

И.Н. Гурвич  
**Социальное здоровье**

1. Здоровье как социальный феномен

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

Говоря о «социальном здоровье», обычно подразумевают:

а. Социальную значимость тех или иных заболеваний в силу их распространенности, вызываемых ими экономических потерь, тяжести, т.е. угрозы для существования популяции или страха перед ними.

б. Влияние общественного устройства на причины возникновения болезней, характер их течения и исходы (т.е. возможности выздоровления или смерти).

в. Оценку биологического состояния определенной части или всей человеческой популяции на основе интегрированных (агрегированных) статистических показателей, составляющих т.н. «социальную статистику».

Популяция и общество.

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

Болезнь как биологический феномен соотносится, прежде всего, с человеческой популяцией. Однако реальной формой совместного существования людей, порожденной таким видовым свойством человека как сознание, является общество. Поэтому проявления биологических свойств человека модифицируются обществом, приобретая социальное качество. В свою очередь, сколько-нибудь длительные объединения людей никогда не

бывают механическими, а формируют, как утверждал один из основателей социологии Э. Дюркгейм, новый социальный субстрат.

Структурными элементами такого социального субстрата выступают большие (общности) и малые социальные группы, а также создаваемые обществом для реализации своих основных функций социальные институты (государство, армия, церковь, системы образования, здравоохранения и пр.) характеристики функционирования социальных институтов отражают сложившиеся на уровне общества в целом представления о «правильном» (нормативном) осуществлении обществом этих основных функций. Такие представления имеют некое рациональное (идеология) или иррациональное (религия) обоснование, но также и чувственно переживаемый аспект (общественная психология). Сама положенная в основу общественных представлений о «правильном» функционировании социальных институтов система норм может быть кодифицированной (право) или нет (мораль).

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

Понятие общества связано с государством как исторически сложившимся видом максимально широкой территориально-географической общности. Однако в истории неоднократно происходили события, приводившие к универсализации структурных элементов географически близких обществ и протекающих в них социальных процессов, т.е. к формированию общностей, выходящих за пределы границ отдельных государств. Примерами здесь могут служить ассиро-вавилонская, эллинистская, римская, кельтская, германская и славянская «цивилизации».

В конце XX в., благодаря развитию транспорта и массовых коммуникаций, эти процессы универсализации приобрели исторически уникальный масштаб и получили название глобализации.

Конечной идеальной целью (миссией) всех социально-структурных элементов общества и происходящих в нем процессов является благополучие популяции. Под благополучием здесь понимается наличие максимально благоприятных при имеющемся технологическом и экономическом уровне развития общества предпосылок жизнедеятельности, способствующих достижению и поддержанию оптимальной для данной территории численности популяции.

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

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

#### Здоровье общества и девиантное поведение.

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

Девиантное поведение существует только в отношении социального нормы как регулятора социального поведения. Нормы – регуляторы могут быть условно разделены на абсолютные и относительные. Абсолютные нормы существуют или существовали во всех или почти во всех известных обществах. Это, например, нормы – запреты на убийство, воровство, инцест и т.п. Относительные нормы специфичны для отдельных обществ. Это, например, нормы добрачных сексуальных отношений, этикета, авторского права.

Следовательно, поведение, нарушающее нормы какого-то общества, будет девиантным для этого общества, но может не быть таковым для другого общества. Примером может служить нахождение женщин в комнате, где принимают пищу мужчины, запрещаемое в мусульманских странах.

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

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

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

биологической основы личности. Самоубийства прямо воздействуют на численность популяции.

Нередко о «здоровье общества» судят на основе оценки состояния институтов социального контроля. При этом подразумевается, что состояние институтов контроля непосредственно влияет на уровень девиантных проявления в обществе. Показателями «общественного здоровья» становятся религиозность, отношение к нормам традиционной морали, коррумпированность институтов власти и т.п. Здесь следует помнить, что функционирование институтов контроля – только один из факторов, влияющих на уровень девиантности, и связь между их деятельностью и уровнем девиантности различна как в различных обществах, так и в одном и том же обществе в различные исторические периоды.

Агрегированные статистические показатели уровня девиантных проявлений составляют особый раздел социальной статистики – т.н. моральную статистику.

В середине 50-х годов XX в. выдающийся американский социолог Т. Парсонс предложил рассматривать и психическую, и соматическую болезнь как одну из форм девиантного по отношению к современной ему системе норм американского общества поведения. Таким образом, девиантологический подход сегодня интегрирует медико-биологическое понимание здоровья, и является наиболее адекватной основой анализа, описания и объяснения «социального здоровья».

#### Место психологической науки в изучении здоровья общества.

Болезнь как биологический феномен, безусловно, соотносится с отдельной человеческой особью, т.е. индивидом. В популяционном плане «социальность» болезни заключается лишь:

а) в уровне распространенности конкретной болезни («нозоса») в популяции или каких-либо ее частях;

б) во влиянии частоты контактов между составляющими популяцию особями на распространении в популяции контагиозных (инфекционных) заболеваний;

в) в воздействии характеристик природного ареала (территории, занимаемой популяцией) на подверженность популяции тем или иным заболеваниям.

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

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

Социальная среда действует на психическое и поведенческое «обрамление» болезни следующими основными путями:

а) формирует представления о том, какие виды поведения «полезны», а какие – «вредны» для здоровья, на основе чего конструируется как «саморазрушающее», так и «самосохранительное» поведение индивидов;

б) предоставляет знания и технологических достижениях, которые могут быть использованы как для сохранения и укрепления здоровья, так и для лечения уже возникшего заболевания;

в) транслирует когнитивные схемы, на основе которых субъективные проявления соматического и психического дискомфорта, боль осознаются как симптомы болезни;

г) содержит социальные сети, т.е. каналы неформальной коммуникации, по которым человек может получить советы относительно своего болезненного состояния;

д) предъявляет экспектации (ожидания), выполняющие функцию регулятивных норм при принятии социальной роли больного;

е) имеет доступные для индивида специализированные институты, миссией которых является сохранение и укрепление здоровья, легитимизация (узаконение) статуса больного, оказание профессиональной помощи.

Конечно, все те структурные и динамические характеристики общества, которые влияют на здоровье его членов, сами формируются как результирующая переменная социально детерминированного поведения людей. Вместе с тем, на уровне общества в целом (социетальном) могут формироваться цели, преформирующие (задающие) мотивацию индивидуальной активности части членов этого общества. На основе таких социетальных целей формируются профессиональные группы, структурируемые соответствующими социальными институтами, и занятые проблемами здоровья. Таковы медицинские работники, психологи – консультанты, исследователи, а также парапрофессионалы, например, активисты групп анонимных алкоголиков или целители.

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

#### Развитие теоретических представлений о здоровье общества.

Научное, в современном понимании, развитие проблематики социального здоровья неразрывно связано с достижениями, с одной стороны, медицины, и с другой стороны – социологии.

На протяжении всей истории человечества основным видом патологии, обуславливающим уровень смертности и продолжительности жизни, являлись инфекционные болезни. Открытие микробной природы этих болезней Л. Пастером и последующее выявление путей передачи микробных агентов при различных заболеваниях перевело задачи их предупреждения и

лечения в разряд сугубо технологических. Закономерности распространения инфекционных заболеваний в обществе стали предметом науки эпидемиологии, а технологии предупреждения такого распространения – гигиены.

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

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

По мере успехов в борьбе с инфекционными заболеваниями внимание специалистов в этой области стали привлекать другие факторы, влияющие на здоровье населения, - генетический фон, питание, алкоголизация и пр. Сформировавшаяся на этих основаниях наука получила название социальной (общественной) гигиены, и именно в таком объеме получила развитие в России на рубеже XIX и XX вв. Первая в России кафедра социальной гигиены была открыта в петербургском Психоневрологическом институте в 1914 г. З.Г. Френкелем.

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

Парадигма – это непротиворечивая система научных категорий и основанных на них теоретических представлений, в рамках которых



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

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

В России социально-гигиенические исследования алкоголизма, наркоманий, психических заболеваний, преступности были выполнены преимущественно психиатрами, а проституции – дермато-венерологами. Особенный размах подобные исследования приобрели в первое десятилетие Советского периода. Однако к 30 – у году исследования социальной патологии были прекращены, занимавшиеся ими научные центры закрыты, а сами исследователи впоследствии репрессированы.

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

Развитие науки о здоровье общества в англоязычных странах сразу же приобрело несколько иное направление. Уже первые социально-статистические исследования в США, посвященные влиянию безработицы на психиатрическую заболеваемость, и выполненные в первое десятилетие XX в., продемонстрировали акцент не только на феноменологическое описание негативных социальных явлений, сколько на выявление социальных процессов, их обуславливающих.

Отсюда исследования общественного здоровья с самого начала оказались ориентированными на теоретические модели социальных наук. Основоположником этого направления считается британский исследователь Т. Сигерист, опубликовавший в 1923 г. первое руководство по «медицинской социологии». В своем развитии медицинская социология испытала сильное влияние психоанализа, в рамках которого возникло понятие о «болезнях цивилизации». Первоначально под ними подразумевались неврозы, а затем – и все т.н. психосоматические заболевания, как они представлялись с позиций учения о «неврозах органов».

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

На смену инфекционным заболеваниям пришли неинфекционные заболевания, для которых нельзя было установить какой-то одной специфической причины. Эти заболевания характеризуются хроническим течением, необходимостью длительного поддерживающего лечения и ограничительного образа жизни.

Кроме того, связь между «обрамляющим» болезнью индивидуальным поведением и характеристиками патологического процесса оказалась для хронических неинфекционных заболеваний значительно жестче, чем для острых инфекционных заболеваний. Теоретический конструкт стресса оказался высоко пригодным как для объяснения социальных причин возникновения хронических неинфекционных заболеваний, так и для объяснения индивидуального поведения, определяющего их течение и исход. Поэтому сегодня парадигма социального стресса в изучении проблематики общественного здоровья пришла на смену парадигме социальной патологии.

Конкретно-методологические подходы к изучению социального здоровья.

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

а. По акценту на структурных или динамических характеристиках изучаемой общности.

Акцент на структурных характеристиках предполагает достаточно большой объем показателей (индикаторов), описывающих состояние общности на определенный момент времени.

Акцент на динамических характеристиках предполагает фиксацию значений ограниченного числа показателей (индикаторов) через определенные интервалы времени.

б. По характеру первичной (базисной) информации.

Это могут быть социально-статистические исследования, основанные на агрегации данных первичного статистического учета, осуществляемого на данной территории либо специально (государственный статистический учет), либо в процессе осуществления своих функций социальными институтами (ведомственный статистический учет).

Другой тип базисной информации получается благодаря непосредственному изучению членов общности, сплошного либо выборочного. При этом выборка может представлять (репрезентировать) либо всю общность, либо определенную девиантную группу.

в. По ведущему методу сбора первичной информации.

Это могут быть исследования по типу переписей, где фиксируется некий ограниченный ряд параметров членов общности; исследования, выполненные методами визуального наблюдения (например, для изучения массовидных явлений); исследования с применением клинико-анамнестического метода; обследования с применением инструментального оснащения (например, показателей физического развития); опросы; исследования, выполненные по экспериментальному или (чаще) квази-экспериментальному планам.

г. По цели последующего анализа полученной информации.

По данному основанию все исследования социального здоровья можно разделить на дескриптивные (описательные), кросс-секционные (аналитические) и выполненные с применением многомерных статистических методов.

Дескриптивные исследования имеют своей основной целью описание уровня (распространенности) того или иного явления в общности. Аналитические исследования направлены на оценку вариации того или иного явления в отдельных больших группах общности (территориальных, демографических, экономический и пр.).

Многомерные статистические методы применяются для вскрытия глубинных закономерностей формирования того или иного явления или процесса в общности. В организационном аспекте эти виды исследования нередко выступают в качестве стадий анализа первичных данных одного и того же исследования.

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

В литературе эта проблема получила образное обозначение «проблемы курицы и яйца». В кросс-секционных исследованиях, т.е. в таких, в которых данные о потенциальной социальной причине нарушения здоровья и фиксация самого нарушения происходит одновременно, данная проблема методологически неразрешима. Вкладываемое иногда предположение о т.н.

«циркулярной» (круговой) причинности не выдерживает критики, т.к. противоречит монистическому взгляду на социальную реальность в целом.

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

а Ретроспективные исследования (план «ex-post-facto»). В этом виде исследований в прошлом выбирается событие, влияние которого на здоровье требуется изучить, и формируется статистическая группа, подвергавшаяся воздействию этого события. Например, это могут быть дети, госпитализированные в возрасте 11 – 13 лет два десятилетия назад в психиатрическую больницу. Затем из их сверстников формируется контрольная группа, по основным социально-демографическим параметрам максимально близкая к изучаемой. Проводится оценка показателей здоровья представителей этих групп, и по их сравнительному отличию делается вывод и влиянии психиатрической госпитализации в детстве на здоровье во взрослом возрасте.

б. Проспективные исследования (когортные, лонгитудинальные). В этом виде исследований первоначально проводится оценка здоровья по максимально широкому кругу показателей в группе подростков или молодых взрослых, с последующим повторением замеров через фиксированные промежутки времени, с одновременной фиксацией воздействия потенциально повреждающих здоровье социальных факторов на протяжении всего жизненного пути. Наличие статистических связей между воздействием зафиксированных ранее факторов с актуальным состоянием здоровья служит доказательством их причинного влияния на здоровье.

Конечно, методология искусственного (лабораторного) эксперимента, единственного научного метода, позволяющего делать высоко обоснованные выводы о причинности, не применима к изучению факторов здоровья человека по морально-этическим соображениям. Однако природные и социальный катаклизмы нередко создают уникальные ситуации воздействия потенциально повреждающих здоровье факторов. Изучение здоровья жертв

подобных катастроф получило название естественного (натурального) эксперимента. Таково, например, исследование влияния депривации от материнской фигуры на психическое здоровье у лиц, ранние годы жизни которых прошли в фашистских концлагерях.

## 2. Социальная структура и здоровье

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

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

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

### Социальные классы.

Социальные классы – большие социальные группы, закрепляющие своим существованием вертикальное расслоение (стратификацию) любого человеческого сообщества по признаку неравномерности распределения

власти и связанного с ней доступа к совокупным ресурсам данного сообщества.

Неравномерность распределения здоровья в обществе по социальным классам, т.н. классовый градиент здоровья, известно человечеству с древнейших времен, хотя научное осмысление впервые получило на рубеже XVII – XVIII вв. Сущность классового градиента здоровья – в том, что чем выше место той или иной социальной группы в вертикальной структуре общества, тем выше уровень здоровья данной группы.

Сама по себе вертикальная стратификация является необходимым условием устойчивости (стабильности) и поступательного развития общества. Основные черты вертикальной дифференциации, присущие человеческим обществам, имеются уже в сообществах высших млекопитающих. Напротив, распад или нивелирование вертикальной структуры, т.н. гомогенизация, является признаком социальной дезорганизации<sup>1</sup>.

Основными признаками, позволяющими отнести индивида к определенному социальному классу, принято считать образование, уровень денежного (материального) дохода и социально-профессиональную позицию (должность). Каждый из этих признаков (индикаторов) принадлежности к социальному классу имеет некоторые свои, в определенной мере специфичные, механизмы воздействия на здоровье.

Образовательный статус приводит в действие два основных механизма формирования высокого уровня здоровья. Первый из них заключается в том, что в процессе получения образования личность развивает навыки преодоления трудностей, с которыми неизбежно связано получение образования. Эти навыки впоследствии с успехом могут быть применены и в других трудных жизненных ситуациях. Следовательно, образование повышает общую сопротивляемость (резистентность) личности к воздействию социального стресса. Кроме того, с повышением образования

---

<sup>1</sup> Отсюда марксистские попытки создания «бесклассового общества», по существу, противоречат биологической природе человека как стадного млекопитающего.

повышается общий уровень информированности, включающей в себя знания о современных теориях и методах лечения, сохранения и укрепления здоровья. Развивается и способность к поиску и практическому применению новой информации этого рода.

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

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

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

С психологической точки зрения эти показатели социально-классовой принадлежности имеют различное содержание. Уровень образования отражает социальные притязания (аспирации) индивида, тогда как материальный и должностной статус – реальные жизненные достижения. Следует отметить, что рассмотренные индикаторы социального статуса, т.е. принадлежности к социальному классу, не являются исчерпывающими. Для



определения социального класса можно использовать место проживания (там, где существует соответствующая дифференциация территории – «богатые районы»), характер собственности на жилье (свое или снимаемое), тип жилья (например, наличие своего дома), место проведения времени отдыха и т.п. Однако в конкретном исследовании подобные индикаторы выполняют, скорее, вспомогательную роль.

До середины XX вв. наиболее распространенным в социальных науках было членение общества на два («элита» и «масса») или три (высший, средний и низший) класса. Социальной структуре современного общества западного типа наиболее соответствует деление на шесть классов. Такое деление впервые было использовано в Нью-Хевенском исследовании психического здоровья в 50-х гг. XX в. в США, и с некоторыми модификациями применяется до настоящего времени. Выделение трех классов, в особенности т.н. «среднего класса» сохраняется преимущественно в социально-публицистической литературе.

I класс. Высший. Включает в себя руководителей крупных промышленных предприятий, врачей некоторых специальностей, крупных торговцев, университетских профессоров, юристов и т.п.

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

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

IV класс. Высшая страта низшего класса. Это бригадиры на производстве, высококвалифицированные рабочие, специалисты сферы услуг (парикмахеры, массажисты), банковские служащие и пр. Эти лица имеют высокий уровень профессиональной подготовки в рамках своей профессии.

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

VI класс. Низшая страта низшего класса. Сюда относятся люди, имеющие профессиональную занятость, но чья работа не требует никакой профессиональной подготовки. Это, например, подсобные рабочие, грузчики, санитарки медицинских учреждений, дворники.

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

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

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

Существуют некоторые устойчивые закономерности распределения отдельных групп заболеваний по социальным классам. Так, физическим (соматическим) заболеваниям, а из психических заболеваний – шизофренией, больше подвержены представители низших классов. Циклофрения

(маниакально-депрессивный психоз) больше присуща представителям высших классов. Проявление девиантного поведения, оказывающее повреждающее влияние на здоровье, чаще встречаются в «полярных» классах – среди «сверхбогатых» и «деклассированных».

В объяснении причины классового градиента здоровья сегодня преобладают две теоретические модели – модель социального дрейфа и модель социальной селекции. Модель социального стресса, истоки которой находятся в социально-экономическом учении марксизма, основывается на предположении, что на низших ступенях классовой иерархии общества складываются более стрессогенные условия существования. Это опасные и вредные условия труда, неблагоприятная экономическая обстановка в метах проживания, худшее жилье и питание, недостаток средств на соблюдение гигиенических требований, и, наконец, низкая доступность медицинской помощи.

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

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

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

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

В отечественной социологической литературе распространено представление о некоем «размывании», или «распаде» классовой структуры советского общества в условиях современной России. Однако, признавая факт трансформации «советских» классов, особенно высших, правомерно говорить не только о гомогенизации сложившейся в стране классовой структуры, сколько об усугублении т.н. статусной неконгруентности для большого числа членов российского общества.

Под статусной неконгруентностью (неконсистентностью) подразумевается несоответствие обычно высоко скоррелированных основных индикаторов принадлежности к социальному классу. Примером может служить врач (высокий образовательный статус), торгующий на вещевом рынке (средний материальный и низкий должностной статус).

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

В течение всего советского периода статусная неконгруентность т.н. «образованного класса» была высокой, прежде всего, из-за низкого уровня

материального благосостояния, и в период реформ только приобрела еще большие размеры.

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

#### Гендерные группы и семья.

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

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

Тем не менее, если такая связь и существует, она не является жесткой. В обществах западного типа разделение общественного труда в соответствии с гендерной принадлежностью скорее отражает престижность отдельных видов занятий. Так, в американском обществе «женской работой» сегодня называют такие виды труда, которые столетие назад назывались

«негритянской работой». В США профессия врача высокопрестижна, и считается «мужской», а в России, где она относится к низкооплачиваемым, и потому малопрестижна – «женской».

Кроме того, помимо крайне выраженных «мужского» (маскулинного) и «женского» (феминного) образцов (паттернов) социального поведения, в сложных современных обществах эмпирически выявляется ряд «промежуточных» образцов полоролевого поведения (андрогинность). Хотя предположение о более высокой социальной эффективности андрогинных поведенческих паттернов эмпирически не подтверждается, само их существование сомнений не вызывает.

Таким образом, абсолютизация половых различий и признание их чуть ли не первичным источником социальной дифференциации, характерные для социологии конца XIX в. – первой половины XX в., сегодня не находят признание.

В период после II мировой войны в западных обществах выявляется устойчивое различие между гендерными группами по показателям состояния здоровья. Женщины демонстрируют более высокий уровень нервно-психической и соматической заболеваемости, однако болезни имеют у них более легкое течение. Мужчины проявляют более высокий уровень психосоматических расстройств, и эти заболевания, также как и вообще соматическая патология, протекают у них более тяжело.

Смертность мужчины, в отличие от женщин, в большей мере связана с криминальными причинами, травматизмом и алкоголизацией. Средний возраст дожития, т.е. тот, в котором наступает смерть, у мужчин, как правило, ниже, чем у женщин.