# Гурвич И.Н. Социально-психологические факторы здоровья

# СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ ФАКТОРЫ

Весь обширный набор социокультурных факторов, изучаемых в социально-психологическом исследовании здоровья, в аналитических целях может быть подразделен на макросоциальные (социетальные) и собственно культурные факторы. Социетальные факторы принято подразделять на социально-демографические факторы и факторы социальной структуры. Культурные факторы в поведенческих науках определяются – в социально-психологической традиции через культурно детерминированные ценности и нормы, выступающие «источником» формируемого культурой поведения, а в психодинамической традиции – через некие латентные культурные переменные, детерминирующие психический склад личности в данной культуре.

В повседневном социальном опыте индивида социетальные и культурные детерминанты поведения выступают неразделимо. Их значение для здоровья не обнаруживается непосредственно, а устанавливается по различию в показателях состояния здоровья между большими социальными и культурными группами. Эти различия вдействительности очень высоки, что заставляет искать их причины в условиях жизни и социальном опыте, общих для всех представителей данной социокультурной группы. Отсюда следует, что сама по себе принадлежность к большой социокультурной группе не может рассматриваться как объяснение состояния здоровья ее членов, но является лишь описательной переменной, подразумевающей наличие многих возможных промежуточных переменных, претендующих на объяснение состояния здоровья в связи с принадлежностью к группе.

В анализе влияния социокультурных факторов на состояние здоровья больших групп ведущее значение принадлежит ролевой теории, поскольку социальная роль связывает жизнедеятельность индивида с его местом в социальной структуре и участием в функционировании социальных институтов.

*Социально-демографические факторы* здоровья включают в себя пол, семейное положение и возраст. Огромное число исследований, проведенных в различных странах мира, позволило выявить относительно непротиворечивый «образец» показателей здоровья, присущий основным социально-демографическим группам в культурах западного типа.

*Пол.* Половые роли первично биологически детерминированы и связаны с начальным разделением труда в данной культуре. В современных обществах западного типа у женщин чаще диагностируются невротические, депрессивные и инволюционные расстройства, тогда как у мужчин – расстройства психопатического круга, алкоголизм и алкогольные психозы. В заболеваемости шизофренией таких отчетливых различий нет. Относительно задержек умственного развития трудно сделать определенные выводы, поскольку у мужчин они впервые устанавливаются при начале школьного обучения и при призыве на воинскую службу, тогда как у женщин – только при начале школьного обучения.

Имеется гипотеза (для подтверждения или опровержения которой сегодня еще недостаточно эмпирических данных), согласно которой соотношение нервно-психических расстройств по полу имеет определенную историческую тенденцию (тренд). Другими словами, нынешнее соотношение, когда уровень патологической пораженности по нервно-психическим расстройствам у женщин выше, чем у мужчин, причем мужчины страдают более тяжелыми формами таких расстройств, сложилось только после II мировой войны. Действительно, до II мировой войны, но результатам исследований в США, уровень патологической пораженности мужчин и женщин был одинаков. Однако проводившиеся в тот период исследования основывались только на учтенной заболеваемости. Отчетливые различия имеются и по физическим заболеваниям. Например, мужчины чаще переносят инфаркт миокарда, язвенную болезнь, с ними чаще происходят несчастные случаи. Половые различия в соматических заболеваниях, по-видимому, еще в большей мере подвержены историческому тренду.

Существует три объяснительные модели половых различий в нервно-психическом здоровье, каждая из которых основана на соответствующем объеме эмпирических данных. Психофизиологический подход связывает функциональные особенности женского организма с большей предрасположенностью к нервно-психическим заболеваниям. Два других объяснения основаны на ролевой теории. В первом объяснении акцентируются множественность ролей и повышенное социальное давление, характеризующее социальную роль женщины в современном обществе. Нервно-психическая патология выступает как реакция на ролевую перегрузку. Второе объяснение основано на существовании социально-ролевых стереотипов, формирующихся уже в процессе первичной социализации. Культурно детерминированные нормы и стандарты поведения предписывают женщине при переживании трудностей болеть, принимать лекарства и обращаться за медицинской помощью, тогда как мужскому стереотипу реакции соответствуют агрессия и алкоголизация.

Необходимо отметить, что при усвоении женщинами маскулинных паттернов поведения (например, алкоголизации) другие отличия, связанные с полом, имеют тенденцию нивелироваться. С позиций психологии здоровья важна такая роль женщины в современном обществе, как хранение традиционных медицинских знаний и навыков. Пожилые женщины выступают основным источником медицинской помощи и советов на этапе, предшествующем обращению к профессионалам.

*Семейный статус.* Существует устойчивая связь между психическим здоровьем и семейным статусом, опосредованная фактором пола. Наиболее высокий уровень психического здоровья устанавливается у состоящих в браке мужчин, затем следуют одинокие и никогда не состоявшие в браке женщины, затем – женщины, состоящие в браке. Наихудшее психическое здоровье отмечается у одиноких мужчин, разведенных и овдовевших женщин.

В качестве альтернативных объяснений для различий в психическом здоровье мужчин в зависимости от семейного статуса выступают следующие. Первое объяснение предполагает, что мужчины с худшим психическим здоровьем имеют меньше шансов в поиске брачного партнера из-за трудностей установления адекватных межличностных отношений и меньшей общей социальной успешности. Второе объяснение сводится к тому, что мужчины с худшим психическим здоровьем, создавшие семью, не могут ее сохранить, так как их поведение вызывает внутрисемейные конфликты, напряжение, и, наконец, развод. Выбор из этих двух объяснений представляет собой проблему «курицы или яйца», примеров проявления которой в психологии здоровья множество. Плохое психическое здоровье разведенных и овдовевших женщин по сравнению как с состоящими, так и никогда не состоявшими в браке получает свое объяснение в стрессе «утраты», но также и в финансовых трудностях, трудностях в воспитании детей и изменении социального статуса, наступающих после смерти супруга. Центральной проблемой социально-психологического анализа влияния семейного статуса на состояние здоровья является, конечно, различие между состоящими в браке мужчинами и женщинами. Это различие позволяет говорить многим авторам о большей «психологической выгоде» и «психогигиенической функции» брака для мужчин, но не для женщин. Подобные выводы подтверждаются и вторичными статистическими данными – мужья ненадолго переживают умерших жен, причем смерть наступает по самым различным причинам. На длительности же жизни женщин смерть мужей практически не сказывается.

Первым объяснением данного различия является внутрисемейное распределение ролевых функций. Обязанности по ведению домашнего хозяйства и воспитанию детей создают у женщин ролевую перегрузку и повышенное нервно-психическое напряжение, вызывающие нарушения нервно-психического здоровья (Алешина, Лекторская, 1989). Однако, судя по результатам исследований, психическое здоровье домохозяек оказывается, как правило, хуже, чем у работающих женщин. Не получено и убедительных данных о связи нервно-психического здоровья женщин с числом детей в семье. Влияние фактора занятости может быть следствием самоселекции – женщины с худшим психическим здоровьем не начинают или прекращают работать по своей инициативе. Однако число детей объективно отражает ролевую перегрузку. Поэтому для объяснения часто привлекается «моральный» фактор – низкий социальный престиж домашнего труда.

Таким образом, ролевая модель не получает всестороннего подтверждения эмпирическими данными. Высказывается предположение, что само восприятие «ролевой перегрузки» культурно детерминировано. Новым перспективным направлением исследований является использование модели «заученной беспомощности» М. Селигмана, на основе которой различия в нервно-психическом здоровье могут быть объяснены различием в воспринятом контроле как функции распределения власти в семье между мужьями и женами.

Высокая смертность овдовевших мужчин может быть объяснена и без привлечения психологических факторов, просто отсутствием навыков самообслуживания и разрушением стереотипов организации быта. Относительно высокого уровня психического здоровья никогда не состоявших в браке женщин все высказываемые предположения сводятся к действию фактора самоселекции, однако соответствующие личностные особенности только гипотезируются.

*Возраст.* Хотя возраст также является первичной биологической характеристикой индивида, его влияние на здоровье реализуется в социальном окружении в виде жизненного цикла, закономерной смены фаз жизни при возрастных транзициях (психосоциальных переходах) личности, то есть изменениях социально-статусной позиции, социальных ролей и связанных с ними внешних условий.

В течение жизненного цикла личность испытывает три основных вида влияний, находящих свои проявления в состоянии здоровья.

Первый вид таких влияний – когортный эффект, или исторические влияния, которым подвержено все данное поколение. Особенностью когортных влияний является их длительное воздействие. Так, эмпирически показано, что мужчины, чье раннее детство пришлось на годы «великой депрессии» в США, в течение всей жизни обнаруживали трудности социальной адаптации. Второй вид влияний на здоровье в течение жизнен­ного цикла – нормативные «случаи», то есть те, которые происходят в течение обычного прохождения фаз жизненного цикла. Это поступление на учебу, вступление в брак, рождение детей, выход на пенсию и т. п. Такие случаи могут иметь, а могут и не иметь патогенного воздействия на личность. Примером здесь может служить обучение в вузе. Многочисленные исследования, как в нашей стране, так и в странах Запада, показывают более высокий уровень переживаемого студентами стресса и связанной с ним симптоматики по сравнению с работающей молодежью. У студентов-медиков именно высоким уровнем связанного с обучением стресса объясняется возникновение «болезни третьего курса» – особого ипохондрического состояния, проявляющегося в обнаружении у себя симптомов изучаемых заболеваний.

Третий вид влияний в течение жизненного цикла – ненормативные, то есть присущие лишь отдельным подгруппам индивидов, «случаи». Это физическая болезнь, привлечение к уголовной ответственности, участие в боевых действиях и т. п. С ненормативными случаями чаще всего связывают патологические эффекты отдельных фаз жизненного цикла.

Такое многообразие и разнородность влияний делает трудной задачей установление эффектов возраста для здоровья. Корреляция с возрастом устанавливается практически в каждом исследовании здоровья, однако эти результаты часто противоречивы.

Наиболее часто худшее нервно-психическое здоровье обнаруживается в группе мужчин 25 – 35 лет и женщин 45 – 55 лет. У мужчин названной возрастной группы на данный период жизненного цикла приходится «пик» жизненных трудностей, связанных с профессиональной карьерой и созданием собственной семьи. У женщин период наибольших нарушений нервно-психического здоровья совпадает с инволюционным периодом и ослаблением эмоциональных связей с выросшими детьми («синдром опустевшего гнезда»). Однако эти общепринятые объяснения весьма спекулятивны и не универсальны.

По нашим данным, для российской популяции характерно ухудшение здоровья с увеличением возраста. В то же время для американской популяции в течение последних десятилетий подобной связи не устанавливается. Это свидетельствует о большом значении исторических факторов для связи возраста со здоровьем. В производственных выборках систематически выявляется парадоксальная связь возраста и здоровья. Она получила название «эффекта здорового рабочего», выражающегося в лучшем здоровье работающих 55 – 60 лет и старше по сравнению с младшими возрастными группами. Этот эффект объясняется фактором самоселекции – продолжают работать лица с лучшим воспринимаемым (субъективным) физическим и психическим здоровьем.

В традиционных обществах возраст сопряжен с выполнением определенных институционализированных социальных ролей, связанных с занятием более высоких социально-статусных позиций. Так, отечественные исследования советского периода зафиксировали зависимость от возраста уровня достижений в процессе трудовой карьеры.

*Социально-экономический статус (класс).* Основными показателями принадлежности индивида к определенному социальному классу являются про­фессионально-статусная позиция, образование и доход. Зависимость здоровья от принадлежности к социальному классу выступает одной из фундаментальных закономерностей социальной психологии здоровья.

Эта закономерность, получившая название классового градиента, заключается в том, что чем выше социальный класс, тем лучше здоровье его представителей. Классовый градиент устанавливается по большинству нервно-психических и соматических расстройств и, по-видимому, присущ всем обществам западного типа. Как только соответствующие исследования стали вновь проводиться в нашей стране, они тут же воспроизвели эту закономерность (напр.: Максимова, 1991).

Из нервно-психических расстройств и нарушений поведения только два отклоняются от названной зависимости. Аффективные расстройства чаще встречаются у представителей высших классов. Невротические нарушения также принято чаще локализовать в высших классах, однако существенные классовые различия в причинах обращения за медицинской помощью делают это различие сомнительным. Популяционные исследования скорее свидетельствуют о том, что классовое распределение невротических расстройств не отличается от прочих заболеваний, однако эти результаты трудно сформулировать в диагностических категориях. Расстройства личности, проявляющиеся в нарушении социального поведения, могут, кроме того, чаще выявляться у представителей низших классов потому, что эти лица чаще привлекают внимание представителей правоохранительных органов и обследуются психиатрами в экспертном порядке.

Имеется две основные объяснительные модели для интерпретации классового градиента. Первая из них получила название теории социальной причинности или социального стресса, вторая – теории социальной селекции (Жариков, 1990).

В теории социальной причинности акцентируется значение объективно худших условий жизни представителей низших классов. Низкий профессиональный статус связан с работой во вредных условиях, монотонной или физически тяжелой. Низкий доход влечет за собой стесненные жилищные условия, проживание в районах с неблагоприятной экологической обстановкой, более низкое качество питания и т. п. Представителям низшего класса менее доступны оздоровительные ресурсы и возможности системы здравоохранения. Низкий социально-экономический статус вообще сопряжен с более высоким уровнем переживания жизненных трудностей и психотравм. Напротив, принадлежность к высшим социальным классам создает благоприятные условия жизни и доступ к материальным ресурсам сохранения и укрепления здоровья. Высокий образовательный уровень способствует адекватной социальной ориентации, усвоению гигиенических знаний и навыков. Сам по себе процесс обучения в высшей школе развивает навыки преодоления жизненных трудностей.

В теории социальной селекции утверждается, что распределение индивидов по социальным классам носит вторичный характер, тогда как первичным является врожденный или приобретенный дефицит социально ценных умений, наступающий вследствие заболевания или психической неполноценности.

Все эмпирические исследования, основанные на популяционных или селективных выборках, использовавшие вторичную статистическую информацию, проведенные по кросс-секционному или лонгитюдному плану, не дали пока окончательных выводов в пользу той или иной теоретической модели.

Основные результаты этих работ следующие. Фактор «бедности» оказывает прямое повреждающее воздействие на здоровье только при своей крайней выраженности, когда недостаточность материальных ресур­сов не позволяет удовлетворить основные жизненные потребности. (Так было, по данным нашего исследования, в Санкт-Петербурге в конце 1992 года, через девять месяцев после введения свободного ценообразования.) В других случаях бедность влияет на психическое здоровье через процесс социального сравнения.

Прямые исследования «жизненных случаев» чаще показывают, что уровень переживаемого стресса в высших классах не ниже, чем в низших. Семейные исследования больных шизофренией демонстрируют отчетливое социальное снижение по мере нарастания проявлений дефекта.

Таким образом, больше эмпирических данных получено в поддержку теории социальной селекции. Однако это не снимает следующих возражений. Во-первых, для одних заболеваний (например, неврозов) более правомерным может быть объяснение с позиций социальной причинности, тогда как для других (например, олигофрении) – объяснение с позиций социальной селекции. Во-вторых, различные показатели социально-экономического статуса могут быть по-разному «чувствительны» к действию механизмов социального стресса – социальной селекции. Так, профессиональный статус может больше отражать социальную селекцию, а экономический статус – социальную причинность.

Совпадение данных, полученных при помощи различных индикаторов социального класса, получило название статусной конгруэнтности, или консистентности. Статусная неконгруэнтность (например, несоответствие профессиональной позиции образованию), сама по себе выступает значительным источником социального стресса. На данных вторичной статистики по ряду стран показана связь статусной неконгруэнтности с широким кругом так называемых психосоматических заболеваний. По результатам наших исследований, для советского общества, еще не вступившего в переживаемый ныне период трансформации, была достаточно характерна статусная неконгруэнтность, в частности, между образованием и доходом.

Длительное время в литературе высказывалось предположение о причинной связи вертикальной мобильности, то есть продвижения вверх в социально-классовой иерархии, с нарушениями нервно-психического здоровья вследствие переживаемого напряжения. Однако эта связь не нашла эмпирического подтверждения.

*Культурный подход* предполагает описание социальных структур, процессов и институтов в наиболее широких категориях. Существует несколько основных путей влияния культуры на здоровье, для рассмотрения которых удобно использовать теоретическую «рамку» стресса.

Прежде всего, культурные особенности общества могут индуцировать стресс. Такими источниками стресса выступают различные институты социального контроля, от табу в дописьменных обществах до НКВД в недавнем советском прошлом. Культура может созда­вать роли, повышенно стрессогенные для индивидов, занимающих соответствующие социальные позиции. Примером в западных культурах могут служить роли профессионального политика и индустриального рабочего. Изменения в культуре могут приводить к созданию новых профессиональных ролей, для которых отсутствуют нормативные регуляты поведения, выполняющие психологические защитные функции. Примером такой роли в постсоветском российском обществе служит роль бизнесмена (Червяков, Чередниченко, Ша­пиро, 1992; Смольков, 1994). Кроме того, культурные изменения могут приводить к стрессогенному изменению содержания традиционных ролей. Так, в советском обществе периода застоя мужчины переживали повышенный уровень стресса в традиционной роли «кормильца семьи». После некоторого расширения возможностей для свободного предпринимательства в российском обществе, для экономически успешных мужчин этот источник стресса практически перестал существовать.

В то же время культура создает способы социально приемлемого и одобряемого преодоления жизненных трудностей и кризисов. Хорошо изучено значение похоронных обрядов и ритуалов при потере супруга в английской культуре для нормального течения реакции горя и адаптации к новому социальному статусу одинокого человека. В рамках американской культуры для субкультурной этнической группы евреев социально одобряемым является обращение при кризисе за психотерапевтической помощью, тогда как среди англо-американцев такое обращение значительно менее социально приемлемо, а для итальянцев нормативным является обращение к священнику.

Имеются данные и о культурно детерминированных различиях в психологических реакциях преодоления. Сравнительный анализ данных исследований американской и российской популяций показал, что если при переживании стресса наиболее распространенной реакцией преодоления для американцев является «подход» и прямое преодоление, то для россиян – «избегание» и непрямое (внутриличностное) преодоление.

В сфере здоровья и болезни культурные различия проявляются чрезвычайно многообразно. Субъективные репрезентации болезни в значительной мере культурно детерминированы. Это касается и наиболее распространенных в данной культуре «теорий» болезни и лечения, и восприятия отдельных симптомов, как требующих или не требующих профессиональной помощи, и знаковых функций отдельных симптомов и проявлений болезни, обусловливающих групповую реакцию на индивида, связанную с легитимизацией его статуса как больного.

Некоторые психические расстройства, в основном психогенной этиологии, присущи только тем или иным культурам. Большинство же эндогенных и органических заболеваний значительно меньше подвержено в своих проявлениях культурной вариации. Этномедициной накоплен обширный материал, богато иллюстрирующий культурные различия в симптоматике отдельных заболеваний, поведении, связанном с заболеванием и с сохранением и укреплением здоровья (см., напр.: Калмыкова, 1990).

Существует ряд теоретических моделей, описывающих влияние культуры на здоровье и отличающихся по соотношению признаваемой значимости биологических, психодинамических и культурных факторов. Для иллюстрации приведем получившую широкое признание биокультурную модель А. Вэллиса, разработанную на примере «арктической истерии» у аляскинских эскимосов (Wallace, 1961) (сходные состояния описаны и у малых народностей российского Севера). В модели предполагается органическая причина психического расстройства, связанная с объективными условиями жизни данной культурной группы. Собственно культурное влияние проявляется в «оформлении» психопатологической симптоматики, возникающем на основе формируемых культурой «когнитивных карт» в психике принадлежащих к этой культуре индивидов и культурной семантики болезни для соответствующего культурного окружения.

Формулируются две основные теоретические позиции по проблеме культурной обусловленности здоровья. В более ранней позиции, получившей наименование культурной относительности (релятивности), постулируется, исходя из существования культурно сформированных норм поведения, связанного с болезнью и здоровьем, возможность определения здоровья только в данном конкретном культурном контексте. Результаты эмпирических кросс-культурных исследований психического здоровья ограниченно свидетельствуют в пользу данной теоретической позиции.

Поэтому более признанна сегодня позиция культурной релевантности, основным положением которой является утверждение о релевантности всех компонентов данной конкретной культуры друг другу. Это утверждение распространяется и на болезни, и на присуще данной культуре терапевтические практики. Наше исследование факторов эффективности терапии алкоголизма методом «целебного зарока» Г.И. Григорьева (авторская модификация известного метода «кодирования» А.Р. Довженко) показало, что достаточно высокая эффективность метода была обусловлена не только действием ряда неспецифических факторов, но и высокой релевантностью применявшейся техники культурным особенностям той части петербургской популяции, для лечения которой использовался метод.

Необходимо отметить, что часто встречающееся отождествление объема понятий общества и культуры, используемое в идеологических целях, для психологии здоровья является неоправданным упрощением. В любом сложном современном обществе сосуществуют многообразные культурные «образцы», в том числе и связанные с болезнью, лечением, сохранением и укреплением здоровья. Этим, в частности, вызваны сложности использования культурного подхода в эмпирическом исследовании здоровья. Поэтому культурный подход чаще применяется для вторичного анализа уже полученных данных и, объяснения выявленных различий, чем для программирования эмпирического исследования (Агеев, 1987).

Существенные субкультурные различия обнаруживаются не только между этническими группами, с которыми они обычно отождествляются, но и между общностями различного типа и географической локализации, а также между социальными (индустриальными) организациями.

# РАБОТА И СЕМЬЯ

Значение работы для субъективного психологического благополучия индивида в течение столетий является предметом философских спекуляций. Между тем саму работу не легко определить операционально. Здесь под работой мы будем понимать лишь оплачиваемый труд в условиях организаций индустриального типа. Исследования значения работы можно подразделить на два направления. Первое связано с прямой фиксацией оценки индивидом субъективного значения работы, тогда как второе концентрируется на психологическом самочувствии при потере работы вследствие увольнения (безработица) или вынужденном, то есть не соответствующем жизненным планам индивида, выходе на пенсию.

Исследования первого направления показывают, что в западных странах большинство работающих не хотели бы оставить работу, даже если бы не испытывали материальной необходимости в ней. Исследования безработицы фиксируют легкие нарушения в нервно-психическом здоровье, которые, однако, быстро компенсируются. Такая редукция симптоматики происходит за полгода и обычно сопровождается новым трудоустройством.

Исследования вынужденного, то есть не связанного с желанием индивида выхода на пенсию не выявляют каких-либо патологических эффектов отставки, если только на этот момент человек обладает достаточно хорошим здоровьем и уверенностью в будущей материальной обеспеченности. Поэтому выход на пенсию в период экономического спада переносится более болезненно, чем в период экономического процветания. Таким образом, значение работы в общем совпадает с нормативными представлениями о фазах жизненного цикла. Принято считать, что значение работы для мужчин связано с возможностями социального продвижения и доходом, тогда как для женщин – с межличностным общением и психологическим комфортом на работе. Столь же однородных социально-классовых различий не обнаружено.

Психическое здоровье в индустрии привлекает внимание исследователей с начала нашего века. Уже в 1910-е годы в США были организованы первые психотерапевтические консультативные приемы для работников метрополитена и швейной промышленности. В Советской России развитие индустриальной психиатрии связано с именем Л. М. Розенштейна. Под его руководством в конце 1920-х годов было проведено массовое психиатрическое обследование работников ряда промышленных предприятий Москвы. Эти исследования были подвергнуты ожесточенной критике из-за чрезвычайно высокого уровня диагностированных расстройств (см.: Рохлин, 1967). Аналогичные исследования промышленных рабочих в США, выполненные в 1940-е годы, дали сходные результаты, хотя советские исследователи чаще обнаруживали «латентную шизофрению», тогда как американские – «неврозы».

До середины 1950-х годов индустриальная психиатрия развивалась главным образом в рамках психодинамического направления, достаточно широко представленного и сегодня в виде организационного консультирования. На рубеже 1950 – 1960-х годов психическое здоровье в промышленности стало интенсивно изучаться и в рамках поведенческих наук. Сегодня этот подход представлен тремя основными направлениями, выделяемыми по их теоретическому пониманию проблемы индустри­ального стресса. Первый из них основан на классическом понимании стресса Ганса Селье как общего адаптационного синдрома. Второй подход основывается на «медицинской» модели стресса Гарольда Вольфа. Третийподход использует «инженерную» («мичиганскую») модель стресса.

Поскольку в эмпирических исследованиях здоровья в промышленности наиболее широко используется «инженерная» модель, на ней и будет основываться дальнейшее изложение.

Источники стресса в индустриальных организациях могут быть идентифицированы по тем характеристикам работы, которые влияют на удовлетворенность индивида и создание мотивации труда, соответствующей целям организации. Наиболее часто используемая в современных исследованиях производственного стресса типологизация, описывающая с этих позиций характеристики работы, предложена Дж. Хакманом и Е. Лоулером (Hackman, Lawler, 1971).

1. Личная ответственность за результаты труда. Сопровождается чувством индивидуального успеха и повышением самооценки.

2. Автономия. При высокой автономии индивиды переживают результаты своих усилий как успех или неудачу, при низкой – приписывают успех и неудачу или характеристикам работы, или другим работникам.

3. Внутренняя субъективная значимость результатов труда. При успешности усилий она создает позитивное восприятие работником себя. Значимость работы повышается, когда работа позволяет проявлять ценимые самим работником умения и способности.

4. Обратная связь от производственной задачи (идентичность задачи, т. е. возможность работника оценить результаты своего труда).

5. Обратная связь от других (личностная идентичность, т. е. способность работника сформировать адекватную самооценку по оценкам результатов труда со стороны других).

Предполагается, что при некоторых условиях можно достигнуть одновременно и высокой удовлетворенности, и высокой мотивации работников. Такими условиями выступают: а) стремление работников к удовлетворению высших потребностей в процессе труда; б) система вознаграждений, при которой более хорошо работающие получают большие возможности для удовлетворения своих потребностей.

Помимо названных характеристик, связанных с самим процессом труда, авторы вводят еще две, отражающие взаимодействие с другими людьми на работе.

6. Степень, в которой выполнение данной работы требует контактов с другими.

7. Возможности установления неформальных дружеских связей с другими.

Каждая индустриальная организация может быть представлена как структура социально-статусных позиций, сопряженных с соответствующими социальными ролями. В рамках «инженерной» модели идентифицированы три основные характеристики организационной роли, вызывающие нервно-психическое напряжение.

1. Ролевой конфликт, то есть противоречия требований, предъявляемых к личности, выполняющей данную роль, со стороны лиц, занимающих корреспондирующие по отношению к этой роли ролевые позиции.

2. Ролевая неопределенность, то есть неясность требований, которым должна удовлетворять деятельность личности.

3. Ролевая перегрузка, то есть чрезмерность требований к данной роли, превышающих возможности их выполнения личностью.

Модели характеристик работы и ролевого напряжения в организациях получили надежную эмпирическую верификацию. Их применение имеет значительные преимущества в исследованиях здоровья перед использованием таких традиционных социально-психологических характеристик организаций, как стиль руководства, организационный климат, сплоченность Первичных групп, коммуникационные сети и т. п.

Прежде всего, для внутренних социально-психологических процессов в организациях неясно направление их причинной связи с субъективным благополучием работников. Трудно, например, обосновать, почему организационный климат не может оцениваться по удовлетворенности работников межличностными отношениями и должен рассматриваться как самостоятельная характеристика. Столь же сомнительна связь конфликтов с нервно-психическими нарушениями у работников. Ясно, что носители определенных видов психопатологии способны генерировать конфликты в своем ближайшем социальном окружении.

Далее, эмпирические исследования показывают, что на состояние здоровья работающих, прекурсором («предшественником») которого является нервно-психическое напряжение, сильнее влияют характеристики работы, нежели социально-психологические процессы в организации. Отсюда следует, что внутриорганизационные процессы более корректно рассматривать как промежуточные переменные, опосредующие влияние характе­ристик работы на здоровье работающих.

*«Группы повышенного риска»* в организациях. Первой и наиболее привлекающей внимание исследователей из таких групп являются руководители. По материалам многочисленных работ можно выделить следующие основные сферы источников стресса в работе руководителя: ответственность за результаты основной деятельности организации и за людей; профессиональная карьера; перегрузка; взаимоотношения с другими лицами, занимающими ключевые позиции в организации; трудности в семье, вызванные особенностями управленческой деятельности (поездки, алкоголизация и т. п.). Особенно стрессогенной является позиция женщины-руководителя, поскольку существующие в профессиональной среде стереотипы предъявляют к женщине повышенные идостаточно специфичные требования как на стадиях прохождения ступеней карьеры, так и при реализации управленческих функций.

Тем не менее психическое здоровье руководителей подчиняется классовому градиенту, то есть всегда лучше, чем у других групп работающих. Из психосоматических заболеваний с работой руководителя наиболее связанными признаются сердечно-сосудистые и хронические желудочно-кишечные заболевания. Внимание к психическому здоровью руководителей обусловлено, таким образом, не худшим его состоянием по сравнению с другими работниками, а тем, что даже незначительные нарушения нервно-психического здоровья руководителя способны вызвать нарушение психологического благополучия и стабильного функционирования сотрудников всего возглавляемого им подразделения.

Пример женщин-руководителей показывает стрессогенность социальной позиции групп меньшинств. Статус меньшинства присущ в индустриальных организациях также молодежи и инонациональным группам. Профиль и демографическая структура работников предприятия определяют, какие группы займут эту повышенно стрессогенную позицию. Так, в одном исследовании коллектива крупной больницы, где подавляющее большинство персонала были женщины**,** высокострессогенной оказалась позиция мужчин – средних медицинских работников. Конечно, в масштабе организации отражаются и макросоциальные этнопсихологическиепроцессы (см.: Левкович, Андрущак, 1995). В нашем исследовании, проведенном на расположенном в Узбекистане горнодобывающем предприятии в 1989 – 1990 годах, выявился рост социально-производственного давления на работников – выходцев из России.

Для занятых в тяжелых и вредных условиях .малоквалифицированных работников основными стрессогенными факторами являются воспринимаемая вредность условий труда, его тяжесть и монотонность. Эти факторы высокоспецифичны для отдельных видов производств, поэтому какие-то обобщения здесь делать трудно. Однако исследования показывают, что у подавляющей части этой социальной группы названные факторы не вызывают особого психоэмоционального напряжения. Это послужило одним из оснований для разработки P-E-F (person-environment-fit) теории стрессогенного воздействия организационного окружения.

Теория соответствия личности и окружения происходит из вполне понятного предположения о том, что при несоответствии возможностей личности требованиям конкретного производственного окружения она переживает больше стресса и вызванного им напряжения, а следовательно, чаще заболевает («проблема квадратной затычки в круглой дырке»). Конечно, суть данного теоретического подхода – не в констатации этого факта, а в получении количественных моделей, связывающих пластичность свойств личности с вариабельностью производственной среды. Такая количественная модель была разработана группой сотрудников Мичиганского университета под руководством Р. Каплана в общенациональном исследовании 23 профессий (Caplan, Cobb, French et al., 1980). В общем модель показала всю сложность учета личностных особенностей в предсказании успешности функционирования в определенной профессиональной роли, но прояснила и ряд существенных частных закономерностей.

Эффекты влияния индустриального стресса на ра­ботающих могут быть представлены в виде трех взаимопересекающихся групп показателей:
а) заболеваемости; б) абсентеизма, то есть отсутствия па работе;
в) производительности.

Заболеваемость работающих отражает не только производственный стресс, но и всю совокупность условий труда и жизни. Однако по исследовательским данным можно выделить симптомы и состояния, в большей мере связанные с производственным стрессом, чем с другими факторами биологического и социального порядка. Это, например, психофизиологические (вегетативные) симптомы, несчастные случаи на производстве, простудные заболевания, а также обращение за медицинской помощью в лечебно-профилактическое учреждение предприятия. К собственно соматической и психоневрологической заболеваемости тесно примыкают алкоголизм, нарко- и токсикомании.

Особую проблему последней четверти века стали представлять истерические эпидемии в промышленности. Общим условием их возникновения, как показывает анализ соответствующих публикаций, выступает привлечение малоквалифицированных работников с низким образовательным уровнем на современное высокотехнологичное производство. Подобная ситуация с трудовыми ресурсами чаще отмечается в бурно развивающихся странах Индокитая, однако истерические эпидемии описаны и в южных штатах США. Наиболее прямо с развитием истерических эпидемий связано значительное производственное давление, а также неудовлетворенность личностных и межличностных потребностей работников в условиях конкретного производства.

Абсентеизм включает в себя все случаи неоправданного, чаще кратковременного отсутствия на работе: из-за заболеваний, прогулов, забастовок и увольнений (текучесть кадров).

Производительность может снижаться как количественно, так и качественно, в виде невыполнения норм выработки, простоев по вине работника, нарушения технологической дисциплины и производства бракованной продукции.

Нетрудно заметить, что абсентеизм возможен не только по причине заболевания, но и из-за нарушения технологической дисциплины, алкоголизации на рабочем месте и т. п., то есть подразделение на эти группы весьма условно. Связь ряда этих показателей с индустриальным стрессом остается дискуссионной. Например, многие авторы отрицают значение алкоголя в преодолении стресса, но акцентируют его рекреационные функции. Производственная организация может лишь повысить доступность алкоголя, если он используется в технологическом процессе, либо поддерживать благоприятные условия для алкоголизации в рабочее время (свободный выход с предприятия, отсутствие ежедневного контроля выработки и т. п.).

*Протективными факторами,* то есть защищающими от воздействия стресса на производстве, как показывают исследования, выступают опыт работы, идентификация с организацией и социальная поддержка на работе.

Опыт способствует выработке и закреплению навыков преодоления типичных стрессогенных ситуаций, складывающихся в производственном окружении, создавая «чувство мастерства и компетентности». Стресс карьерной транзиции во многом вызван изменением производственных задач и окружения, когда старые навыки преодоления не пригодны, а новые еще не сформировались. Однако и отсутствие карьерной транзиции, когда она является нормативной для данной группы работающих, может выступить стрессогснным фактором.

Идентификация с целями, задачами и субкультурой организации выполняет протективные функции, поддерживая личностную идентичность и самооценку. Идентификация с организацией обычно тем выше, чем выше позиция личности во внутриорганизационной статусной структуре.

Социальная поддержка в производственном окружении подразделяется на инструментальную, эмоциональную, информационную и оценочную. В исследованиях показано протективное действие социальной поддержки для широкого круга заболеваний (сердечно-сосудистых, желудочно-кишечного тракта, кожных и т. д.). Для редукции производственного стресса наибольшее значение имеет инструментальная поддержка со стороны руководителя, а для разрешения личностных проблем – эмоциональная и оценочная поддержка со стороны товарищей по работе.

*Связь семьи и работы.* Существует две основные модели связи производственной и внепроизводственной активности личности: генерализации («Переливания») и компенсации. Согласно первой модели паттерны жизненного стиля, усвоенные па работе, распространяются и на семью; согласно второй – жизнедеятельность в сфере семьи компенсирует ограниченность проявлений личности в сфере работы.

Обе модели имеют эмпирическое подтверждение. Так, рабочие, выполняющие простые, рутинные операции, склонны на досуге заниматься благоустройством жилья, мелкими поделками и т. п., тогда как менеджеры склонны заниматься спортом, искусством, путешествовать. Однако есть данные о том, что самоактуализация в сфере досуга достаточно типична и для лиц нетворческих профессий. По-видимому, здесь существует много промежуточных переменных. По нашим данным, у рабочих горнодобывающей промышленности это были физическое утомление, финансовые ограничения и стереотипы проведения внерабочего времени, усвоенные в родительской семье.

Связь работы с межличностными отношениями в семье поддерживает первую из описанных моделей – производственный стресс имеет тенденцию к «переливанию» в семью. Эмоциональная социальная поддержка в семье, по результатам ряда исследований, способна оказывать умеренное протективное действие по отношению к производственному стрессу, но этот эффект проявляется только у мужчин.

*Психопрофилактические программы* виндустриальных организациях имеют относительно недавнюю историю. До 1980-х годов психоневрологическая и психологическая консультативная помощь работающим осуществлялась в рамках лечебно-профилактического обслуживания, включая периодические медицинские осмотры, и при реализации мер по борьбе с пьянством и алкоголизмом на производстве.

В странах Запада, однако, стали разрабатываться и более узконаправленные программы – клинического (ориентированная на индивида консультация в организации) и поведенческого (формирование здорового стиля жизни) содержания. Следует отметить параллелизм развития этих программ с развитием программ обогащения труда и гуманизации индустриальных отношений.

Поведенчески ориентированные программы первоначально сосредоточивались на профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, но затем стали включать в себя рациональное питание, физические упражнения, управление стрессом, отказ от курения и т. п. Интеграция этих программ с традиционными лечебно-профилактическими и наркологическими мероприятиями позволила создать высокостандартизованные и применимые в любой крупной индустриальной организации всесторонние программы сохранения и укрепления здоровья работающих. В качестве примеров можно назвать программы «Джонсон и Джонсон», «Здоровье ради жизни».

Специальные обследования показывают, что в США подобные программы реализуются сегодня на тысячах крупных предприятий. Однако отнюдь не решена проблема эффективности психопрофилактических программ. Авторы клинически ориентированных программ чаще всего исходят при их оценке из удовлетворенности работников, которая неизменно оказывается высокой. Использование же объективизированных критериев не всегда приводит к оценкам, совпадающим с ожидаемыми.

Специалисты бихевиоралъного направления подчеркивают действие здесь фактора самоселекции, так как далеко не все начавшие участвовать в программе остаются в ней до завершения. Все факторы, влияющие на здоровье работников, как и факторы участия или неучастия в программе, невозможно проконтролировать, поэтому даже использование наиболее сложных исследовательских планов (например, квазиэкспериментального с двумя контрольными группами) не дает окончательного ответ на вопрос об эффективности программы.

Особую проблему представляет «отторжение» индустриальными организациями попыток реализации психопрофилактических программ. Представители психодинамического направления видят здесь проявление защитных механизмов у руководителей организаций. Однако именно руководители чаще всего выступают инициаторами проведения подобных программ на предприятиях. Поэтому правильнее объяснять это «отторжение» фактором организационной ригидности. Наиболее успешным механизмом «внедрения», как показывают натурно-экспериментальные работы, является включение психопрофилактического раздела в программы общего развития организаций (Organizational development – OD) с привлечением не только менеджеров, но и профсоюзных работников.

Реакция организаций па социальные изменения развивается в ответ как на экономические, так и культурные давления в окружении. Реакция организаций на ухудшение экономической ситуации достаточно однотипна и включает в себя: а) централизацию властных функций; 6) ограничение коммуникационных потоков; в) сокращение непроизводительных расходов, в том числе расходов на здоровье и безопасность работников. Реакция отечественных предприятий в этом отношении не отличалась от описанной. Так, в годы экономического спада на петербургских предприятиях были практически свернуты далее те усеченные программы, которые реализовывались ранее.

Замечено, что незначительные изменения культурного окружения требуют чрезвычайно сильных изменений в организациях. Кросскультурный анализ функционированияиндустриальных организаций демонстрирует, что при формальном сходстве технологических, организационно-управленческих и социально-психологических процессов в индустрии протестантских и католических стран существуют выраженные культурные различия в механизмах реализации этих процессов (например, впринятии решений, трудовых карьерах и т. п.). Поэтому для отечественной психологии здоровья встают проблемы изучения культурно-специфичных реакций трудоспособного населения на социальные изменения и разработки культурно-релевантных программ профилактики их потенциального патогенного воздействия.

# СОЦИАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ И ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ

Положение о связи социальных изменений с характеризующим общество типом патологии впервые выдвинул и обосновал в рамках «медицинской» модели стресса Гарольд Вольфф (Wolff, 1953). В Европе и Америке все периоды резких социальных сдвигов сопровождались ростом уровня и распространенности болезней, более строго говоря – изменениями уровней заболеваемости для различных видов болезней. Существует ряд теоретических моделей, с различных позиций объясняющих эту зависимость.

С *психодинамических позиций* этиологическая роль стресса сводится к тому, что он вызывает тревогу и конфликт, выступающие базисным компонентом всех психических расстройств. Поддержка тоталитарной идеологии создает защиту от тревоги, происходящей от либидозных и агрессивных тенденций по отношению к родителям. Социальное давление Советов, по оценке Т. Саца, напоминало роль отца (Szasz, 1961).
С. Положий (1993) отводит такую роль фигуре генерального секретаря. Распад тоталитарной структуры власти привел к кризису идентичности с его психиатрическими последствиями. Этот процесс описывается в рамках выдвигаемого М. Оплером представления о параллелизме психодинамических и социодинамических процессов при социальных изменениях (Opler, 1967).

*Эволюционно-биологический* подход постулирует значение для адаптивного личностного функционирования интеграции личности с ценностно-нормативными «образцами» культуры данного общества. Разрыв аффилиативных связей с обществом создает чрезмерную социальную стимуляцию с исходом в болезнь.

*Социально-психологический* подход представлен наибольшим числом моделей, поскольку социально-психологический уровень анализа наиболее соответствует процессу социального стресса.

Теория утраты П. Марриса (Marris, 1974) заключается в том, что существует фундаментальный и универсальный «консервативный импульса, направленный на поддержание регулярности происходящего в социальном окружении и придающий всему происходящему субъективное личностное значение. Социальные изменения переживаются как утрата, нарушают структуру интерпретации окружения и потому оказывают глубоко повреждающее воздействие на личность.

Теория «биосоциального резонанса» Г. Муса (Moos, 1973) основывается на предположении, что биологические и социальные переменные образуют некий шаблон совместного варьирования (резонирования). Конкретные состояния этикетируются как болезнь, и при отдельных конфигурациях обозначаются в соматических и социально-средовых переменных. Социальные изменения рассматриваются как изменения прежде всего в шаблонах коммуникации. Вследствие этого некоторые индивиды оказываются изолированными от коммуникационных сетей, а у оставшихся отмечается неконгруэнтность коммуникационной сети информационным потребностям. Изоляция и неконгруэнтность выступают факторами повышения чувствительности к неблагоприятным воздействиям внешних агентов.

В лингвоструктуралистской теории Р. Тотмана (Tot-man, 1979) утверждается, что в своей обычной социальной жизнедеятельности люди следуют определенным «правилам», организованным подобно языковым структурам. При социальных изменениях появляются препятствия в следовании «правилам», а также изменения в самих «правилах», отражающие изменения объективных характеристик социального окружения. Неспособность следовать «правилам» вызывает состояние психологического дистресса как «предшественника» (прекурсора) психосоматической болезни. Отсюда следует, что психосоматические болезни имеют эволюционное значение, так как представляют собой механизм саморазрушения, защищающий вид от социально излишних индивидов, плохо приспособляющихся к изменениям окружения.

В теории салютогенеза А. Антоновски (Antonovsky, 1979) здоровье рассматривается как переменная, зависимая от влияния стрессора, общих ресурсов резистентное (сопротивляемости) индивида и чувства когерентности, то есть соответствия. Чувство когерентности определяется как восприятие окружения в виде связного и внутренне непротиворечивого целого. Это чувство развивается в годы становления личности и модифицируется во взрослости. Социальные структуры, в которых протекает повседневная жизнедеятельность людей, воздействуют на их переживания в направлении поддержания чувства когерентности. Повреждающее влияние социальных изменений связано, таким образом, с разрушением чувства когерентности.

*Формализованная модель влияния социальной дезинтеграции на здоровье* предложена Д. Доджем и В. Мартином (Dodge, Martin, 1970). Согласно этой модели распространение социально индуцированного стресса в популяции варьируется обратно пропорционально стабильности и прочности социальных отношений в этой популяции. Показателем воздействия социального стресса на индивида является конгруэнтность статуса, то есть соответствие его статусной позиции в различных социальных ролях. Соответственно уровень первичной заболеваемости и распространенность (болезненность) хронических болезней в популяции варьируется обратно пропорционально статусной интеграции общности. Модель представляет соотношение острых и хронических болезней в популяции в виде континуума, одним из полюсов которого выступает острая болезнь, вызванная инфекционным агентом, где воздействие стресса минимально, а другим – хроническая болезнь, в возникновении и течении которой воздействие стресса максимально. Модель верифицирована на данных вторичной статистики для популяции США по сердечно-сосудистым заболеваниям, туберкулезу, злокачественным опухолям, сахарному диабету и не подтвердилась только для сахарного диабета.

Нетрудно заметить, что все приведенные теории влияния социальных изменений на здоровье популяции описывают протективные в отношении повреждающего действия социального стресса факторы, присутствующие в социально стабильном обществе.

В рамках транзактной модели стресса Р. Лазарусом (Lazarus, 1966) было выдвинуто предположение, что советская система представляла собой постоянное угрожающее окружение и вызывала длительную реакцию стресса, истощавшую ресурсы резистентности популяции. Отсутствие сколько-нибудь убедительных Данных о различии в собственно психиатрической и психосоматической заболеваемости и патологической пораженности между СССР и, например, США может объясняться существованием у советских людей чувства когерентности (по Антоновски), выраженного не в меньшей мере, чем у американцев.

Т. Парсонс (Parsons, 1958), исходя из психоаналитических формулировок, показывает, что воспитатель­ная практика в американской семье направлена на «тренинг независимости» и создание возможностей для индивидуальных достижений. В советском обществе, напротив, воспитание было направлено на развитие коллективизма и избегание индивидуальной ответственности, что в условиях социального давления поощряет регрессивное поведение в виде принятия социальной роли больного.

Все исследования влияния социальных изменений па здоровье популяции можно подразделить на три группы:

1) исследования эффектов потери работы (безработицы);

2) микроуровневые эпидемиологические исследования связи экономической нестабильности и здоровья, выполненные либо по ретроспективному, либо по проспективному плану;

3) макроуровпевые эпидемиологические исследования с использованием вторичных статистических данных.

Все они имеют общие ограничения, делающие выводы каждого отдельного исследования не окончательными и не исчерпывающими: а) ни один из существующих исследовательских подходов не в состоянии охватить в одном исследовании все основные аспекты изучаемого феномена;
б) причинная интерпретация результатов затруднена, поскольку отсутствие экспериментального контроля позволяет допустить существование других переменных, не учтенных в исследовании; в) «естественные эксперименты» имеют ряд уникальных характеристик, что не позволяет сравнивать их исходы; г) несовершенство существующих, даже наиболее сложных исследовательских планов ограничивает генерализуемость и интерпретируемость результатов.

Поэтому несмотря на то, что сведения о влиянии экономических спадов на психическое здоровье популяции появились в США уже в 1910 – 1920-е годы, до разработки современных исследовательских техник выявленные связи считались артефактом, вызванным увеличением доступности психиатрической помощи.

Оставив в стороне исследования влияния безработицы, представляющие собой самостоятельную исследовательскую традицию, хотя и тесно связанную с проблематикой психического здоровья работающих, кратко охарактеризуем основные исследования воздействия экономических факторов на здоровье.

М. Бреннер (Brenner, 1973) при помощи совершенных статистических техник проанализировал уровень госпитализации в психиатрические стационары по штату Нью-Йорк за период с 1841 года по 1960 год. Эконо­мическая ситуация оценивалась по уровню занятости. Автор выявил «основное отношение» – параллелизм между уровнем психиатрической госпитализации и экономическим спадом, объяснив его тем, что в условиях экономического стресса психиатрическая госпитализация как бы отражает в себе распад и дезорганизацию ближайших социальных отношений личности.

Основываясь на данных М. Бреннера, Р. Каталано и Д. Дули провели два микроуровневых исследования проблемы. Канзасское исследование было проведено в 1971 – 1973 годах по вероятностной выборке. Для отобранной субпопуляции фиксировались зарегистрированные случаи заболеваний, вегетативные («психофизиологические») симптомы, а также индексы экономической ситуации для изучавшихся регионов. Полученные данные были подвергнуты корреляционному анализу.

Лос-Анджелесское исследование было проведено в 1978 – 1980 годах на выборке из 500 домовладений, методом «взрывов», то есть ежемесячных телефонных интервью с применением методологии «жизненных случаев», а также с фиксацией «психологических» симптомов, субъективногосостояния здоровья, социальной поддержки, производственных и экономических трудностей. Данные анализировались при помощи техники логистического анализа (Catalano, Dooley, 1979).

Оба исследования показали рост риска ухудшения здоровья при нарастании экономических трудностей. Авторы предложили два основных объяснения этого влияния; «провокации», то есть прямого стрессогенного влияния экономических трудностей, и «вскрытия», когда за медицинской помощью обращаются люди, ранее не лечившиеся или переносившие заболевания в субклинической форме. Большеданных было получено в пользу гипотезы «вскрытия», однако авторы не исключают возможности альтернативных объяснений, например, действия скрытого третьего фактора (Catalano, Dooly, 1983).

Одним из разделов базисного Чикагского исследования процесса стресса явилось изучение алкоголизации как стратегии преодоления вызванного стрессом напряжения. Исследование было проведено в 1972 году на территориальной выборке с повторным интервьюированием в 1976 – 1977 годах. Экономические факторы оценивались по показателям дохода и актуально переживаемого экономического напряжения. Регрессионный анализ выявил, что экономические трудности вызывали тревогу. При низком чувстве мастерства и низкой самооценке вероятность употребления алкоголя для купирования связанной с экономическим стрессом тревоги увеличивалась втрое.

Поскольку, как постулирует транзактная модель стресса, для переживания стресса решающее значение имеет когнитивный компонент, воспринимаемое экономическое благополучие – центральная переменная повреждающего действия экономического стресса. Помимо уровня удовлетворения базисных потребностей, требования индивида к доходу и потреблению реализуются еще на двух уровнях: поддержания определенного уровня стандартов жизни и чувства заслуженности вознаграждения за свой трудовой вклад и личные достоинства. При длительно существующей неспособности экономики удовлетворить эти требования возникает социальное давление на индивида в направлении редукции потребления и экономических притязаний и (или) повышения личной продуктивности. Однако оба эти пути адаптации требуют не столько изменения экономического поведения, сколько, как показано Б. Штрюмпелем, культурных изменений (Strumpel, 1976).

Если адаптация не достигается, проявляется широкий спектр видов психологической дисфункции – суициды, собственно психические расстройства, невротические реакции, делинквентное и криминальное поведение. Повышается не только уровень госпитализации, но и уровень обращений в амбулаторно-поликлинические учреждения, связанный с «симптомами деморализации» – депрессивными и вегетативными.

Механизм такого влияния экономического спада включает в себя помимо стресса, непосредственно индуцируемого у индивида экономическими трудностями, общий уровень стресса в популяции. В борьбе за выживание обесцениваются здоровье и производственная безопасность, что позволяет руководителям предприятий ухудшать условия труда, из-за снижения расходов разрушается система социального обслуживания, включая систему здравоохранения. Нарушаются сети социальной поддержки, в частности, в семье, где стрессогенные переживания ведут к нарастанию семейной дисгармонии.

При рассмотрении теоретических моделей и результатов эмпирических исследований, имеющихся в западной (главным образом, американской) социальной психологии, возникают следующие вопросы. Во-первых, насколько данные теоретические модели адекватны процессам, происходящим в российском обществе. Во-вторых, насколько полученные данные могут быть распространены на российскую популяцию.

Многочисленные исследования, выполненные в последние годы как по вторичным статистическим данным, так и по результатам опросов населения, по общероссийской популяции и по отдельным регионам дают вполне совпадающие показатели динамики заболеваемости и причин смерти за период экономического кризиса.

С 1991 года на территории России увеличилось число случаев психических расстройств, болезней органов пищеварения, гипертонической болезни и сахарного диабета с их «омоложением», самоубийств, инфекционных заболеваний. Параллельно отмечался эксцессивный рост преступности и криминальной смертности, наркотизации и алкоголизации населения (Комаров, 1991; Афанасьев, Гилинский, 1995).

Данные по Москве говорят о накоплении эффекта хронического стресса в виде роста числа психосоматических заболеваний и психических расстройств, связанных с инфекционной патологией. Больных же с собственно психическими расстройствами изменение социально-экономической ситуации затронуло мало (Иванова, 1991). При оценке этих выводов следует, однако, учитывать специфику накопления и выявления больных (в частности, шизофренией) в Москве. Также для Москвы устанавливается совпадение по годам в уровне смертности от сердечно-сосудистых заболеваний для субпопуляций отдельных районов города и нарастания эмоционального напряжения, вызванного социально-экономическими изменениями (Копина, 1993).

В ряде опросных исследований, проведенных как по общероссийской, так и по региональным выборкам, зафиксированы индуцированная экономическим стрессом тревога, снижение чувства субъективного благополучия и астено-невротическая симптоматика у большей части респондентов (Сычева, 1993; Гордон, 1994; Рукавишников, 1994).
Ю.А. Александровский (1992) определяет эти массовые нарушения как социально-стрессовые расстройства и обращает внимание на значение в их формировании затяжного характера и усугубления сложившейся социально-экономической ситуации.

Специального анализа заслуживает влияние экономического кризиса на здоровье населения Санкт-Петербурга. Здесь также отмечается резкий рост преступности, заболеваемости алкоголизмом, нарко- и токсикоманиями и числа самоубийств. За период 1990 – 1993 годов отмечался и рост инфекционной патологии (дифтерия, сальмонеллез, псевдотуберкулез, лептоспироз), венерических заболеваний, туберкулеза, алкогольных и лекарственных отравлений. Несколько менее было выражено увеличение заболеваемости бронхиальной астмой, сахарным диабетом, гастродуоденальными и алиментарными расстройствами, а также онкологической патологии. Более половины причин смерти составили сердечно-сосудистые заболевания. Возросла смертность от инфаркта миокарда и острой пневмонии. Отмечалось значительное утяжеление течения названных заболеваний. Однако наряду с этим снизился как уровень обращений за амбулаторно-поликлинической помощью, так и уровень госпитализации в соматические стационары (Крылов, 1995).

Как видно из приведенных данных, изменения состояния здоровья населения России в условиях экономического спада отмечаются в направлении, в общем ожидаемом исходя из рассмотренных теоретических моделей и результатов проведенных в странах Запада эмпирических исследований. Вместе с тем выявляются три существенных отличия, требующих особого рассмотрения.

Во-первых, это особая тяжесть повреждающего воздействия стресса социальных изменений на популяцию. Сравнение приведенных данных по Санкт-Петербургу с данными по психиатрической и психосоматической заболеваемости в блокадном Ленинграде, интерпретированными
Т.Я. Хвиливицким (1988) с позиций уровня стресса на разных этапах развития военной ситуации, позволяет говорить, по меньшей мере, о сопоставимости патогенных эффектов. Одним из объяснений этого может быть снижение биологических и психологических ресурсов резистентности (сопротивляемости) популяции до начала периода социальных изменений. Другим объяснением служит затяжное действие стресса. Р. Лазарус выдвигает теоретическую модель «повседневных тревог и забот», согласно которой длительно существующие трудности оказывают более сильное патогенное воздействие по сравнению с массивным, но кратковременным стрессом. Эта модель получила надежное эмпирическое подтверждение на материалах базисного исследования в графстве Аламеда. Наконец, стресс социальных изменений может отнюдь не ограничиваться экономическим стрессом, но включать в себя аккультурационный стресс, вызванный необходимостью принятия не только западных шаблонов потребления, по и западной модели политического устройства общества, производительности и связанных с ними социально-политических ценностей. В некоторых небла­гоприятных формах аккультурационный процесс, то есть усвоение чуждых данной культуре ценностей, норм и стереотипов поведения, оказывает сильное повреждающее действие на психическое здоровье популяции.

Во-вторых, тип патологии, вызванной стрессом социальных изменений, отличается от предсказываемого моделью Д. Доджа и В. Мартина, а именно включает в себя рост не только психических и психосоматических, но и инфекционных заболеваний. Это может быть объяснено подавляющим (супрессорным) действием переживаемого стресса на иммунную систему, наблюдающимся при пока не выясненных условиях (см.: Ордабаева, 1989).

В-третьих, устанавливается характер обращения за медицинской помощью, отклоняющийся от описанного в западной литературе гомогенного повышения уровней обращаемости и госпитализации. Здесь отражается не столько снижение потребности в лечебно-профилактической помощи, сколько несоответствие между этой потребностью и возможностью ее своевременного и качественного обеспечения (Глуховец, Семенова, 1993). Действительно, как показали данные проведенного нами экспертного опроса руководителей высшего звена управления здравоохранением Санкт-Петербурга, на фоне увеличения числа заболеваний, накопления больных в популяции, утяжеления течения и неблагоприятных сдвигов в структуре патологии ресурсные возможности системы здравоохранения не только не сохранились, но и снизились параллельно ухудшению общей экономической ситуации.

Отсюда следует, что в условиях экономических изменений целесообразен перенос центра тяжести усилий по охране здоровья населения па программы пер­вичной профилактики в общности. Такие программы предполагают значительную гибкость стратегий помощи и широкое привлечение добровольцев и профессионалов-немедиков (психологов, юристов, социальных работников, священников). В разумных пределах подобные программы могут утилизировать и различные виды альтернативной психоневрологической помощи, которая сегодня охватила широкие слои населения, но оказывается почти бесконтрольно.

Итак, социально-психологическая проблематика занимает одно из центральных мест в психологии здоровья, как в силу приоритетности тем изучения, так и в силу разработанности своего теоретического и экспериментального аппарата. Мы рассмотрели некоторые ключевые социально-психологические темы психологии здоровья. Прежде всего, это структурные и культурные факторы социального окружения, с которыми связана социальная детерминированность здоровья населения. Подход с позиций социальной психологии здоровья высокопродуктивен для решения задач формирования экономически и социально эффективной индустрии. Главным условием, определяющим экономическое процветание западных культур, выступает готовность и способность к быстрым социальным изменениям. Процессы депопуляции, интенсивно протекающие в нашей стране на фоне социальных изменений, привлекают внимание к тем областям социальной психологии здоровья, достижения которых могут быть использованы для уменьшения повреждающего воздействия стресса социальных изменений методами первичной профилактики.

# ЛИТЕРАТУРА

*Агеев В.С.* Кросс-культуральная перспектива в развитии социально-психологического знания // Вопросы психологии. 1987. № 6.

*Александровский Ю.А.* Социально-стрессовые расстройства // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 1992. № 2.

*Алешина Ю.К, Лекторская Е.В.* Ролевой конфликт работающей женщины // Вопросы психологии. 1989. № 5.

*Афанасьев В., Гилинскш Я.* Девиантное поведение и социальный контроль в условиях кризиса россий­ского общества. СПб., 1995.

*Глуховец Б.И. Семенова О.Н.* Основные медико-биологические параметры городской популяции Петер­бурга (заболеваемость, смертность, структура летальности) // Качество населения Санкт-Петербурга /Под ред.
С. И. Голода, Н. Л. Русиновой, Б. М. Фирсова. СПб., 1993.

*Гордон Л.А.* Социальная адаптация в современных условиях // Социологические исследования. 1994. № 8 – 9.

*Жариков Н.М.* Роль социально-культуральных и средовых факторов в полиморфизме эндогенных психических расстройств (обзор) // Журнал невропато­логии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1990. Т. 90, Вып. 12.

*Иванова А.Е.* Психическое здоровье населения: демографический аспект // Здравоохранение Российской Федерации. 1991. № *4.*

*Калмыкова О.Л.* Традиционная медицина Вьетнама // Советское здравоохранение. 1990. № 6.

*Комаров Ю.М.* Проблемы и тенденции здоровья населения России // Здравоохранение Российской Федерации. 1991. *№* 4.

*Кошта О.С.* Психосоциальныефакторы здоровья // Отношение населения к здоровью / Под ред. И. В. Журавлевой. М., 1993.

*Крылов А.А.* Основные тенденции динамики заболеваемости населения Санкт-Петербурга // Здравоохранение Российской Федерации. 1995. № 6.

*Левкович В.П., Андрущак И. Б,* Этноцентризм как социально-психологический феномен (на материале исследования этнических групп Узбекистана) // Психологический журнал. 1995. Т. 16. № 2.

*Максимова Т.М.* Особенности заболеваемости в различных группах населения // Советское здравоохранение. 1991. № 4.

*Ордабаева Д.А.* Психологический стресс и имму­нитет (обзор) // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1989. Т. 89. Выи. 7.

*Положим Б.С.* Психическое здоровье как отражение социального состояния общества // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М- Бех­терева. 1993. № 4.

*Рохлин Л. Л.* Очерки психиатрии. М., 1967.

*Рукавишников В.О.* Социология переходного пери­ода // Социологические исследования. 1994. № 8 – 9.

*Смольков В.В.* Предпринимательство как особый вид деятельности // Социологические исследования. 1994. №2.

*Сычева В.С,* Переходный период по оценкам населения (обзор социологических исследований) // Социологические исследования. 1993.
№ 3.

*Хвиливицкий Т.Я.* Медико-психологическая ситуация в Ленинграде в 1941 – 1945 гг. (соматопсихические отношения) // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1988. Т. 88. Вып. 5.

*Червяков В.В., Чередниченко В. А., Шапиро В. Д.* Россияне о предпринимательстве и предпринимателях // Социологические исследования. 1992. № 10.

*Antonovsky A.* Health, stress, and coping. San Fran-cisko, 1979.

*Brenner M.* Mental illness and the economy. Cam­bridge, Mass., 1973.

*Caplan R., Cobb S., French I.,* et al. Job demands and worker health. Ann Arbor, 1980.

*Catalano R., Dooley D.* Does economic change are unco-ver behavioral disorder? A Preliminary Test // Mental Health and the Economy / Ed. by L. Ferman, J. Gordus. 1979.

*Catalano R., Dooley D.* The health effects of economic instability: a test of the economic stress hypothe­cs // Influence of Economic Instability on Health / Ed. by D.Lindberg, P.Reichertz. Berlin, 1983.

*Dodge D., Martin W.* Social stress and chronic illness. Notre Dame; London, 1970.

*Hackman J., LawlerIIIE.* Employee reactions to job caracteristics // Journal of Applied Psychology. 1971.

*Lazarus R.* Psychological stress and the coping pro-s. New York, 1966.

*Mams P.* Loss and change. London, 1974.

*Moos G.* Illness, immunity and social interaction. New rk, 1973.

*Opler M.* Cultural induction of stress // Psychological Stress / Ed. by M.Appley, R.Trumbull. New York 1967.

*Parsons T.* Definitions of health and illness in the light of American values and social structure // Pa­tients, Physicians and Illness / Ed. by E.Yaco. Glcncoe 111., 1958.

*Strumpel B.* Responses to economic adversity: an agen­da for research in changed environment // Economic Means for Human Needs / Ed. by B.Strumpei. Ann Arbor, 1976.

*Szasz T.* The myth of mental illness. New York, 1961.

*Totman R.* Social causes of illness. London, 1979.

*Wallace A.* Mental illness, biology and culture // Psychological Anthropology / Ed. by F.Hsu. Homewood, 111., 1961.

*Wolff H.* Stress and disease. Springfield, 111., 1953.