

Гришина Марина Александровна**Grishina Marina Aleksandrovna**

аспирант социологического факультета
Государственного академического университета
гуманитарных наук

PhD student,
Social Science Department,
State Academic University for the Humanities

ТРАНСФОРМАЦИЯ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ К ПОНИМАНИЮ ЗДОРОВЬЯ В ЗАПАДНОЙ НАУКЕ

THE TRANSFORMATION OF THEORETICAL APPROACHES TO UNDERSTANDING HEALTH IN WESTERN SCIENCE

Аннотация:

В статье рассматриваются ведущие теоретические подходы к пониманию общественного здоровья и его ключевых критериев. Анализируется эволюция понимания здоровья с конца XIX до начала XXI в. Первая и главная линия трансформации понимания здоровья связывается с возникновением теорий медиализации, критикой патоцентрического подхода. Демографический переход, изменение структуры заболеваемости с инфекционных заболеваний на хронические, онкологические и сердечно-сосудистые вызывают переосмысление понятия здоровье, которое трактуется теперь не только как результат медицинского вмешательства и воздействия узкой группы медицинских специалистов. В современности существенно повышается внимание к субъективным и социальным факторам здоровья. Медицинская модель дополняется и обогащается социологическими и психологическими теориями здоровья. Анализируется понимание здоровья в таких социологических концепциях, как структурный функционализм, социальный конструкционизм, феноменологическая социология, символический интеракционизм и др.

Ключевые слова:

общественное здоровье, медицинская модель понимания здоровья, социологические концепции здоровья, психологические концепции здоровья, медиализация, социальный конструкционизм, структурный функционализм, феноменологическая социология, символический интеракционизм.

Summary:

This article examines the main theoretical approaches to understanding public health and its key criteria. The evolution of health understanding is analyzed from the end of the 19th century to the beginning of the 21st century. The first and main line of the transformation of health understanding is associated with the theory of medicalization and the criticism of the patocentric approach. The demographic transition, the quantitative predominance of chronic, oncological and cardiovascular diseases over infectious ones force to rethink the definition of health, which is now interpreted not only as a result of medical intervention and the impact of a small group of medical specialists. Nowadays, attention to the subjective and social factors of health is significantly increased. The medical model is supplemented and enriched by sociological and psychological theories of health. Understanding of health is analyzed in such sociological concepts as structural functionalism, social constructionism, phenomenological sociology, symbolic interactionism.

Keywords:

public health, medical model of health understanding, sociological concepts of health, psychological concepts of health, medicalization, social constructionism, structural functionalism, phenomenological sociology, symbolic interactionism.

Общественное здоровье – один из ключевых показателей состояния государства и общества в целом. Здоровье населения является предметом изучения целого комплекса как медицинских, так и социогуманитарных наук. Однако понимание того, что такое здоровье, весьма осложнено. Общественное здоровье может рассматриваться различным образом исходя из того или иного теоретического подхода и зависит от целого ряда факторов, таких как уровень развития медицинского знания, политическая и экономическая ситуация в стране.

Формирование научных представлений о здоровье относится к XVIII–XIX вв., именно в этот период происходило становление «медицинской модели» понимания здоровья. Основой для этого послужили научные открытия в области бактериологии, которые переориентировали медицинскую науку с анализа и классификации симптомов на исследование причин болезней и борьбу с инфекционными заболеваниями. В рамках медицинской модели были ключевым образом пересмотрены сложившиеся ранее представления о здоровье и болезни: по мнению М. Моргана [1], данная модель была выстроена по контрасту с двумя предшествующими подходами. Первый подход осмыслял здоровье и болезнь как явления, зависящие от «сверхъестественных сил» (например, в христианстве или язычестве), второй – натуралистический, рассматривал здоровье как результат соотношения основных элементов в теле (античное и средневековое учение о четырех жидкостях в теле, китайская медицина и др.). Медицинская модель была построена на

убежденности, что только представители медицинского сообщества обладают истинным знанием о том, что является болезнью, могут выявлять и обозначать болезнь и, соответственно, способствовать восстановлению здоровья пациента.

Р. Портер считает, что в данный период сформировался «патоцентрический подход»: болезнь понималась как нарушение нормальных функций организма, а здоровье – как нулевая степень присутствия болезни [2, с. 94]. Медицинская модель способствовала формированию восприятия человеческого тела как механизма, а болезни как его дисфункции, вследствие чего оформилась идея продвижения здоровья посредством медицинского вмешательства. Особое внимание при таком подходе уделялось диагностике и лечению, минимальное – человеческим переживаниям, чувствам, личному восприятию болезни. Именно это способствовало тому, что наряду с официальной парадигмой в обществе продолжал существовать целый сегмент нелегитимизированной медицины.

Биомедицинская модель развивалась по контрасту с социологической моделью понимания здоровья, которая подчеркивала ведущую роль социальных и экономических факторов, воздействующих на здоровье. Одним из первых направлений, изучающих здоровье в социальном контексте, выступил структурный функционализм, рассматривающий здоровье как условие, при котором индивид способен эффективно выполнять поставленные перед ним обществом функции.

Т. Парсонс подробно охарактеризовал «роль больного», которая предоставляет человеку возможность быть освобожденным от части повседневных обязанностей, но в то же время предписывает быть подчиненным врачу и выполнять его рекомендации. Эта модель рассматривается как идеальная, в рамках которой и врач, и больной совместно нацелены на восстановление здоровья и возвращение человека в общество. Однако в рамках этого подхода пациенту отводится весьма пассивная роль, отсутствует возможность интерпретировать, например, хронические болезни, которые невозможно полностью преодолеть. Теория Т. Парсонса представляет собой некую «идеальную» схему взаимодействия врача и пациента и, несмотря на свою значимость, подверглась значительной критике.

В рамках марксистского понимания общество рассматривается в терминах классового конфликта, который затрагивает все сферы жизни общества, в том числе и систему здравоохранения. По мнению Ф. Энгельса, в капиталистической системе «женщины становятся непригодными для деторождения, дети утрачивают возможность полноценно развиваться, мужчины становятся инвалидами, вследствие чего утрачивают свою работоспособность, целые поколения приносятся в жертву ради того, чтобы буржуазия могла заполнить свои кошельки» [3, р. 1249]. Характерными признаками классовой организации общества являются неравный доступ социальных групп к здравоохранению, различия в образе жизни и условиях труда. В рамках капиталистической системы здравоохранение оказывается полностью «приватизированным» узкой группой специалистов, действующих в интересах господствующих классов и ради достижения экономической выгоды. Изучением неравенства различных групп в доступе к здравоохранению занимались В. Наварро, Дж. Мак-Кинли и др.

Долгое время медицинская модель понимания здоровья оказывала исключительное и доминирующее воздействие на общественную мысль. Это обусловлено главным образом тем, что произошедший в большинстве стран мира демографический переход, заключающийся в изменении структуры смертности, заболеваемости и рождаемости, считался главным образом результатом эффективного функционирования системы здравоохранения. Действительно, преодоление целого ряда инфекционных заболеваний, таких как чума, холера, корь, массовая вакцинация населения, изобретение и внедрение антибиотиков, создание системы доступной медицинской помощи населению сыграли существенную роль в снижении уровня заболеваемости и увеличении продолжительности жизни населения.

Однако, по мнению ряда представителей социального конструкционизма (а также марксизма), на данный процесс оказали влияние не только медицинские, но и социально-экономические факторы. Значительный интерес представляет целая группа так называемых теорий медиализации, подчеркивающих, что формирование представлений о здоровье было задано узкой группой медицинских специалистов, приватизировавших данную сферу. И. Золя считает, что «медиализация есть процесс, в рамках которого повседневная жизнь все в большей степени подвергается регулированию со стороны медицинских профессионалов» [4, р. 24]. Роль медицины, по мнению ряда авторов, сильно переоценена, здоровье не должно быть сферой ведения небольшой группы людей. Мак-Кьюэн (McKeown), например, полагал, что главным фактором снижения смертности и уровня заболеваний являются отнюдь не заслуги медицины, а улучшение качества и количества питания населения, санитарно-гигиенических условий, в особенности контроль за состоянием питьевой воды, а также изменение количества членов семьи [5, р. 16].

Другой критик медицинской модели делает еще более радикальные выводы при рассмотрении данной проблематики. По мнению И. Иллича, система здравоохранения может представлять опасность для человека. Для обозначения негативного воздействия официальной медицины на человека он вводит понятие «ятрогенез», которое рассматривается им на трех уровнях. Первый уровень – социальный, который обозначает медиализацию всей человеческой жизни. Он пишет: «Опыт, который ранее рассматривался как естественные состояния человеческой жизни, такие как рождение детей, беременность, несчастье, старение или смерть, теперь становится предметом медицинского исследования и контроля» [6, р. 14]. Второй уровень – культурный, связан с тем, что медицина лишает человека возможности самостоятельно справляться с болезнями и болью, делая его зависимым и некомпетентным в вопросах, связанных с собственным здоровьем. Третий уровень – клинический, сопряжен с побочными эффектами от употребления лекарств или медицинского вмешательства (например, хирургической операции). Иллич считает, что общество должно подвергнуться обратному процессу, а именно демедиализации. В его понимании здоровье должно быть связано с человеческой свободой и автономией, способностью личности справляться с болью, болезнями и восприятием смерти. Он подчеркивает, что основной акцент должен делаться на предотвращении и профилактике заболеваний, а не на системе медицинского вмешательства.

Еще одним исследователем, изучавшим формы медицинского вмешательства, является П. Конрад. Он описывал четыре базовых условия, при которых осуществляется медиализация общества: «1. Традиционные формы контроля становятся неприменимы или неприемлемы. 2. Существуют некоторые медицинские формы контроля, например лекарства или хирургия. 3. Считается, что любая проблема здоровья человека может быть связана с органической причиной (даже если она может быть неоднозначно понята). 4. Медицинские специалисты должны рассматривать девиантное поведение как относящееся к их юрисдикции, что служит достижению главной цели медиализации – стабильности социальных институтов» [7, р. 27]. По мнению Конрада, медиализация становится способом социального контроля, заменяющим его традиционные формы.

Таким образом, в рамках социального конструкционизма здоровье рассматривается как феномен, сконструированный социально и культурно. Несмотря на доминирующую роль официальной медицины, понимание здоровья также обусловлено принадлежностью к тем или иным социальным группам (возрастным, этническим, гендерным, профессиональным и т. д.) и конструируется в процессе общения, социального взаимодействия и выполнения индивидами различных социальных практик.

В рамках феноменологического подхода анализируются субъективные представления о здоровье в сознании индивида, восприятие здоровья и практическое воплощение этих представлений в повседневной жизни. Один из представителей этого подхода М. Мерло-Понти говорит о том, что здоровье представляет собой некий баланс, гармонию между телом человека и окружающим миром. Тело человека – способ обладания миром, «оно то, что сообщает миру бытие, и обладать телом означает для живущего срачиваться с определенной средой» [8, с. 118]. Тело, с точки зрения философа, обладает опытом и памятью, болезнь же представляет собой ситуацию перехода от одного способа взаимодействия с миром к другому.

Феноменологическая социология исследует здоровье в контексте жизненного мира людей, их повседневного опыта. Интересным примером данного подхода является труд Л. Пэйер «Медицина и культура: разнообразие медицинского опыта в США, Великобритании, Германии и Франции» [9], в котором анализируется и сравнивается понимание здоровья и болезни с точки зрения различных культур. К примеру, французские врачи чаще всего связывают болезнь с ослаблением организма, а американская и британская медицина – с внешним воздействием на организм. Пэйер описывает различный характер коммуникации между врачом и пациентом: «В рамках американской системы врач и пациент рассматриваются как партнеры в деле борьбы с врагом – болезнью, от врача ожидается быстрое разрешение проблемы, а от пациента – соблюдение рекомендаций, оптимизм и активное противостояние развитию болезни. В немецкой медицинской системе врач – авторитарная фигура, у пациента нет возможности “думать”, его задача – соблюдать; думает и несет ответственность за пациента врач» [10, р. 108].

Во второй половине XX в. происходит изменение структуры смертности и заболеваемости, в рамках которого экзогенные факторы заболеваний сменяются на эндогенные. По мнению Всемирной организации здравоохранения, «в развивающихся странах неинфекционные заболевания, такие как болезни кровеносной системы, онкологические заболевания, а также депрессии, смерти в результате ДТП заменили прежние проблемы, связанные с инфекционными заболеваниями и недоеданием, и стали ведущими причинами преждевременной потери трудоспособности и смерти» [11]. Это не могло не отразиться и на понимании здоровья. Приведенные выше заболевания связаны с возрастающей ролью поведенческих практик индивидов, повышением роли

их субъективного участия. Трансформируется и роль медицинского специалиста, который действует уже не в рамках идеальной роли Т. Парсонса, но вынужден адаптироваться к хроническим и неизлечимым больным или пациентам, обладающим высокой степенью критического мышления и самостоятельного анализа. Так, например в 1970-е гг. возникает модель информируемого согласия, в рамках которой перед осуществлением непосредственного медицинского вмешательства требуется получение согласия от пациента на прохождение процедуры или осуществление курса лечения.

В рамках такого направления, как символический интеракционизм, делается акцент на изучении социальных интеракций и коммуникаций и символических значений, которыми их наделяют люди. Г. Блумер, к примеру, создал понятие коллективного действия, описывающее совместное действие нескольких индивидов, в котором присутствуют «разделение ролей, общее понимание ситуации и налицо определенное взаимное приспособление различных линий индивидуального поведения» [12, с. 166], что напрямую относится к коммуникации между врачом и пациентом.

У. Герхард изучает два различных способа коммуникации между врачом и пациентом: «кризисная модель», основанная на пассивности пациента, при которой врач, ставя определенный диагноз, директивно воздействует на больного, и «модель сотрудничества», в рамках которой пациент воспринимается как сознающий субъект. А. Страусс для описания взаимодействия пациентов и персонала больниц разработал модель «порядка, достигнутого в результате переговоров» [13, с. 20]. Он считал, что необходимо изменить характер взаимодействия между врачом и пациентом, придав ему гуманистический характер.

Одним из достижений символического интеракционизма является обогащение количественной методики исследования здоровья качественными методами. А. Страусс и Б. Глейзер разработали новую качественную методологию (grounded theory), заключающуюся в создании теории в процессе исследования из непосредственно воспринимаемой эмпирической реальности.

Другой оригинальный подход к пониманию здоровья представлен в концепции М. Фуко. По мнению автора, в ближайшем будущем «медицина не должна больше быть лишь корпусом техник врачевания и необходимых умений; она станет развиваться так же как знание о здоровом человеке, то есть одновременно об опыте не больного человека и определении идеального человека» [14, с. 68]. Фуко считает, что в современности должно произойти смещение с изучения болезней на изучение здоровья, формирование представлений о его норме. Он также подробно анализирует процесс медиализации, считая, что в процессе тотального распространения медицины формируется особый «клинический взгляд»: тело перестает рассматриваться как целостный организм, акцент смещается на отдельный орган, который был подвергнут заболеванию. Медиализация рассматривается автором в терминах усиления биовласти: «Основными сферами применения биовласти являются: сфера воспроизводства населения (рождаемость, смертность, продолжительность жизни), заболеваемость, развитие общественной гигиены, распространение медицинских услуг среди населения, воспроизводство рабочих сил общества (контроль условий труда, социальных рисков, связанных с потерей работоспособности, страхование, старость), контроль условий окружающей среды (коммунальная, природная сферы)» [15, с. 110]. Фуко проводит следующую аналогию: власть врача над телом больного в современности подобна той власти, что в традиционном обществе священник имеет над душой верующего человека.

Еще одна ключевая мысль, которую утверждает Фуко: в современности медицинское знание становится объектом купли-продажи из-за деятельности крупных фармацевтических компаний. Врач в такой системе становится промежуточным звеном между фармацевтической компанией или клиникой и пациентом, его задача – продавать товары и услуги.

Тем не менее, критически относясь к процессу медиализации, Фуко не согласен с идеей демедиализации общества Иллича: он считает, что в любом случае предотвращение и профилактика заболеваний (улучшение условий труда, качества питания) будет базироваться на достигнутом уровне медицинских знаний (например, знаний о том, какие продукты являются полезными для человека, а какие – нет). Фуко приходит к мысли о невозможности полного редуцирования влияния медицины на современное общество, однако считает возможным ее кардинальную переориентацию на интересы человека.

Отдельно стоит сказать о психологической модели понимания здоровья. По мнению Н.И. Гурвича, «необходимость психологии здоровья стала очевидной в последние десятилетия, когда в развитых странах изменился тип заболеваемости населения» [16, с. 1]. Это обусловлено тем, что хронические заболевания или психические расстройства в современности тесно связаны с образом жизни и поведенческими практиками человека.

Одной из наиболее значимых концепций является биопсихосоциальная модель, предложенная Дж. Энгелем, в которой ставится задача выстроить связь между здоровьем индивида и

воздействием как внутренней, так и внешней среды. В рамках этой модели разработана концепция этиологии болезней, называемая «стресс-диатез». Внешняя среда выступает фактором стресса, однако сам стресс не обязательно является причиной возникновения болезни. Для того чтобы проявилась болезнь, необходимо определенное внутреннее состояние индивида под названием «диатез», которое формируется у человека под воздействием генетических факторов или негативного опыта и выступает как «предрасположенность» к возникновению болезни.

В психоанализе понимание здоровья и болезни весьма размыто по причине того, что все личности имеют внутри себя различного рода конфликты, обусловленные теми или иными факторами. Психика человека, по мнению З. Фрейда, является регрессивной, потому у каждого человека существует возможность возникновения любого невроза или психического нарушения.

Основой гуманистического подхода является нацеленность на наиболее полное развитие личности, самоактуализацию. По мнению А. Маслоу, болезнь является результатом недостижения или отсутствия самоактуализации человека. Здоровье присуще человеку, сознательно осознающему реальность, стремящемуся наиболее полно раскрыть свои способности.

Однако, с точки зрения Э. Фромма, не все так однозначно. Он говорит о существовании «патологии нормальности», о том, что в обществе под здоровьем понимается некое универсальное состояние, характеризующееся как «нормальность» и обеспечивающее развитие человека, в то время как отклонение от этой «нормальности» считается патологией. Тем не менее эта схема недостаточно эффективна, так как речь идет не о самом здоровье человека, а именно об общепринятых стандартах, которые могут утверждать и патологические нормы (Э. Фромм приводит пример с доктриной вины в кальвинизме). Он пишет: «Если человеку не удастся достичь свободы, спонтанности, подлинного самовыражения, то его можно считать глубоко ущербным, коль скоро мы допускаем, что каждое существо объективно стремится достичь свободы и непосредственности выражения чувств. Если же большинство членов данного общества не достигает этой цели, то мы имеем дело с социально заданной ущербностью» [17, с. 18]. Таким образом, особо одаренный творческий человек, рассматриваемый обществом как человек с некоторыми психическими отклонениями, может тем не менее достичь максимального самовыражения личности, а типичный офисный работник – представлять собой патологический тип личности.

Подобной точки зрения придерживается и Сац (Szasz), считая, что посредством официальной медицины (в особенности психиатрии) осуществляется контроль над девиантным поведением индивидов и устанавливается определенная стабильность норм поведения. Психиатрия подобна религиозным институтам в Средние века, где «психиатр заменил инквизитора, а душевнобольной – ведьму» [18, р. 25].

Отдельно стоит сказать об экзистенциальном подходе Л. Бинсвангера, рассматривавшего состояние здоровья и болезни как особые специфические способы человеческого бытия. Так, постепенно оформилось целое направление – психология здоровья, которое поставило своей задачей анализировать субъективные факторы, воздействующие на здоровье.

Таким образом, трансформация понимания здоровья в западной мысли была связана с переосмыслением медицинской модели и дополнением ее субъективно-психологическими и социальными факторами, что привело к рассмотрению общественного здоровья как системного явления. Именно такое понимание здоровья обозначено в концепции ВОЗ, где оно определяется как состояние «полного физического, психического и социального благополучия человека» [19].

Отметим ключевые аспекты, по которым происходила трансформация. Во-первых, с патцентрического подхода происходит переориентация на изучение нормы здоровья здоровых людей. Во-вторых, при определении нормы здоровья в современности стали учитываться и анализироваться такие проблемы, как влияние узкой группы официальных представителей медицинского сообщества, экономический интерес фармацевтических корпораций, тенденция к смещению целостного рассмотрения здоровья человека на анализ отдельных заболеваний, локализованных в тех или иных частях тела. В-третьих, в большинстве современных теоретических концепций прослеживается тенденция к рассмотрению здоровья в широком контексте с учетом специфических (культурных, гендерных и иных) особенностей различных социальных групп. В-четвертых, на смену нормативному пониманию здоровья приходят такие концепции, в которых гораздо большее внимание уделяется субъективным факторам, что приводит к изменению характера коммуникации между врачом и пациентом.

Таким образом, можно констатировать, что на протяжении XX в. представления о здоровье в западной науке претерпели существенную эволюцию. Между тем этот процесс нельзя считать завершенным, так как общественное здоровье продолжает оставаться одной из наиболее проблематичных сфер жизни современного общества, многие вопросы которой требуют дальнейшего исследования и осмысления.

Ссылки:

1. Morgan M., Calnan M., Manning N. *Sociological Approaches to Health and Medicine*. L. ; N. Y., 1985.
2. Коммуникация врача и пациента: прошлое, настоящее и будущее (исторический и медико-социологический анализ) : монография / К.В. Кузьмин, Е.В. Семенова, Л.Е. Петрова, А.Г. Закроева. Екатеринбург, 2016.
3. Engels F. The Condition of the Working Class in England // *American Journal of Public Health*. 2003. Vol. 93, no. 8. August. P. 1246–1249.
4. Zola I.K. *Socio-Medical Inquires: Recollections, Reflections, and Reconsiderations*. Philadelphia, 1983.
5. Morgan M., Calnan M., Manning N. *Op. cit.* P. 16.
6. Senior M., Viveash B. *Health and Illness*. L., 1998.
7. Morgan M., Calnan M., Manning N. *Op. cit.* P. 27.
8. Мерло-Понти М. Феноменология восприятия. СПб., 1999.
9. Payer L. *Medicine and Culture. Varieties of Treatment in the United States, England, West Germany and France*. N. Y., 1996.
10. *Ibid.* P. 108.
11. *Glossary of Globalization, Trade and Health Terms: Health Transition*. World Health Organization, 2007.
12. Блумер Г. Коллективное поведение // *Американская социологическая мысль. Тексты* / сост. Е.И. Кравченко. М., 1994. С. 168–215.
13. Дмитриева Е.В. Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы. М., 2002.
14. Фуко М. Рождение клиники. М., 1998.
15. Коммуникация врача и пациента ... С. 110.
16. Гурвич И.Н. Социальная психология здоровья. СПб., 1999.
17. Фромм Э. Здоровое общество. М., 2015.
18. Morgan M., Calnan M., Manning N. *Op. cit.* P. 25.
19. Часто задаваемые вопросы. Как ВОЗ определяет здоровье? [Электронный ресурс] // Всемирная организация здравоохранения. URL: <http://www.who.int/suggestions/faq/ru/> (дата обращения: 23.06.2017).

References:

- Bloomer, G & Kravchenko, EI (comp.) 1994, 'Collective behavior', *Amerikanskaya sotsiologicheskaya mysl'. Teksty*, Moscow, pp. 168-215, (in Russian).
- Dmitrieva, EV 2002, *Sociology of health: methodological approaches and communication programs*, Moscow, (in Russian).
- Engels, F 2003, 'The Condition of the Working Class in England', *American Journal of Public Health*, vol. 93, no. 8, August, pp. 1246–1249, <https://doi.org/10.2105/ajph.93.8.1246>.
- Foucault, M 1998, *The birth of the clinic*, Moscow, (in Russian).
- Fromm, E 2015, *Healthy society*, Moscow, (in Russian).
- Glossary of Globalization, Trade and Health Terms: Health Transition 2007*, World Health Organization.
- Gurvich, IN 1999, *Social psychology of health*, St. Petersburg, (in Russian).
- Kuzmin, KV, Semenova, EV, Petrova, LE & Zakroeva, AG 2016, *Communication of a physician and a patient: past, present and future (historical, medical and sociological analysis)*, monograph, Yekaterinburg, (in Russian).
- Merleau-Ponty, M 1999, *Phenomenology of Perception*, St. Petersburg, (in Russian).
- Morgan, M, Calnan, M & Manning, N 1985, *Sociological Approaches to Health and Medicine*, London, New York.
- Payer, L 1996, *Medicine and Culture. Varieties of Treatment in the United States, England, West Germany and France*, New York.
- Senior, M & Viveash, B 1998, *Health and Illness*, London, <https://doi.org/10.1007/978-1-349-14087-9>.
- Zola, IK 1983, *Socio-Medical Inquires: Recollections, Reflections, and Reconsiderations*, Philadelphia.