

Ю.Г. Фролова

Психология здоровья



Для студентов учреждений
высшего образования

Юлия Геннадьевна Фролова

Психология здоровья

Издательский текст

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=19007357

Психология здоровья: Высшая школа; Минск; 2014

ISBN 978-985-06-2352-2

Аннотация

Рассматриваются основные теории и практические направления современной психологии здоровья. Даются концептуальные основы и методы психологической практики в сфере здоровья. Анализируются психологические факторы физической активности человека, его пищевого поведения. Предлагаются рекомендации по планированию, проведению и оценке профилактических программ, примеры исследований.

Для студентов психологических и педагогических специальностей высших учебных заведений. Будет полезно специалистам, занимающимся проблемами профилактики заболеваний.

Содержание

Введение	5
Раздел I	7
Глава 1. Здоровье как объект научного исследования	7
1.1. Основные подходы к определению здоровья	7
1.2. Общественное здоровье	22
1.3. Демографическая модернизация	31
Глава 2. История развития, теоретические основы и направления психологии здоровья	37
2.1. Науки о здоровье	37
2.2. Предпосылки и история развития психологии здоровья	50
2.3. Теоретические основы психологии здоровья	55
2.4. Направления психологии здоровья	58
Глава 3. Социальные факторы здоровья	72
3.1. Социальное неравенство и здоровье человека	73
3.2. Культура и здоровье человека	87
Конец ознакомительного фрагмента.	101

**Юлия Геннадьевна
Фролова
Психология здоровья**

© Фролова, Ю.Г., 2014

© Оформление. УП «Издательство “Вышэйшая школа”»,

2014

Введение

Здоровье – один из важнейших объектов гуманитарных исследований. На протяжении столетий главным способом профилактики заболеваний считалось оздоровление окружающей среды, однако в XX в. основное внимание стало уделяться поведению человека, его личностным характеристикам.

Как самостоятельное направление психология здоровья сформировалась в 1970-х гг., когда были созданы соответствующие подразделения в национальных психологических ассоциациях. Первая статья по психологии здоровья на русском языке вышла в свет в 1991 г. в Вестнике Ленинградского государственного университета; в конце 1990-х гг. защищаются докторские и кандидатские диссертации.

Здоровье является многозначным понятием, включающим в себя биологические, психологические и социальные компоненты, поэтому описать все его факторы в рамках одной работы крайне сложно. В данном тексте анализируются те факторы здоровья, которые чаще всего обсуждаются в научной литературе – социальная среда и межличностные отношения, поведение человека, его познавательная сфера. Однако содержание пособия не ограничивается исключительно психологическими подходами, поскольку современные исследования здоровья всегда носят междисциплинар-

ный характер.

Пособие состоит из двух разделов: в первом представлены теоретические основы, во втором – цели, методы и направления психологической практики в сфере здоровья. В приложениях даются методики оценки безопасного поведения человека, приводятся сведения об ученых, которые внесли значительный вклад в развитие психологии здоровья.

Раздел I

Теоретические основы психологии здоровья

Глава 1. Здоровье как объект научного исследования

1.1. Основные подходы к определению здоровья

Здоровье является важнейшей жизненной ценностью. Однако люди по-разному понимают ключевые признаки и способы его сохранения. Например, некоторые стремятся достичь душевного равновесия; другие полагают необходимым поддерживать оптимальную физическую активность, полноценно питаться и отдыхать, регулярно обследоваться у врача; третьи думают, что здоровье в основном определяется наследственностью. Понятие здоровья является многозначным. Оно связано с различными состояниями и способностями человека и отражает одновременно биологические, психологические и социальные аспекты его существования.

Неудивительно, что на сегодняшний день в литературе можно встретить более трехсот вариантов его определения [43]. Ниже приводятся некоторые из них.

Здоровье – это:

- состояние полного физического, психологического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней (*Всемирная организация здравоохранения*) [43];

- полноценная самореализация человека (*А.Е. Созонтов*) [91];

- непрерывная последовательность естественных состояний жизнедеятельности, характеризующаяся способностью организма к самосохранению и совершенной саморегуляции, поддержанию гомеостаза¹... в соответствии с фенотипическими² потребностями (*В.В. Колбанов*) [50. С. 12];

- динамическое равновесие организма с окружающей природной и социальной средой... при свободном осуществлении всех присущих человеку биологических и социальных функций (*Д.Д. Венедиктов*) [25.]

Определения здоровья бывают обобщенными и частными (основанными на отдельном критерии). Например, опреде-

¹ Гомеостаз – совокупность приспособительных реакций организма, направленных на устранение или максимальное ограничение действия факторов, нарушающих относительное внутреннее постоянство его внутренней среды.

² Фенотип – совокупность характеристик, присущих живому существу на определенной стадии развития. Обусловлен генетическими характеристиками и характеристиками окружающей среды.

ление Всемирной организации здравоохранения носит обобщенный характер, а определение здоровья как отсутствия симптомов болезни – частный. Основной проблемой при использовании обобщенных определений здоровья (как правило, имеющих абстрактный характер) является необходимость соотнесения его различных аспектов и уровней. В них фиксируется скорее конечная цель усилий отдельного человека и общества в целом по сохранению и укреплению здоровья.

Норма как мера здоровья... не исключает и даже предполагает различия в проявлении здоровья. *В.Д. Жирнов* [42]

В практике обычно используются частные определения здоровья, например такие:

- анатомическая сохранность и нормальная работа всех органов и систем, определяемая на основе конкретных индикаторов: уровне артериального давления, температуре тела и т. д.;
- отсутствие симптомов болезни;
- уровень и гармоничность физического развития;
- способность адаптироваться к условиям среды, а также к саморегуляции соматических и психических состояний.

Определяется имеющимися у человека физическими, психологическими и социальными ресурсами. Критериями адаптированности могут выступать как биологические (например, показатели работы иммунной системы), так и соци-

ально-психологические характеристики человека (доступность социальной поддержки, разнообразные копинг-стратегии);

- способность к полноценному функционированию, к выполнению стоящих перед человеком задач;
- внутренняя гармония и гармония с окружающей средой;
- субъективное благополучие, хорошее самочувствие [21; 43].

Можно заметить, что определения 1–3 и частично 4 основаны на использовании *биологических показателей здоровья*. Валеолог Э.Н. Вайнер [21] считает наиболее важными из них частоту сердечных сокращений (ЧСС), артериальное давление в состоянии покоя, жизненную емкость легких, время восстановления ЧСС после интенсивной физической нагрузки (20 приседаний за 30 секунд), общую выносливость (время, за которое человек пробегает 2 км), ловкость и скоростно-силовые качества (дальность прыжков с места). На основе данных показателей человека можно отнести к более или менее высокой группе здоровья.

Фактически мы почти никогда не можем установить, что есть среднее в применении к соматической сфере человека... «Норма» для нас – это лишь идея. Овладеть <ею> – значит, познать жизнь до конца. *К. Ясперс* [119]

Использование определений здоровья, основанных на понятии среднестатистической нормы, не всегда оправдывает себя. Э.Н. Вайнер полагает, что человека необходимо ориен-

тировать не на достижение идеального здоровья, а на повышение уровня актуального здоровья с учетом индивидуальных свойств и потребностей [21]. Кроме того, само понятие «биологическая норма» является неоднозначным, поскольку для обеспечения выживания необходимо значительное биологическое разнообразие [41. С. 109].

Вместо призыва к достижению утопического максимального здоровья более разумным для человека представляется стремление к достаточному здоровью.
И.А. Гундаров, С.В. Матвеева [34]

Несмотря на очевидное расхождение с реальностью, визуальный образ здоровья (который распространяется среди широкой публики посредством средств массовой информации) – это классический идеал юного греческого атлета [134]. Понятие здоровья как некоего идеального состояния недостижимо в силу своей заданности, так как подобный подход предполагает, что у любого человека на протяжении всей его жизни артериальное давление должно оставаться постоянным (но в таком случае мы игнорируем тот факт, что значительная часть популяции мужчин старше 60 лет имеет более высокие показатели давления, чем молодые, и тем самым автоматически рассматриваем пожилых людей как больных). Можно заметить усиливающуюся тенденцию современной медицины к перфекционистским определениям здоровья. В результате болезнь и смерть перестают рассматриваться как естественные феномены. Данный подход

является недостаточно эмпиричным, неэкономичным и самое главное неадаптивным с точки зрения будущего человечества [134].

Корректное и практически применимое определение здоровья подразумевает разграничение идеальных и реальных параметров функционирования как человеческого организма (соматическое здоровье), так и человеческой психики (психическое здоровье).

В последние годы появляется необходимость выделения и других видов здоровья – психологического, духовного, социального. Это связано со стремлением преодолеть ограниченность биомедицинского подхода, в котором здоровье рассматривается либо как состояние человеческого организма в целом, либо как состояние нервной системы.

Введение понятий психологического и социального здоровья предполагает *уровневый подход* к его определению. Одна из первых в отечественной науке концепций уровней здоровья была разработана российским психологом Б. С. Братусем. Он выделял личностный, индивидуально-психологический и психофизиологический уровни. Личностный уровень здоровья отражает качество смысловых отношений человека, индивидуально-психологический – степень адекватности их реализации, а психофизиологический – состояние нервной системы, обеспечивающее психическую деятельность. При этом возможны различные варианты сочетаний показателей развития данных уровней [15].

Личностный уровень здоровья в современных публикациях часто отождествляется с психологическим здоровьем и психологическим благополучием. **Психологическое здоровье** – это состояние, отражающее такой уровень развития личности, который характеризуется принятием других и самопринятием, спонтанностью, автономностью, адекватностью и гибкостью восприятия окружающего мира, духовностью, креативностью, ответственностью за свою жизнь, осознанностью существования, способностью к саморегуляции. Психологическое здоровье позволяет человеку адаптивно функционировать на различных уровнях жизнедеятельности [62].

Сходным с понятием психологического здоровья является понятие психологического благополучия. Благополучие в целом имеет физические, когнитивные, эмоциональные и социальные показатели. Человек с высоким уровнем **психологического благополучия** удовлетворен собственной жизнью и реализацией своего потенциала. Он адекватно оценивает себя, способен к продуктивной социально значимой активности, полноценным межличностным отношениям, преодолению стресса, он автономен, имеет жизненные цели [247]. Наиболее известной из адаптированных на сегодня шкал психологического благополучия является шкала, разработанная К. Рифф. Ее русскоязычный вариант был предложен Н. Н. Лепешинским [57].

Критериями **социального здоровья** являются способ-

ность индивида к полноценному выполнению своих социальных функций, степень его участия в жизни общества, количество и качество межличностных связей. Социально здоровая личность обладает необходимыми ресурсами для адаптации в обществе и способна конструктивно взаимодействовать со своим окружением. При этом социальное здоровье определяется не только личными усилиями индивида по саморазвитию, но и теми возможностями, которые предоставляет ему среда. Социальное здоровье, например, зависит от того, насколько социальный статус человека позволяет ему удовлетворять свои потребности и реализовывать жизненно важные цели [47; 75].

Состояние здоровья человека и качество его жизни взаимосвязаны. Чем выше показатели здоровья, тем выше качество жизни и наоборот: низкое качество жизни не позволяет достичь оптимального уровня здоровья из-за недостатка экономических, материальных и социальных ресурсов. Всемирная организация здравоохранения определяет *качество жизни* как «оптимальное состояние и степень восприятия отдельными людьми и населением в целом того, как удовлетворяются их потребности (физические, эмоциональные, социальные и пр.) и предоставляются возможности для достижения благополучия и самореализации» [78. С. 13]. Таким образом, в понятии качества жизни можно выделить объективный и субъективный аспекты. Если ранние исследования качества жизни были основаны на оценке его объективных

показателей (распределение доходов, образование, здоровье, питание, доступность и качество жилья, безопасность и стабильность физической и социальной среды), то в настоящее время более принятыми являются комплексные оценки качества жизни, учитывающие субъективную позицию респондента.

Качество жизни, основанное на самооценке пациента, активно изучается в современной медицине. Эмпирически подтверждено, что оно является независимым от текущего соматического статуса фактором выживания и продолжительности жизни больных [78]. К параметрам субъективного качества жизни, связанным со здоровьем, относятся:

- самооценка состояния здоровья;
- влияние здоровья на возможность переносить физические и психологические нагрузки;
- влияние уровня физического и эмоционального благополучия на продуктивность труда и повседневную деятельность человека,
- самооценка настроения;
- самооценка физических симптомов здоровья (например, болевых ощущений).

С русскоязычной версией опросника качества жизни можно ознакомиться на сайте межнационального исследования качества жизни (www.Quality-life.ru).

Таким образом, в современных концепциях здоровья подчеркивается важность не только объективных показателей,

но и субъективной оценки человеком своего состояния. Согласно Ю.И. Мельнику, такая оценка позволяет человеку активно приспособляться к меняющимся требованиям среды и именно «субъективное здоровье» должно стать предметом психологического исследования [67]. Автор выделяет поведенческий, когнитивный и аффективный уровни субъективного здоровья (табл. 1.1).

Таблица 1.1

Уровни субъективного здоровья (по Ю.И. Мельнику)

Уровень	Показатель
Поведенческий	Здоровое поведение
Когнитивный	Адекватная оценка своего состояния и своих способностей в решении проблем со здоровьем
Аффективный	Позитивное переживание своего состояния

Уровни субъективного здоровья взаимосвязаны. Например, негативные эмоции вкупе с соматическим состоянием могут изменить оценку здоровья и стимулировать человека к самосохранительному поведению.

Согласно данным лонгитюдных исследований³, проводи-

³ Лонгитюдные исследования – наблюдение отдельных людей или групп на протяжении определенного периода времени.

мых в течение последних десятилетий в различных странах мира, самооценка здоровья позволяет не только предсказать продолжительность жизни, но и преждевременный выход на пенсию, скорость выздоровления после тяжелой болезни, необходимость помещения человека в дом престарелых. Связь самооценки с показателями дожития⁴ сохраняется и при статистическом контроле биологических факторов [127].

Для самооценки здоровья человеку необходимо интегрировать различные сведения о своем здоровье: соматические признаки, функциональные изменения, а также эмоциональное состояние. Количество всех показателей здоровья и их соотношение определяют конечный результат. Ученые провели исследования и на основе полученных данных выделили шесть основных *критериев самооценки здоровья* человеком:

- 1) биомедицинский (респондент указывает на наличие (отсутствие) симптомов болезни);
- 2) критерий физического функционирования организма (например, респондент, определяющий свое здоровье как хорошее, говорит, что способен пройти пешком значительное расстояние);
- 3) критерий, основанный на оценке поведения (респондент считает себя здоровым, если ведет здоровый образ жизни).

⁴ Дожитие – здесь вероятность того, что человек доживет до определенного возраста.

ни);

4) критерий, отражающий социальную активность (количество занятий «по интересам», посещение клубов, встречи с друзьями);

5) критерий «социального сравнения» (респондент сравнивает свое здоровье со здоровьем другого человека – обычно, по мнению респондента, не такого здорового, как он сам);

6) критерий, отражающий психологическое, эмоциональное, духовное состояние (основан на целостных, всеобъемлющих определениях здоровья. Данная группа в своих оценках указывает на значительные соматические проблемы, но при этом не теряет оптимизма и рассчитывает на лучшее [181]).

Самооценка здоровья может быть общей (изучается при помощи вопроса анкеты типа «оцените состояние своего здоровья по шкале...») или сравнительной («ваше здоровье по сравнению со здоровьем людей вашего возраста: лучше, хуже, такое же...»).

Предполагается, что на самооценку здоровья влияют культура, ценности, убеждения, представления о приоритетных компонентах здоровья социальное окружение, экономический статус, гендерные показатели и возраст. В целом люди стремятся дать своему здоровью позитивную оценку, для чего неосознанно выбирают более выигрышную для себя группу сравнения.

Российский социолог И. В. Журавлева проанализировала

данные о самооценке здоровья жителей СССР и далее Российской Федерации в период с 1970 по 2002 год. Она обнаружила, что свое здоровье как хорошее оценивают 20–30 % респондентов, как удовлетворительное – 50–60 и как плохое – 10–15 %; при этом самооценка здоровья у мужчин выше, чем у женщин; у горожан выше, чем у жителей села; у представителей обоих полов она начинает снижаться с 35-летнего возраста [44].

Аналогичные исследования были проведены сотрудниками Института социологии Национальной академии наук Беларуси в октябре 2002 г. Полученные данные существенно не отличаются от показателей, приводимых И. В. Журавлевой [94]. В ходе социологического опроса, проведенного в Минске в 2005 г., свое здоровье как хорошее и отличное оценили 25,2 % горожан, как среднее – 59,2, как плохое и очень плохое – 15,7 %; также обнаружено снижение самооценки здоровья с возрастом [94]. Исследования в других странах позволяют сделать такие же выводы: женщины и пожилые люди чаще дают низкие оценки своему здоровью по сравнению с мужчинами и молодежью [127].

Использование самооценки в качестве критерия здоровья позволяет приблизить содержание данного понятия к реальности человеческого существования, но одновременно создает ряд проблем: сложность психометрической оценки субъективного благополучия (особенно если речь идет об исследованиях на уровне популяции), проблему лжи и соци-

ально желательных ответов, проблему необъективной оценки своего состояния.

Российский психолог Б. Г. Юдин [115] отмечает, что сегодня многие люди, которых раньше общество считало большими или обладающими ограниченными возможностями, больше не хотят, чтобы их оценивали лишь на основе диагноза. Определяя себя как здоровых, они исходят из наличия способности к полноценному выполнению социальных функций. Свое психическое и духовное здоровье такие пациенты рассматривают как приоритетное по сравнению с соматическим благополучием. И. Ялом пишет об одной из своих пациенток: «Я заинтересовался ею, как только она произнесла первые слова: «...у меня терминальная стадия рака, но я не раковый больной»» [118. С. 23].

Здоровье можно рассматривать как состояние, процесс, способность, ценность или ресурс. Понимание здоровья как *состояния* подразумевает, что в определенный момент времени человек находится на определенной точке континуума «здоровье – болезнь». Соответственно, кроме состояний здоровья и болезни, есть и промежуточное состояние. В медицине для его обозначения чаще всего используется термин «предболезнь».

Предболезнь (преморбидное состояние) – состояние организма на грани здоровья и болезни, которое в зависимости от действия различных факторов может либо перейти в состояние болезни, либо

закончиться нормализацией его работы.

Во время предболезни гомеостаз поддерживается за счет мобилизации всех доступных механизмов регуляции, что ведет к их чрезмерному напряжению и возрастанию энергетических затрат организма [70]. Клиницисты рассматривают предболезнь как опасное для здоровья состояние. Например, Ю.А. Ефимов, Д.Н. Исаев считают его психовегетативным синдромом, выражающимся в функциональном расстройстве внутренних органов и систем. Он включает в себя симптомы головной боли, расстройства желудочно-кишечного тракта, нарушения работы сердечно-сосудистой системы, сна и во многих случаях по своим проявлениям отличается от основного соматического синдрома, который развивается впоследствии [40; 45]. Однако состояние предболезни может рассматриваться и как ступенька на пути к достижению более высокого уровня здоровья. В связи с этим Э.Н. Вайнер пишет, что это «подаренная» человеку возможность воспользоваться в течении некоторого времени имеющимися у него ресурсами саморегуляции, чтобы не заболеть, а, напротив, улучшить свое здоровье [22]. Таким образом, здоров не тот, кто не болеет, а кто способен, заболев, полностью выздороветь.

Индивид не находится изначально в состоянии предустановленной гармонии, но должен постоянно к нему стремиться. В связи с этим здоровье связано с чувством уверенности в жизни, для которой не существует никаких ограничений и

витальные нормы для которой устанавливаются самим здоровым человеком [134].

Определение здоровья как *ресурса* означает, что здоровье понимается как некий запас прочности, которым обладает каждый человек с момента рождения и который пополняется благодаря его усилиям. Следует отметить, что такое определение типично не только для научных концепций, но и для обыденного сознания. Наконец, здоровье может считаться социальной и индивидуальной *ценностью*, обладание которой характеризует потенциал отдельного человека или государства, причем стремление к ее сохранению является обязательным для каждого сознательного индивида. Понимание здоровья как ценности типично для современной культуры.

Большинство приведенных в данном параграфе критериев здоровья пригодны лишь для оценки состояния отдельного человека. Если же мы хотим исследовать закономерности, определяющие здоровье больших групп людей, нам необходимо обратиться к концепциям общественного здоровья.

1.2. Общественное здоровье

Общественное здоровье включает в себя различные компоненты и отражает не только биологический, но и социальный, психологический, экономический, интеллектуальный, духовный уровни развития общества. Оно является показателем способности социума и отдельных его представителей

к полноценному выполнению своих функций и к дальнейшему развитию. Ниже приводится определение общественного здоровья, разработанное российским демографом Д.Д. Венедиктовым:

Общественное здоровье – это интегративная характеристика общества, которая, с одной стороны, отражает степень вероятности... для каждого из его членов сохранения высокого уровня здоровья и творческой работоспособности на протяжении максимально продленной жизни, а с другой – определяет жизнестойкость всей популяции и возможности... ее развития [25].

Поскольку общественное здоровье характеризует благополучие больших групп населения, для его оценки используются статистические показатели. Их можно разделить на три группы: биологические, социальные и социально-психологические. Эти показатели взаимосвязаны: они свидетельствуют о достигнутом уровне здоровья и определяют его дальнейшую динамику (табл. 1.2).

Таблица 1.2

Показатели общественного здоровья

Показатели		
Биологические	Социальные	Социально-психологические
<ul style="list-style-type: none"> • Рождаемость, смертность и естественный прирост населения • Показатели фертильности¹ • Ожидаемая продолжительность при рождении • Показатели заболеваемости • Структура причин смертности и заболеваемости в различных социальных и возрастных группах • Показатели физического развития 	<ul style="list-style-type: none"> • Качество и доступность медицинских услуг • Расходы на здравоохранение и подготовку медицинских работников • Характерные для данного общества модели здоровья и связанные с ними практики • Уровень обеспечения основных материальных и духовных потребностей граждан • Степень социального неравенства 	<ul style="list-style-type: none"> • Самооценка здоровья • Представление о здоровье • Отношение к здоровью • Поведение в сфере здоровья • Психологическое благополучие и самооценка качества жизни

¹ Фертильность – способность женщины к деторождению.

В качестве первых биологических критериев общественного здоровья использовались *показатели рождаемости и смертности*, вычисляемые на основе отношения числа случаев рождения или смерти к средней численности населения за год. На сегодняшний день они считаются малоинформативными. Значительно чаще используются возрастные коэффициенты рождаемости и смертности.

Возрастной коэффициент рождаемости (F_x) определяется по формуле:

$$F_x = \frac{N_x}{W_x} \cdot 1000,$$

где N_x – число детей, родившихся живыми у женщин в возрасте x за определенный календарный период (обычно за год), \hat{W}_x – численность женщин возраста x в календарном периоде.

Возрастной коэффициент смертности (m_x) вычисляется по формуле:

$$m_x = \frac{M_x}{P_x} \cdot 1000,$$

где M_x – число умерших в возрасте x за определенный календарный период (обычно за год), P_x – численность населения возраста x в календарном периоде [13].

Особенно важными являются показатели смертности населения трудоспособного возраста, а также материнской и младенческой (детей в возрасте до одного года) смертности. Они отражают условия жизни людей, их культурный уровень и потенциал дальнейшего развития [13; 44].

Соотношение рождаемости и смертности отражает *естественный прирост населения*, т. е. разность между числом

рождений и смертей за определенный период [66]. Даже если уровень смертности в определенном регионе или за определенный год невысок, это еще не позволяет оценить благополучие в сфере общественного здоровья. Необходимо проанализировать структуру причин смертности и заболеваемости. Разработано несколько *показателей заболеваемости* – общая, по данным медицинских осмотров, инфекционная, заболеваемость важнейшими неэпидемическими заболеваниями, с временной утратой трудоспособности, госпитализирован [79].

В отличие от заболеваемости и смертности *ожидаемая продолжительность жизни* является более надежным прогностическим показателем способности общества к дальнейшему развитию. Она определяется на основании прогнозной оценки оставшейся жизни (средний показатель) людей данного поколения, если показатели смертности сохранятся на прежнем уровне [12]. Помимо этого в социологических опросах изучают идеальную, субъективно ожидаемую и желаемую продолжительность жизни. Идеальная продолжительность жизни отражает социальную норму продолжительности жизни, под субъективно ожидаемой понимают оценку индивидом того возраста, до которого он надеется дожить, под желаемой – количество лет, которое он хотел бы прожить [44].

Значительный интерес для оценки общественного здоровья представляют и показатели *долголетия*. Они отражают

количество людей в данной популяции, доживших до возраста, превышающего среднюю продолжительность жизни. Хотя средняя продолжительность жизни может значительно варьироваться в зависимости от страны и ее гендерных показателей, отечественные демографы, как правило, считают долголетием достижение возраста 90 лет. В СССР исследования феномена долгожительства начались уже в 1930-х гг.

Анализируя данные современных исследований, проведенных на выборке жителей Санкт-Петербурга, Л. В. Ленская выявила следующие закономерности: при прочих равных условиях (перенесенные заболевания, наследственность, социальный статус) долголетию способствуют относительно неизменные условия жизни, постоянные рацион и режим питания [56].

Показатели физического развития являются ведущими в оценке здоровья населения, однако они, как правило, анализируются у детей. К ним относятся вес тела и рост ребенка при рождении. Показатели отражают как исторические сдвиги в здоровье населения, так и их кратковременную динамику – например, динамику, связанную с экстремальными событиями (война, голод). На протяжении последних 100–150 лет наблюдается явление *акселерации* – ускорение роста и полового созревания детей по сравнению с предшествующими поколениями. Показатели физического развития коррелируют с социоэкономическим статусом и заболеваемостью [44].

Наиболее важные биологические показатели здоровья населения Республики Беларусь, опубликованные Национальным статистическим комитетом, приведены в табл. 1.3.

Таблица 1.3

Основные показатели общественного здоровья в Республике Беларусь (данные за 2010 г.) [75]

Показатель	Значение показателя
1	2
Младенческая смертность (на 1000 родившихся)	4,0
Рождаемость	11,4
Смертность	14,4
Естественный прирост населения	-3,0
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении	66,1 для женщин – 73,8 для мужчин – 60,1
Коэффициенты смертности для основных классов причин:	
злокачественные новообразования	191,6* (для трудоспособного возраста – 84,1)
болезни системы кровообращения	778,7 (для трудоспособного возраста – 175,4)

Окончание табл. 1.3

1	2
внешние причины (несчастные случаи, связанные с транспортными средствами, случайные отравления алкоголем и утопления, самоубийства и убийства)	150,5 (для трудоспособного возраста – 174,9)

* Общий коэффициент для всего населения (определяется как отношение числа умерших в зависимости от определенной причины к среднегодовой численности населения).

Исследования рождаемости, смертности и продолжительности жизни показали, что эти, на первый взгляд «естественные», природные показатели неразрывно связаны с экономической ситуацией, культурой, образом жизни, уровнем грамотности населения, т. е. с биологическими показателями, и не в полной мере отражают специфику общественного здоровья. Например, российский врач и психолог И. Н. Гурвич пишет о необходимости оценки общественного здоровья по уровню социальных девиаций и степени развития институтов социального контроля, предупреждающих их проявление. Автор отмечает необходимость разработки «моральной статистики», отражающей распространенность отклоняющегося поведения [34].

Сегодня интерес исследователей все чаще обращается к социальным и социально-психологическим показателям общественного здоровья. Разработаны и его комплексные показатели (табл. 1.4).

Таблица 1.4

Комплексные показатели общественного здоровья

Показатель	Компоненты
1	2
Исследование Всемирного банка по оценке развития населения (индекс качества жизни)	Здоровье населения и состояние служб здравоохранения; образование; экономическое развитие
Глобальное бремя болезней	Годы жизни с учетом дней нетрудоспособности
Обобщающий индекс здоровья (Е. Н. Кудрявцева)	Сумма числа здоровых людей разных типов по отношению к численности всего населения

Окончание табл. 1.4

1	2
Сводный индекс индивидуального потенциала здоровья (РАН)	Самооценка здоровья, данные лабораторных исследований и медицинских осмотров, обращаемость в медицинские учреждения
Доля здоровых индивидов в различных социальных группах	Число дней нетрудоспособности на одного человека в году, вероятная продолжительность трудовой жизни, показатель половозрастной смертности, средняя продолжительность жизни, уровень заболеваемости
Годы здоровой жизни (Т. Эллисон)	Смертность в возрасте старше 65 лет, фертильность, общая заболеваемость инфекционными болезнями, детская смертность, средний доход семьи, среднее количество лет обучения, приходящееся на одного взрослого жителя региона, доля квартир, в которых проживает более 1,5 чел. в расчете на одну комнату, процент неполных семей, процент семей, не имеющих автомобиля и т.д.

1.3. Демографическая модернизация

Анализ современных и архивных статистических данных позволяет проследить динамику показателей общественного здоровья. Для ее обозначения в литературе используются различные термины: «демографический переход», «санитарный переход», «эпидемиологическая (противоэпидемическая) революция», «модернизация смертности» и др. [36]. В научной литературе обычно упоминается лишь одно коренное изменение демографической ситуации, а именно переход к современному типу рождаемости и смертности. Однако в действительности, как пишет российский демограф А.Г. Вишневский, таких переходов было два (от архаичного типа рождаемости и смертности к традиционному и от традиционного – к современному) [26].

Архаичный тип воспроизводства населения был характерен для эпохи палеолита (начинается с появления человека и древнейших каменных орудий и заканчивается приблизительно в VIII в. до н. э.). Для того времени была характерна низкая плотность населения и малая степень вмешательства индивида в окружающую среду (необходимые для выживания ресурсы не производились, а находились и использовались людьми), что диктовало необходимость регулировки плотности населения. Одним из таких естественных методов

была миграция, другими – инфантицид, аборты, пожизненное вдовство, запрет на сексуальные отношения в определенные периоды года. Первая демографическая революция, по мнению А.Г. Вишневого, произошла в эпоху неолита, когда присваивающая экономика начала сменяться производящей

Традиционный тип воспроизводства (X–VIII вв. до н. э. – XVIII в. н. э.) базируется на аграрной экономике, требующей привлечения значительного количества трудовых ресурсов, поэтому дети начинают рассматриваться как будущие работники. При традиционном типе производства основными причинами смертности являлись условия жизни (плохое питание, антисанитарное окружение, холод, травмы, обычные инфекции, неразвитая медицина, отсутствие родовспоможения), т. е. смертность носила экзогенный характер (вызываемый внешними причинами). Отмечалась низкая средняя продолжительность жизни.

Для традиционного и архаического типа воспроизводства было характерно наличие так называемых катастрофических причин смертности – болезней, эпидемий и голода [26].

Переход от традиционного типа воспроизводства населения к **рациональному** начался в XVIII в., а самые заметные изменения произошли в середине XIX в. Для обозначения этого процесса мы в дальнейшем будем пользоваться термином «демографическая модернизация».

Демографическая модернизация – переход от

традиционного типа воспроизводства населения к современному, изменение показателей динамики смертности и продолжительности жизни, структуры причин заболеваемости и форм патологии, а также характеристик уровня здоровья в результате развития общества в целом и здравоохранения в частности. В результате демографической модернизации средняя продолжительность жизни людей увеличивается, а ведущими причинами заболеваемости и смертности становятся хронические заболевания, вызванные действием эндогенных и квазиэндогенных (канцерогенных) факторов [36. С. 257].

В результате демографической модернизации, т. е. второй демографической революции, произошла смена основных причин заболеваемости и смертности с «внешних» (экзогенных) на внутренние (эндогенные). Среди причин смертности начинают доминировать нарушения в работе сердечно-сосудистой системы и злокачественные новообразования. Даже в тех случаях, когда речь идет об одном и том же виде патологии, внутренние причины, не связанные с инфекциями, становятся более распространенными – например, ревматические нарушения начинают встречаться реже атеросклеротических. Завершение демографического перехода означает, что причины смерти концентрируются в старших возрастных группах, т. е. уменьшается вероятность заболеваемости и смертности в более молодых возрастных группах [36]. Бы-

ло значительно ограничено действие экстраординарных причин смерти, таких, как голод, эпидемии, травматизм, снизилась детская смертность.

Для психолога представляет интерес тот факт, что в ходе процесса модернизации изменилось отношение людей к здоровью, появилось понимание роли сознательной активности индивида в защите и улучшении своего благополучия, стало более очевидным влияние социального статуса на продолжительность жизни. В литературе предлагаются различные объяснения демографической модернизации. Наибольшую популярность имеют две точки зрения: 1) демографическая модернизация – результат успешного развития медицины; 2) демографическая модернизация – следствие улучшения условий жизни человека, т. е. социально-экономических преобразований. По мнению А.Г. Вишневого, важным фактором демографической модернизации было развитие капитализма, способствующее изменению отношения к здоровью работников (улучшение медицинского обслуживания, рост благосостояния населения, повышение грамотности населения и повышение внимания людей к гигиеническим требованиям) [26].

Демографическая модернизация привела к изменению доминирующих в науке представлений о причинах многих хронических заболеваний, ранее объяснявшихся естественными процессами старения. Так, если в начале 1950-х гг. считалось, что коронарный атеросклероз является заболе-

ванием пожилых людей (возможно, следствием перенесенной ранее патологии), которое предотвратить невозможно, то позже утвердилась точка зрения о возможности контроля основных факторов, приводящих к сердечно-сосудистой патологии. Одновременно обнаружилось, что увеличение продолжительности жизни, вызванное устранением внешних причин заболеваемости и смертности, дает людям 50 лет очень незначительное преимущество с точки зрения ожидаемой продолжительности жизни в отличие от изменения их поведения [125].

По мнению специалистов, на территории Российской империи процесс демографической модернизации начался значительно позже (в XIX в.) и поэтому показатели общественного здоровья на постсоветском пространстве имеют свою специфику. Это ставит перед психологией здоровья особые задачи, связанные со значительным вниманием к поведенческим факторам риска. Признаками незавершенной демографической модернизации являются достаточно высокий уровень смертности среди людей трудоспособного возраста, значительная доля внешних причин (травмы, отравления) в структуре смертности, дисбаланс заболеваемости и смертности мужчин и женщин, городского и сельского населения [36; 49].

В поддержку гипотезы о том, что в Российской империи демографический переход происходил с большим отставанием, говорят статистические данные. Например, в 1926 г.

одно из первых мест в структуре причин смерти занимал туберкулез (10 % всех умерших в городах европейской части России, на Украине и в Белоруссии), т. е. инфекционное заболевание, вызванное внешней причиной. Наибольшая смертность приходилась на возраст от 20 до 40 лет. Главной же причиной детской смертности была пневмония, что также не соответствует логике демографической модернизации [36].

Другое объяснение создавшемуся положению предлагает И. В. Журавлева. Она считает незавершенность демографического перехода результатом того, что в советской медицине так и не была разработана успешная стратегия профилактики хронических заболеваний. Этому помешало «хроническое недофинансирование здравоохранения в сочетании с несформированностью у населения стимулов для индивидуальной активности в борьбе за сохранение своего здоровья» [44. С. 85].

Интерес людей к проблемам здоровья, обусловленный процессом демографической модернизации, способствовал развитию различных наук – эпидемиологии, гигиены, социологии. В следующей главе мы рассмотрим, какой вклад вносит каждая из них в проблему профилактики заболеваний и какова специфика психологических исследований здоровья.

Глава 2. История развития, теоретические основы и направления психологии здоровья

2.1. Науки о здоровье

Здоровье является объектом исследования различных направлений научного знания, в каждом из которых его сущность и факторы понимаются специфическим образом. С исторической точки зрения первым таким направлением была *гигиена* – раздел медицины, предметом которого является влияние факторов природной и социальной среды на здоровье человека. Соответственно содержанию этих факторов выделяют гигиену труда, гигиену питания, коммунальную гигиену и др. *Социальная гигиена* наиболее тесно связана с психологией здоровья. Она изучает закономерности влияния социально-экономических условий и образа жизни на здоровье населения.

Следует отметить, что в 1870–1890 гг. в царской России общая гигиена была весьма широкой областью исследований, включающей в себя самые разные проблемы общественного здоровья. Вначале акцент делался в основном на оздоровлении окружающей среды, однако постепенно повы-

сился интерес к определению характера взаимосвязи болезни и социальных факторов. В СССР развитием социальной гигиены активно занимался Н.А. Семашко. Он опирался на труды К. Маркса, в которых демонстрировалась связь условий жизни рабочего класса и заболеваний [90]. Исходя из подобной точки зрения, болезни необходимо рассматривать как социальные явления. Предполагалось, что врач будущего должен быть прежде всего социологом, анализирующим условия труда и быта людей и показывающим, как эти условия можно изменить в лучшую сторону.

Другим направлением медицинской науки, сыгравшим значительную роль в исследованиях общественного здоровья, была *эпидемиология*. Первоначально предметом эпидемиологии являлись закономерности возникновения и распространения инфекционных болезней, однако в настоящее время в сфере ее интересов находятся все заболевания. Развитию эпидемиологии способствовало постепенное накопление знаний о неслучайном характере распространения инфекций, что позволило сделать обоснованные выводы об их причинах и разработать соответствующие меры профилактики.

На протяжении всей истории человечества людям угрожали эпидемии. Пандемия бубонной чумы (черной смерти) в XIV в. привела к гибели 40 млн человек – 1/3 европейской популяции. Вплоть до XX в. она оставалась самой масштабной инфекционной катастрофой в истории. В XVIII в.

распространенной инфекцией была оспа. Как указывает А.Г. Вишневский, есть основания полагать, что от нее умирал каждый седьмой или восьмой житель Европы, а из детей – каждый третий. Наконец, в 1918–1920 гг. в результате пандемии так называемой инфлюэнцы – испанки (грипп, вызванный вирусом H1N1) умерли, по разным подсчетам, от 50 до 100 млн человек. В России и СССР в XX в. в результате брюшного тифа (1917–1921 гг.) погибло 3 млн человек.

Однако наиболее распространенной инфекцией на рубеже XIX–XX вв. был туберкулез. И. Б. Бовина и Т. Б. Панова отмечают, что он оказал значительное влияние не только на здоровье населения, но и на общественное сознание: «с его распространением фигура больного становится социальным феноменом... Времени, «отпущенного» болезнью, хватало на то, чтобы сформировать новую идентичность, а также быть воспринятым другими в этом новом качестве» [10. С. 61].

В конце XIX – начале XX в. существенное влияние на развитие эпидемиологии оказывали экономический рост и усилившиеся в связи с этим миграционные процессы. Решение задач профилактики инфекционных заболеваний стимулировало создание международных санитарных организаций, привело к разработке новых методов медицинской статистики, способствовало развитию санитарного просвещения [36; 128]. Поистине революционные преобразования произошли в эпидемиологии во второй половине XX в., когда эмпири-

ческие исследования позволили выявить факторы возникновения наиболее угрожающих человечеству недугов.

Исследование в г. Фрэммингэм (США) было начато в 1948 г. по инициативе Национального института сердца для выявления факторов развития сердечно-сосудистых заболеваний. Население города составляло 68 000 человек. После тщательного обследования были отобраны жители в возрасте 30–60 лет (5127 чел.), у которых не обнаруживались признаки заболеваний сердечно-сосудистой системы. Опрос и обследование повторялись каждые два года. Полученные таким образом результаты оказали огромное влияние не только на медицинскую науку, но и на общество в целом, поскольку обсуждались как в академической среде, так и в средствах массовой информации. Приведем наиболее важные из них:

1961 г. – установлено, что повышенный уровень холестерина, артериального давления, а также аномальная кардиограмма связаны с увеличением риска заболеваний сердца;

1970 г. – выявлена положительная корреляция между повышенным артериальным давлением и возможностью инсульта;

1976 г. – обнаружено, что менопауза усиливает риск заболеваний сердца;

1997 г. – получены убедительные данные относительно положительного влияния на сердце физической активности и отрицательного влияния ожирения.

Исследование продолжается; несколько раз в него включались новые группы испытуемых – потомки участников первого этапа или супруги потомков. Расширился и круг решаемых в исследовании задач. В разное время проводились дополнительные измерения для выявления детерминант артрита, диабета, остеопороза, болезни Альцгеймера [159]. В рамках этого исследования получила эмпирическое подтверждение гипотеза о роли личности в развитии сердечно-сосудистых заболеваний. Главным же результатом фрэмингэмского исследования можно считать вывод о том, что именно поведение индивида является предиктором заболеваний сердца и ранней смерти [187].

Исследование в графстве Аламеда (США). Этот проект был направлен на выявление психосоциальных детерминант здоровья и долголетия – например, влияния здоровых привычек на продолжительность жизни. Исследование началось в 1965 г. В течение 25 лет проводилось наблюдение за 6928 респондентами, которые заполнили анкету, содержащую вопросы об их образе жизни и интересах, о характере отношений с окружающими. Результаты свидетельствуют о наличии положительной связи социальной поддержки, религиозной активности и здоровья. Также выяснилось, что люди с вредными привычками имеют в 3,11 раз больший риск умереть от заболеваний сердца, чем люди, ведущие здоровый образ жизни. По мнению исследователей, такой образ жизни предполагает:

- 1) отказ от курения;
- 2) умеренное употребление алкоголя;
- 3) умеренную физическую активность;
- 4) средний вес;
- 5) 7–9-часовой ночной сон [186].

Исследование в г. Куопио (Финляндия) было направлено на выявление факторов развития заболеваний сердечно-сосудистой системы и преждевременной смерти у лиц среднего и пожилого возраста. Именно в этом городе был зафиксирован наиболее высокий в мире уровень мужской смертности от болезней сердца.

Исследование началось в 1984 г. Первоначальная выборка состояла из 2682 мужчин, однако затем в число испытуемых вошли и женщины. Испытуемые проходили медицинский осмотр и устное интервью, заполняли различные опросники. Основным результатом исследования можно считать выявление социальных и психологических факторов развития сердечной патологии. К их числу относятся социоэкономический статус (определяемый на основе оценки образования, профессии, дохода, социоэкономического статуса индивида в детстве), эмоциональное состояние (гнев, враждебность, выученная беспомощность, алекситимия), стресс, поведение человека (употребление алкоголя, курение, физическая активность, рацион питания) [152].

В 1950–1970 гг. Центральный научно-исследовательский институт санитарного просвещения СССР также проводил

исследования поведения в сфере здоровья.

В 1960-е гг. в СССР были организованы научные экспедиции с целью установления характера связи между заболеваемостью раком и образом жизни людей различных климато-географических зон. Анализ результатов позволил сделать следующие выводы: «В районах, где отмечена высокая заболеваемость раком полости рта, до 87 % обследованных мужчин закладывают под язык нас (смесь табака, золы и извести). Среди них 99 % не осведомлены о вредности этой привычки, не знают, что именно нас является причиной возникновения очагов лейкокератоза полости рта – предракового заболевания, которым они страдают годами. Рак кожи выявляется чаще всего среди людей, много времени находящихся на солнце (пастухов, хлопкоробов, моряков и т. и.), особенно среди тех, кто носит головные уборы, не затеняющие лицо (тюбетейки, тушюры, сванки и т. и.). Реже это заболевание развивается у тех, кто пользуется широкополыми шляпами, мохнатыми тельпеками и т. и. До 98 % обследованного местного населения не знают о возможных последствиях многолетней инсоляции и поэтому не придают ей значения. Рак пищевода наиболее часто отмечается в районах Крайнего Севера, где до 96 % обследованных представителей этнических групп населения с юных лет систематически пьют слишком горячий чай, не считая это вредным для слизистых оболочек пищевода. У якутов, кроме того, принято есть строганину из замороженного сырого

мяса, а главным образом из костистой рыбы. <...> В Бурятской АССР из числа опрошенных женщин-буряток оказалось 81 % курящих. Этот факт нельзя не связать с тем, что у буряток предраковые заболевания органов дыхания отмечаются столь же часто, как и у мужчин. Наиболее низкая заболеваемость органов дыхания отмечена на Памире (Таджикская ССР), где среди опрошенных таджиков не было курящих. В Среднеазиатских республиках женщины коренных национальностей не прибегают к абортam, часто рожают и продолжительное время вскармливают детей грудью. Эти факторы, способствующие сохранению активной физиологической функции молочных желез, имеют значение для профилактики мастопатии и других предопухолевых заболеваний» [12. С. 11–12].

Эпидемиологические исследования способствовали утверждению концепции «*факторов риска*».

Факторы риска – «потенциально опасные для здоровья факторы поведенческого, биологического, генетического, экологического, социального характера, окружающей и производственной среды, повышающие вероятность развития заболеваний, их прогрессирования и неблагоприятного исхода» [66. С. 10].

Данная концепция не только сыграла важную роль в развитии медицины, но и способствовала возникновению психологии здоровья. Оказалось, что хронические заболевания

могут быть предотвращены благодаря определенной профилактической активности индивида. Естественным образом появился интерес к социально-психологическим детерминантам данной активности [124]. Однако концепция факторов риска имеет ряд недостатков. Первый из них заключается в отождествлении факторов риска с причинами заболевания. Вклад факторов риска в развитие соматической патологии является вероятностным, в то время как истинные механизмы развития заболевания остаются неизвестными. Подобные данные получаются в корреляционных исследованиях и не позволяют делать выводы о причинно-следственных связях. Соответственно наличие даже очень высокого риска необязательно приводит к заболеванию, а то, что на индивида не действует ни один из известных медицине патогенных факторов, не гарантирует ему хорошего здоровья. Кроме того, концепция факторов риска акцентирует внимание на сознательном поведении индивида, игнорируя роль социальной среды в развитии той или иной патологии. Социолог и историк Д. Ароновиц отмечает, что, с одной стороны, переход от биологических концепций к концепции факторов риска, включающей в себя психологические и социальные компоненты, это переход к более целостной, холистической модели здоровья. С другой стороны, эта модель онтологизирует факторы риска, которые, по сути, являются продуктом статистических процедур (их выделение всегда связано с возможностью ошибки), и способствует перекладыванию пол-

ной ответственности за свое состояние на индивида [125].

Эпидемиологические исследования в целом не направлены на выявление того, как живут исключительно здоровые люди, или долгожители. Не изучалось и отношение этих групп населения к вопросам здоровья и болезни, их эмоциональное состояние.

В последнее время модели профилактики заболеваний на основе факторов риска начинают подвергаться критике. Прежде всего ученые отмечают, что они строятся исходя из контроля факторов развития сердечно-сосудистых заболеваний; при этом не учитываются иные источники проблем со здоровьем.

Профилактика – это обоюдоострый процесс. Он может не только улучшать, но и при неумелом обращении ухудшать здоровье населения. *Р.Г. Оганов, И.А. Гундаров* [80. С.]

Иногда профилактика заболеваний действительно может иметь негативные эффекты. К ним относятся:

- «перекачка смертности» (контроль факторов риска одних заболеваний приводит к росту других недугов);
- снижение качества жизни (имеются люди, которые «спасают» себя от различных факторов риска ценой отказа от полноценного существования);
- устранение факторов риска не дает человеку гарантии здоровья, поскольку (как было уже указано) они не являются в строгом смысле этого слова причинами заболеваний [80].

В результате происходит разочарование значительной части населения в идее профилактики, потеря интереса к научной информации медицинского характера с одновременным оживлением интереса к мистике и нетрадиционным методам лечения. Тем не менее эти недостатки не уменьшают значимость эпидемиологических концепций. Скорее они указывают дальнейшие направления развития профилактики.

Выявление причин эпидемий и факторов развития хронических неинфекционных заболеваний актуализировало проблему распространения медицинских знаний среди населения и саму по себе проблему здорового образа жизни. В свою очередь опыт просветительской работы в очагах эпидемий и с группами риска показал влияние представлений о болезни, культурных норм и ценностей, социальной ситуации на отношение людей к здоровью и медицинским рекомендациям.

В то время как эпидемиология ориентирована на исследование болезней, обширный материал относительно механизмов здоровья накоплен в рамках валеологии. **Валеология** – это наука о здоровье, путях его формирования и сохранения. Основателем валеологии является врач И.И. Брехман [13]. Э.Н. Вайнер выделяет следующие направления валеологии: общую, медицинскую, педагогическую, возрастную, дифференциальную, профессиональную, специальную, семейную, экологическую и социальную [21]. Задачами валеологии являются:

- разработка и реализация представлений о сущности здо-

рevity;

- выявление факторов, влияющих на здоровье;
- разработка методов количественной оценки, диагностики и прогнозирования здоровья;
- разработка и оценка эффективности индивидуальных оздоровительных программ;
- мониторинг состояния здоровья индивида [75].

Э.Н. Вайнер подчеркивает накопившиеся в процессе эволюции человека противоречия между его биологической сущностью и актуальными условиями жизни: снижение двигательной активности, повышение психических нагрузок, чрезмерно комфортные условия существования, исключая естественный отбор и делающие отличное здоровье необязательным условием выживания, употребление в пищу синтезированных, прошедших технологическую переработку продуктов [21]. Врачи-валеологи разрабатывают методы диагностики здоровья и рекомендации по его поддержанию.

Еще одним отличием валеологического подхода к здоровью от подхода, основанного на выделении факторов риска, является то, что последний основан на усреднении данных, полученных в исследовании больших групп населения. Валеологи же ориентированы на исследование уникальных факторов индивидуального здоровья.

В англоязычной литературе термину «валеология» в наибольшей степени соответствует термин «поведенческая медицина». Под ним понимается междисциплинарная область

знания, направленная на применение достижений наук о человеке в сфере здравоохранения. Клиническая поведенческая медицина активно использует концепции и методы психофизиологии (стресса, биологической обратной связи, релаксации и др.) и поведенческой психотерапии. Профилактическое направление поведенческой медицины ориентировано на поддержку людей в достижении оптимального здоровья.

Предметом *социологии медицины* являются социальные факторы здоровья и болезни. Некоторые авторы (например, Е.В. Дмитриева) предлагают использовать термин «социология здоровья», имеющий похожее содержание. Предметом социологии здоровья является изучение закономерностей и механизмов формирования и поддержания здоровья (макросоциальные механизмы – например, социальная политика в области здравоохранения и здоровья и т. п.), а также факторов, определяющих здоровье и превентивное поведение (в том числе и состояние правовой сферы) [37; 137].

Важнейшие показатели общественного здоровья исследуются *демографией* — наукой о закономерностях воспроизводства населения. Под воспроизводством населения понимается «непрерывное возобновление его численности и структур через смену поколений, через процессы рождаемости и смертности» [65. С. 8–9]. Демография связана с масштабной статистикой, характеризующей население страны или региона в целом. При этом демографические данные

в их исторической динамике служат важными индикаторами экономического, социально-политического и психологического благополучия того или иного общества. Данная наука возникла в начале XX в., когда, как пишет А.Г. Вишневский, «оказалось, что изменения в рождаемости и смертности... меняют очень многое как в жизни отдельного человека, так и в жизни целых населений... что эти процессы зависят от воли и деятельности людей гораздо сильнее, чем думали прежде» [25. С. 5].

В социологии и медицине постоянно подчеркивается, что общественное здоровье – это не просто сумма здоровья всех людей. Однако, если невозможно контролировать отношение к политике в области здравоохранения и здоровье на уровне отдельных индивидов и социальных групп, нельзя контролировать и макроуровень здоровья. Утверждение этой идеи способствовало развитию психологии здоровья.

2.2. Предпосылки и история развития психологии здоровья

В конце 1960-х гг. сложились благоприятные условия для интенсивного развития психологических исследований здоровья, что было обусловлено действием ряда следующих факторов.

1. Демографическая модернизация и связанный с ней рост продолжительности жизни, изменение структуры забо-

леваемости и смертности определили увеличение расходов на здравоохранение, поставили перед обществом новые задачи, которые не могли решаться исключительно административными или просветительскими мерами. Были обнаружены фундаментальные различия в отношении людей к острым, т. е. непосредственно угрожающим жизни, и к хроническим болезням. Последние значительной частью населения рассматриваются как неизбежные, и их опасность игнорируется.

2. Эпидемиологические исследования способствовали распространению концепции факторов риска и вытекающего из нее положения об обусловленности хронических заболеваний поведенческими факторами, которые могут быть исследованы и проконтролированы психологическими методами. В практической сфере это означало повышение внимания к поведению больших групп здоровых людей. Сравнивая кампании по профилактике туберкулеза, которые особенно интенсивно проводились в первых десятилетиях XX в., с мероприятиями по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, Р. Ароновиц находит в них существенное отличие. Ранняя модель профилактики туберкулеза предполагала выявление людей, которые либо еще не знали, что они больны, либо знали, но не обращались за помощью. В противоположность этому программы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний были направлены на популяцию в целом, поскольку предполагается, что каждый человек подвергает-

ся данному риску [96].

3. Появление новых техник социального администрирования, которые основывались на идее ответственного индивида, обязанного самостоятельно защищать себя от риска. Столь широкое распространение концепции факторов риска не только среди научной общественности, но и среди населения в целом можно объяснить тем, что она соответствовала социальным ценностям, характерным для неолиберального общества.

4. Разочарование в биомедицинских методах лечения, повышение интереса к конкурирующим теориям в сфере здоровья. В 1960-1970-е гг. широкую известность получают публикации М. Фуко, Э. Фридсона, А. Иллича, в которых критике подвергаются высокая стоимость и низкая эффективность медицинских услуг, а также неудовлетворительное качество взаимодействия врача и пациента

5. Кризис медицинского просвещения, выражающийся в несоответствии роста медицинских знаний среди населения и отсутствия мотивации к изменению образа жизни. Разработанные на тот момент методы просвещения оказались неэффективными в сфере профилактики хронических заболеваний. Такая профилактика требовала от людей значительных усилий, а ее результаты не сразу становились заметными.

Психология здоровья как самостоятельное научное направление стала развиваться в 1970-1980-х гг. Отметим

некоторые важные даты ее становления:

1973 г. – по поручению руководства Американской психологической ассоциации формируется рабочая группа для определения перспективных направлений исследований в области здоровья;

август 1975 г. – в рамках секции «Public service» создается группа по психологии здоровья, в состав которой вошли 150 человек. Ее президентом избран У. Шоффилд;

1978 г. – основано самостоятельное подразделение психологии здоровья (включающее 2500 членов) под председательством Дж. Матараццо;

1979 г. – опубликована первая монография по психологии здоровья под редакцией Дж. Стоуна, Н. Адлер и Ф. Коэна;

1982 г. – вышел в свет первый номер журнала «Health Psychology»;

1986 г. – создано Европейское общество психологии здоровья.

На постсоветском пространстве психология здоровья как самостоятельное направление начала развиваться на несколько десятилетий позже, чем за рубежом. Первые публикации, в которых шла речь о психологических факторах здоровья, относятся к концу 1980-х гг., причем они встречаются в основном в журналах по социологии. В 1991 г. в Вестнике Ленинградского университета публикуется статья Н.В. Водопьяновой и Н.Е. Ходыревой «Психология здоровья», в которой был представлен анализ современных за-

рубежных исследований на эту тему Первая докторская диссертация (И.Н. Гурвич. Социальная психология здоровья) защищена в 1990 г.

Для отечественной психологии характерен особый, отличающийся от мировой психологической традиции, подход к проблемам здоровья. Например, Г.С. Никифоров [57. С. 27] рассматривает психологию здоровья как «науку о психологическом обеспечении здоровья человека», проблемное поле которой включает критерии психического и социального здоровья, психологические факторы здорового образа жизни, методы мотивирования к здоровому образу жизни, психологические механизмы здорового поведения, факторы, влияющие на отношение к здоровью, методы профилактики психических и психосоматических заболеваний, а также состояний предболезни личности, разработку концепций здоровой личности, разработку индивидуально ориентированных оздоровительных программ, определение психологических механизмов стрессоустойчивости. Заметим, что в отличие от определения Дж. Матараццо Г.С. Никифоров не включает в актуальные проблемы психологии здоровья совершенствование системы оказания медицинской помощи.

Для большинства отечественных авторов наиболее важной задачей представляется исследование здоровья как целостного, интегративного состояния личности, включающего в себя психологический и духовно-нравственный компо-

ненты. При описаниях здоровья делается акцент на саморазвитии, ценностях, самоактуализации. Это нашло свое отражение и в том, как определяется концептуальная основа психологии здоровья (теории стресса, теории развития личности, психотерапевтические подходы, концепции саморегуляции психических состояний и др.). Можно заметить, что из всех видов поведения, связанного со здоровьем, наибольшее внимание уделяется физической активности, проблемам табакокурения и употреблению алкоголя, репродуктивному поведению, а наименьшее – обследованиям у врача, самолечению, вакцинации.

2.3. Теоретические основы психологии здоровья

Психология здоровья – это «область научного знания, применяющая психологические теории и методы в сфере охраны здоровья, профилактики и лечения болезней для идентификации этиологических факторов и диагностических критериев здоровья и болезни, а также для анализа и усовершенствования системы здравоохранения и политики в области здоровья» [123. С. 8].

Д. Маркс и его соавторы определяют психологию здоровья как «междисциплинарную область, связанную с применением психологического знания и методов к проблемам здоровья, болезни и здравоохранения». Другое определение, при-

нятое большинством национальных психологических ассоциаций, разработано Дж. Матаратто. Из определения следует, что психология здоровья имеет отношение к любой активности, связанной с повышением уровня благополучия населения, однако большинство психологов, работающих в данной сфере, ориентированы на выявление психических и поведенческих факторов физического здоровья.

Выделяют следующие задачи психологии здоровья как области научного знания:

- определение психологических факторов здоровья;
- выявление путей и методов воздействия на поведение людей с целью профилактики болезней и укрепления здоровья, а также оценки эффективности принятых мер;
- улучшение коммуникации внутри системы здравоохранения и взаимодействия медицинских работников и потребителей медицинских услуг;
- исследование социокультурных и индивидуальных моделей здоровья и болезни.

Несмотря на то что определение психологии здоровья, предложенное Дж. Матаратто, наиболее часто приводится в соответствующих публикациях, оно имеет и своих противников. Так, М. МакДермотт считает, что в начале своего развития психология здоровья была направлена на «завоевание территории и последователей», поэтому и определение ее было максимально широким. Однако всеобъемлющий характер психологии здоровья на современном этапе

скорее мешает дальнейшему ее развитию. Например, определение затрагивает все виды профилактики, включая третичную, но, как известно, третичная профилактика связана с психологической реабилитацией, которая всегда была в центре внимания клинических психологов (определение Дж. Матарачцо в целом базируется на том, что у психологии здоровья и клинической психологии имеется много общих тем). В связи с этим М. МакДермотт считает, что термин «поведенческое здоровье» помогает решить эту проблему. Он определяет поведенческое здоровье как междисциплинарную область знания, сконцентрированную на поддержании здоровья и предотвращении болезней у изначально здоровых людей. Таким образом, фокус внимания смещается к сфере первичной профилактики, связанной со стимулированием здорового поведения. В силу значительного многообразия современных психологических исследований здоровья достаточно сложно дать четкую характеристику их основам. Однако можно выделить ряд ключевых идей, которые отличают эту область знания от других разделов психологии и от более ранних гуманитарных исследований в сфере здоровья и болезни:

- здоровье является сложным многоуровневым феноменом, требующим системного анализа;
- психологические факторы здоровья опосредуют действие его биологических и социальных факторов;
- рискованное и безопасное поведение является ключе-

вым понятием психологии здоровья – все остальные психологические особенности могут влиять на здоровье в основном через поведение;

- основной задачей психолога являются выявление и контроль факторов рискованного и безопасного поведения.

Что касается двух последних положений, то они в настоящее время подвергаются сомнению представителями критического направления в психологии здоровья, о чем будет сказано ниже.

2.4. Направления психологии здоровья

Критическое осмысление концепций и практик психологии здоровья, характерных для начального этапа ее развития, в 1990-е гг. привело к выделению нескольких ее самостоятельных направлений. Каждое из них отличается своими теоретическими основами, декларируемыми ценностями, задачами и методами исследования. Существует несколько вариантов их классификации. Например, Д. Маркс выделяет клиническую психологию здоровья, психологию общественного здоровья, психологию здоровья сообществ и критическую психологию здоровья [175].

Клиническая психология здоровья решает задачу повышения эффективности лечения соматических заболеваний за счет контроля психологических и поведенческих факторов, а также оптимизации взаимодействия в медицинской среде.

Психология общественного здоровья применяет психологические теории и методы для улучшения здоровья на уровне популяции.

В отличие от психологии общественного здоровья, ориентированной на изучение больших групп населения (жителей страны, региона или даже континента), *психология здоровья сообществ* содействует укреплению здоровья и профилактике заболеваний в группах людей, имеющих сходные политические, социальные и экономические интересы и проживающих, как правило, в одной местности. Важными ее целями являются повышение уровня субъективного благополучия, индивидуальной и коллективной самооэффективности, психологическое содействие полезным для сообщества социально-экономическим изменениям.

Критическая психология здоровья ориентирована на исследование взаимосвязи социально-экономического неравенства, дисбаланса власти, политических процессов и здоровья, а также влияния социально-политических факторов на работу системы здравоохранения. При этом критическому осмыслению подвергаются не только медицинская, но и психологическая теория и практика.

Классификация направлений психологии здоровья с использованием предложенных Д. Марксом критериев (цели, методы исследования, ценности) представляется достаточно сложной задачей. Например, многие исследования являются клиничко-ориентированными и критическими одновремен-

но. Аналогичным образом подходы к решению задач психологии общественного здоровья имеют много общего с подходами критической психологии здоровья.

Другой вариант классификации – разделение направлений психологии здоровья на медико-ориентированное (оно же «классическое», или, как пишет Дж. Эпворт, «доминирующее») и критическое.

Представители *медико-ориентированного направления* позиционируют психологию здоровья как науку, содействующую интересам системы здравоохранения. В нем принимаются как должное все концепции и практики, разработанные в рамках медицины. Например, если профилактическая медицина считает важным средством сохранения здоровья популяции отказ от употребления в пищу продуктов с высоким содержанием холестерина, то психологи должны содействовать соответствующим изменениям в поведении людей.

Анализируя работы, выполненные представителями *критического подхода*, можно заметить, что их теоретической основой являются концепции постмодернистской психологии и философии, в которых отрицается способность науки (особенно науки о человеке) открывать реальность, предшествующую началу исследования. В частности, здоровье и болезнь не рассматриваются более как естественно возникающие биологические события. Они приобретают значение реальных феноменов тогда, когда (и в зависимости от того, как) это значение будет социально сконструировано. Таким об-

разом, любая концепция здоровья или болезни – это культурный продукт, специфичность которого определяется его локализацией и временем возникновения. Критический исследователь должен развивать в себе способность к рефлексии по поводу социокультурного контекста своей профессиональной деятельности и рассматривать ее как моральную практику [214].

Поскольку в период зарождения постмодернизма психология здоровья только начинала формироваться, основное количество критически ориентированных работ, в которых делается попытка осмыслить ценности, методологию, социальный контекст развития данной отрасли, появляется в 1990-е гг. [174]. Претензии представителей критического подхода к доминирующей психологии здоровья выглядят следующим образом:

- отсутствие оригинальных (разработанных именно для сферы здоровья) теорий, а также невозможность создать адекватную систему измерений основных переменных, входящих в модели безопасного поведения;
- преимущественно клиническая ориентация ученых и практиков, недостаточно активная работа со здоровым населением вне медицинских учреждений;
- индивидуализм, проявляющийся в стремлении описывать и предсказывать поведение человека как самостоятельной единицы, изолированной от социума, чья активность направляется исключительно собственными решениями;

- игнорирование проблемы социального неравенства и соответственно оторванность от проблем социальной политики;
- недостаточная подготовленность психологов к решению практических задач [17; 175].

Психолог Р. Бунтон полагает, что ответственный человек (по крайней мере так, как он описывается в психологии здоровья) – это «дешевый» для государства гражданин. Согласно его мнению, современные проекты в сфере общественного здоровья, разрабатываемые и поддерживаемые под эгидой ВОЗ, способствуют созданию «хомо экономикуса», чье рискованное поведение рассматривается по аналогии с рисками на финансовых рынках [135]. К этой критике присоединяются и социологи. Социолог А. Петерсен пишет, что, поскольку выбор поведения всегда опосредован политико-экономическими и социальными факторами, попытки принуждать людей к определенному стилю жизни являются репрессивными. Однако этого требуют новые техники социального администрирования: для субъекта создается определенная сфера свободы, внутри которой он может развить регулируемую автономию посредством самозаботы, самоулучшения и самоисследования [208; 209].

Обратим внимание на то, что сфера интересов критической психологии здоровья не вполне соответствует традиционному пониманию предмета психологии. В публикациях на эту тему редко используются ключевые для психологической

науки термины, такие, как «психика», «поведение», «сознание», «самочувствие» или «отношение к здоровью». С точки зрения данного подхода главной детерминантой здоровья является власть как средство достижения социального благополучия [204].

Термин «власть», как правило, используется сторонниками критической психологии здоровья в широком смысле. Например, Дж. Огден [204] анализирует биопсихосоциальную модель, используя понятия, связанные с борьбой и господством: «реальный вызов биомедицинскому дискурсу», «границы души и тела на самом деле не нарушены», «приоритет биомедицинской модели», «право на существование» и др. Следуя этой логике, критическая психология здоровья должна положить конец господству медицины и биомедицинским моделям. Биологические факторы не должны более рассматриваться как главнейшие в развитии болезней [205].

«Узкое» понимание власти в критической психологии подразумевает власть над качеством физического окружения, возможность определять приоритеты и политику здравоохранения, получать информацию о здоровье, а также власть СМИ, которая проявляется в их способности формировать новые концепции здоровья и пропагандировать практики здорового поведения. Согласно И. и О. Приллетенски, ценность здоровья заключается не в здоровье самом по себе, а в связанном с ним чувстве общего благополучия, удовлетворенности жизнью и социальной значимости [205].

М. Кросли [147] анализирует борьбу за право контролировать собственное тело и поведение, которая разворачивается между индивидом и обществом в лице представителей системы здравоохранения. В современной культуре, считает автор, здоровье и здоровое поведение связаны с понятиями нравственности и добродетели. Однако стоит задуматься, все ли хотят, чтобы их считали «хорошими» и «послушными»? Рискованное поведение можно рассматривать как бунт против доминирующих социальных и культурных ценностей.

Соппротивление биополитике обусловлено индивидуально-личностными, ситуационными и социокультурными факторами, пишет Э. Дауд [149]. Если пропаганда здорового образа жизни воспринимается как попытка узурпирования власти, это будет повышать мотивацию к рискованному поведению. В исследованиях было показано, что мужчины обладают большей склонностью сопротивляться профилактическим мероприятиям, однако такая модель поведения активизируется лишь в особых ситуациях. Исходя из полученных результатов, М. Кросли делает следующие выводы:

- необходимо перестать рассматривать как должное полезность всех медицинских интервенций и ограничить доминирование медицинского дискурса;
- рискованное поведение является психологически понятным ответом на определенные воздействия;
- никто не может обладать монополией на моральные суж-

дения [146].

Критическая психология здоровья представляет собой обширную область исследований, которые проводятся с опорой на качественную методологию: дискурсный и нарративный анализ, кейс-методы и др. [147].

Еще одним вариантом классификации различных направлений в психологии здоровья является разделение их по критерию целевой группы исследования или воздействия. В соответствии с этим можно выделить психологию индивидуального и психологию общественного здоровья. Значительная часть отечественных публикаций посвящена проблемам сохранения индивидуального здоровья. В них активно используются положения современной валеологии, психофизиологии, психотерапии. *Психология индивидуального здоровья* изучает психологические факторы и разрабатывает психологические методы, которые могут содействовать здоровью индивида за счет его собственной активности. В свою очередь *психология общественного здоровья* исследует психологические факторы здоровья, действующие на групповом уровне.

Таким образом, основными критериями для дифференциации направлений в психологии здоровья являются целевые группы и отношение к биомедицинской модели. Схематически основания для классификации представлены на рис. 2.1. В каждом из квадрантов приводится соответствующая тематика исследований.



Рис. 2.1. Основные направления исследований в психологии здоровья

Методологические принципы психологических исследований общественного здоровья могут быть сформулированы следующим образом.

1. Общественное здоровье – это социальный феномен, требующий специфических методов исследования и специфических мероприятий. Прежде всего необходимо перейти от анализа индивидуального поведения к исследованию психологических механизмов, которые способствуют формированию географических, социоэкономических, гендерных, возрастных и этнических различий в состоянии здоровья, а значит, более активно проводить популяционные исследования и использовать достижения эпидемиологии. При

этом для психологии общественного здоровья могут быть полезными не только медицинские данные. Как пишет У. Флик, полезно развивать эпидемиологию репрезентаций, ресурсов и рисков, т. е. изучать на популяционном уровне психосоциальные феномены, имеющие отношение к здоровью [156]. Дж. Вардл и А. Стептоу полагают, что исследования общественного здоровья по своему дизайну и целям должны быть сходными с социологическими и эпидемиологическими проектами. В частности, речь идет о соблюдении требований репрезентативности выборки, о мощности статистических критериев, о значимости слабых статистических эффектов на уровне популяции, о различных подходах к определению эффективности психологических интервенций и др. Например, как оценивать успешность воздействия, если после ежегодной диспансеризации 3 % обратившихся к врачу курильщиков решили отказаться от употребления табака? Психологи привыкли рассматривать такого рода эффекты как незначимые, однако если из 15 млн британских курильщиков 11 млн проходят ежегодные обследования, то реальное количество бросивших курить составит 330 000 человек – количество, которое разумный специалист в области здравоохранения не должен игнорировать [240]. Дж. Такер и другие исследователи указывают на существенное различие клинико-психологических интервенций и интервенций в сфере общественного здоровья. Прежде всего клинико-психологические интервенции предполагают серьезное,

требующее длительного времени и значительных затрат воздействие на одного человека или на маленькую группу людей, в то время как в психологии общественного здоровья речь идет в основном о небольших и относительно мало-затратных (в пересчете на одного человека) интервенциях. Также эти интервенции требуют меньшего персонального контакта и к их практической полезности должны предъявляться более строгие требования [240].

2. Здоровье, как и болезнь, должно рассматриваться в социальном контексте. Необходимо изучать модели поведения, знания и ценности в сфере здоровья, характерные для определенного общества.

3. Общественное здоровье является продуктом исторического развития, поэтому характерные для данной области проблемы невозможно эффективно решать без учета того, как они формировались в определенной культуре и в определенную эпоху. Провозглашаемые в борьбе с болезнями приоритеты, модели профилактики, социальные репрезентации, поведение и отношение к здоровью необходимо рассматривать как специфичные для того или иного временного периода явления, содержание и характеристики которых отражают ценности и притязания на власть определенных социальных групп, особенности политической системы. В связи с этим такой исторический анализ должен быть направлен на изучение исторических процессов и закономерностей, определивших современные проблемы общественного здоровья

[133].

4. *Решение проблем общественного здоровья требует междисциплинарных и многоуровневых исследований и интервенций.* Психолог Дж. Эпворт выделяет следующие уровни применения психологии здоровья: индивидуальный, внутригрупповых и межгрупповых связей и отношений; макросоциальный; экологический [176]. Сторонники междисциплинарного подхода утверждают: многие проблемы психологии здоровья связаны с тем, что ее основные теории являются производными от общепсихологических концепций. В результате они имеют минимальную экологическую и научную валидность [174]. Психологи должны более активно сотрудничать с социологами, врачами-валеологами, политологами, экономистами.

5. Психология общественного здоровья нуждается *в особой теории, основанной на принципах системного подхода.* До сих пор в сфере общественного здоровья использовались психолого-педагогические теории, релевантные для повышения уровня грамотности в области психологического здоровья, в которых в качестве аксиомы принимается допущение, что это будет обязательно способствовать профилактическому поведению. В сфере общественного здоровья с наименьшим успехом могут применяться концепции социальных репрезентаций, социальной поддержки, социального влияния, коллективной самооэффективности, когнитивно-феноменологическая теория стресса, модель уязвимости

к стрессу и др.

При этом психологические факторы должны рассматриваться не изолированно, а в связи с социальными и биологическими условиями. Построение модели такого взаимодействия является основной методологической проблемой для современных наук о здоровье. Например, Ф. Корниш отмечает, что не все модели описывают взаимосвязь различных факторов здоровья. В качестве базовой для построения модели здоровья Ф. Корниш предлагает экологическую модель У. Бронфенбреннера, которая предложена им для описания развития иерархических подсистем:

- микросистемы, влияющие на ребенка (семью);
- мезосистемы – сфера проживания, совокупность микросистем;
- экзосистемы – крупные социальные организации;
- макросистемы.

Свойства микросистем формируются макросистемными факторами. Это означает, что социальное не надстраивается над индивидуальным или биологическим, а присутствует на всех уровнях системы. Таким образом, социальный контекст не является статичной характеристикой – его можно обнаружить лишь посредством наблюдения за реальной деятельностью. Например, способы заботы о здоровье в семье определяются социоэкономическим статусом и культурными традициями [143].

Обобщая сказанное выше, можно определить проблемное

поле психологии общественного здоровья:

- культурные и социально обусловленные представления о здоровье и болезни, психологические закономерности их формирования, трансляции и проявления на индивидуальном, групповом и институциональном уровне;
- психологические факторы, определяющие типичные для социальных групп паттерны поведения в сфере здоровья;
- психологическая оценка обоснованности и эффективности профилактических программ, работы системы здравоохранения, социальной политики.

Глава 3. Социальные факторы здоровья

Понимание социальных условий жизни как факторов влияния на здоровье было присуще уже мыслителям периода раннего капитализма. Производство носило экстенсивный⁵ характер, и залогом его успешного развития являлось поддержание нужной численности фабричных рабочих. Как отмечает Т.С. Сорокина, высокая смертность среди данной категории населения способствовала повышению интереса к установлению характера взаимосвязи внешних факторов и заболеваемости.

В XVII в. важные наблюдения сделали английский предприниматель Дж. Граунт и врач У. Петти. Дж. Граунт на основе анализа таблиц смертности показал связь их показателей с полом человека, его возрастом и образом жизни. У. Петти обнаружил, что численность населения и качество здоровья связаны с численностью врачей и приютов [93]. Бедность стала рассматриваться как важнейшая причина болезней и преждевременной смерти.

Развитие социальной гигиены, социологии медицины, демографии, а впоследствии и психологии общественного здо-

⁵ Экстенсивный характер производства подразумевает его развитие за счет увеличения количества привлекаемых для производства ресурсов (в том числе трудовых) и длительности их использования.

ровья позволило выделить помимо экономического благополучия другие социальные факторы здоровья: справедливость распределения ресурсов в обществе, культурные нормы и ценности, социальные практики ухода за телом, урбанизацию.

3.1. Социальное неравенство и здоровье человека

В 2003 г. предполагаемая продолжительность жизни девочек из Японии составляла 85 лет, а девочек из Сьерра-Леоне – 36 лет (средняя продолжительность жизни в Англии XVII в.) [59]

Первые научные исследования взаимосвязи общественного положения и соматического благополучия индивида проводились в рамках социальной гигиены. Социальные гигиенисты, опирающиеся на идеи марксизма, полагали, что эксплуатация является главным фактором возникновения заболеваний среди рабочего класса [89]. С момента публикации первых работ прошло более ста лет, но проблема социального неравенства в сфере здоровья все еще остается актуальной. Исследователи отмечают, что разрыв между богатыми и бедными (как странами, так и индивидами) в последние годы лишь увеличивается, а значит, он будет и дальше приводить к усилению неравенства в показателях здоровья [225].

Для определения социально-экономического положения человека используются три показателя:

- уровень доходов;
- профессиональный статус;
- уровень образования.

На основании этих показателей можно выделить несколько социальных классов: низший включает людей, занятых неквалифицированным трудом, к высшему относятся руководители промышленных предприятий, крупные торговцы. Отдельно выделяются группы сверхбогатых (в том числе звезд кино, эстрады) и сверхбедных – бездомных. Выделенные таким образом группы населения имеют сходство образа и условий жизни, культуры, факторов поведения [34].

Направленность *изменения здоровья в связи с изменением социального статуса* получила название «*социальный градиент*» [59]. Эффект этого градиента выражается в следующем:

- с повышением социального класса уменьшается смертность;
- увеличивается ожидаемая продолжительность жизни;
- снижается детская смертность;
- снижается число психических расстройств;
- повышается самооценка здоровья.

В 2005 г. ЮНИСЕФ опубликовал данные о том, что средняя ожидаемая продолжительность жизни жителя Земли увеличилась с 56 до 63 лет, однако

в восемнадцати странах Африки она снизилась по сравнению с 1970 г. [59]

Тем не менее распространение некоторых заболеваний не связано с социальным градиентом (например, заболевание раком молочной железы); появление других, напротив, связано с ним (рак легких). Если шизофреники в большей степени подвержены люди с более низким социальным статусом, то в группах бездомных и сверхбогатых отмечается наибольшая степень выраженности девиантного поведения [34]. Важно не только то, какой социальный статус имеется у индивида в данный момент, но и каков был его статус в детстве [224].

Рассмотрим некоторые эмпирические данные о взаимосвязи социального неравенства и здоровья более подробно. В 1842 г. Р. Хэдвик опубликовал «Доклад о санитарных условиях работающего населения Великобритании». Оказалось, что средняя продолжительность жизни в различных социальных группах распределяется следующим образом: ««джентльмены» и лица академических профессий и их семьи... 45 лет; торговцы и их семьи... 26 лет; ремесленники, обслуга, рабочие и их семьи... 16 лет» [113]. В Российской империи подобные исследования проводили С.А. Новосельский (данные 1902–1912 гг.), М.А. Берлиненбау. Как оказалось, самая высокая смертность от инфекционных болезней, болезней органов дыхания, несчастных случаев наблюдается в наиболее бедных группах населения (в 3–4 раза выше

остальных). По данным А.В. Молькова, советского врача-гигиениста, средний рост детей, принадлежащих к правящим классам, в эти годы превышал средний рост детей из семей фабричных рабочих и крестьян [59].

За сто с лишним лет зависимость здоровья от социального статуса кардинально не изменилась. Например, проведенное в Великобритании в 1980 гг. исследование состояния здоровья работающих мужчин, относящихся к различным профессиональным группам (так называемое Уайтхолл-исследование – Whitehall study), подтвердило наличие социального градиента. В исследовании выделялись четыре профессиональные статусные группы: руководители учреждений; профессионалы с высшим образованием и менеджеры среднего уровня; офисные служащие; курьеры и неквалифицированные исполнители. Выборку составили представители одного этноса, имеющие гарантированную занятость и нанятые на работу муниципалитетом. Оказалось, что в каждой более низкой статусной группе обнаруживался более высокий риск болезни и смерти, чем в предыдущей. Социальный градиент остался неизменным и при учете биологических и поведенческих факторов риска [59]. Аналогичные данные были получены и в других странах.

Среди регионов бывшего СССР также можно было обнаружить различия в продолжительности жизни, обусловленные действием экономических факторов. Об этом, в частности, пишет врач А.В. Манулик. Рассматривая статистику

долголетия в областях Беларуси, он указывает на прямую связь уровня экономического развития в регионах и демографических показателей [63].

Анализируя динамику социально-экономического положения населения Республики Беларусь за последние двадцать лет, Л. С. Станишевская отмечает *взаимосвязь экономических факторов и показателей ожидаемой продолжительности жизни*. Оказалось, что на них негативно влияет повышение уровня безработицы, увеличение доли расходов на питание в семейном бюджете, а также увеличение доли населения, чьи доходы меньше прожиточного минимума [95]. Обнаружена отрицательная связь коэффициента смертности трудоспособного населения с уровнем экономической активности.

Ожидаемая продолжительность жизни афроамериканца при среднем годовом доходе 26 000 дол. составляет 66 лет, в то время как ожидаемая продолжительность жизни жителя Коста-Рики при среднем годовом доходе 6000 дол. – 74 года [34]

Кроме определяемого на основе объективных показателей социального класса, значительную роль играют субъективная оценка человеком своего социального положения, его представления о справедливости распределения доходов. Таким образом, градиент здоровья является относительным. Сравнительные исследования ожидаемой продолжительности жизни и распространения заболеваний в раз-

личных социально-экономических группах и в различных странах (в том числе исследование в Уайтхолле) показывают, что именно относительный, а не абсолютный социальный статус является важным фактором здоровья (исследование в Уайтхолле примечательно еще и тем, что все его участники имели гарантированный доступ к медицинской помощи). Чем меньше уровень социально-экономического неравенства в той или иной стране, тем более благополучна ситуация в сфере общественного здоровья. Поэтому важнейшими факторами устранения воздействия социального неравенства на здоровье являются программы содействия раннему развитию ребенка и устранения медицинской неграмотности в депривированных социальных группах [162].

На здоровье независимо друг от друга могут влиять и отдельные показатели социального статуса. Например, начиная с конца XIX в. в литературе широко обсуждается *взаимосвязь образовательного уровня и здоровья*. В целом считается, что чем он выше, тем выше ожидаемая продолжительность жизни [35].

Помимо уровня удовлетворенности базисных потребностей требования индивида к доходу и потреблению реализуются еще на двух уровнях: поддержании определенного развития стандартов жизни и чувстве заслуженности вознаграждения за свой трудовой вклад и личные достижения. А. В. Решетников [86]

До сих пор сохраняются различия в уровне здоровья и ожидаемой продолжительности жизни в городе и в сельской местности. В обыденном сознании здоровье человека связывается с природой – в частности, с проживанием вне городов. Однако социально-гигиенические исследования свидетельствуют о том, что урбанизация в целом является важным фактором улучшения общественного здоровья. Это объясняется, во-первых, экономическим и культурным вкладом, который вносят средние и крупные города в развитие прилегающих территорий; во-вторых, доступностью медицинской помощи; в-третьих, более высоким уровнем жизни. А.В. Манулик обнаружил положительные связи между коэффициентом урбанизации (отражающим степень концентрации населения в городах различного размера) и показателями долголетия. Он делает вывод, что в целом речь идет об исторически обусловленном положительном влиянии городов на прилегающие местности [63].

В то же время имеются и негативные последствия урбанизации. Например, среди городского населения в 2–4 раза чаще встречаются заболевания нервной и сердечно-сосудистой систем, органов дыхания; грипп, язва желудка; городские жители больше подвержены травмам [78]. В исследованиях показано, что низкий социально-экономический статус хуже влияет на горожан, чем на сельских жителей. Это можно объяснить меньшим доступом к ресурсам (например, овощи, фрукты, молоко из своего хозяйства) и менее разви-

той сетью социальной поддержки [196].

Согласно данным Т. Харриса, отсутствие постоянной работы и наличие трех и более детей являются одним из наиболее серьезных предикторов высокой уязвимости человека. Поэтому малообеспеченные женщины, чья жизнь ограничивается заботами о доме, имеют высокий риск развития многих хронических заболеваний [168]

Гендерные диспропорции в состоянии здоровья населения отмечались уже в первых демографических исследованиях и сохранились до настоящего времени. Общеизвестным является факт, что ожидаемая продолжительность жизни у женщин выше, чем у мужчин; при этом женщины чаще болеют и характеризуются более низкой самооценкой здоровья. Предполагается, что мужчины во многих культурах рассматриваются как добытчики, поэтому они испытывают сильный стресс, связанный со стремлением к более высокой оплате труда и со страхом потерять работу. Процесс социализации толкает мужчин к рискованному поведению, которое понимается в таком случае как проявление мужественности и смелости. По отношению к некоторым видам рискованного поведения в обществе наблюдается меньшее социальное осуждение мужчин по сравнению с таким же поведением женщин (например, употребление алкоголя, драка и т. п.). В свою очередь обращение мужчины к врачу часто рассматривается в современной культуре как признак слабости и ипохондричности.

Подобные закономерности наблюдаются во многих странах. Например, анализ истории медицинского просвещения на постсоветском пространстве позволяет сделать вывод, что ответственность за здоровье других членов семьи в СССР возлагалась на женщин. Вот как обсуждалась борьба с туберкулезом в журнале «Гигиена и здоровье рабочей семьи» за 1924 г.: «Здесь большую роль может сыграть женщина. Ее нравственная обязанность взяться за это дело и приложить все силы и старания, чтобы воспитать здоровое поколение» [38. С. 3].

Однако существуют и социальные факторы, негативно влияющие на здоровье женщины. По данным Организации Объединенных Наций за 2000 г., женщины составляли 70 % от общего числа людей, живущих за чертой бедности (менее чем на 2 дол. в день). Поэтому, несмотря на более высокие для женщин показатели ожидаемой продолжительности жизни, в странах с низким социально-экономическим статусом женщины живут меньше, чем в индустриально развитых государствах. Это можно объяснить совместным действием различных условий:

- бременем вынашивания детей и болезней, передающихся половым путем (женщина с низким социально-экономическим статусом не может контролировать свои сексуальные отношения, планировать деторождение; она также не получает нужной медицинской помощи во время беременности, родов и грудного вскармливания);

- ограниченным доступом к продуктам питания (в силу своего подчиненного положения в семье женщина меньше ест и ест последней – после мужа и детей);
- несвоевременным обращением за медицинской помощью (обремененная домашней работой и обязанностями по уходу за детьми женщина не обращает внимания на симптомы болезни, пока они не станут достаточно серьезными);
- женщины испытывают более сильный и хронический стресс, чем мужчины [196].

Одним из наиболее интересных является вопрос о механизме формирования социального градиента. В рамках социологии есть три гипотезы.

Гипотеза социальной селекции отражает идею, что именно здоровье определяет социоэкономический статус. Чем лучше здоровье человека, тем более высокое положение он может занять в обществе. В качестве примера приводятся принципы отбора на руководящие должности.

Гипотеза социального дрейфа исходит из утверждения, что в результате ухудшения здоровья социальный статус человека понижается (человек не в состоянии полноценно работать, общаться). В поддержку данной гипотезы приводят явление социальной мобильности. Социальная мобильность – это изменение социального статуса человека в течение его жизни. Такая мобильность может быть нисходящей и восходящей. Существует также межпоколенная мобильность – изменение статуса детей по сравнению с социальным статусом

их родителей [96]. Согласно И.Н. Гурвичу, для таких заболеваний, как шизофрения и алкоголизм, характерны нисходящая индивидуальная и межпоколенная мобильность [34], которая приводит к снижению социального статуса больного и его детей.

Гипотеза социальной каузации. По мнению сторонников гипотезы, именно социальный статус человека прямо влияет на его соматическое благополучие. Люди с более высоким социоэкономическим статусом имеют лучший доступ к ресурсам заботы о здоровье, включая качественную и своевременную медицинскую помощь, лекарственные препараты и биоактивные добавки, здоровую пищу, полноценный отдых. Чем выше уровень благосостояния человека, тем более он уверен в завтрашнем дне и тем меньше у него уровень стресса. Например, важным предиктором здоровья группы пожилых людей является ее охват пенсионным обеспечением. А.В. Манулик в своем исследовании сравнил коэффициент долголетия среди трех групп людей в возрасте шестидесяти лет: 1) пенсионеры; 2) работающие; 3) не имеющие пенсии, находящиеся на иждивении у родственников. В последней группе коэффициент долголетия был самым низким [63].

Однако в социологических теориях, связывающих социоэкономический статус и здоровье людей, не раскрывается сущность механизмов, которые опосредуют макросоциальное влияние на отдельного индивида или группу. По сути,

они основаны на данных корреляционного характера.

В психологии здоровья предпринималась *попытка объяснить различия в состоянии здоровья большей распространенностью рискованного поведения в группах людей с низким социально-экономическим статусом* по сравнению с другими группами. Однако, как показывают многочисленные исследования, социальное неравенство остается важным предиктором здоровья даже при условии контроля поведенческих переменных. Г. Штайнкамп считает, что социальные условия задают контекст поведению [113]. Л.С. Шилова [111] полагает, что влияние самосохранительного поведения на здоровье будет заметно при прочих равных условиях, т. е. при совпадении социальных, культурных и биологических факторов, действующих на индивидов, которые отбираются для сравнения. Сегодня представители критической психологии здоровья предлагают отказаться от «поведенческого» подхода к объяснению феномена социального градиента. Согласно их мнению, само по себе рискованное поведение может являться прямым следствием социального неравенства и отсутствия нужных ресурсов для того, чтобы делать «выбор в пользу своего здоровья».

Не менее активно для объяснения социального неравенства в сфере здоровья используется *теория стресса*. Следуя теории стресса, все социальные, экономические и прочие условия, действующие на макроуровне, рассматриваются как потенциальные стрессоры; задачей же психоло-

гии является анализ психологических факторов уязвимости или, напротив, психологических характеристик, повышающих способность индивида справляться с трудностями.

Ф. Корниш полагает, что *процессуально-деятельностный подход* является наиболее пригодным для объяснения влияния социального контекста на здоровье человека. Психолог опирается на теорию деятельности А.Н. Леонтьева и экологическую модель У. Бронфенбреннера. В экологической модели Бронфенбреннера различаются четыре уровня систем:

- микросистема – интерактивное окружение, в котором осуществляется определенная деятельность;
- мезосистема – система связей между микросистемами личности;
- экзосистема – система окружений, в которых индивид не является активным участником, но которые связаны с его микросистемами. Таким образом, это микросистемы конкретных людей;
- макросистема – культурные и идеологические сценарии, определяющие функционирование общества в целом.

Свойства микросистем формируются макросистемными факторами; следовательно, социальное не надстраивается над индивидуальным или биологическим, а присутствует на всех уровнях.

Пытаясь ответить на вопрос о том, каким образом социальные факторы опосредуют повседневное поведение, Ф. Корниш вводит понятие «система активности» (близкое к

понятию «деятельность»). Система активности – это коллективная активность по поводу определенного объекта. Для характеристики системы активности необходимо рассмотреть объект, на который она направлена, субъекты активности, ситуацию проявления активности и др. Система активности одновременно и локальна, и социальна. Если социальные, экономические, гендерные отношения определяют состояние здоровья индивида, то, значит, существуют моменты, когда мы можем обнаружить их действие. Социальный контекст не является статичной характеристикой – его можно обнаружить лишь посредством наблюдения за какой-то активностью. В свою очередь любая активность может исследоваться только в определенном социальном окружении. Проведенное Ф. Корниш исследование самосохранительного поведения еще раз подтвердило, что любая активность человека осуществляется в определенном социальном окружении, где он не только является объектом давления со стороны окружающих, но и посредством определенного поведения вступает в диалог с социумом [142].

Таким образом, для понимания характера взаимосвязи социальных факторов и здоровья человека необходимо рассмотреть роль социума в формировании идей профилактики и стимулировании профилактического поведения. Способы заботы о здоровье неразрывно связаны со специфичными для каждой культуры моделью телесности человека и отношением к здоровью.

3.2. Культура и здоровье человека

В отечественной философии и психологии существует давняя традиция рассматривать телесность как социально-психологический феномен по сравнению с телом как объектом физического мира и организмом как совокупностью биологических процессов. Телесность является воплощением психических и социальных качеств человека, необходимым условием его активности, субъективности и социальнойности.

Российские ученые *П.Д. Тищенко, Г.А. Арина и В.В. Николаева* предлагают использовать для понимания взаимосвязи психологических, биологических и социальных факторов здоровья ***культурно-исторический подход***. Телесное развитие – это часть процесса социализации. Оно представляет собой процесс формирования более или менее произвольных способов саморегуляции телесных процессов и состояний. Такая регуляция может осуществляться посредством телесных действий, когнитивных операций, изменений мотивационно-потребностной сферы, эмоциональных переживаний. Психосоматический феномен и в норме, и в патологии имеет все характерные особенности высших психических функций: «социальность, опосредствованность, принципиальную возможность произвольного контроля» [5]. Он несет в себе как индивидуальные, так и социальные смыслы.

В соответствии с данным подходом в онтогенезе телесности можно выделить несколько этапов.

1. Первоначальные процедуры ухода за телом (кормление, умывание и т. д.) разделены между ребенком и матерью. Мать является «носителем» социальных норм и техник. Параллельно с удовлетворением витальных потребностей ребенка происходит его общение с матерью. Как отмечает М.М. Бахтин [6. С.79], «все первоначальные определения себя и своего тела ребенок получает из уст матери и близких... Это слова, идущие навстречу его темному самоощущению, давая ему форму и название». Ребенок не постигает законы человеческого функционирования непосредственно. Он должен разгадать, обозначить наблюдаемые им проявления телесной жизни *другого* и своей собственной [28]. Если ранняя коммуникация изначально конфликтна или недостаточна, это неизбежно отражается на степени и характере удовлетворения потребностей ребенка, а значит, и на формировании его телесных функций. Например, если мать уделяет ребенку внимание лишь тогда, когда ему нездоровится или когда он плачет, этот плач станет первой неадекватной формой общения. Состояние болезни будет использоваться им (позже и взрослым) в личных целях.

2. С появлением речи возможности ребенка регулировать и познавать свое тело увеличиваются: он уже способен относиться к себе как бы «со стороны», а точнее «со стороны культуры». Телесные состояния приобретают особый смысл,

несводимый ни к биологическому, ни к индивидуально-психологическому. На этом этапе психосоматические заболевания могут возникнуть как следствие нерационального использования вербальных конструкций (неадекватного обозначения телесных состояний с помощью слов) или патогенного мифа болезни, присущего его семье. Так, для пациентов с соматизированным расстройством характерным является наличие базовых, приобретенных в детстве убеждений типа «мир – опасное место, я уязвим», «только болезнь может служить поводом для уклонения от обязанностей», «я должен полностью контролировать свое тело» и т. д. [221].

3. Овладев своим телом, человек может использовать его в собственных целях как инструмент для решения психологических и социальных проблем, что объясняет феномен «бегства в болезнь», ипохондрические и соматоформные расстройства.

На каждом из этапов онтогенеза телесные феномены приобретают особый смысл, отражающий характеристики конкретной культуры.

Г.А. Арина и В.В. Николаева полагают, что *главными процессами, обеспечивающими социализацию тела, являются подражание, специальное обучение и табуирование* [5].

Таким образом, забота о здоровье – это одна из сформированных в онтогенезе форм телесной саморегуляции. Во-первых, уже в раннем детстве складываются определенные телесные привычки, связанные с питанием, сном, личной ги-

гиеной, безопасностью, которые впоследствии окажут значительное влияние на здоровье, поэтому многие формы здорового и рискованного поведения нельзя объяснить только личным выбором.

Во-вторых, «означивание» телесных состояний, о котором пишут авторы, также влияет на профилактическое поведение человека. От него зависит способность разделять ощущения на некомфортные – вызывающие тревогу, желание обратиться к врачу и комфортные – приятные, связанные с разными видами активности (человек будет использовать их впоследствии для того, чтобы получить состояние внутреннего спокойствия). В процессе коммуникации ребенок усваивает не только смысл телесных состояний, но и простейшие критерии нормального и патологического, красивого и уродливого, опасного и безопасного, имеющего либо не имеющего отношения к миру медицины. В соответствии с положениями культурно-исторического подхода предполагается, что именно язык отражает индивидуальное и социальное в телесности человека. Он же является инструментом не только патологической, но и нормальной «социализации тела» [5]. Однако при всей своей привлекательности данные положения пока не подкреплены сколько-нибудь обширными факторами и имеют сугубо теоретический характер.

Если представители отечественной науки, рассматривающие телесность человека в рамках культурно-исторического подхода, в основном ориентированы на исследование ее он-

тогенеза, причем в рамках отдельной семьи, то в современной зарубежной социологии и социальной психологии внимание уделяется влиянию на здоровье культурно и исторически специфических образов тела.

В *концепции техник тела*, разработанной французским социологом М. Моссом, утверждается, что для каждой культуры характерны традиционные высокоэффективные способы осуществления телесной активности, которые конструируются социальным авторитетом и передаются посредством наглядных демонстраций, воспитания и тренировки. В качестве примера техники тела Мосс называет способы бега, плавания, грудного вскармливания, сна и др. Эти техники отличаются у женщин, у мужчин, у представителей различных поколений [73].

Впоследствии понятие техник тела начало использоваться различными авторами, каждый из которых обращал внимание на социальность «телесного самоуправления». При этом если Мосс имел в виду утилитарный характер телесных практик (например, эффективно или нет бегать с прижатыми к телу кулаками или нырять с закрытыми глазами), то современные социологи, говоря о техниках тела, подчеркивают их связь с социальными и индивидуальными ценностями. Они полагают, что, реализуя те или иные техники, человек утверждает себя в социуме.

Другие авторы используют идеи, выдвинутые известным социологом П. Бурдьё в его *концепции габитуса*. Габитус от-

ражает на телесном уровне совокупность признаков, присутствующих определенной социальной общности. Таким образом, в поведении, походке, позах и предпочтениях человека имеется определенный символический смысл, понятный другим членам общества. В основном Бурдье говорит об имитации поз и моторных действий. Он предполагает, что подобные навыки приобретаются в детстве и являются отражением социального положения родителей. Бурдье подчеркивает, что различные виды социальной активности организованы на основе категорий, в определенной степени соответствующих структуре тела. Тело содержит в себе символическую систему классификаций (верх – низ, активность – пассивность, открытость – закрытость) [13].

Не существует «досоциальной телесности», т.е. ни одно человеческое тело не существует независимо от общества. Еще находясь в утробе матери, ребенок становится членом общества, так как в сознании родителей и окружающих уже сформирован его психологический портрет. Даже первые, простейшие жесты, движения и чувства – это уже результат воспитания. То, что в психоанализе определяется как естественный инстинкт и объясняется как явление, прямо противоположное внешнему принуждению, также почти всегда является социальным, представляя собой результат примитивной интеракции. *П. Бурдье* [20]

Социолог О.А. Бендина пишет о практиках сохранения

здоровья, которые выстраиваются с опорой на популяризованное медицинское знание. По аналогии с понятием техник тела устойчивостью обладают лишь эффективные практики [8].

Подчеркивая чрезвычайную важность вопросов тела в современной культуре, социолог Б. Тернер говорит о *соматическом обществе*, в котором важнейшие политические и моральные проблемы связаны с телесными практиками – репродукция, питание, спорт. В числе причин формирования соматического общества называются:

- отделение репродуктивных функций тела от политической и экономической структуры общества;
- характерный для современной культуры конsumerизма⁶ акцент на исполнении желаний, получении удовольствий, развлечении;
- увеличение роли сферы обслуживания в мировой экономике.

Б. Тернер отмечает, что если в традиционном обществе управление имуществом и репродуктивными функциями были взаимосвязаны (мужчина контролирует наследственность и передачу собственности посредством контроля над женщиной как производительницей мужчин), то теперь эти связи утрачены. Межличностные и особенно семейные отношения строятся не на основе контракта собственности,

⁶ Конsumerизм – организованное движение за расширение прав и влияния потребителей, покупателей, создание общества потребителей.

а на основе ожиданий относительно личностной удовлетворенности этими отношениями. Сегодня имеется явная коммерческая заинтересованность в теле как в индикаторе социального капитала. Особое внимание уделяется телесной красоте, спорту; отрицается больное и стареющее тело. Моральным долгом человека становится поддержание своего тела в хорошем состоянии. Характеристики «здоровый» и «нездоровый» становятся показателями нормальной идентичности; при этом они все более связываются со способностью человека контролировать свое поведение [238].

Одним из важнейших показателей общественного здоровья является *социальная политика в сфере здравоохранения*. В узком смысле это целенаправленная деятельность государства по согласованию интересов различных социальных групп и долгосрочных целей общества, связанных со здоровьем и благополучием [43], в широком смысле – совокупность практических мер, законов, формальных и неформальных норм и ценностей, направленных на контроль общественного здоровья [171]. Социальная политика определяет цели, которые ставит государство перед гражданами и системой здравоохранения, приоритетные для социальной заботы и контроля социальные группы, финансирование системы здравоохранения, медицинского образования и просвещения в сфере здоровья населения. Например, в XIX в. основной целью социальной политики было сохранение и развитие трудовых ресурсов, обусловленное потребностями

промышленности. Не только условия труда и быта, но и телесные практики работников (физическая активность, сексуальное поведение, питание) являлись объектами внимания и контроля. Б. Тернер считает, что в раннем капиталистическом обществе существовала тесная связь между дисциплиной, аскетизмом и производством. Аскетизм рассматривался как способ поддержания тела в здоровом состоянии за счет избегания вредных для здоровья «излишеств». Точно так же, как представителей капиталистического класса побуждали не тратить деньги на предметы роскоши, а вкладывать их в производство, представителей рабочего класса побуждали не расходовать свои сексуальные силы [238].

В последнее время забота общества о здоровье граждан и забота граждан о себе приняли новые формы. Как отмечалось выше, тело рассматривается как источник получения удовольствия и способ реализации проектов «Я». Гедонизм современного человека можно скорее назвать расчетливым, основанным на калькуляции выгод и рисков.

Озабоченность современных людей различными потенциальными угрозами здоровью отмечают многие социологи: А. Петерсен, У. Бек, Э. Гидденс, Р. Кастель и др. В своих работах А. Петерсен рассматривает новые социальные характеристики промоции здоровья. Ученый считает, что понятие риска расширяет сферу медицинского контроля на всю популяцию, так как любая ситуация связана с неопределенностью. Индивиду отводится новая роль в профилактике здо-

ровья – роль защитника своего здоровья от опасностей. При этом он просчитывает вероятные последствия своего поведения и несет за это ответственность. Для подобной защиты индивиду нужна информация, полученная от различных экспертов. Невозможность изменить рискованное поведение рассматривается как личная неудача. Постоянная забота о себе и о других, как полагает Петерсен, приводит к росту озабоченности человека своим телом [208].

Общество риска – это одно из проявлений ощущаемого «кризиса цивилизации... Устоявшийся вкус такой атмосферы «конца света» создает и, несомненно, подталкивает стремление к профилактике.
М. Яцино [120]

В «традиционном» социологическом подходе роль медицины в профилактике болезней рассматривается как безусловно позитивная, однако существует и критическая традиция социальных исследований сферы здравоохранения. Например, выдающийся социолог и философ М. Фуко рассматривает проблемы современной медицины в связи с проблемами распределения власти и контроля. В своей работе «Рождение клиники» он пишет о соединении медицинской власти с политической как о необходимости решения задач профилактики опасных эпидемии и совершенствования системы медицинской помощи [106].

Медицина не должна больше быть лишь корпусом техник врачевания... Она станет развиваться

так же, как знание о здоровом человеке... В управлении человеческим существованием она занимает нормативное положение... Она с полным правом вступает в общение с национальным порядком, мощностью вооруженных сил, плодovitостью народов.
М. Фуко [106]

В 1970-х гг. помимо работ М. Фуко большой общественный резонанс имела книга А. Иллича «Пределы медицины». В своей чрезвычайно радикальной по содержанию работе Иллич указывает на кризис доверия к современной медицине. Он выражает, во-первых, сомнение в высокой эффективности медицины в борьбе с болезнями. По его мнению, многие достижения (например, снижение смертности от туберкулеза) происходят вовсе не из-за врачебных вмешательств. Во-вторых, как считает А. Иллич, клинические ятрогении связаны зачастую с ненужными и опасными медицинскими процедурами, социальные – с радикальной монополией медицины на все вопросы здоровья и болезни, культурные выражаются в отрицании способности людей, не следующих медицинским советам, быть счастливыми. Многие высказывания А. Иллича показались научной общественности чрезмерно резкими, но они в конечном счете, как пишет С. Плавинский, стимулировали развитие доказательной медицины [84; 180].

Сторонники *концепции медиализации*, как правило, отмечают растущее влияние медицины на жизнь общества.

Правда, многие ученые считают, что в современной постиндустриальной культуре ни одна наука не может претендовать на безусловный авторитет. Например, М. Яцино пишет, что в конце XX в. начали формироваться новые отношения общества с миром медицинских экспертов. Понятие «пациент» все чаще заменяется понятием «клиент». На уровне сообществ и на уровне государственных структур все чаще делаются попытки усилить позицию пациента, вооружив его необходимыми знаниями и правами в общении с врачом.

Клиент – это «квалифицированный» пациент, который диагноз упреждает самодиагнозом, критически относится к лечению и проверяет правильность диагноза состояния своего здоровья и эффективность рекомендованной терапии у различных специалистов. М. Яцино [120. С. 148–149]

Вместе с тем процесс демедиализации привел к коммерциализации здоровья, т. е. превращению его в товар. Здоровье приобрело характер не только абсолютной ценности – оно стало рассматриваться как то, что можно купить или улучшить путем инвестиций. При этом усиление позиции пациента означает одновременно усиление требований к самоконтролю. М. Яцино пишет, что «ощущению собственной свободы способствует неслыханное деспотическое отношение к себе» (М. Яцино. Культура индивидуализма. Харьков, 2012. С. 153) [120. С. 153].

М. Яцино выделяет некоторые характерные особенности

этой новой концепции здоровья:

- ранее здоровый образ жизни рассматривался как некая аскетическая практика – сегодня он включен в процессы получения удовольствия, характерные для гедонистической культуры;
- область профилактики постоянно расширяется, и теперь любые характеристики стиля жизни связываются со здоровьем;
- появляется понятие «комплексного» здоровья, несводимого к простому отсутствию симптомов болезни. Такое здоровье можно постоянно улучшать – никакое из возможных состояний здоровья не позволяет индивиду остановиться на достигнутом [120].

Воспринимаемая пластичность тела современного человека поддерживается не только идеями профилактики, но и развитием биотехнологий: генной инженерии, трансплантологии и др. Во-первых, это способствует развитию «технологического» подхода к защите от болезней и укреплению здоровья, когда ученому отводится не столько роль эксперта, сколько поставщика технологий. Во-вторых, развитие биотехнологий еще больше расширило сферу воспринимаемого контроля над телом.

В той или иной степени каждый из нас выступает в каждодневном существовании в качестве мастера, постоянно занятого «приведением себя в порядок» – самоизготовлением в соответствии с господствующими

в обществе нормами. П. Д. Тищенко [99]

П. Д. Тищенко использует для описания нынешнего положения вещей понятие «биовласть». Под **биовластью** понимается власть государства, группы экспертов или отдельного индивида над человеческой жизнью. Человек же обладает биовластью над своим телом как объектом лечебных воздействий, самосовершенствования и т. д. Еще одна форма обладания биовластью основывается на праве и способности диагностировать угрозу и указывать путь к спасению.

Появление новых биотехнологий способствовало перераспределению биовласти. Как отмечает П. Д. Тищенко [99], основой классического типа биовласти является признаваемое всеми членами общества право врача диагностировать угрозу и бороться с ней. Однако во второй половине XX в. происходит формирование нового, антипатерналистского типа биовласти. Во-первых, вместо врача как универсального эксперта теперь на право судить о жизни и смерти претендуют эксперты в различных областях науки, чьи мнения отличаются значительной вариативностью. Во-вторых, само право экспертов на признание снова становится предметом публичных дискуссий.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.