Model of Social Class? Findings from the BBC's Great British Class Survey Experiment. *Sociology*. Vol. 47. No. 2. P. 219–250. DOI: <https://doi.org/10.1177/0038038513481128>



Savelyeva Zh.V. (2013) Komu prinadlezhit zdorov'e? Sociologicheskie diskussii i massmedijnye interpretacii [Who Owns the Health? Sociological Discussions and Media Interpretations]. *Zhurnal sociologii i social'noj antropologii* [The Journal of Sociology and Social Anthropology], Vol. 26. No. 2. P. 131–141. (In Russ.)

Shaw Hughner R., Schultz Kleine S. (2008) Variations in Lay Health Theories: Implications for Consumer Health Care Decision Making. *Qualitative Health Research*. Vol. 18. No. 12. P. 1687–1703. DOI: <https://doi.org/10.1177/1049732308327354>

Strauss A. (2010) *Qualitative Analysis for Social Scientists*. Cambridge: Cambridge University Press. 319 p. DOI: <https://doi.org/10.1017/CBO9780511557842>

Suvorova O.V., Rozmainsky I.V. (2019) Disbelief in the Future and Negative Investment in Health Capital in Russia in the Mid-2010s: Survey Research. *Terra Economicus*. Vol. 17. No. 1. P. 41–63.

Swedberg R. (2012) Theorizing in Sociology and Social Science: Turning to the Context of Discovery. *Theory and Society*. Vol. 41. № 1. P. 1–40. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11186-011-9161-5>

Swedberg R. (2014) *The Art of Social Theory*. Princeton: Princeton University Press. 288 p. DOI: <https://doi.org/10.1515/9781400850358>

Tavory I., Timmermans S. (2014) *Abductive Analysis*. Chicago: University of Chicago Press. 176 p. DOI: <https://doi.org/10.7208/chicago/9780226180458.001.0001>

Veenstra G. (2007) Social Space, Social Class and Bourdieu: Health Inequalities in British Columbia, Canada. *Health & Place*. Vol. 13. No. 1. P. 14–31. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2005.09.011>

Veenstra G., Burnett P.J. (2014) A Relational Approach to Health Practices: Towards Transcending the Agency-Structure Divide. *Sociology of Health & Illness*. Vol. 36. No. 2. P. 187–198. DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12105>

Zhou A. (2016) The Uncertainty of Treatment: Women's Use of HIV Treatment as Prevention in Malawi. *Social Science & Medicine*. No. 158. P. 52–60. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.04.013>

Zhuravlyova I.V. (2006) *Otnoshenie k zdorov'yu individa i obshchestva* [Attitude to the health of the individual and society]. Moscow: Nauka. 238 p. (In Russ.)

Ziguras C. (2004) *Self-Care. Embodiment, Personal Autonomy and the Shaping of Health Consciousness*. London: Routledge. 212 p. DOI: <https://doi.org/10.4324/9780203633977>

Author bio:

Elena S. Berdysheva — Senior Researcher, Laboratory for Studies in Economic Sociology, Associate Professor, Faculty of Social Sciences, HSE University, Moscow, Russia. **E-mail:** eberdysheva@hse.ru; **RSCI Author ID:** 572815; **ORCID ID:** 0000-0002-0747-612X; **Researcher ID:** F-6824-2015

Boris A. Belyavskiy — Trainee Researcher, Laboratory for Studies in Economic Sociology, Lecturer, Faculty of Social Sciences, HSE University, Moscow, Russia. **E-mail:** bbelyavskiy@hse.ru; **RSCI Author ID:** 1037405; **ORCID ID:** 0000-0002-5174-8719; **Researcher ID:** Z-6072-2019

Received: 25.12.2020

Accepted: 26.02.2021