

III-C-36

ПЕТЕРБУРГСКАЯ
СОЦИОЛОГИЯ

1997 №1

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|---|-----|
| От Редактора | 3 |
| <i>А.В. Баранов</i> О СОЦИАЛЬНОЙ ПАРАДИГМЕ ЗДОРОВЬЯ | 8 |
| <i>И.Н. Гурвич</i> СТРЕСС СОЦИАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ | 19 |
| <i>А.В. Баранов, И.А. Стромиллова</i> ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ К СОЦИОЛОГИЧЕСКОМУ АНАЛИЗУ ПАДЕНИЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ В 1990-Е ГОДЫ В РОССИИ | 27 |
| <i>Н.Л. Русинова, В. Дж. Браун</i> СОЦИАЛИНО-СТАТУСНЫЕ ГРУППЫ: РАЗЛИЧИЯ В СУБЪЕКТИВНОМ ЗДОРОВЬЕ | 38 |
| <i>Я.И. Гилинский, Г.А. Румянцева</i> ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ САМОУБИЙСТВ В РОССИИ: СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ | 60 |
| <i>О. Ф. Тимошенко</i> О ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ | 78 |
| <i>Йос Веертс</i> ВОЕННЫЕ ВЕТЕРАНЫ ВОЙНЫ В ИНДОНЕЗИИ 1945-49 ГГ. | 85 |
| <i>М. Ф. Лукманов</i> КАТАСТРОФИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ЛОКАЛЬНЫХ ВОЙН | 97 |
| <i>В.Е. Каган</i> ВЬЕТНАМСКИЙ СИНДРОМ: ЧЕЛОВЕЧЕСКОЕ ИЗМЕРЕНИЕ | 139 |
| <i>В.П. Бранский</i> ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ СИНЕРГЕТИКИ | 148 |
| Сведения об авторах | 180 |

заболеваний. Поэтому появление социальной парадигмы здоровья не может стать механическим дополнением биомедицинской парадигмы. Биология человека и медицина вынуждены в новых обстоятельствах существенно корректировать своё понимание человека. Так же как социология отныне не может исключать при анализе общества его биологические, витальные составляющие, а человека вынуждена принимать как биопсихосоциальное существо. Божественная и природная (биомедицинская) парадигмы здоровья взаимоисключающи. Социальная парадигма способна внутренне непротиворечиво интерпретировать, культурологически объяснить и освоить многое из словесно-ритуальной религиозной практики, доказавшей свою целительность, находя соответствующее место ей в живом социуме, а также обогатить и дополнить биомедицинскую парадигму новыми объектами и социальными факторами здоровья. Именно этот ассимиляционный потенциал, способность охватить большее поле эмпирических фактов и практик и дает основание ожидать доминирования социальной парадигмы здоровья.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Стрельцов Г.Я. Паскаль и европейская культура. – М.: Республика, 1994. – С. 463.
2. Цит. по Савчук В. Метафизика раны. // Ступени, 1992. – N2. – С. 38.
3. Харакас С. Православие и биоэтика. // Человек, 1994. – N2. – С. 91, 92.
4. Dubos, Rene. Mirage of Health. – N.Y.: Harper and Row, 1959.
5. Illich, Ivan. Medical Nemesis. – N.Y.: Pantheon, 1975.
6. McKeown, Thomas. The Role Medicine: Dream, Mirage or Nemesis? – Oxford: Blackwall, 1979.
7. Туровская С. Защитники организма ведут странную игру. – Известия, 24.12.1994.
8. Голод С.И. Трансформация семьи: суть и проблемы. // Современные проблемы воспроизводства населения. – Рига, 1980.

И.Н.Гурвич

СТРЕСС СОЦИАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ

Рассмотрены основные теоретические модели, используемые для изучения стресса в социальных науках: общебиологическая, “медицинская”, “инженерная” и транзактная. Показано отсутствие универсальности применения каждой модели для эмпирических и теоретических исследований социального стресса. Обсуждается культуральная релевантность моделей в приложении к процессу трансформации российского общества.

ВВЕДЕНИЕ

Сегодня, по-видимому, прошла пора научных и околонучных дискуссий о том, влияют ли на здоровье населения социально-экономические изменения. Ещё недавно слышались голоса специалистов, утверждавших будто бы “доказанность отсутствия действия” таких влияний, или склонность объяснять изменения в состоянии здоровья населения России долгосрочными тенденциями, “пик” которых “случайно” пришелся на период острого социально-экономического кризиса в стране.

Между тем, никакие крупномасштабные социальные изменения в Европе и Северной Америке не происходили без значительных изменений в здоровье населения. Достаточно вспомнить эпидемии чумы в период становления индустриального способа производства в средневековье, подъём заболеваемости туберкулёзом в период массовой индустриализации XIX в. и “вспышку” менингита в период послевоенного восстановления народного хозяйства конца 40-х – начала 50-х годов.

Исследование проводится при финансовой поддержке Российского Фонда Фундаментальных Исследований по проекту “Социальные факторы здоровья населения” (грант № 96-06-80910).

Резкие изменения в состоянии здоровья населения России, сопровождающие социально-экономические изменения, на настоящий момент уже хорошо документированы вторичной статистической информацией как для страны в целом, так и для отдельных её регионов. Несмотря на территориальную неоднородность изменений здоровья населения, вызванную различиями в исходном уровне здоровья, демографических характеристиках соответствующих популяций, темпах и особенностях протекающих в этих регионах экономических процессов, общая результирующая характеристика одна — депопуляция территории, т.е. снижение численности проживающих на ней людей.

Складываясь из двух процессов, — снижения рождаемости и повышения смертности, — депопуляция не может быть, конечно, объяснена действием сугубо экономического фактора. И, действительно, смерть от голода (алиментарной кахексии) отнюдь не занимает сколько-нибудь заметного места в структуре смертности. Алиментарное истощение, как это показали наблюдения в нацистских концлагерях в период II мировой войны, не способно столь существенно повлиять на функцию женщины (генеративную), хотя и влияет на репродуктивную функцию женщины (вынашивание беременности). Снижение рождаемости в стране, однако, не определяется осложнениями беременности и родов.

Таким образом, единственным разумным объяснением процесса депопуляции выступает стресс-концепция, связывающая социальные процессы с психофизиологическим состоянием, т.е. здоровьем индивида.

СТРЕСС И БОЛЕЗНЬ

Для отечественного читателя понятие стресса связывается, главным образом, с концепцией общего адаптационного синдрома Ганса Селье. Концепция общего адаптационного синдрома рассматривает стресс как общебиологическую реакцию организма, не зависящую от вида воздействия, т.е. неспецифичную, и являющуюся как бы биологической предпосылкой развития конкретного заболевания. Популярность концепции Селье в нашей стране привела к тому, что отечественные исследования стресса ограничили нейрофизиологическим и биохимическим подходами. Однако эти подходы отнюдь не позволяют теоретически описать влияние социальных процессов на здоровье населения. Прежде всего, концепция общего адаптационного синдрома, будучи высокопродуктивной для экспериментальной медицины, оказалась противоречащей общебиологическому пониманию адаптации. Действительно, болезнь или предшествующие ей функциональные наруше-

ния (прекурсоры) выступают здесь проявлением адаптационных процессов, тогда как с общебиологических позиций болезнь — выраженная форма дезадаптации.

Если основным механизмом влияния социального окружения на функционально-биологические процессы организма признать формирующиеся в социальной жизнедеятельности индивида эмоциональные состояния (а это никто не подвергает сомнению), то приходится констатировать, что социальные воздействия, вызывающие позитивные эмоциональные состояния (эустресс), по своим биологическим эффектам неотличимы от социальных воздействий, вызывающих негативные эмоциональные состояния (дистресс). К тому же, до сих пор не удалось установить однозначных соотношений между эмоциональными состояниями и психофизиологическими, нейрофизиологическими и биохимическими процессами — прекурсорами болезней. Особые проблемы порождает популяционный уровень анализа стресса. В сообществах животных стресс приводит к снижению сексуальной активности, а следовательно, к ограничению численности популяции. Это действие стресса биологически целесообразно, поскольку способствует сохранению особей при ограниченности кормовой базы биоценоза. Однако уже у грызунов снижение сексуальной активности самцов зависит от их места в социально-статусной иерархии сообщества. Сексуальная активность снижается лишь у самцов, занимающих низшие иерархические позиции; — явление, получившее название «комплекса социальной кастрации».

Ещё более противоречива связь стресса с состоянием иммунной системы. Переживание стресса человеком может как подавлять, так и стимулировать иммунитет. Условия, которые определяют, подавляющее (супрессорное) или стимулирующее действие будет оказывать стресс, не выяснены. Эпидемия дифтерии, резкий рост заболеваемости туберкулёзом и кишечными инфекциями в Петербурге за последние годы связаны, безусловно, и с супрессорным действием стресса. Из этого краткого анализа концепции стресса как реакции ясно, почему столь ограничены возможности её применения в социальных науках.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ СТРЕССА В СОЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

«Медицинская» модель стресса была предложена неврологом Гарвардского университета Гарольдом Вольффом практически одновременно с концепцией общего адаптационного синдрома Селье, но была исходно ориентирована на клиническую практику. В целом, в основе «медицинской» модели

лежали психоаналитические предпосылки, согласно которым первичной реакцией личности на неблагоприятное социальное воздействие выступает тревога. Ко времени появления “медицинской” модели в русле психоаналитического направления уже сложились определенные представления о связи внутриличностного конфликта с развитием определенного круга заболеваний, получивших название психосоматических (сердечно-сосудистые заболевания, сосудистые поражения головного мозга, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма, ревматоидный артрит).

Таким образом, первоначально “медицинская” модель была призвана “навести мост” между социальными фактами жизни индивида и внутриличностным конфликтом, ведущим к развитию психосоматических расстройств. Однако разработка первоначальной концепции на клинических данных, а также на материале лиц, оказавшихся в тяжёлых психотравмирующих обстоятельствах, таких как боевые действия, заключение в лагерях для военнопленных и т.п. вывела Вольффа за пределы исходной концепции. Это выразилось в отказе от позиции жёсткой специфичности в понимании связи между характером внутриличностного конфликта и предрасположенностью к конкретному заболеванию, расширении круга состояний, формирующихся под влиянием психологических факторов, а, главное, перенесении теоретического акцента с внутриличностных процессов на процессы взаимодействия личности с социальным окружением.

Именно эта сторона “медицинской” модели привлекла исключительное внимание представителей социальных наук. Взаимодействие (интеракция) личности с социальным окружением опосредовано, согласно Вольффу, символическим значением социальной ситуации для личности. Ситуация является главным предметом социологического исследования стресса. Этот подход позволил связать заболевание с широким кругом социальных процессов — от культурально-исторической до микрогрупповой динамики.

Вместе с тем Г. Вольфф решительно выступал против принятой в эмпирических социальных исследованиях конкретно-научной методологии применительно к изучению влияния социального стресса на болезнь. Он считал недостаточным механическое сопоставление фактов социальной реальности с конкретными заболеваниями, полагая, что если даже соответствующие корреляционные связи и обнаруживаются, они оказываются лишёнными как медицинского, так и социологического содержания.

Следующим этапом теоретического формирования собственно социологического подхода к изучению проблемы стресса и болезни стала разработка т.н. “инженерной” модели стресса. “Инженерная” модель (или “инженерная аналогия”, энт-арборская модель) была предложена исследователями

Института социальных исследований Мичиганского университета Робертом Каном, Стенли Коббом, Робертом Капланом и Джоном Френчем. В “инженерной” модели стресс рассматривается как внешний стимул, хотя и подразумевается, что этот стимул определённым образом внутренне переживается, тогда как результирующей переменной воздействия стресса выступает напряжение.*

Отсюда ясен смысл “инженерной аналогии”, заимствующей основные категории анализа из сопротивления материалов. Способность личности выдерживать напряжение без каких-либо болезненных эффектов и обозначается как резистентность, т.е. сопротивляемость.

Внешними признаками, т.е. индикаторами напряжения выступает широкий круг патофизиологических, психопатологических и поведенческих феноменов. Рассмотрим основные из них. Прежде всего, это заболевания, традиционно относящиеся к психосоматическим. Первые исследования энт-арборской группы были связаны с эпидемиологией ревматоидного артрита, факторами развития гипертензионных состояний и язвенной болезни у руководящего персонала НАСА. В последующем, как и в случае “медицинской” модели стресса, обнаружилась связь с социальными факторами значительно большего числа физических (соматических) болезней, и, например, в одном из последних исследований в качестве надёжного индикатора производственного стресса был использован уровень простудных заболеваний.

Другой группой индикаторов напряжения выступают т.н. “психофизиологические”, т.е. преимущественно вегетативные симптомы, такие как сухость во рту, чувство физического дискомфорта, сердцебиение, головокружение, расстройства сна, сексуальная дисфункция и т.п. Наконец, последней группой индикаторов являются очерченные психиатрические симптомы и синдромы, такие как астения или депрессия, а также нарушения поведения в виде конфликтности, взрывчатости, употребления психоактивных веществ и т.п.

Чрезвычайно большое, исчисляемое десятками тысяч, число эмпирических исследований подтверждает статистически достоверную и воспроизводимую, хотя и умеренную по своей величине, корреляционную связь между социальным стрессом и рассмотренными проявлениями напряжения. Вместе с тем очевидно, что реакция на стресс конкретной личности обусловлена не только, а, возможно, и не столько параметрами стрессогенного воздействия социального окружения, сколько её конституционально-биологическими особенностями, жизненным опытом и восприятием стрессогенного стимула. В “инженерной” модели это противоречие “снимается” предположением, что

* Во избежание терминологической путаницы авторы, использующие биологическую и “медицинскую” модели стресса, стали поэтому употреблять для обозначения вызывающего стресс внешнего стимула термин “стрессор”.

люди, принадлежащие к одной и той же социокультурной среде, в общем, одинаково реагируют на стимулы окружения. Слабость этого предположения не нуждается в специальном обосновании. Многочисленные же попытки инкорпорировать личностный фактор в эмпирическое исследование отношения между стрессом и напряжением не дали сколько-нибудь существенных результатов.

Транзактная модель стресса Ричарда Лазаруса ставит восприятие и оценку личностью своего социального окружения в центр анализа стрессогенного влияния социальных факторов. Основной теоретической категорией модели выступает сам процесс непрерывного взаимовлияния личности и ближайшего социального окружения. Основой построения транзактной модели послужили экспериментально-психологические исследования автора и теории генеза эмоциональных состояний, выдвинутая Магдой Арнольд. Эмоциональные состояния, ведущие к прекурсорам болезни, рассматриваются в этой теории как результат субъективной личностной оценки исходящей от окружения угрозы (первичная оценка) и оценки личностью своих возможностей избежать или преодолеть угрозу (вторичная оценка).

Транзактная модель стресса, таким образом, сближается с интерактивной «медицинской» моделью, хорошо разработана теоретически, и является сильным инструментом интерпретации экспериментальных данных. Абстрактный характер модели позволяет распространить её практически на весь круг феноменов, связанных с социальным стрессом, но он же делает малопродуктивным её приложение к конкретным этиопатогенетическим факторам отдельных заболеваний. Лазарус вводит в модель как существенную её часть преодоление личностью угрозы окружения, выделяя прямое, проблемно-фокусированное и эмоционально-фокусированное, т.е. направленное на поддержание внутреннего психологического равновесия, преодоление. Отсюда транзактная модель стресса находит наибольшее признание в исследованиях поведения, связанного со здоровьем, в рамках т.н. когнитивно-поведенческого подхода.

ПРИЛОЖЕНИЕ МОДЕЛЕЙ К ПРОБЛЕМЕ СОЦИАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ.

Поскольку теоретико-медицинской основой всех четырёх рассмотренных моделей стресса является теория гомеостаза, рассматривающая здоровье как состояние равновесия организма и окружающей среды (соответственно личности и социальной среды — модель «баланса»), во всех них социальные изменения рассматриваются как главный источник

стресса. Однако сами типы стрессовых ситуаций, описываемых моделями, ограничены конкретно-исторической ситуацией, в которой они разрабатывались и применялись.

Можно выделить три основных типа социальных изменений, описываемых моделями. Во-первых, это социальные катастрофы (войны, стихийные бедствия и экономические кризисы), во-вторых, социальные перемещения (стратификационные, типа служебного продвижения, и территориальные — миграция), и, в-третьих, изменения в ближайшем социальном окружении личности («вхождение» или «выход» из него личностно значимых фигур и объектов).

Отсюда естественным образом возникает вопрос о приложимости этих моделей к условиям глобальной трансформации общественного организма. Относительно советского общества такой вопрос ставили перед собой и авторы этих моделей. Интересен анализ Гарольда Вольфа данных по ленинградской блокаде или рассуждения Ричарда Лазаруса о возможных болезненных исходах постоянного социального давления в условиях социализма. Авторы «инженерной» модели, занимавшиеся более всего психическим здоровьем в промышленности, склонны скорее к акцентированию сходства промышленно развитых стран.

Культуральной антропологией и психиатрией накоплен обширный материал о негативном влиянии вестернизации, т.е. проникновения западной духовной и материальной культуры, на здоровье народов, стоящих на более низкой ступени социально-экономического развития. В последнее десятилетие такое влияние интерпретируется как аккультурационный стресс. Появились также и данные об эффективном, т.е. без негативного влияния на состояние здоровья популяции, преодолении аккультурационного стресса некоторыми этническими группами при определенных условиях.

Сегодня состояние отечественной науки не позволяет дать обоснованную квалификацию типа стрессовой ситуации, переживаемой российским обществом. На этапе отказа от безраздельного господства примитивно понятого марксизма в российской науке отмечается как тенденция к механическому заимствованию западных теоретических моделей без попыток их верификации в ином культуральном контексте, так и тенденция к накоплению эмпирических данных без попыток введения их в русло современных теоретических представлений.

Мы надеемся, что приведенный в статье анализ будет способствовать восстановлению «нормального» соотношения теоретического и эмпирического знания в изучении актуальнейшей проблемы отечественной социальной науки — стресса социальных изменений.

ЛИТЕРАТУРА.

- Селье Г. Стресс без дистресса. – М.: Прогресс, 1979. – 125 с. Пер. с англ.
- Dubos R. Man Adapting. – New Haven – Yale: University Press, 1965. – XXII. – 527 p.
- Gray Y.A. The Psychology of Fear and Stress. – London: Weidentetld & Nicolson, 1971. – 256 p.
- Kahn R.L. Work and Health. – New York: John Wiley & Sons, 1981. – XVI. – 198 p.
- Lazarus R.S. Psychological Stress and the Coping Process. – New York: Mc Grow-Hill Book Co., 1966. – XIII. – 466 p.
- Tsend W.-S., Mc Dermott J.F. Culture, Mind and Therapy: An Introduction to Cultural Psychiatry. – New York: Brunner/Mazel Publ, 1981 – X. – 304 p.
- Wolff H.G. Stress and Disease. – Springfield, Ill.: Charles C. Thomas Publ., 1953. – XIX. – 199 p.

А.В. Баранов, И.А. Стромилова

Предварительные замечания к социологическому анализу падения продолжительности жизни в 1990-е годы в России

Определённое понижение ожидаемой продолжительности жизни в России анализируется по восьми направлениям, по которым можно обнаружить факторы, оказавшие влияние на уровень здоровья населения. Ставится под сомнение величина падения продолжительности жизни в силу неадекватности показателя в ситуации демографической катастрофы.

Проблема здоровья никогда так не волновала людей, как в XX столетии. Не потому, что оно стало хуже. Отнюдь. Именно в этом столетии в экономически развитых странах средняя продолжительность жизни, которая обобщенно и вместе с тем наглядно выражает уровень здоровья населения (города, региона, страны), выросла вдвое и сегодня вплотную приблизилась к биологическому пределу, т.е. к видовой продолжительности жизни. Это означает, что в ближайшие годы в этих странах дальнейший рост её будет замедляться и в начале XXI века прекратится. По своей информативности показатель средней продолжительности жизни, или, что то же самое — ожидаемой продолжительности жизни при рождении — вошел в небольшое число базовых показателей социального прогресса, благосостояния государства и благополучия населения наряду с душевым доходом, уровнем преступности (безопасности человека) и другим.

Исследование проводится при финансовой поддержке Российского Фонда Фундаментальных Исследований по проекту “Социальные факторы здоровья населения” (грант № 96-06-80910).