

# ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ

Под редакцией  
Г. С. Никифорова

История становления и основные понятия

Физическое, психическое и социальное здоровье

Здоровье и жизненный путь человека

Психологическая профилактика, помощь и реабилитация:  
дети, подростки, взрослые

 ПИТЕР®



## Глава 7

# СОЦИАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ

## Здоровье как социальный феномен

Социологический подход к здоровью основывается на негативном его определении. «Здоровое общество» — это то общество, где минимален уровень «социальных болезней». Болезнь по сути своей — биологический феномен, и понятие «социального здоровья» имеет, таким образом, во многом фигуральное (образное) значение.

Говоря о «социальном здоровье», обычно подразумевают:

- социальную значимость тех или иных заболеваний в силу их распространенности, вызываемых ими экономических потерь, тяжести (т. е. угрозы для существования популяции или страха перед такой угрозой);
- влияние общественного устройства на причины возникновения болезней, характер их течения и исходы (т. е. возможности выздоровления или смерти);
- оценку биологического состояния определенной части или всей человеческой популяции на основе интегрированных (агрегированных) статистических показателей, составляющих так называемую *социальную статистику*.

Популяция и общество

**Популяция** — это биологическое понятие, обозначающее совокупность представителей одного биологического вида, занимающих определенную территорию и имеющих беспрепятственную возможность скрещивания.

Болезнь как биологический феномен соотносится прежде всего с человеческой популяцией. Однако реальной формой совместного существования людей, порожденной таким видовым свойством человека, как сознание, является общество. Поэтому проявления биологических свойств человека модифицируются обществом, приобретая социальное качество. В свою очередь, сколько-нибудь длительные объединения людей никогда не бывают механическими, а формируют новый социальный субстрат, как утверждал один из основателей социологии Э. Дюркгейм.

Структурными элементами такого социального субстрата выступают большие (общности) и малые социальные группы, а также создаваемые обществом для реализации своих основных функций социальные институты (государство, армия, церковь, системы образования, здравоохранения и пр.). Характеристики функцио-

нирования социальных институтов отражают сложившиеся на уровне общества в целом представления о «правильном» (нормативном) осуществлении обществом этих основных функций. Такие представления имеют некое рациональное (идеология) или иррациональное (религия) обоснование, но также и чувственно переживаемый аспект (общественная психология). Сама система норм, положенная в основу общественных представлений о «правильном» функционировании социальных институтов, может быть кодифицированной (право) или нет (мораль).

Вся совокупность подобных общественных представлений составляет *общественное сознание*. Оно имеет свою собственную динамику, определяемую объективными тенденциями в функционировании структурных элементов общества и проявляющуюся в политических процессах.

Понятие *общества* связано с государством как исторически сложившимся видом максимально широкой территориально-географической общности. Однако в истории неоднократно происходили события, приводившие к универсализации структурных элементов географически близких обществ и протекающих в них социальных процессов, т. е. к формированию общностей, выходящих за пределы границ отдельных государств. Примерами здесь могут служить ассиро-вавилонская, эллинистская, римская, кельтская, германская и славянская цивилизации. В конце XX в. благодаря развитию транспорта и массовых коммуникаций, эти процессы универсализации приобрели исторически уникальный масштаб и получили название глобализации.

Конечная идеальная цель (миссия) всех социально-структурных элементов общества и происходящих в обществе процессов — благополучие популяции. Под благополучием здесь понимаются максимально благоприятные при имеющемся технологическом и экономическом уровне развития общества предпосылки жизнедеятельности, способствующие достижению и поддержанию оптимальной для данной территории численности популяции.

Наличие подобных предпосылок выражается в максимально возможном удовлетворении биологических потребностей людей на данном историческом этапе развития общества. Отсюда следует, что благополучие популяции обусловлено эффективным функционированием всех сторон общества|В этом суть социальной обусловленности здоровья. Поэтому и оценивать эффективность функционирования общества можно по показателям биологического состояния популяции.

Таким образом, «здоровое общество» — это эффективное, согласно конечным критериям оценки его жизнедеятельности, общество.

Здоровье общества и девиантное поведение. Более широкий подход к здоровью общества заключается в оценке его состояния по уровню социальных девиаций. Социальная девиация (отклонение), или девиантное поведение, — это поведение, нарушающее кодифицированные или некодифицированные социальные нормы.

Девиантное поведение существует только в отношении социальной нормы как регулятора социального поведения. Нормы-регуляторы могут быть условно разделены на абсолютные и относительные. *Абсолютные нормы* существуют или существовали во всех или почти всех известных обществах. Это, например, запреты на убийство, воровство, инцест и т. п. *Относительные нормы* специфичны для

отдельных обществ (нормы добрачных сексуальных отношений, этикета, авторского права).

Следовательно, поведение, нарушающее нормы какого-то общества, будет девиантным для этого общества, но может не быть таковым для другого общества. Примером может служить запрет женщинам мусульманских стран находиться в комнате, где принимают пищу мужчины.

Институты, имеющиеся в любом обществе для предотвращения проявлений девиантного поведения, включая в качестве одного из способов такого предотвращения наказание за уже совершенный девиантный акт, получили название институтов социального контроля. Функции социального контроля для одних видов девиантного поведения, как правило, наиболее социально значимых, возлагаются на специально созданные институты контроля — институционализируются. Это правоохранительные органы, пенитенциарная система, система здравоохранения. Функции контроля для других видов социальных девиаций осуществляются неспециализированными социальными институтами. Так, контроль добрачного сексуального поведения осуществляется родительской семьей и соседской общиной, контроль трудовой дисциплины — индустриальными организациями.

Оценка здоровья общества может даваться по любому из видов девиантного для данного общества поведения, однако, как правило, используются те его виды, которые непосредственно угрожают биологическому состоянию популяции. Особо тяжкие и тяжкие преступления — это те, которые угрожают жизни и здоровью людей либо приводят (или могут приводить) к снижению репродуктивного потенциала индивида (например, изнасилования). Экономическая преступность снижает объем жизненно необходимых ресурсов, имеющихся у членов общества.

Гомосексуализм исключает репродуктивную функцию брака и формирует один из путей передачи ВИЧ/СПИДа. Проституция негативно влияет на моральную основу брака и формирует путь передачи венерических заболеваний. Алкоголизм и наркомания сами являются нервно-психическими заболеваниями с выраженным повреждением психической сферы и биологической основы личности. Самоубийства прямо воздействуют на численность популяции.

Нередко о здоровье общества судят на основе оценки состояния институтов социального контроля. При этом подразумевается, что состояние институтов контроля непосредственно влияет на уровень девиантных проявлений в обществе. Показателями «общественного здоровья» становятся религиозность, отношение к нормам традиционной морали, коррумпированность институтов власти и т. п. Следует помнить, что функционирование институтов контроля — только один из факторов, влияющих на уровень девиантности, и связь между их деятельностью и уровнем девиантности различна как в разных обществах, так и в одном и том же обществе в разные исторические периоды. Агрегированные статистические показатели уровня девиантных проявлений составляют особый раздел социальной статистики — так называемую *моральную статистику*.

В середине 50-х гг. XX в. выдающийся американский социолог Т. Парсонс предложил рассматривать и психическую и соматическую болезнь как одну из форм девиантного поведения по отношению к существующей в обществе системе норм. Таким образом, девиантологический подход сегодня интегрирует медико-

биологическое понимание здоровья и является наиболее адекватной основой анализа, описания и объяснения «социального здоровья».

**Место психологической науки в изучении здоровья общества.** Болезнь как биологический феномен, безусловно, соотносится с отдельной человеческой особью, т. е. индивидом. В популяционном плане «социальность» болезни заключается:

- в уровне распространенности конкретной болезни («нозоса») в популяции или каких-либо ее частях;
- во влиянии частоты контактов между составляющими популяцию особями на распространение в популяции контагиозных (инфекционных) заболеваний;
- в воздействии характеристик природного ареала (территории, занимаемой популяцией) на подверженность популяции тем или иным заболеваниям.

Однако человек обладает высокоорганизованной психикой, позволяющей осознать болезнь как угрозу своему существованию. Поэтому любая болезнь на всех или на отдельных этапах ее возникновения, течения и исхода имеет у человека психологическую и поведенческую составляющую. Поскольку содержание психики социально, а поведение реализуется в социальном окружении, социальные и связанные с психикой составляющие болезни.

«Обрамляющие» болезнь когнитивные конструкты и модели поведения формируются в процессе социализации и корректируются по мере накопления и усвоения индивидуального опыта.

Социальная среда действует на психическое и поведенческое «обрамление» болезни, поскольку она:

- формирует представления о том, какие виды поведения полезны, а какие — вредны для здоровья, на основе чего конструируется как саморазрушающее, так и самосохранительное поведение индивида;
- предоставляет знания о технологических достижениях, которые могут быть использованы как для сохранения и укрепления здоровья, так и для лечения уже возникшего заболевания;
- транслирует когнитивные схемы, на основе которых субъективные проявления соматического и психического дискомфорта, боль осознаются как симптомы болезни;
- содержит социальные «сети», т. е. каналы неформальной коммуникации, по которым человек может получить советы относительно своего болезненного состояния;
- предъявляет экспектации (ожидания), выполняющие функцию регулятивных норм при принятии социальной роли больного;
- имеет доступные для индивида специализированные институты, миссия которых заключается в сохранении и укреплении здоровья, легитимизации статуса больного, оказании профессиональной помощи.

Конечно, все те структурные и динамические характеристики общества, которые влияют на здоровье его членов, сами формируются как результирующая переменная социально детерминированного поведения людей. Вместе с тем на уровне общества в целом (социетальном) могут формироваться цели, задающие мотивацию индиви-

дуальной активности части членов этого общества. На основе таких социетальных целей формируются профессиональные группы, структурируемые соответствующими социальными институтами, и занятые проблемами здоровья. Таковы медицинские работники, психологи-консультанты, исследователи, а также парапрофессионалы, например активисты групп анонимных алкоголиков или целители.

**Следовательно, если описание (дескриптивный уровень анализа) социально-го здоровья выступает предметом социологии,** то объяснение его вариации и между обществами, и между структурными элементами одного и того же общества, и в процессе развития как всего общества, так и отдельных его элементов, требует социально-психологического уровня анализа.

**Развитие теоретических представлений о здоровье общества.** Научное развитие проблематики социального здоровья в современном понимании неразрывно связано с достижениями медицины, с одной стороны, и социологии — с другой.

На протяжении всей истории человечества основным видом патологии, обуславливающим уровень Смертности и продолжительности жизни, были инфекционные болезни. Открытие микробной природы этих болезней Л. Пастером и последующее выявление путей передачи микробных агентов при различных заболеваниях перевело задачи их предупреждения и лечения в разряд сугубо технологических. Закономерности распространения инфекционных заболеваний в обществе стали предметом науки *эпидемиологии*, а технологии предупреждения такого распространения — *гигиены*.

Первая половина XIX в. в странах Западной Европы характеризовалась массовыми перемещениями людей как в результате войн, так и вследствие начавшихся процессов урбанизации, т. е. увеличения численности населения городов при снижении относительной численности сельского населения.

Эти процессы привели к интенсификации контактов в человеческой популяции, что создавало особо благоприятные условия для возникновения эпидемий. Поэтому впервые задачи в сфере общественного здоровья стали решаться в крупных городах путем санитарного благоустройства и реализации противоэпидемических мероприятий. В крупных городах Германии первой половины XIX в. выполнение этих задач стало функцией «медицинской полиции», на которую возлагался также контроль за проституцией и судебно-медицинская экспертиза.

По мере успехов в борьбе с инфекционными заболеваниями внимание специалистов в этой области стали привлекать другие факторы, влияющие на здоровье населения, — генетический фон, питание, алкоголизация и пр. Сформировавшаяся на этих основаниях наука получила название **социальной** (общественной) **гигиены**, и именно в таком объеме развивалась в России на рубеже XIX и XX вв. Первая в России кафедра социальной гигиены была основана в петербургском Психоневрологическом институте в 1913 г. З. Г. Френкелем.

**Следует подчеркнуть, что социальная гигиена как наука всегда основывалась на биомедицинской модели болезни, присущей клинической медицине. Именно в рамках социальной гигиены для изучения общественного здоровья была выдвинута парадигма<sup>1</sup> социальной патологии.**

<sup>1</sup> Парадигма — это непротиворечивая система научных категорий и основанных на них теоретических представлений, в рамках которых изучается определенная научная проблематика.

Само содержание понятия социальной патологии менялось в социальной гигиене по мере трансформации паттерна заболеваний в обществе. В разные периоды это были острые инфекционные заболевания, туберкулез, профессиональные заболевания, проституция и пр., вплоть до сердечно-сосудистых заболеваний.

Немецкая социально-гигиеническая традиция уже в 30-х гг. XX в. оказалась полностью дискредитированной евгеникой — учением об «облагораживании» человеческой популяции путем элиминирования (устранения) носителей «генов болезней».

В России конца XIX — начала XX в. социально-гигиенические исследования алкоголизма, наркомании, психических заболеваний, преступности были выполнены преимущественно психиатрами, а проституции — дерматовенерологами. Особенный размах подобные исследования приобрели в первое десятилетие советского периода. Однако к 1930 г. исследования социальной патологии были прекращены, занимавшиеся ими научные центры закрыт\*, а сами исследователи впоследствии репрессированы.

Этот запрет на социально-гигиенические исследования был снят, как и запрет на «конкретно-социологические» исследования, в 1960 г. Однако социальная гигиена позднего советского периода стала тотально идеологизированной наукой, а проводимые в ее рамках эмпирические исследования были полностью атеоретическими, подчиненными по своим задачам нуждам практического здравоохранения.

Развитие науки о здоровье общества в англоязычных странах сразу же приобрело несколько иное направление. Уже первые социально-статистические исследования в США, посвященные влиянию безработицы на психиатрическую заболеваемость и выполненные в первое десятилетие XX в., были направлены не столько на феноменологическое описание негативных социальных явлений, сколько на выявление социальных процессов, их обуславливающих. Поэтому исследования общественного здоровья с самого начала оказались ориентированными на теоретические модели социальных наук. Основоположником этого направления считается британский исследователь Т. Сигерист, опубликовавший в 1923 г. первое руководство по медицинской социологии. В своем развитии медицинская социология испытала сильное влияние психоанализа, в рамках которого возникло понятие о «болезнях цивилизации». Первоначально под ними подразумевались неврозы, а затем и все психосоматические заболевания, как они представлялись с позиций учения о «неврозах органов».

Вторым существенным компонентом медицинской социологии стало представление о социальном стрессе, возникшее на основе концепции общего адаптационного синдрома Г. Селье. Возникновение концепции Селье пришлось на период резкого изменения паттерна заболеваемости в индустриально развитых странах мира во второй половине XX в.

На смену инфекционным заболеваниям пришли неинфекционные, для которых нельзя было установить какую-то одну специфическую причину. Эти заболевания характеризуются хроническим течением, необходимостью длительного поддерживающего лечения и ограничительного образа жизни.

Кроме того, связь между «обрамляющим» болезнью индивидуальным поведением и характеристиками патологического процесса для хронических неинфекци-

онных заболеваний оказалась значительно жестче, чем для острых инфекционных заболеваний. Выяснилось, что теоретический конструкт стресса высокопродуктивен как для объяснения социальных причин возникновения хронических неинфекционных заболеваний, так и для объяснения индивидуального поведения, определяющего их течение и исход. **Поэтому сегодня парадигма социального стресса в изучении проблематики общественного здоровья пришла на смену парадигме социальной патологии.**

Конкретно-методологические подходы к изучению общественного здоровья. Конкретно-методологические подходы к изучению социального здоровья могут быть сгруппированы по нескольким основаниям:

- *По акценту на структурных или динамических характеристиках изучаемой общности.* Акцент на структурных характеристиках предполагает достаточно большой объем показателей (индикаторов), описывающих состояние общности на определенный момент времени. Акцент на динамических характеристиках предполагает фиксацию значений ограниченного числа показателей (индикаторов) через определенные интервалы времени.
- *По характеру первичной (базисной) информации.* Это могут быть социально-статистические исследования, основанные на агрегации данных первичного статистического учета, осуществляемого на данной территории либо специально (государственный статистический учет), либо в процессе осуществления своих функций социальными институтами (ведомственный статистический учет). Другой тип базисной информации формируется на основе непосредственного изучения членов общности, сплошного либо выборочного. При этом выборка может представлять (репрезентировать) либо всю общность, либо определенную девиантную группу.
- *По ведущему методу сбора первичной информации.* Это могут быть исследования по типу переписей, где фиксируется некий ограниченный ряд параметров всех членов общности; исследования, выполненные методами визуального наблюдения (например, для изучения массовидных явлений); исследования с применением клинико-анамнестического метода; обследования с применением инструментального оснащения (например, для установления показателей физического развития); опросы; исследования, выполненные по экспериментальному или (чаще) квазиэкспериментальному плану.
- *По цели последующего анализа полученной информации.* По данному основанию все исследования социального здоровья можно разделить на дескриптивные (описательные), кросс-секционные (аналитические) и выполненные с применением многомерных статистических методов. Дескриптивные исследования имеют своей основной целью описание уровня (распространенности) того или иного явления в общности. Аналитические исследования направлены на оценку вариации того или иного явления в отдельных больших группах общности (территориальных, демографических, экономических и пр.). Многомерные статистические методы применяются для вскрытия глубинных закономерностей формирования того или иного явления или про-

цесса в общности. В организационном аспекте эти виды исследования нередко выступают в качестве стадий анализа первичных данных одного и того же исследования.

Центральная методологическая проблема исследования социального здоровья — проблема причинности. Любой социальный факт в сфере здоровья может быть понят и как причина, и как следствие состояния социальной среды. Так, например, преступное поведение может интерпретироваться и как следствие процессов социальной дезорганизации, и как причина социальной дезорганизации, если приобретает массовый характер. Нарушения в субъективном психологическом благополучии индивида по психосоматическому механизму могут привести к соматической (физической) болезни, но и симптоматика соматической болезни приведет к нарушению субъективного психологического благополучия индивида.

В литературе эта проблема получила образное обозначение — «проблема курицы и яйца». В кросс-секционных исследованиях, т. е. в таких, в которых данные о потенциальной социальной причине нарушения здоровья и фиксация самого нарушения происходит одновременно, данная проблема методологически неразрешима. Высказываемое иногда предположение о возможности так называемой циркулярной (круговой) причинности не выдерживает критики, так как противоречит монистическому взгляду на социальную реальность в целом.

Существует два вида социальных исследований здоровья, позволяющие делать более обоснованные выводы о причинности.

1. Ретроспективные исследования (план *«ex-post-facto»*). В этом виде исследований выбирается событие в прошлом, влияние которого на здоровье требуется изучить, и формируется статистическая группа, подвергавшаяся воздействию этого события. Например, это могут быть дети, госпитализированные в возрасте 11—13 лет два десятилетия назад в психиатрическую больницу. Затем из их сверстников формируется контрольная группа, максимально близкая к изучаемой по основным социально-демографическим параметрам. Проводится оценка показателей здоровья представителей этих групп, и по их сравнительному отличию делается вывод о влиянии психиатрической госпитализации в детстве на здоровье во взрослом возрасте.
2. Проспективные исследования (когортные, лонгитюдинальные). В этом виде исследований первоначально проводится оценка здоровья по максимально широкому кругу показателей в группе детей, подростков или молодых взрослых с последующим повторением замеров через фиксированные промежутки времени, с одновременной фиксацией воздействия потенциально повреждающих здоровье социальных факторов на протяжении всего их жизненного пути. Наличие статистических связей между воздействием зафиксированных ранее факторов с актуальным состоянием здоровья служит доказательством их причинного влияния на здоровье.

Конечно, методология искусственного (лабораторного) эксперимента — единственного научного метода, позволяющего делать высокообоснованные выводы о причинности, — по морально-этическим соображениям неприменима к изучению факторов здоровья человека. Однако природные и социальный катаклизмы неред-

ко создают уникальные ситуации воздействия потенциально повреждающих здоровье факторов. Изучение здоровья жертв подобных катастроф получило название естественного (натурального) эксперимента. Таково, например, исследование влияния депривации от материнской фигуры на психическое здоровье лиц, ранние годы жизни которых прошли в фашистских концлагерях.

## Социальная структура и здоровье

Фундаментальный факт социологии здоровья как науки — существенные различия в уровнях здоровья между сложившимися в обществе устойчивыми социальными группами. К основным видам таких групп относятся *социальные классы, демографические группы* (половые и возрастные), *территориальные общности* (поселения), *социальные организации и семья*.

Главным механизмом, обуславливающим сходство показателей здоровья представителей устойчивых социальных групп (и соответственно отличие от представителей других групп), является общность условий жизни, субкультуральных особенностей и детерминант связанного со здоровьем индивидуального поведения (ценность здоровья; социальные установки по отношению к медицинской помощи; групповые нормы, регулирующие поведение в сфере здоровья).

Поэтому принадлежность к устойчивым социальным группам зачастую позволяет значительно точнее предсказать уровень индивидуального здоровья, чем конституционально-биологические или личностно-характерологические особенности человека. В социально стабильных обществах структурные характеристики следует рассматривать как важнейшие детерминанты социального здоровья.

Социальные классы. Социальные классы — большие социальные группы, закрепляющие своим существованием вертикальное расслоение (стратификацию) любого человеческого сообщества по признаку неравномерности распределения власти и связанного с ней доступа к совокупным ресурсам данного сообщества.

Неравномерность распределения здоровья в обществе по социальным классам (так называемый **классовый градиент здоровья**) известна человечеству с древнейших времен, хотя научное осмысление впервые получила на рубеже XVII — XVIII вв. Сущность классового градиента здоровья заключается в следующем: **чем выше место той или иной социальной группы в вертикальной структуре общества, тем лучше здоровье представителей данной группы.**

Сама по себе вертикальная стратификация — необходимое условие устойчивости (стабильности) и поступательного развития общества. Основные черты вертикальной дифференциации, присущие человеческим обществам, имеются уже в сообществах высших млекопитающих. Напротив, распад или нивелирование вертикальной структуры (т. е. гомогенизация) становятся признаками социальной дезорганизации<sup>1</sup>.

**Основными признаками, позволяющими отнести индивида к определенному социальному классу, принято считать образование, уровень материального дохо-**

Отсюда: марксистские попытки создания «бесклассового общества», по существу, противоречат биологической природе человека как стадного млекопитающего.

да и социально-профессиональную позицию (должность). Каждый из этих признаков (индикаторов) принадлежности к социальному классу подразумевает свои, в определенной мере специфичные механизмы воздействия на здоровье.

*Образовательный статус* приводит в действие два основных механизма формирования уровня здоровья. Первый из них заключается в том, что в процессе получения образования личность развивает навыки преодоления трудностей, с которыми неизбежно связано получение образования. Эти навыки впоследствии с успехом могут быть применены и в других трудных жизненных ситуациях. **Следовательно, образование повышает общую сопротивляемость (резистентность) личности к воздействию социального стресса.** Кроме того, с повышением образования повышается общий уровень информированности, включающий знания о современных теориях болезней и методах лечения, сохранения и укрепления здоровья. Развивается и способность к поиску и практическому применению новой информации этого рода.

*Материальное благосостояние* отражает экономические возможности индивида по использованию ресурсов общества для лечения, сохранения и укрепления здоровья. Другими словами, при высоком уровне благосостояния человеку доступна более квалифицированная лечебно-профилактическая помощь, физическая активность в условиях хорошо оснащенных оздоровительных центров, лучшее и расположенное в экологически благоприятных местностях жилье, высококалорийное питание.

*Социально-профессиональная позиция* сама по себе отражает высокий уровень здоровья, так как формируется под действием факторов селекции (профессионального отбора). Исследования показывают, что при принятии решений о должностном продвижении психическое и физическое здоровье претендентов на руководящие должности учитывается в первую очередь. Высокий должностной статус подразумевает, как правило, и высокий уровень материального вознаграждения, т. е. обуславливает материальное благосостояние.

Эмпирически показано, что все три индикатора социально-классовой принадлежности в современных западных обществах проявляют тенденцию к совместно-му варьированию. Так, индивид, имеющий высокий уровень образования, чаще всего будет также иметь и высокий уровень дохода, и высокую должностную позицию.

С психологической точки зрения эти показатели социально-классовой принадлежности имеют различное содержание. Уровень образования отражает социальные притязания (аспирации) индивида, тогда как материальный и должностной статус — реальные жизненные достижения. Следует отметить, что рассмотренные индикаторы социального статуса, т. е. принадлежности к социальному классу, не являются исчерпывающими. Для определения социального класса можно использовать место проживания (там, где существует соответствующая дифференциация территории — «бедные» и «богатые» районы), характер собственности на жилье (свое или арендуемое), тип жилья (например, наличие собственного дома), место проведения отдыха и т. п. Однако в конкретном исследовании подобные индикаторы выполняют скорее вспомогательную роль.

До середины XX в. наиболее распространенным в социальных науках было членение общества на два («элита» и «масса») или три (высший, средний и низ-

ший) класса. Социальной структуре современного общества западного типа наиболее соответствует деление на шесть классов. Такое деление впервые было использовано в Нью-Хевенском исследовании психического здоровья в 50-х гг. XX в. в США, и с некоторыми модификациями применяется до настоящего времени<sup>1</sup>.

*/ класс. Высший.* Включает руководителей крупных промышленных предприятий, врачей некоторых специальностей, крупных торговцев, университетских профессоров, юристов и т. п.

*II класс. Высшая страта среднего класса.* Это руководители подразделений в промышленности, инженеры, врачи, преподаватели вузов, владельцы средних торговых предприятий, государственные чиновники и пр.

*III класс. Низшая страта среднего класса.* В него входят школьные учителя, мастера на производстве, владельцы мелких торговых предприятий или заведующие секциями крупных предприятий, офицеры полиции, медицинские сестры и пр.

*IV класс. Высшая страта низшего класса.* Включает бригадиров на производстве, высококвалифицированных рабочих, специалистов сферы услуг (парикмахеры, массажисты), банковских служащих и пр. Эти лица имеют высокий уровень подготовки в рамках своей профессии.

*V класс. Средняя страта низшего класса.* К этой страте относятся рабочие, имеющие определенную специальность, клерки, секретари, рядовые полицейские и пр.

*VI класс. Низшая страта низшего класса.* В этот класс входят люди, имеющие профессиональную занятость, но работа которых не требует никакой профессиональной подготовки. Это, например, подсобные рабочие, грузчики, санитарки медицинских учреждений, дворники.

Две группы населения не входят в приведенную стратификационную структуру. Это «сверхбогатые», чье состояние, как правило, получено по наследству, а также «звезды» эстрады и кино, действующие и бывшие главы государств, владельцы целых отраслей индустрии и т. п. Вторая группа, не входящая в стратификационную структуру, — лица, не имеющие постоянной занятости или другого постоянного источника дохода, а также жилья — «уличные жители».

Социально-классовая структура общества не статична. Соотношение численности различных классов в достаточно динамичных обществах может меняться в течение относительно коротких исторических периодов. В основе подобной динамики лежит один из видов социальной мобильности людей — классовая (стратификационная) мобильность.

Различают восходящую и нисходящую стратификационную мобильность. *Восходящая* мобильность имеет своим результатом повышение ранга в стратификационной структуре общества, а *нисходящая* — понижение (дрейф). Подобное повышение или понижение социального ранга может происходить в течение жизни представителей одного поколения (индивидуальная мобильность) или нескольких поколений представителей одной семьи (межпоколенная мобильность).

Существуют некоторые устойчивые закономерности распределения отдельных групп заболеваний по социальным классам. Так, физическим (соматическим)

<sup>11</sup> Выделение трех классов, особенно так называемого среднего класса, сохраняется преимущественно в социальной публицистике.

заболеваниям, а из психических заболеваний — шизофрении больше подвержены представители низших классов. Циклофрения (маниакально-депрессивный психоз) чаще присуща представителям высших классов. Проявления девиантного поведения, оказывающие повреждающее влияние на здоровье, чаще встречаются в «полярных» классах — среди «сверхбогатых» и «деклассированных».

**В объяснении причины классового градиента здоровья сегодня преобладают две теоретические модели — модель социального стресса и модель социальной селекции.**

*Модель социального стресса*, истоки которой находятся в социально-экономическом учении марксизма, основывается на предположении, что на низших ступенях классовой иерархии общества складываются более стрессогенные условия существования. Это опасные и вредные условия труда, неблагоприятная экологическая обстановка в местах проживания, худшее жилье и питание, недостаток средств на соблюдение гигиенических требований и, наконец, низкая доступность медицинской помощи.

*Модель социальной селекции* постулирует, что место индивида в классово-иерархической структуре общества детерминировано его психобиологическими особенностями, дающими ему преимущества в конкурентной борьбе за власть и ресурсы перед другими индивидами. При переходе высокого социального статуса «по наследству» индивид, не обладающий конкурентными преимуществами, теряет статус, «дрейфуя» в более низкий социальный класс.

Имеющийся на сегодня объем эмпирических данных подтверждает скорее модель социальной селекции. Действительно, в современных западных обществах различия в объективных условиях жизни между представителями низших и высших классов не настолько велики, чтобы вызывать различия в уровнях экономического стресса и соответственно в показателях состояния здоровья, однако классовый градиент здоровья сохраняется. Исследования, кроме того, показывают, что по уровню переживаемого социального стресса классовых различий в этих обществах вообще нет.

Систематически фиксируются, в том числе и в России, лучшие показатели здоровья и физического развития женщин высших классов по сравнению с женщинами низших классов. По ряду заболеваний устанавливается отчетливая нисходящая индивидуальная (алкоголизм) и межпоколенная (шизофрения) социальная мобильность.

Конечно, связь классовой принадлежности и здоровья подвержена влиянию социально-исторической ситуации. На рубеже XIX и XX вв. неврозы считались «болезнью высших классов», однако в «предперестроечной» России они чаще наблюдались в средней страте низшего класса, а «болезнью высших классов» стали сосудистые заболевания головного мозга. В первой половине 90-х гг. XX в. в России наблюдалась уникальная социальная восходящая мобильность больных алкоголизмом.

В отечественной социологической литературе распространилось представление о некоем «размывании», или «распаде», классовой структуры советского общества в условиях современной России. Однако, признавая факт трансформации «советских» классов, особенно высших, правомерно говорить не столько о гомо-

генизации сложившейся в стране классовой структуры, сколько об усугублении **статусной неконгруэнтности**<sup>1</sup> для большого числа членов российского общества.

По данным выполненных в США медико-статистических исследований, статусная неконгруэнтность существенно повышает вероятность возникновения сердечно-сосудистой патологии (ишемической болезни сердца, инсультов), эндокринных (диабет) и онкологических заболеваний.

В течение всего советского периода статусная неконгруэнтность «образованного класса» была высокой прежде всего из-за низкого уровня материального благосостояния и в период реформ только приобрела еще большие размеры.

Проблема классового градиента здоровья остается центральной для медицинской социологии как с точки зрения социологической теории, так и в плане практических мер по оздоровлению общества. Эта проблема еще далека от своего разрешения. Принятие модели социальной селекции как более адекватной реальности привело сегодня к смещению акцентов социальной политики от «улучшения условий труда и быта» к «развитию человеческого потенциала».

**Тендерные группы и семья.** Различие людей по полу — самоочевидный факт дифференциации человеческой популяции. Тем не менее, при всей наглядности морфологических различий между полами, психофизиологические исследования дают удивительно мало данных, конкретизирующих подобные различия. Социальные же исследования чаще всего вообще приводят к выводу, что поведенческие особенности полов больше детерминированы специфичными для данного пола в данном обществе социальными ролями, нежели биологическими различиями полов.

Именно отсюда возникло понятие **тендера** — социального пола, формирующегося в процессе социализации и проявляющегося в полоспецифичном ролевом социальном поведении, в отличие от биологического пола, детерминированного хромосомным набором индивида. Конечно, здесь нельзя полностью исключать связи сложившегося в обществе распределения социальных ролей с биологической предрасположенностью к выполнению определенных социальных функций, детерминированных биологическим полом.

Если все же такая связь и существует, она не является жесткой. В обществах западного типа разделение общественного труда в соответствии с тендерной принадлежностью скорее отражает престижность отдельных видов занятий. Так, в американском обществе «женской работой» сегодня называют такие виды труда, которые столетие назад назывались «негритянской работой». В США профессия врача высокопрестижна и считается «мужской»\* а в России, где она относится к низкооплачиваемым и потому малопрестижна, — «женской».

Кроме того, помимо крайне выраженных «мужского» (маскулинного) и «женского» (феминного) образцов (паттернов) социального поведения в сложных современных обществах эмпирически выявляется ряд «промежуточных» образцов поло-

<sup>1</sup> Под статусной неконгруэнтностью (неконсистентностью) подразумевается несоответствие обычно высокоскоррелированных основных индикаторов принадлежности к социальному классу. Примером может служить врач (высокий образовательный статус), торгующий на вещевом рынке (средний материальный и низкий должностной статус).

ролевого поведения (андрогишюсть). Хотя предположение о более высокой социальной эффективности андрогинных поведенческих паттернов эмпирически не подтверждается, само их существование сомнений не вызывает. Таким образом, абсолютизация половых различий и понимание их чуть ли не как первичного источника социальной дифференциации, характерные для социологии конца XIX в. — первой половины XX в., сегодня не находят признания.

После Второй мировой войны в западных обществах выявляется устойчивое различие между тендерными группами по показателям состояния здоровья. Женщины демонстрируют более высокий уровень нервно-психической и соматической заболеваемости, однако болезни у них протекают более легко. Мужчины проявляют более высокий уровень психосоматических расстройств, и эти заболевания, так же как и вообще соматическая патология в целом, протекают у них более тяжело.

Смертность мужчин, в отличие от женщин, в большей мере связана с криминальными причинами, травматизмом и алкоголизацией. Средний возраст дожития у мужчин, как правило, ниже, чем у женщин. Сформулированы три теоретические модели, объясняющие тендерные различия в состоянии здоровья.

1. Социализационная гипотеза предполагает, что выявляемые различия в состоянии здоровья между полами обусловлены различием реакций на переживаемый стресс и вызванную им симптоматику в зависимости от неформальных (резидуальных) норм, регулирующих полоролевое поведение и усвоенных в процессе социализации. Для женщин при переживании стресса нормативно приемлемо осознавать свое состояние как заболевание и обращаться за медицинской помощью. Для мужчин же проявлять симптомы и обращаться за медицинской помощью нормативно неприемлемо; «мужской» паттерн реакции на стресс диктует алкоголизацию и антинормативное поведение. Поэтому феминный дезадаптационный паттерн чаще фиксируют врачи, а маскулинный — полицейские. Этим же объясняется более высокая смертность мужчин по криминальным причинам и по причинам, связанным с алкоголизацией.
2. Биологическая гипотеза связывает особенности состояния здоровья женщин с биологической спецификой строения и функционирования женского организма, обусловленной функцией деторождения. Эта гипотеза хорошо объясняет симптомы так называемого синдрома предменструального напряжения у женщин, а также заболевания инволюционного периода.
3. Гипотеза «ролевой перегрузки», так же как социализационная гипотеза, исходит из общетеоретического представления о стрессе. Предполагается, что если мужчина в современном обществе выполняет две основные социальные роли — «работника» («кормильца семьи») и «отца семейства», то женщина три: «работницы», «матери семейства» и «воспитательницы детей». Подобная «ролевая перегрузка» является, согласно «инженерной модели» стресса, постоянным источником последнего в выполнении женщиной ее основных социальных ролей.

Следует отметить, что с физиологических позиций модель «ролевой перегрузки» не выдерживает критики. В основание этой модели положено предположение,

что человек обладает неким ограниченным объемом физиологической энергии, которую и можно распределять по социальным ролям. Отсюда чем больше ролей, тем больше и каналов распределения энергии, а следовательно, на каждый канал приходится меньше энергии. Поэтому модель «ролевой перегрузки» получила название канализационной гипотезы. Количество энергии же, получаемой современным человеком с пищей, вообще не может быть израсходовано в обычных, неэкстремальных условиях, сколько бы социальных ролей он ни исполнял. Безусловно, подобная критика не снимает проблемы влияния семьи и работы на здоровье полов.

Семья — первичная малая социальная группа, в основе формирования которой лежат кровнородственные связи. Традиционная семья многопоколенная, ее возглавляет старший по возрасту мужчина, а управление в ней строится на основе авторитарных принципов. Психоаналитическая традиция связывает с такой патриархальной семьей возникновение запретительных социальных норм и государственных образований. Если считать подобную семью действительно первичной формой социальной организации, то следует признать, что в современном обществе семья утратила многие свои первоначальные функции и претерпела существенную трансформацию.

Прежде всего для современной семьи характерна утрата ею производственных функций. Ряд других функций семьи сохранился в рудиментарном виде, поскольку перешел к особым социальным институтам. Так, социализационные функции, особенно передачу необходимой для жизни информации, частично взяла на себя система образования, функции социального контроля — полиция и церковь, защиты — армия, охраны здоровья — система здравоохранения. Поэтому основными функциями современной семьи следует считать **прокреационную** (воспроизводство населения) и **рекреационную** (удовлетворение глубинных эмоциональных потребностей людей в любви, привязанности, понимании, разделенных переживаниях).

В связи с процессами урбанизации существенные изменения претерпевает и структура семьи. Для крупных городов стала типичной *нуклеарная* (ядерная) семья, состоящая из родителей и детей. Тенденция к малодетности, появившаяся во всех развитых странах во второй половине XX в., привела к тому, что в семье, как правило, теперь 1-2 ребенка.

В последние десятилетия распространились структурные виды семьи, ранее не существовавшие или не привлекавшие к себе общественного внимания, — «открытый брак», семьи с гомосексуальными партнерами, семьи с одним родителем, неинституционализованные семьи (длительное или кратковременное сожительство), семьи несовершеннолетних и пр. Их влияние на здоровье общества еще предстоит изучать.

Есть одна важная закономерность трансформации семьи — переход от *авторитарной* семьи к *эгалитарной*, которой присуще более равномерное распределение властных функций между супругами (а иногда и детьми). Эгалитаризм в семейных отношениях вызван серьезными изменениями в идеологии западных обществ и проявляется в распределении внутрисемейных ролей.

Благоприятное влияние семейного окружения на частоту возникновения, течение и исходы как острых, так и хронических соматических заболеваний устанавливается в исследованиях начиная с 50-х гг. XX в. Подобные данные получе-

ны для широкого круга патологических состояний — ревматизма, инфарктов, туберкулеза, угрожающего выкидыша, течения послеоперационного периода при операциях на сердце и пр.

Впервые подобные данные появились еще в XIX в. в актуарной (страховой) статистике, показывавшей скорую смерть мужчин после смерти жен. Для объяснения этой зависимости была выдвинута теория «разбитого сердца». В 70-е гг. XX в. ей на смену пришла гипотеза «социальных связей». Она предполагала, что семья — та форма социальных связей, которая, согласно природе человека, необходима ему для сохранения здоровья. На рубеже 1980-1990-х гг. данная гипотеза была развита и операционализована как семейная социальная поддержка.

В отношении психического здоровья таких однонаправленных закономерностей влияния семьи нет. Семья по-разному влияет на психическое здоровье женщин и мужчин. Среди женщин наиболее высокий уровень психического здоровья проявляют никогда не состоявшие в браке, за ними следуют состоящие в браке, потом вдовы и на последнем месте — разведенные и оставленные партнером. Среди мужчин наиболее высокий уровень психического здоровья наблюдается у состоящих в браке, затем следуют разведенные и вдовцы и на последнем месте — никогда не состоявшие в браке.

Подобные резкие различия в уровне психического здоровья между полами в зависимости от семейного статуса приводят социологов феминистского направления к выводам о «психологической выгоде брака для мужчин» и о современном браке «как форме эксплуатации женщины в сексистском обществе». Однако в действительности, как показывают углубленные исследования проблемы, отмеченные закономерности во многом объясняются факторами селекции.

Мужчины, страдающие нервно-психическими расстройствами, имеют мало шансов быть выбранными в качестве брачных партнеров, поскольку женщины оценивают потенциального супруга прежде всего с точки зрения выполнения роли «кормильца семьи». Высокая ранняя смертность мужчин-вдовцов находит свое объяснение, во-первых, в анализе причин смерти (чаще всего это причины, связанные со злоупотреблением алкоголем, — массивная алкоголизация начинается после исчезновения сдерживающего влияния жен); а во-вторых, в утрате за время супружества элементарных навыков самообслуживания.

Эмпирические исследования устанавливают, что для мужчин брак, безусловно, выполняет особую «психогигиеническую» функцию. Однако почему подобная функция не прослеживается для женщин? Ответ на этот вопрос лежит в распределении внутрисемейной власти. Психологическое благополучие личности в браке связано с чувством субъективного контроля. В обществах западного типа сохраняются внутрисемейные групповые нормы взаимодействия супругов, предусматривающие выполнение основных властных функций мужчиной.

Во всех индустриально развитых странах XX в. ознаменовался все возрастающей вовлеченностью женщин в процесс общественного производства. Таким образом, профессиональная занятость женщин вне дома стала повсеместным явлением, и в России — раньше, чем в странах Запада. Поэтому влияние профессиональной занятости (работы) женщин на их здоровье стало одной из важных проблем общественного здоровья.

Исследования устойчиво фиксируют более высокий уровень психического здоровья работающих женщин по сравнению с неработающими. Отсюда часто делается вывод об однозначно положительном влиянии профессиональной занятости на психическое здоровье женщин. Но и здесь преимущественное влияние оказывает фактор селекции. Женщины с нарушенным психическим здоровьем либо вообще не начинают работать, либо оставляют работу при первой же возможности, чаще всего — после вступления в брак.

Сравнение же женщин, работающих полный рабочий день, с женщинами, занятыми неполный рабочий день, показывает, что полная занятость менее благоприятна для психического здоровья (прежде всего из-за симптомов невротизации). Конечно, профессиональная занятость имеет для современной женщины существенное моральное значение, однако это значение нельзя отождествлять со здоровьем.

Возрастные группы. Сам по себе возраст тоже, безусловно, биологическая переменная, однако человек проходит свой жизненный путь в конкретной социально-исторической и индивидуальной ситуации, оказывающей то или иное повреждающее влияние на здоровье.

Ухудшение физического (соматического) здоровья с возрастом вызывается накоплением (кумуляцией) соматической патологии. «Скорость» подобного накопления отражает, наряду с генетическим фоном, влияние понимаемых в самом широком смысле условий жизни. Именно они определяют биологический возраст членов различных человеческих популяций, а следовательно, и возрастные границы отдельных стадий жизненного цикла. Так, если нижняя граница старости в странах Запада определяется сегодня в 80 лет, то для России, где средний возраст дожития мужчин в течение последнего десятилетия XX в. был менее 60 лет, такое определение старости бессмысленно.

Механизмы ухудшения здоровья с возрастом под влиянием социально детерминированных жизненных обстоятельств впервые описал в конце 1920-х гг. А. Мейер. Его подход получил современное развитие в виде **концепции жизненных событий**. В течение жизни на людей действуют три вида таких событий: исторические, нормативные и ненормативные.

*Исторические события.* Это войны, революции, периоды голода и т. п. Подобные события охватывают большие массы людей, формируют их психологию и оказывают существенное влияние на биологическую основу личности. Поэтому можно говорить о «военном поколении» или поколении «шестидесятников». Наличие существенной прослойки «блокадников» в населении Санкт-Петербурга обуславливает чрезвычайно высокий, по сравнению с Россией в целом, уровень соматической патологии в старшей возрастной группе населения города.

*Нормативные события.* Это те события, которые происходят в жизни всех или подавляющего большинства людей. К ним относится, например, окончание учебного заведения, вступление в брак, рождение детей, поступление на работу.

*Ненормативные события.* Такие события могут происходить, а могут и не происходить в течение жизни. У большинства людей они не происходят. Примеры таких событий: тюремное заключение, тяжелое заболевание, смерть супруга в молодом возрасте.

В традиционных обществах, ориентированных на поддержание стабильности, возраст определяет социальный статус, а следовательно, власть и доступ к ресурсам. В этом отношении советское общество характеризовал традиционализм. Напротив, в динамичных обществах, ориентированных на изменения и развитие, высок социальный престиж молодости. В современных западных обществах это хорошо заметно по распространению молодежной моды и молодежного стиля жизни в целом среди старших возрастных групп.

Влияние социальных факторов на здоровье различных возрастных групп существенно различается в зависимости от пола. В молодом возрасте здоровье мужчин всегда хуже, чем женщин. Это связано с двойной психоэмоциональной нагрузкой мужчин — необходимостью делать профессиональную карьеру и материально обеспечивать созданную семью. Женщины на этом этапе жизненного цикла, как правило, либо прекращают, либо существенно ограничивают свою профессиональную деятельность, сосредоточиваясь на уходе за детьми и их воспитании.

В среднем возрасте показатели здоровья мужчин и женщин выравниваются. Для мужчин становится очевидным «потолок» их профессиональной карьеры, произошло полное овладение специальностью, создана материальная основа семейного благополучия. Поэтому мужчины снижают профессиональные усилия и начинают проявлять больший интерес к семье. Этот феномен получил название «обмена». Однако как раз тогда семья перестает нуждаться в таком внимании. Дети уже вырастают, зачастую покидают родительский дом. Поэтому при неудачном «обмене» в качестве заместительной активности у мужчин нарастает алкоголизация, появляются внебрачные сексуальные связи, что может привести к распаду семьи.

У женщин на состояние здоровья в этом возрасте существенно влияют инволюционные изменения (климактерический синдром), сопровождающиеся вторичной психотравматизацией. Эта психотравматизация обусловлена воспринимаемым женщиной снижением своей социальной ценности в качестве сексуального объекта. Уход детей из дома порождает «синдром опустевшего гнезда». На этом этапе жизни женщины проявляют заместительную активность в виде интенсификации или возвращения к профессиональной деятельности, какой-либо общественной работы.

В пожилом возрасте происходит прекращение профессиональной деятельности — выход на пенсию. Влияние выхода на пенсию на здоровье мужчин интенсивно изучалось начиная с середины XX в. Исследования демонстрируют, что при сравнении показателей здоровья работающих и неработающих лиц пенсионного возраста здоровье работающих оказывается лучше. Это явление получило название «эффекта здорового работника». Отсюда обычно делался вывод о благотворном влиянии работы на здоровье в пожилом возрасте.

Фактически же здесь наблюдается обратное направление причинной связи: лица, имеющие лучшее здоровье в предпенсионном возрасте, с большей вероятностью продолжают работать и после выхода на пенсию. Таким образом, влияние прекращения профессиональной деятельности на здоровье практически отсутствует. Здоровье после выхода на пенсию определяется здоровьем в предпенсионном периоде, но также и общей экономической ситуацией, в которой происходит выход на пенсию.

Не подтверждается в исследованиях и положение о позитивном влиянии на здоровье в пожилом возрасте творческого труда. Представители высших классов, в чьей работе высок удельный вес творчества, в течение жизни формируют широкий круг интересов и чаще рассматривают выход на пенсию как возможность их удовлетворения. Напротив, представители низших классов, чья профессиональная деятельность характеризуется рутинизацией, чаще не находят возможностей заполнить появившееся свободное время и возвращаются к работе.

Для женщин выход на пенсию вообще не становится травмирующим переживанием, поскольку они легко переключаются на «домашние» проблемы, участвуют в воспитании внуков.

## Здоровье в территориальных общностях

Расселение — базисная, первичная характеристика организации общества.

**Совокупность людей, относительно плотно заселяющих определенную территорию, называется территориальной общностью.**

Для выделения территориальных общностей может быть использовано три основных критерия:

1. *Географический.* Этот критерий показывает географическое расположение общности и характеризует ее местонахождение в определенной климатической и ландшафтной зоне, в территориально-политических границах.
2. *Инфраструктурный.* Экономический по содержанию, данный критерий описывает основные способы получения членами общности средств к существованию. Сюда относятся промышленные и сельскохозяйственные предприятия, транспортная сеть, торговые пути и центры, учреждения отдыха и туризма и т. п.
3. *Социально-психологический.* Этот критерий описывает субъективное отождествление с общностью отдельных ее членов (идентификация). Такая идентификация основывается на чувстве «мы» и противопоставлении своей общности другим общностям — «они». Подкрепляют идентификацию с общностью некоторые вербальные и поведенческие особенности, широко признаваемые как принадлежащие именно этой общности. Примером здесь могут служить такие «петербургские» бытовые лексические единицы, как «карточка», «булка».

На здоровье членов общности влияют, прежде всего, климато-географические факторы, определяемые территориальным местонахождением общности. В общности реализуется и воздействие социально-структурных переменных, рассмотренное выше. Кроме того, здесь действует ряд присущих именно им факторов здоровья, получивших название экологических.

В социологической науке сегодня существуют два альтернативных понимания экологических факторов:

1. *Физические, химические и биологические* факторы окружающей среды, потенциально способные оказывать повреждающее влияние на здоровье

человека. Изучение этих факторов составляет содержание научного направления «экологии человека». Поскольку в урбанизированных обществах названные факторы чаще всего имеют техногенное происхождение, т. е. возникают в результате сознательной деятельности человека, «экологию человека» правомерно относить к социальным наукам.

2. *Факторы неравномерного распределения по территории различных видов девиантного поведения* — от психических расстройств до проституции. В этом смысле говорят, например, об «экологии преступности». Такое понимание экологии является собственно социологическим.

В публицистических текстах понятие экологии нередко используется как идиоматическое. Примером здесь может служить «экология культуры» — понятие, не имеющее внятного научного содержания.

**Здоровье городского и сельского населения.** С начала развития цивилизации два вида поселений стали в истории человечества основными — городские и сельские. По традиции, заложенной Жан-Жаком Руссо в конце XVIII в., сельским поселениям приписывается особо благотворное влияние на здоровье. Руссоистский «естественный человек» близок к природе и не подвержен порокам крупных городов. Болезнь же, в русле иудаистско-христианских религиозных взглядов, служит «возмездием за порочность». В современном общественном сознании эта традиция находит свое выражение в натуропатических представлениях об этиологии (причинах) болезней, способах лечения и оздоровления организма.

Конкретные исследования различий в состоянии здоровья между городским и сельским населением, проводимые в европейских странах с конца XIX в., убедительно свидетельствуют о худших показателях как физического, так и психического здоровья сельского населения. Существует несколько объяснений этого феномена.

1. Более тяжелые и неблагоприятные условия труда и быта на селе по сравнению с городом. Сельский труд осуществляется в условиях минимальной защищенности от воздействия неблагоприятных природных факторов, в сельских поселениях зачастую отсутствуют водопровод, канализация, система сбора и удаления мусора.
2. Низкая доступность квалифицированной медицинской помощи в силу географической удаленности и относительно высокой стоимости медицинских услуг.
3. Традиционализм и консерватизм, присущий сельскому населению в большей мере, чем городскому. Его следствия:

<• откладывание обращения к врачам из-за упования на «народные средства» и недоверия к официальной медицине;  
ряд патологических состояний не осознаются как болезни, а осмысливаются скорее в бытовых представлениях;

4\* высокая латентность таких видов девиантного поведения, как психическая болезнь; стремление к ее сокрытию из-за боязни общественного осуждения;

<• жесткая ориентация на групповые нормы, санкционирующие повреждающее здоровье девиантное поведение (например, алкоголизацию).

**Факторы здоровья городского населения.** Социально-статистические исследования, охватывающие достаточно длительные периоды времени (более чем столетие), убедительно демонстрируют параллелизм роста психических и психосоматических заболеваний, других форм девиантного поведения и процессов урбанизации. Поэтому в XX в. стало популярным постулирование причинной связи между этими двумя процессами. Однако прямые исследования влияния факторов городской среды не дают оснований для подобных заключений. По-видимому, и смена паттерна патологии, и рост доли городского населения в его общей численности — проявление действия некоего третьего фактора, а именно общецивилизационного «сдвига».

Люди, выросшие в сельской местности, при переселении в город переживают негативные эмоциональные состояния, обусловленные восприятием некоторых факторов городской среды, таких как сложность транспортных коммуникаций, бытовая загрязненность территории, недостаточное озеленение, раздражающие запахи и т. п. Однако эти негативные эмоциональные реакции угасают в течение полугода-года и наступает адаптация к урбанизированной среде.

Показатели уровня психосоматических заболеваний (например, мозговые инсульты), состояния семейных отношений (разводы), сексуального поведения (подростковые беременности, заболевания, передающиеся половым путем), суицидов, уголовной преступности характеризуют социальную дезорганизацию территориальных общностей. По этим показателям отдельные территориальные общности сравнимы между собой, что позволяет делать выводы о влиянии территориально-географического фактора на общественное здоровье (макроэкологический анализ).

С позиций урбаносоциологии еще больший интерес представляет анализ различий показателей социальной дезорганизации внутри самих территориальных общностей, таких как крупные города. Подобный анализ выявляет зоны города с высоким уровнем, например, болезненности по шизофрении<sup>1</sup>, грабежей, проституции и пр., что в сопоставлении с социально-экономическими показателями, характеризующими территорию, позволяет судить о влиянии факторов городской среды на здоровье членов территориальной общности (микроэкологический анализ).

Из факторов социального управления городом, повреждающее влияние которых на здоровье членов территориальной общности эмпирически доказано, следует назвать дискриминацию *отдельных групп населения* и бюрократизацию.

**Территориальные перемещения.** Территориальные перемещения (миграция) являются, наряду со стратификационной мобильностью, вторым основным видом социальной мобильности. Типология миграции строится на таких ее признаках, как масштаб и причины.

**Внутригосударственная миграция** подразделяется на следующие виды:

- *Мятниковая* миграция, т. е. миграция в пределах одной территориальной общности. Прежде всего, это ежедневная миграция от мест постоянного проживания к местам работы, но также и сезонная миграция к местам

<sup>1</sup> Заболеваемость — уровень заболеваний, выявленных первоначально. Болезненность — уровень данной патологии в обществе, т. е. статистически выявленное в данном году, сравниваемое с выявленным ранее.

отдыха (рекреационным зонам данного поселения или отдаленным от поселений).

- *Внутриобластная* миграция. Прежде всего это обусловленное урбанизацией перемещение сельского населения в близлежащие крупные города.
- *Межобластная* миграция. Она связана с экономическим районированием территории и отражает, чаще всего, перемещения рабочей силы в экономические регионы, развивающиеся быстрее. Межобластная миграция тоже может носить сезонный характер, что присуще сельскохозяйственным работам.

Основным повреждающим здоровье фактором маятниковой миграции выступает так называемый транспортный стресс. Для внутриобластной миграции характерно внесение паттернов связанного со здоровьем поведения, присущих сельскому населению, в социально-культурную среду городов. Межобластной миграции присущи проблемы психофизиологической адаптации больших масс населения к новым климато-географическим условиям и связанные с этим заболевания.

Межгосударственная миграция подразделяется прежде всего по причинам, к которым относятся:

- вынужденная миграция, т. е. обусловленная природными, техногенными или социальными катастрофами, ликвидация последствий которых не под силу тому государству, в котором они произошли;
- экономическая миграция, вызванная стремлением людей к экономическому благополучию;
- политическая миграция, являющаяся следствием политических сдвигов в жизни общества, — революций, гражданских войн, — но также и по причине политического давления, присущего странам с недемократическими режимами.

Уже в первые годы XX в. в США была обнаружена следующая закономерность межгосударственной миграции: нервно-психическое здоровье мигрантов хуже, чем у стационарного населения. В то же время обследования на рабочих местах, напротив, выявляют лучшее нервно-психическое здоровье мигрантов по сравнению с другими работающими («феномен здорового мигранта»). Это объясняется действием фактора селекции, — только мигранты с высоким уровнем нервно-психического здоровья обнаруживают приемлемую адаптацию к новому социокультурному окружению

Ситуация эмиграции содержит в себе целый ряд факторов, оказывающих повреждающее воздействие на нервно-психическое функционирование индивидов. Это утрата социального статуса, бедность, инокультурное окружение, межпоколенный разрыв культурной преемственности в семье. Они порождают специфические для миграции виды нервно-психических расстройств («невроз эмигрантов», «синдром Персефоны», параноидные состояния по типу «брета тугоухих»). Установлено, что повреждающее воздействие эмиграции на нервно-психическое здоровье мигрантов тем выраженнее, чем больше культурная дистанция между страной исхода и страной пребывания.

Для межгосударственной миграции нередко характерны крайне тяжелые физические условия жизни, предшествующие эмиграции. Иногда они сопровождают сам процесс миграции. Поэтому у таких мигрантов наблюдаются выраженные расстройства соматического здоровья.

## Здоровье и социальные организации

**Социальные организации — это общности, создаваемые целенаправленно для производства того или иного материального или нематериального продукта.**

В основе любых организаций как целевых общностей лежит биологически присущая человеку способность быть организованным, необходимая для целенаправленной совместной деятельности. Однако только тогда, когда в процессе общественного разделения труда отдельные функции из общего потока деятельности первобытного сообщества стали передаваться социальными организациями, возникли общество, государство и цивилизация.

Социальные организации представляют собой организационные единицы, составляющие структурную основу социальных институтов. Функционирование социальных институтов общества реализуется в деятельности социальных организаций. Основные виды деятельности организаций институционализированы, т. е. осуществляются в интересах достижения конечных целей общества, которые оно ставит перед социальными институтами; на основе общесоциальных норм, регулирующих функционирование данного социального института и посредством способов деятельности, признанных в рамках этого социального института.

Помимо собственно целевой практически все социальные организации выполняют еще и социализирующие функции. Для некоторых организаций, таких как школы, клубы, армейские подразделения (в мирное время), эта функция основная.

В количественном отношении в любом обществе преобладают организации, обеспечивающие биологическое воспроизводство популяции. В российском обществе, еще не вышедшем из исторической фазы построения индустриального общества, это индустриальные организации. Отличие индустриальных организаций от других социальных организаций заключается в том, что они производят материальный продукт.

Прочие социальные организации «производят» нематериальный продукт. Так, редакции газет создают информационный продукт, полицейские подразделения — внутреннюю, а армейские — внешнюю безопасность, медицинские организации — здоровье и т. д. По мере научно-технического развития общества все большее число социальных организаций приобретает характерные черты собственно индустриальных организаций. Поэтому в индустриальном обществе любую социальную организацию вполне обоснованно можно рассматривать как индустриальную.

Рассмотрим многогранное и многоплановое влияние социальных организаций на общественное здоровье.

*Организации создают социально-классовую структуру общества.* Все основные характеристики социальных классов возникают в результате включенности людей в социальные организации. Образование есть результат включенности индивида в различные виды образовательных организаций, причем даваемые ими

«шансы» на последующее получение высокого социального статуса в любом обществе неодинаковы. Актуальный социальный статус индивида определяется его местом в иерархической структуре организаций, а материальный доход, как и неформальное социальное влияние, распределяется в обществе в соответствии с внутриорганизационными статусами индивидов.

Все дополнительные характеристики социально-классовой принадлежности, такие как жилье, проведение времени отдыха, место получения образования детьми и пр., также выступают производными от внутриорганизационного статуса.

*Организации формируют инфраструктуру территориальных общностей.* Наиболее яркий пример здесь — монопромышленные города, т. е. поселения, возникшие как место проживания работников одной индустриальной организации. Наиболее типичны такие поселения для машиностроительной, химической, угледобывающей, текстильной отраслей, железнодорожного и водного транспорта.

Даже если крупные индустриальные организации расположены в уже существующих территориальных общностях, они создают элементы инфраструктуры, прямо или косвенно влияющие на здоровье членов этих общностей. Это, например, медико-санитарные части, транспортные пути, микрорайоны жилой застройки и пр.

*Здоровье общества — декларируемая целевая функция (миссия) целого ряда социальных организаций.* Это учреждения здравоохранения, благотворительные фонды, специализированные полицейские подразделения (например, «полиция нравов»), экологические организации.

*Повреждающее влияние на общественное здоровье могут иметь побочные результаты деятельности социальных организаций.* Так, побочными результатами деятельности политических организаций, всегда декларирующих в качестве своих основных целей счастье и благополучие всех или большинства членов общества, нередко становятся войны — «травматические эпидемии», унесшие в XX в. более 100 млн человеческих жизней, не говоря уже о тяжелом повреждающем воздействии на физическое и психическое здоровье оставшихся в живых.

От таких побочных результатов деятельности следует отличать техногенные катастрофы, возникающие в результате «сбоев» в технологических процессах деятельности индустриальных организаций. Неблагоприятные экологические последствия рутинных технологических операций — предмет деятельности специальных контролирующих организаций, т. е., по существу, связаны с проблемой эффективности социального контроля в сфере экологии.

Наконец, *внутриорганизационные условия деятельности* (организационная среда) могут оказывать благоприятное или неблагоприятное воздействие на здоровье членов организации. В этом воздействии следует выделять три группы факторов.

- Факторы физической среды и/или физических условий деятельности. Эти факторы связаны прежде всего с технико-технологической стороной деятельности организации. Сюда относятся шум, вибрация, температура, скорость движения и загрязненность воздуха, контакт с агрессивными средами или болезнетворными биологическими агентами, информационные пото-

ки, временное давление, режим труда, мышечное напряжение и рабочая поза, монотония.

- Факторы организационного функционирования. Это вид организационной структуры (иерархическая, плоская или матричная), функционирование каналов организационной коммуникации, система поощрений и наказаний (мотивирование) персонала, возможности профессионального роста и должностного продвижения (карьеры) сотрудников, тип руководства.
- Факторы межличностных отношений работников. Межличностные отношения в организациях создают их неформальную структуру. Интегральной характеристикой неформальной структуры, отражающей преобладающий эмоциональный тон отношений и определяющей психологическое самочувствие индивида в организации, а следовательно, и психическое здоровье ее членов, выступает организационный (социально-психологический) климат. На формирование его оказывают влияние такие характеристики «человеческой подсистемы» организации, как стили лидерства, конфликтность, сплоченность и сработанность в первичных производственных группах, удовлетворенность работой.

В качестве элементов организационного климата следует рассматривать неформальные групповые нормы. Подобные нормы регулируют все важные для организации стороны поведения работника. Существуют такие нормы и в отношении абсентеизма, т. е. несанкционированного руководством отсутствия на работе независимо от причин.

Существование одинаковых профессиональных ролей в различных организациях позволяет выделять особый вид социальных групп — профессиональные группы. Однородность ролевой структуры деятельности представителей этих групп определяет сходство повреждающих факторов организационной среды, действующих на них, что позволяет говорить о профессиональном здоровье и профессиональной заболеваемости.

В организационной структуре многих социальных организаций есть подразделения, чьей непосредственной задачей является сохранение и укрепление здоровья членов организации (медико-санитарные части, здравпункты, ведомственные поликлиники, профилактории). Функционирование подобных подразделений особенно важно для тех организаций, основная деятельность членов которых осуществляется во внешней по отношению к самой организации среде (армия, полиция, части МЧС и т. п.). Такие организации не могут в достаточной мере контролировать условия деятельности своих членов, а следовательно, и нейтрализовать воздействие возможных агентов, повреждающих здоровье работников.

Влияние всех трех перечисленных групп факторов организационной среды создает определенный **уровень внутриаорганизационного стресса**, однако основное повреждающее воздействие на здоровье членов организации оказывает **внеорганизационный** (экстраорганизационный) **стресс**, главным источником которого становятся изменения во внешней среде организации (научно-технические, экономические и социально-политические). Способность организации адаптировать-

ся к средовым изменениям позволяет снизить уровень повреждающего воздействия внеорганизационного стресса на сотрудников. Неспособность организации адаптироваться к изменениям, — как правило, следствие организационной патологии.

**Организационная патология** — «болезни», связанные с организационным функционированием. К ним относятся:

- структура организации, неадекватная задачам ее деятельности, особенно неопределенность функциональных обязанностей членов организации, дублирование функций, наличие ненужных и отсутствие необходимых структурных подразделений, неясность отношений руководства — подчинения;
- блокирование или нарушение функционирования каналов формальной коммуникации с замещением их функций каналами неформальной коммуникации с распространением по ним сплетен и слухов;
- неадекватная, часто несправедливая в глазах работников система поощрений и наказаний, когда она начинает выполнять, по существу, демотивирующие функции;
- отсутствие гласных механизмов профессиональной карьеры, когда она становится предметом интриг и «подковерной борьбы»;
- бюрократический тип руководства, сосредоточенный на формальной стороне процесса управления в ущерб результатам деятельности;
- пренебрежение жизненными интересами и нуждами работников;
- создание препятствий — «организационных барьеров» — для разработки и внедрения полезных для организации инноваций.

Именно организационная патология вносит основной вклад в формирование неблагоприятного для здоровья работающих организационного климата. По оценке одного из ведущих теоретиков организаций XX в. К. Арджириса, здоровье организации — основная детерминанта здоровья людей в организации.

**Показатели здоровья людей в организации.** Главным таким показателем является заболеваемость с временной утратой трудоспособности (страховая заболеваемость). Сегодня общепризнано, что как острые заболевания, так и обострения хронических, с коротким (до 10 дней) сроком нахождения на больничном листе, — скорее проявлением абсентеизма, нежели показатели собственно физического здоровья. Важное место среди показателей заболеваемости занимают *профессиональные заболевания* (т. е. такие, для которых доказана связь причины возникновения с условиями труда) и *индустриальные неврозы*.

О состоянии организации позволяют судить также показатели производственного травматизма, прогулов, опозданий и преждевременных уходов с работы, алкоголизации и наркотизации, особенно на рабочих местах. При более широком девиантологическом понимании здоровья организации учитываются также хищения с производства, низкое качество труда (брак), сознательное занижение норм выработки, искажения отчетности и забастовки.

**Эффективность социальных организаций.** Показатели «здоровья» организации отражают ее внутреннюю эффективность. В экономическом плане этот вид

эффективности выражается во внутренних издержках производства. Внешняя эффективность соотносится с адаптивностью «поведения» организации во внешней среде. Для индустриальных организаций это прежде всего экономическая среда, а их внешняя эффективность экономически проявляется в росте акционерного дохода.

Конечно, только индустриальные организации с высокой внешней экономической эффективностью могут выделять достаточные средства на программы сохранения и укрепления здоровья своих работников и таким образом снижать внутренние издержки производства.

Для тех социальных организаций, чьей целевой функцией выступает сохранение и укрепление здоровья общества в целом или отдельных больших социальных групп (например, военнослужащих), внешняя эффективность обусловлена «технологической» эффективностью их деятельности.

**Работа и отдых.** Свободное, т. е. не связанное прямо или косвенно с профессиональной занятостью и удовлетворением базисных биологических потребностей (сон, еда, соблюдение требований личной гигиены, уход за детьми), время — необходимая социальная предпосылка для отдыха, восстановления работоспособности, личностного развития, лечения и оздоровительных мероприятий. Отсюда понятно воздействие характера проведения свободного времени (досуговой активности) на здоровье работающих. Уже более полутора веков в литературе обсуждается влияние вида трудовой деятельности на досуговую активность. Кратко поясним две теоретические модели.

1. Модель «переливания» предполагает, что свой досуг люди организуют в соответствии со стереотипом деятельности, сформировавшимся на работе.
2. Модель «компенсации» постулирует, что досуговая активность будет противоположной трудовой активности (т. е. будет компенсировать «дефициты» трудовой деятельности).

Многочисленные исследования подтверждают модель «переливания». «Компенсация» же характерна только для очень тяжелых, физически истощающих видов труда.

**Безработица.** Утрата человеком профессиональной роли неизбежно приводит и к утрате социального статуса, нарушает функционирование во всех других социальных ролях, включая роли «отца» или «матери семейства», «кормильца семьи». Рост безработицы наблюдается в периоды экономических спадов и всегда сопровождается спекуляциями о ее повреждающем влиянии на здоровье общества. Действительно, безработица вызывает ряд вторичных социальных эффектов — бедность, кризисы во внутрисемейных отношениях, деморализацию оставшихся без работы людей, проявляющуюся в росте алкоголизации, суицидальном поведении, криминализации и пр., что, в целом, способствует росту напряженности в обществе.

Однако прямое повреждающее здоровье влияние безработицы устанавливается, как показывают западные исследования, только у лиц с уже пониженным уровнем нервно-психического функционирования.

## Социальные изменения и здоровье общества

**Социальные изменения — фундаментальный социальный процесс, обуславливающий резкие изменения в общественном здоровье. Хотя социальные изменения реализуются в структурных элементах общества, в основе изменений лежат культурные трансформации духовной жизни общества.**

В течение последних трех столетий в мире наблюдается только одно направление социальных изменений — вестернизация, т. е. усвоение обществами, претерпевающими изменения, ценностей и паттернов социального поведения, изначально присущих западным обществам. Социальные изменения — объективный процесс; воля отдельных индивидов, включая политических лидеров, может его лишь замедлить или ускорить, в той или иной мере исказить течение.

Воздействие социальных изменений на здоровье любого общества универсально повреждающее. Примеры многих обществ, включая российское, наглядно демонстрируют **повреждающие эффекты вестернизации на общественное здоровье**. Это:

- уменьшение численности населения в результате снижения среднего возраста дожития (смертности), снижения рождаемости и роста межгосударственной миграции;
- рост общей и нервно-психической заболеваемости, изменение ее структуры в сторону преобладания заболеваний с более тяжелым течением и исходами, прежде всего — психосоматических заболеваний;
- рост инфекционной заболеваемости, обусловленный распадом системы контроля над инфекционными болезнями и внутригосударственной миграцией;
- рост профессиональной заболеваемости и индустриального травматизма из-за снижения внимания к охране труда и технике безопасности вследствие необходимости уменьшения производственных затрат и согласия людей работать во вредных и опасных условиях;
- появление значительных по объему маргинализированных социальных групп — беженцев, бездомных, безработных;
- рост всех видов социальных девиаций: преступности, алкоголизации, наркотизма, проституции, самоубийств — и заболеваемости и смертности по связанным с ними причинам (убийства; смерти от острого отравления алкоголем, передозировки наркотиков; заболевания, передающиеся половым и инъекционными путями);
- экономическая (материальная) депривация больших групп населения, приводящая к обнищанию, сопряженному с нехваткой средств на полноценное питание, одежду, лекарства, средства личной гигиены, оплату жилья;
- неспособность институтов контроля нейтрализовать негативное влияние социальных изменений на общественное здоровье в своих сферах деятельности (экономика, право, промышленность и пр.).

Факторы, действующие на здоровье населения в условиях социокультурной трансформации общества, вызывают у больших масс населения состояние, полу-

чившее название **стресса социальных изменений**. В нем можно выделить *морально-психологическую* и *экономическую* составляющие.

Для периодов социокультурных трансформаций характерна утеря регулятивного значения социальных норм (аномия по Э. Дюркгейму). Прежние социальные нормы теряют свою адаптивную функцию, а новые еще не сформировались или не усвоены (не интернализированы) большинством членов общества. По словам М. Оплера, существует параллелизм между социодинамическими процессами в обществе и психодинамическими процессами в индивидуальной психике. Отсюда быстрые социальные изменения приводят к состоянию деморализации широких слоев населения.

Показано, что такие социальные катастрофы, как, например, войны, дают менее деморализующие эффекты, чем социальные изменения. Это связано с тем, что социальным изменениям присуще резкое имущественное расслоение населения, тогда как в условиях социальных катастроф возникает феномен «разделенного горя».

Подавляющему большинству людей свойственно негативное отношение к социальным изменениям, — «консервативный синдром», — и не только из-за угрозы социально-профессиональному и материальному статусу, но и из-за нарушения чувства исторической и культурной преемственности. Поэтому формирование в процессе первичной социализации готовности к жизни в условиях изменений выступает важным фактором резистентности к повреждающему воздействию стресса социальных изменений. Ориентацию на стабильность, присущую российской культуре воспитания, в отличие от американской ориентации на изменения, подчеркивает Т. Парсонс.

Воспринимаемое экономическое положение само по себе служит основным, внутренним для общества источником изменений и проявляется в политическом давлении, оказываемом обществом на правительство. Согласно модели Б. Штрюмпеля, под влиянием такого давления правительства начинают экономические реформы. Поскольку подобные реформы всегда требуют структурных макроэкономических изменений, в том числе и перераспределения ресурсов общества из сферы потребления в сферу производства, возникает высокий уровень экономического стресса населения. Люди могут либо согласиться, либо не согласиться переносить экономический стресс, чем и обусловлена успешность реформ. Неуспешные экономические реформы еще больше повышают уровень экономического стресса.

На социальной структуре общества социальные изменения отражаются следующим образом. Часть представителей высокостатусных групп сохраняют и укрепляют свои позиции. Кроме них в элите оказываются представленными и некоторые прежде низкостатусные группы меньшинств — религиозных и/или национальных. Материальные трудности, как показывают исследования, тяжелее всего переживают, с точки зрения состояния здоровья, представители высших классов, поскольку, в отличие от представителей низших классов, у них нет навыков жизни в бедности.

Распределение внутрисемейных ролей меняется в направлении аболиционизма, т. е. освобождения женщин от неквалифицированного домашнего труда и равного распределения властных функций в семейной группе. Снижается социальный

престиж представителей старшей возрастной группы, поскольку младшие поколения утрачивают ценности жизненного и социального опыта, приобретенного в иных общественных условиях.

Наиболее ярко социальные изменения проявляются в территориальных общностях, поскольку они выступают основным видом социальных общностей, где реализуются изменения. Глубокие трансформации претерпевают социальные организации; даже сравнительно небольшие социокультурные изменения требуют крайне выраженных изменений в организациях.

Несмотря на столь тяжелые популяционные эффекты социальных изменений, исторический анализ показывает удивительно быстрое восстановление численности и здоровья популяции после реализации необходимых для общества изменений. В последнее десятилетие специалисты Всемирной организации здравоохранения говорят о возможности избежать негативных последствий вестернизации на здоровье населения путем **аккультурации**, т. е. сбалансированного сочетания элементов западной и собственной (нативной) культуры.

## Система здравоохранения как институт социального контроля

Некоторые функции социального контроля, выполняемые системой здравоохранения, в социологическом плане очевидны. Это:

- Легитимизация статуса больного и его документальное закрепление в виде больничных листов, справок, свидетельств об инвалидности.
- Государственный контроль над потенциально повреждающими здоровье населения факторами в сферах воспитания и образования, питания, расселения, промышленного производства, лечения заболеваний.
- Превентивные и коррекционные мероприятия в отношении душевнобольных, демонстрирующих социально опасное (антисоциальное) девиантное поведение (госпитализация, диспансерное динамическое наблюдение, лечение психотропными препаратами).

Однако система здравоохранения выполняет и ряд неочевидных функций социального контроля (так называемый «мягкий контроль»).

**Поддержание социальной дифференциации здоровья в обществе.** Содержание этой функции определяется неодинаковой доступностью профессиональной медицинской помощи представителям различных социальных классов. Любые известные системы организации медицинской помощи, включая социалистическую, предоставляют более своевременную, качественную и квалифицированную помощь представителям высших социальных классов по сравнению с представителями низших классов.

**Внедрение в общественное сознание профессиональных медицинских представлений.** Усвоенные населением, такие представления влияют на поведение людей в основных сферах их жизнедеятельности. Примерами могут служить рациональное питание, использование контрацептивов для ограничения рождаемости,

проведение досуга — активный отдых, применение непрописанных психотропных средств и т. п. Важно подчеркнуть, что система здравоохранения часто предоставляет не только информацию, но и технологии изменения социального поведения (например, обучение релаксационным техникам).

**«Этикетирование» личности в результате постановки медицинского диагноза.** Постановка медицинского диагноза «этикетировывает» личность, определяя реакции на нее со стороны социального окружения. Все поведенческие проявления человека трактуются как признаки заболевания и ведут к ужесточению социальной реакции на девиантное поведение в виде репрессивных мер. Так формируется «девиантная карьера», в результате которой в случае психиатрического диагноза человек становится хроническим душевнобольным (Шефф). Закономерности «девиантной карьеры» обнаружены и в формировании криминального поведения — рецидивизма (Лемерт), только здесь «этикетизирующие» функции выполняет правоохранительная система, устанавливающая статью, по которой назначается наказание.

Итак, сравнительный анализ состояния здоровья в различных обществах, между структурными элементами одного и того же общества, а также на стадиях стабильного развития и резких социальных изменений в обществе убедительно показывает базисное, определяющее значение социальных аспектов жизнедеятельности человеческих сообществ для здоровья их членов.

## Контрольные вопросы

1. Почему здоровье может рассматриваться как социальный феномен?
2. Раскройте сущность девиантологического подхода к общественному здоровью; охарактеризуйте связи социологического и психологического подходов к изучению здоровья общества.
3. Изложите основные конкретно-методологические подходы к социологическому изучению здоровья.
4. Дайте определение понятия классового градиента здоровья. Приведите основные теоретические модели, объясняющие классовый градиент.
5. Как влияют на здоровье образование, материальное положение, должностная позиция?
6. Дайте определение статусной неконгруэнтности (неконсистентности). Опишите ее влияние на здоровье.
7. Охарактеризуйте показатели здоровья тендерных групп. Назовите теоретические модели, объясняющие различия в состоянии здоровья в зависимости от пола.
8. Охарактеризуйте влияние семьи на здоровье мужчин и женщин. В чем причины различий в этом влиянии?
9. Каковы основные механизмы влияния возраста на здоровье? Покажите соотношение влияния социальных и биологических факторов на процесс старения.

10. Опишите факторы, влияющие на здоровье мужчин и женщин в течение жизненного пути.
11. По каким критериям определяются территориальные общности? Охарактеризуйте содержание социально-экологического подхода к здоровью членов территориальной общности.
12. Перечислите показатели социальной дезорганизации территориальных общностей. Как они позволяют охарактеризовать городскую территорию?
13. Опишите связь здоровья с территориальными перемещениями населения.
14. Дайте определение социальных организаций. Перечислите механизмы влияния социальных организаций на здоровье общества.
15. Дайте определение организационной патологии, перечислите ее признаки.
16. Что позволяет выделять в обществе профессиональные группы и говорить о профессиональном здоровье?
17. Охарактеризуйте основные теоретические модели, описывающие соотношение трудовой деятельности и досуговой активности.
18. Охарактеризуйте основные механизмы действия стресса социальных изменений на здоровье популяции и общества.
19. Приведите функции социального контроля, очевидно и неочевидно выполняемые системой здравоохранения.

## Литература

1. Актуальные проблемы девиантного поведения (борьба с социальными болезнями). Ежегодник / Под ред. Б. М. Левина. — М.: Ин-т социологии РАН, 1995.
2. *Гилинский Гурвич И., Русакова М. и др.* Девиантность подростков: теория, методология, эмпирическая реальность. — СПб.: Социологический ин-т РАН, 2001.
3. *Гилинский Я. И., Юнацкевич П. И.* Социологические и психолого-педагогические основы суицидологии: Учеб. пособие. СПб.: СПб филиал Ин-та социологии РАН, 1999.
4. *Гурвич И. #., Фомин Э. А., Хлопушин Р. Г., Лисовский А. В.* Деятельность благотворительных фондов и социальные изменения в современном российском обществе: опыт эмпирического исследования социальной эффективности деятельности Института «Открытое общество» (Фонд Сороса) в Северо-Западном регионе России // Благотворительность в России: Социальные и исторические исследования / Под ред. О. Лейкинда. — СПб.: Лики России, 2001. - С. 131-184.
5. Девиантность и социальный контроль в России (XIX-XX вв.): тенденции и социологическое осмысление / Под ред. Я. И. Гилинского. — СПб.: Алетейя, 2000.
6. Демография и экология крупного города / Под ред. Н. А. Толоконцева, Г. М. Романенковой. — Л.: Наука, 1980.

7. Здоровый образ жизни и борьба с социальными болезнями / Под ред. Б. М. Левина, Л. Н. Рыбаковой. — М.: Ин-т социологии АН СССР, 1988.
8. *Изуткин А. М., Петленко В. П., Царегородцев Л. Я.* Социология медицины. — Киев: Здоров'я, 1981.
9. Качество населения Санкт-Петербурга / Под ред. Б. М. Фирсова, С. И. Голода, Н. Л. Русиновой. — СПб.: СПб филиал Ин-та социологии РАН, 1993.
10. *Лей Л., Андерсон Л.* Народонаселение, окружающая среда и качество жизни. — М: Экономика, 1979.
11. Проблемы социального развития крупных городов: Человек и общество. Выпуск XIX. - Л.: Изд-во ЛГУ, 1982.
12. Профессиональная гигиена: контроль за состоянием производственной среды и здоровьем человека: Доклад Комитета экспертов ВОЗ. — Женева: ВОЗ, 1975.
13. Социальное планирование в промышленности и проблемы его эффективности: Человек и общество. Вып. XVIII. — Л.: Изд-во ЛГУ, 1978.
14. Социальные отклонения. — 2-е изд. — М.: Юридическая литература, 1989.
15. Социологические исследования в медицине и здравоохранении: Сборник научных статей / Под ред. В. В. Канепа, Г. Я. Орлеана, Г. С. Попова и др. — Рига: РМИ, 1981.
16. *Томилин С. А.* Демография и социальная гигиена. — М.: Статистика, 1973.