

ГЛАВА 2.....	1
ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ, ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИЛОЖЕНИЕ В ЗАРУБЕЖНОЙ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ.....	1
ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ В СИСТЕМАХ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО И МЕДИЦИНСКОГО ЗНАНИЯ.....	1
ОБЪЕМ И СОДЕРЖАНИЕ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ КАК ОБЛАСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ НАУКИ.....	6
ПРИМЕНЕНИЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ.....	12
И РЕЗУЛЬТАТОВ ЭМПИРИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ.....	12
В ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ.....	12
ЗНАЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ.....	20
ЛИТЕРАТУРА.....	23
ГЛАВА 10.....	24
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ЗДОРОВЬЯ.....	24
СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ ФАКТОРЫ.....	24
РАБОТА И СЕМЬЯ.....	33
СОЦИАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ И ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ.....	41
ЛИТЕРАТУРА.....	48

ГЛАВА 2

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ, ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИЛОЖЕНИЕ В ЗАРУБЕЖНОЙ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ В СИСТЕМАХ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО И МЕДИЦИНСКОГО ЗНАНИЯ

Необходимость психологии здоровья стала очевидной в последние десятилетия, когда в развитых странах изменился тип заболеваемости населения. На смену преимущественно острым заболеваниям, чаще вызываемым инфекционным агентом, пришли заболевания с затяжным течением, или хронические, где не удавалось выделить какого-либо одного четко очерченного причинного фактора. Скорее их возникновение можно было связать с образом жизни, то есть с целостным воздействием всех многообразных факторов современной цивилизации на человека.

Другой стороной этиологии, то есть причинности, этих заболеваний, занявших ведущее место в структуре патологической пораженности и смертности населения, оказалось то, что отнюдь не всегда потенциальные причинные факторы могли быть устранены на уровне общества в целом, или социальном, а имели своим основным источником поведение самого индивида, иными словами, для своего устранения требовали вмешательства на индивидуальном уровне. Практические врачи, исходившие в своих профилактических усилиях из представления, что достаточно информировать индивида о возможных негативных эффектах его поведения для здоровья и его поведение изменится в желательном направлении, столкнулись с ситуацией, что такие усилия не всегда, а чаще никогда не способны дать нужного результата.

Привлечение психологии как системы наук о детерминантах и

внешних характеристиках поведения было вполне естественным решением для этого комплекса проблем. Однако здесь наметились серьезные и до сих пор не преодоленные противоречия между пониманием болезни и здоровья в медицине и психологии.

Медицинская и биопсихосоциальная модели болезни отражают эти противоречия в наиболее концентрированном виде. Развитие западноевропейской медицины в послегиппократовский период шло от рассмотрения человека как целостного единства к аналитическому изучению — от органов и систем до субклеточного уровня. Параллельно все более углубленному описанию анатомо-физиологического субстрата происходил успешный поиск специфических для каждого вида повреждения болезнетворных агентов. Огромные успехи медицины в XIX-XX веках по лечению и профилактике широкого круга заболеваний, особенно впечатляющие в отношении инфекционной патологии, сделали механическую модель организма и болезни символом научно-медицинского подхода.

Принципиально важной особенностью медицинской модели является то, что здоровье в ней не операционализируется, а определяется просто как отсутствие болезни. Сама же болезнь рассматривается как специфическая «сущность», имеющая свою причину, течение и исход, присущие именно ей и отличающие ее от других «сущностей». Медицинское суждение о болезни выражается в диагнозе, выступающем «этикеткой» для обозначения и основанием для включения данной «сущности» в таксономическую категорию, объединяющую сходные «сущности».

Биопсихосоциальная модель предложена Джорджем Энгелем (Engel, 1977) и представляет собой приложение системного подхода к функционированию индивида не только на биологическом, но и на личностно-психологическом уровне, а также на уровне социально-психологическом, где реализуются социальные связи с людьми, входящими в непосредственное социальное окружение, и на уровне социальном — через включение индивида в различные институты общества в целом. Общесистемные принципы позволяют, используя биопсихосоциальную модель, связать здоровье индивида с состоянием и внутренней, и предельно широко понимаемой внешней среды.

Поэтому биопсихосоциальная модель включает в себя некоторую общую теоретическую модель этиологии болезней, получившую название модели «стресс-диатез». Все факторы внешнего социального окружения операционализируются в этой модели под рубрикой стресса. Однако само воздействие стресса очень редко или никогда не выступает собственно причинным (этиологическим) фактором конкретной болезни или группы болезней. Для проявления патогенного эффекта стресса необходимо соответствующее состояние индивида — «диатез». Это состояние может быть длительным, устойчивым, сформировавшимся под влиянием конституционально-генетических факторов или прошлого негативного эмоционального опыта, и тогда обозначается как предрасположенность

(предиспозиция).

Состояние, способствующее видимому проявлению (экзацербации) патогенного эффекта стресса, может быть и кратковременным, обусловленным характером сложившейся стрессогенной ситуации или актуальным психологическим либо физическим состоянием индивида (например, усталостью, астенизацией). Тогда оно обозначается как преципитирующий, или триггерный, фактор патологического эффекта стресса.

Модель «стресс-диатез» позволяет вполне определенно локализовать место всего круга психологических факторов в этиологии болезни. Факторы социально-психологического уровня, в определенной мере отражающие и модулирующиеся макросоциальными (социетальными) факторами, выступают источником стресса окружения. Интрапсихические (собственно психологические) факторы создают восприятие социального окружения как угрожающего, то есть стрессогенного на основе памяти, мышления и особенностей мотивационной сферы личности. Поведенческие (внешние, экстернализированные или бихевиоральные) факторы могут модифицировать ближайшее социальное окружение в направлении повышения или снижения его стрессогенности. Психофизиологические факторы включены в соматопсихические отношения, и создают функциональные изменения в организме, которые могут при длительном действии этих факторов перейти в необратимые морфологические изменения на органном, тканевом и клеточном уровнях, то есть в болезнь.

Необходимо указать на две основные особенности, имплицитно, или скрыто и неочевидно, присущие биопсихосоциальной модели болезни. Во-первых, это представление о многофакторной этиологии, означающее, что в этиологии любого заболевания можно установить действие не только биологических, но и психологических, социально-психологических и поведенческих факторов. Во-вторых, это континуальная модель психических нарушений, составляющих содержание психического нарушения или сопровождающих соматическое (физическое) заболевание. На одном конце континуума находятся легкие психологические дисфункции, на другом — тяжелые психические расстройства, а между ними — различные состояния легкой и средней тяжести. Именно эти особенности биопсихосоциальной модели болезни приходят в острое противоречие с медицинской моделью, поскольку само по себе представление о психологических факторах в болезни не противоречит медицинской модели и даже дополняет ее.

В эмпирических исследованиях получены достоверные данные о связи, например, социального стресса с производственным травматизмом или уровнем «простудных» (острых респираторных) заболеваний. Однако для врача в случае острых заболеваний или поражений эти факторы представляются маловажными по сравнению с действием основной причины. Особенно это заметно в определенных исторических ситуациях, когда внимание врачей сосредоточивается только на тяжелых и

непосредственно угрожающих жизни состояниях (войны, социальные катаклизмы и т. п.).

Представление о заболевании, лежащее в основе континуальной модели, лишено так называемой диагностической специфичности. Диагноз же является основным инструментом в научном медицинском исследовании, лечении, установлении прогноза и реабилитации. «Идеальное» предназначение диагноза — определение «сущности», лежащей в основе видимых симптомов и признаков болезни, но имеющей в своей основе нарушение физико-химических процессов в организме, то есть объективной болезни.

Предметом первичного анализа для психологии является, напротив, субъективное переживание человеком своего физического состояния, поскольку совершенно очевидно, что именно оно выступает исходным пунктом любого вида поведения, связанного со здоровьем, болезнью и лечением. Оба эти подхода имеют свои достоинства и недостатки, поскольку объективная болезнь может и не сопровождаться нарушением субъективного самочувствия (например, ранние стадии онкологических заболеваний), тогда как истинная субъективно переживаемая симптоматика может не отражать каких-либо нарушений жизнедеятельности организма (например, при некоторых ипохондрических состояниях).

Таким образом, «водораздел» интересов медицины и психологии проходит не по линии различения объективной и субъективной болезни, а по линии оценки значимости субъективной болезни как отражающей объективную болезнь или как имеющей самостоятельное значение. Состояния субъективной болезни, не имеющей в своей основе идентифицируемого научными методами морфологического субстрата, издавна и по сей день представляют собой трудную проблему практической медицины. В XX веке первой реакцией на эту проблему внутри самой медицины стал психоанализ и впоследствии развившееся из него психодинамическое направление.

Психоанализ как метод и своеобразная идеология понимания психического имеет следующие особенности, важные с позиций психологии здоровья. Прежде всего, психоанализ «снимает» различия между здоровьем и болезнью, поскольку все личности имеют тот или иной вид интрапсихического конфликта, а следовательно, являются предметом интереса аналитика. Далее, психоанализ предлагает достаточно простой язык описания содержания психического, позволяющий в немногих формулах представить как интрапсихические отклонения, так и первичные социальные связи индивида. Наконец, спекулятивные утверждения психоанализа об этиологической роли факторов, находящих свое выражение в интрапсихическом конфликте, могут быть операционализированы и эмпирически верифицированы.

Психосоматическая медицина выросла из психоанализа первоначально как попытка объяснить содержание интрапсихического конфликта этиопатогенез узкого круга так называемых психосоматических заболеваний

(сердечно-сосудистых, бронхиальной астмы, атоидного артрита, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, колита), тогда как психоанализ определял состояния, выражавшие конфликт на языке симптомов, как невроз. Поскольку никаких убедительных доказательств значения такого конфликта найдено не было, последующее развитие психосоматической медицины было связано со столь же безуспешным поиском специфических для каждого психосоматического заболевания типов личности или аттитюдов.

Вместе с тем в рамках психосоматического подхода были развиты положения о необходимости единства рассмотрении этиопатогенеза психических и соматических болезней, то есть о необходимости целостного подхода к личности больного, о значении актуальных социальных связей личности, а не только переживаний раннего детства, как в классическом психоанализе, и, наконец, об участии психологических факторов в развитии практически всех болезненных состояний.

Традиционная клиническая психиатрия основывается на медицинской модели болезни, хотя отдельные клинические школы в той или иной мере утилизировали некоторые концепции психодинамического подхода. В последние десятилетия наблюдается определенная переориентация клинической психиатрии на биопсихосоциальную модель болезни, однако здесь следует иметь в виду, что такая переориентация наступает под внешним социальным давлением на психиатрию, но не вытекает из логики ее внутреннего развития как медицинской науки. Клиническая психиатрия разработала высокодифференцированный аппарат для квалификации психического состояния и как наука содержит значительный объем теоретических построений относительно психических расстройств. Весь этот методический и теоретический аппарат с успехом применяется в психологии здоровья. В известном смысле и психосоматический подход может быть определен как приложение принципов клинической психиатрии к соматическим (физическим) болезням.

Бихевиоральная медицина является сравнительно новым направлением в медицине, близким и пересекающимся по своей тематике с психологией здоровья. Первоначально бихевиоральная медицина понималась как использование принципов биологической обратной связи для профилактики и терапии заболеваний с выраженным психологическим компонентом, однако сегодня она рассматривается как приложение бихевиорального направления в психологии к медицинской проблематике. Психология здоровья в отличие от бихевиоральной медицины первично связана с психоаналитической и психосоматической традицией.

Несмотря на «генетическую» связь психологии здоровья с медициной, она остается, прежде всего, психологической наукой, основанной на общей теории психологии и тесно взаимодействующей с такими отраслями психологии, как психофизиология, детская и возрастная психология, медицинская психология, социальная психология и психология общностей, инженерная и промышленная психология, психология спорта, авиационная

психология, дефектология и т. д. Помимо дисциплин психологического цикла психология здоровья использует данные и подходы различных разделов социологии — социальных организаций, девиантного поведения, массовых общественных движений, культуры и, конечно, медицинской социологии и социальной медицины.

Такой объем междисциплинарных связей делает непростой задачей вычленение собственной предметной области психологии здоровья. Не случайно некоторые авторы определяют психологию здоровья как «всю психологию» в ее приложении к проблемам здоровья и болезни (Prokop, Bradley, Burish et al., 1991).

ОБЪЕМ И СОДЕРЖАНИЕ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ КАК ОБЛАСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ НАУКИ

Психология здоровья представляет собой сегодня чрезвычайно обширную и интенсивно развивающуюся область теоретизирования и эмпирических исследований. Согласно оценке Н. Адлер (Adler, 1994), каждая третья статья в основных англоязычных психологических журналах посвящена тем или иным проблемам психологии здоровья. Это составляет, по данным Дж. Стоуна (Stone, 1979), не менее тысячи статей в год, причем лидирующее значение принадлежит по-прежнему тематике психического здоровья, которой посвящено более 80% публикаций.

Конечно, при определении психологии здоровья как науки возникает естественное стремление опереться на теоретически строгое и методологически непротиворечивое определение здоровья вообще или хотя бы психического здоровья. Однако такое определение здоровья, впрочем, как и болезни, не может быть дано в рамках тех дисциплин, предметом которых выступают конкретные проявления данных феноменов. Сегодня существуют сотни определений здоровья, что само по себе в достаточной мере характеризует их практическую полезность. Действительно, болезнь вообще и здоровье вообще являются абстракциями очень высокого порядка, доступными лишь для философского анализа. Подобно этому, в рамках физической науки не может быть дано адекватного определения материи.

Уже на раннем этапе становления психологии здоровья как науки стала очевидной недостаточность медицинского определения здоровья как отсутствия (диагностируемой) болезни (негативное определение). Поиск позитивных критериев здоровья в значительной мере опирался на взгляды сторонников психодинамического направления и гуманистической ориентации в психологии и нашел наиболее яркое проявление в концепции позитивного психического здоровья Мэри Ягоды, сформулированной в конце 1950-х годов. Здоровье определялось по критериям позитивного восприятия себя, автономии, способности к саморазвитию и самоактуализации (Jahoda, 1958). Несмотря на широкое теоретическое принятие такого понимания

позитивного психического здоровья, оно не нашло соответствующего приложения в психологии здоровья из-за трудностей операционализации и ценностной «нагруженности», то есть привязанности к ценностной системе американского общества середины XX века.

Для прикладных целей исследования в области психологии здоровья вполне достаточным оказываются так называемое функциональное определение здоровья, основанное на подходе Талькотта Парсонса (Parsons, 1958) и восходящее к эволюционной теории представление о дисфункции. Под здоровьем здесь понимается способность индивида полноценно функционировать в основных социальных ролях. Данное определение имеет ряд важных следствий. Во-первых, это относительность здоровья, подразумевающая отсутствие «абсолютного» психического здоровья. Другими словами, нет такого индивида, который мог бы сохранять здоровье в любых социальных ролях или ситуациях. Во-вторых, такой подход ограничен социокультурными нормами того общества или группы, в рамках которых рассматривается здоровье. То, что воспринимается как здоровье в одной культуре, может представлять как тяжелая патология в другой. В-третьих, функциональное понимание здоровья не подразумевает полного отсутствия симптоматики психического или соматического расстройства, а только констатирует, что такая симптоматика, если она имеется, не вызывает социальной или поведенческой дисфункции.

В эмпирических исследованиях оценка здоровья дается по следующим показателям:

1. Медицинская оценка состояния, находящая свое выражение в клиническом диагнозе — психиатрическом для нервно-психического или поведенческого расстройства, и соматическом — для физического заболевания.

2. Субъективная личностная репрезентация своего физического и(или) психического состояния, интегрально выраженная в самооценке здоровья.

3. Восприятие личностью адекватности своего функционирования в главных социальных ролях, оцениваемое По уровню удовлетворенности и целостно проявляющееся в общей удовлетворенности жизнью (субъективном благополучии, счастье, позитивном аффекте).

4. Адаптация индивида к социальному окружению, которая может включать в себя самооценочные показатели, но обычно определяется по объективизируемым оценкам со стороны других людей, входящих в ближайшее социальное окружение индивида (Kasl, 1974).

Конечно, каждое конкретное исследование включает в себя только ограниченный набор показателей здоровья, но, как правило, представляющий не менее двух из перечисленных групп. Широко обсуждавшееся одно время в литературе применение для оценки здоровья личностно-психологических тестов не нашло поддержки исследователей из-за совершенно неудовлетворительной предсказательной способности тестовых оценок для исходов в сфере здоровья.

Известная эклектичность в операционализации здоровья, а также то, что эмпирические исследования скорее отвечают актуальным практическим потребностям, нежели исходят в своих задачах из логики теоретического развития психологии здоровья, весьма затрудняет определение этой отрасли психологической науки. Имеющиеся определения скорее остроумны, чем строги в научном отношении. Например, психология здоровья определяется как наука о том, почему одни люди заболевают, а другие — нет, или как наука об искусстве медицины.

Анализ монографических изданий последних двух десятилетий, вышедших под заголовком «психология здоровья», показывает поразительные различия в их тематике. Конечно, эти различия обусловлены и объективным развитием психологии здоровья как науки, обширностью данной отрасли психологии, смещением доминирующих интересов исследователей, но также и действительно существующей несогласованностью позиций авторов относительно объема и содержания психологии здоровья.

Поэтому наиболее адекватным современному состоянию психологии здоровья представляется определение ее как предметной области, через перечень основных тем, составляющих предмет теоретизирования и эмпирических исследований. При этом мы будем основываться на широкой теоретической концептуализации Г. Каплана (Kaplan, 1972), дополненной и конкретизированной материалами текущего исследовательского процесса в данной области психологической науки.

А. Психологические факторы в этиологии

Исследования понимаемой в широком смысле этиологии заболеваний являются исторически наиболее ранней, наиболее развитой, а также представляющей основной интерес для клинической медицины областью.

В современной концептуализации это исследования этиологического значения стресса. Они включают в себя следующие разделы:

Стресс как этиологический фактор в состоянии здоровья — общие характеристики: а) тип стрессора; б) массивность и продолжительность воздействия; в) детерминанты повреждающего воздействия; г) связь характеристик воздействия стрессора с патогенным эффектом.

Ресурсы резистентности: а) индивидуально-личностные и биологические; б) социально-психологические — социальные сети и социальная поддержка; в) социальные — деятельность социальных институтов, повышающая или снижающая резистентность индивида к воздействию стресса.

Механизмы влияния стресса на состояние здоровья: а) психофизиологические и иммунологические; б) психологические, реализующиеся в когнитивной и мотивационной сферах личности; в) социально-психологические, реализующиеся в сфере интерперсональных отношений; г) социальные (социальная интеграция — дезинтеграция).

Б. Источники стресса

Здесь изучаются различные виды стрессогенного окружения, причем центральной является социально-психологическая концепция роли, объединяющая в себе субъективное переживание индивидом своей включенности в различные виды социального окружения и объективные характеристики, связанные со стрессогенностью выполнения роли в данном конкретном социальном окружении.

Выделяются три направления концептуализации источников стресса окружения.

1. По стадиям жизненного цикла: а) детство; б) подростковый возраст; в) ранняя и поздняя зрелость; г) пожилой и старческий возраст.

2. По «аренам» действия стресса: а) родительская семья и воспитательные институты; б) работа (производственные организации); в) семья прокреации (собственная); г) социальная общность (в широком экологическом понимании — социальные характеристики и процессы, а также физическая среда).

3. По типу социальных изменений: а) ролевые транзиции (психосоциальные «переходы» в течение жизненного цикла; б) географическая и социально-стратификационная мобильность; в) изменения в широком социальном окружении.

В. Психологические факторы в конкретных заболеваниях и нарушениях поведения

Исследования психологических факторов могут соотноситься с этапами: первичной профилактики, то есть предупреждения возникновения заболевания; вторичной профилактики, то есть предупреждения утяжеления и хронизации состояния при возникновении ранних симптомов заболевания; третичной профилактики, то есть предупреждения обострения и перехода в активную фазу (экзацербации) болезненного процесса при сформировавшемся заболевании; а также с задачами диагностики, терапии и реабилитации. Исследования этого типа высокоспецифичны для отдельных видов заболеваний и состояний. Понятно, что результаты исследований этиологии реализуются здесь на этапе первичной профилактики, однако ограничение этим видом исследований является сужением задач психологии здоровья.

Подобные исследования традиционно делятся на исследования соматической и нервно-психической патологии.

1. Исследования первой группы включают в себя широкий круг терапевтической, неврологической и инфекционной патологии, а также некоторые физиологические состояния. Прежде всего, это заболевания, традиционно относящиеся к психосоматическим. Современное содержание психосоматического подхода находит свое отражение в такой новой тематике, как, например, детский церебральный паралич, СПИД, хроническая почечная недостаточность и т.д.

2. Исследования второй группы включают в себя: а) так называемые общие эмоциональные синдромы — тревогу и депрессию; б) невротические расстройства; в) нарушения поведения, связанные с личностными

расстройствами; г) так называемые функциональные психозы — шизофрению, маниакально-депрессивный психоз и инволюционные психозы; д) аддиктивное поведение — алкоголизм, нарко- и токсикомании; е) пограничную умственную отсталость.

Г. Поведение, связанное со здоровьем и болезнью

Здесь выделяются исследования двух групп факторов — инициирующих данный вид поведения и способствующих его поддержанию (и, соответственно, прекращению).

1. «Поведение риска» (частично охватываемое понятием саморазрушающего поведения): а) алкоголизация (на донологическом этапе); б) курение; в) переизбыток; г) отказ от выполнения различных гигиенических рекомендаций (уход за зубами, использование контрацептивных средств и т. п.); д) поведение, связанное с увеличением риска несчастных случаев (например, пренебрежение ремнями безопасности при поездке в автомобиле).

2. «Гигиеническое» поведение (протективное, самосохранительное): а) физические упражнения; б) регулярное прохождение медицинских осмотров; в) соблюдение режима труда и отдыха.

Другие виды протективного поведения являются «отражением» поведения риска. Например — отказ от алкоголизации и курения, соблюдение гигиенических рекомендаций и т. п. Поэтому поведение риска и протективное поведение обычно изучаются совместно.

3. «Медицинское» (связанное с болезнью) поведение: а) самолечение и отказ (откладывание) обращения за медицинской помощью при заболевании; б) обращение к непрофессионалам; в) принятие роли больного и связанные с этим проблемы; г) согласие (комплаенс) с врачебными рекомендациями и их выполнение.

Д. Психологическое обеспечение разработки и реализации профилактических и лечебных программ

Любая конкретная профилактическая программа должна основываться на результатах предварительных психологических исследований. Это положение представляется отнюдь не очевидным, поскольку для многих подобных программ вполне достаточным обоснованием кажутся результаты соответствующих медицинских исследований и медицинского «здорового смысла». Однако тяжелые психологические и психиатрические отдаленные последствия вполне разумных с позиций медицинской модели профилактических и лечебных мероприятий убеждают в обратном (Гундарев, Оганов, 1989).

Роль психолога значительно меняется в зависимости от цели, теоретической ориентации, содержания конкретной программы, контингента, для которого она предназначена, и места ее реализации. Однако и здесь можно выделить основные темы, представляющие собой предмет психологии здоровья.

1. Использование химико-фармацевтических лекарственных препаратов: а) психологическое воздействие на состояние пациентов (плацебо-эффект); б) сочетание психо- и фармакотерапии.

2. Формирование и поддержание мотивации участия в программе у представителей целевого контингента.

3. Оценка эффективности программы.

Е. Психологические факторы в деятельности лечебно-профилактических учреждений

Этому направлению посвящен значительный объем этико-деонтологической литературы. Собственно психологическая проблематика включает здесь следующие основные темы:

1. Профессиональная социализация (и профессиональная деформация) врачей и среднего медицинского персонала.

2. Организационный климат лечебно-профилактического учреждения и его влияние на характеристики лечебного процесса.

3. Психологическое воздействие физической среды |f учреждения на пациентов.

4. Синдром «выгорания» у медицинского персонала.

5. Характеристики межличностного взаимодействия между пациентами и персоналом.

Теоретическая «рамка» стресса может использоваться для изучения всех остальных рассмотренных тем психологии здоровья. В свою очередь, сам стресс, как и другие исследовательские темы, может изучаться в контексте конкретных социально-структурных (социально-демографических и социально-классовых) и культурных переменных.

Следует указать на достаточно условный характер тематического описания психологии здоровья. Конкретное исследование обычно охватывает несколько таких тем, что вызвано как стоящими перед исследователем прикладными задачами, так и финансовыми ограничениями. При вторичном теоретическом анализе данных любого эмпирического исследования оно также может быть использовано более чем в одном теоретическом направлении.

Проиллюстрируем сказанное несколькими примерами тематики исследований, которые оказали значительное воздействие на развитие психологии здоровья. Это: влияние социальной поддержки на течение беременности; факторы адаптации к общности у выписанных больных шизофренией; направления вмешательства для редукации реакции страха при проведении диагностических процедур у детей в условиях стационара; соотношение психотерапевтического воздействия и влияния сообщений средств массовой информации в выполнении рекомендаций по профилактике коронарной болезни сердца; связь строительства электростанции в Канаде с ростом нервно-психической патологии у коренного населения — индейцев; и мн. др.

ПРИМЕНЕНИЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ И РЕЗУЛЬТАТОВ ЭМПИРИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ

Теоретические модели, используемые в современной психологии здоровья, можно классифицировать в соответствии с основными теоретическими ориентациями в психологии на психодинамические, бихевиористские, когнитивные (включая атрибуционные) и интеракционистские. Эти модели имеют различную «сферу охвата», то есть могут соотноситься как с одним, так и с несколькими исследовательскими направлениями. Наибольшую сферу применения имеют, конечно, теоретические модели стресса, такие, как «транзактная» модель Ричарда Лазаруса (Lazarus, Launier, 1978). Другие модели имеют ограниченные сферы применения. Например, теория «привязанности — потери» Дж. Боулби (Bowlby, 1980) описывает стрессогенное влияние лишения «фигуры привязанности» для формирования психики ребенка в раннем детстве, однако впоследствии она была распространена на утрату в возрасте, когда личность уже сформировалась, для объяснения возникновения пролонгированной реакции горя. Кроме того, теория Боулби была использована для формулировки «гипотезы социальных связей» (Cassel, 1976), послужившей одной из основ построения теоретических моделей социальной поддержки, а также для теоретического обоснования популяционного исследования невротиков (Юницкий, 1991; Смирнова, 1995). Теория «заученной беспомощности» М. Селигмана (Seligman, 1975) первоначально объясняла генез реактивных депрессий, но затем была успешно применена для объяснения патогенных эффектов стресса физического окружения.

Большинство же теоретических моделей соотносится с каким-либо одним направлением исследований. Собственно, наличие таких моделей и служит основанием для выделения направления. Например, модель А. Станкарда (Stuncard, 1979) служит лишь для описания поведения, связанного с перееданием.

В каждой области исследования чаще имеется несколько конкурирующих теоретических моделей. Рекордное их количество существует в области алкогольной и наркотической зависимости, где описано около полутора сотен моделей, включающих в себя психологические переменные. Естественно, не все они используются в реальном исследовательском процессе. Так, в области алкогольной и наркотической зависимости сегодня наиболее интенсивно разрабатывается модель ожидаемого действия алкоголя или наркотических веществ Алана Марлатта (Marlatt, 1983).

Необходимо отметить следующие особенности теоретического развития психологии здоровья, затрудняющие однозначную квалификацию существующих моделей.

Во-первых, сами модели развиваются их авторами. Теория «привязанности — потери» вначале была выдержана в жестких рамках психоаналитического подхода, однако дальнейшее развитие получила в рамках информационной модели, то есть приобрела когнитивистскую направленность. «Транзактная» модель стресса включает в себя сегодня представления об индивидуальных стилях преодоления и этиологической значимости «повседневных тревог и забот», хотя и сохраняет признание ведущего значения когнитивных процессов.

Во-вторых, не все серьезные эмпирические исследования основаны на какой-нибудь из ведущих теоретических ориентации. Цикл исследований «личностной твердости» Сюзанны Кобасы основывался, например, на экзистенциалистском подходе (Kobasa, 1982).

В-третьих, теоретические модели, предназначенные, по замыслу их авторов, объяснять широкий круг психологических феноменов, оказались приложимыми к значительно более узкому кругу. Таковы теоретические модели, разработанные в рамках символического интеракционизма и принадлежащие Томасу Сацу (Szasz, 1961) («психическая болезнь как миф») и Томасу Шеффу (Scheff, 1984) («этикетирования»). Рассматриваемые вначале как универсальные теории социальной этиологии психических расстройств, сегодня они находят некоторое признание лишь в отношении поведенческих нарушений и мягких задержек психического развития.

В-четвертых, некоторые теоретические модели, переставшие активно разрабатываться, в своих основных положениях продолжают имплицитно присутствовать как в постановке задач, так и в интерпретации результатов исследований. Здесь прежде всего следует назвать развитые в рамках традиционного психосоматического подхода «медицинскую» модель стресса Гарольда Вольфа (Wolff, 1953) и «теорию больного общества» Джона Халлидея (Halliday, 1949).

И, наконец, в-пятых, некоторые современные теоретические подходы опираются на более чем одну главную теоретическую ориентацию. Таков когнитивно-бихевиористский подход, на основе которого достигнуты впечатляющие результаты в достаточно отдаленных друг от друга областях — привитие гигиенических навыков ребенку в родительской семье и идеаторный тренинг межличностных умений руководителей.

Следует выделить три основных класса теоретических моделей — описательные (дескриптивные), объяснительные (интерпретативные) и предсказывающие (предиктивные). Они отличаются главным образом по своему месту в процессе эмпирического исследования. К первому классу моделей относятся те, которые позволяют упорядочить эмпирический материал. Это, например, модели жизненного цикла и (частично) ролевые модели. Не столь отчетливо отличие интерпретативных и предиктивных моделей. Так, изначально ориентированные на интерпретацию психодинамические модели обладают чрезвычайно низкой предиктивностью. В то же время высокая предиктивность — основной критерий адекватности модели объясняемой ею сфере реальности, то есть

теоретической валидности. Поэтому дескриптивные модели используются для формулировки предмета исследования, интерпретативные — для выдвижения исследовательских гипотез, а предиктивные — для их верификации и разработки обоснованных рекомендаций.

Эмпирическое исследование в области психологии здоровья включает в себе ряд серьезных конкретно-методологических проблем, от решения которых зависит как научная, так и прикладная ценность получаемых результатов. Охарактеризуем эти проблемы на примере наиболее распространенного типа исследования — влияния социального стресса на здоровье. В соответствии с исследовательской процедурой эти проблемы могут быть сгруппированы на связанные: с измерением состояния здоровья; с измерением социального стресса; с установлением связи между стрессом и здоровьем.

Набор показателей, характеризующих здоровье, обусловлен выбранной его операционализацией. *Психиатрическая оценка* состояния может быть дана по двум видам показателей — психиатрическому диагнозу и шкалам симптомов.

Подход к диагнозу как к психометрическому инструменту выдвигает проблемы его надежности и валидности. Под надежностью здесь понимается способность диагноза однозначно идентифицировать болезненные «сущности», а под валидностью — сходимость диагнозов, выставляемых независимыми психиатрами, и воспроизводимость диагноза, выставляемого одним и тем же психиатром в различные периоды времени (Beck, 1962). Чрезвычайно высокий скептицизм относительно надежности психиатрического диагноза не находит подтверждения в методических исследованиях. Конечно, в психиатрии, как ни в какой другой области медицины, сомнительно представление о патологических состояниях как отдельных особых «сущностях», которые требуется распознать и категоризировать в диагностическом суждении. Однако при условиях принадлежности психиатров к одной клинической школе, хорошей клинической подготовки и достаточного опыта, и, наконец, при серьезном отношении к диагнозу его надежность и валидность не ниже стандартизованных психометрических процедур.

Шкалы симптомов в отличие от психиатрического диагноза, предназначенного для квалификации психического состояния индивида, используются для оценки психического здоровья популяций. Обычно они включают в себя перечень наиболее часто встречающихся симптомов и способы оценки их частоты и выраженности у респондента. Техники стандартизации и валидации этих шкал те же, что и используемые для разработки психологических тестов. Ряд встречающихся в популяции состояний — задержки психического развития и слабоумие, гипоманиакальные состояния, а также невротические состояния с выраженной психологической защитой («иллюзорное психическое здоровье») — эти шкалы не фиксируют. Поэтому шкальные оценки не дают оснований для клинического диагноза, а скорее характеризуют уровень

социальной адаптации. Хотя шкалы симптомов наиболее релевантны континуальной модели психических расстройств, следует учитывать, что сама эта модель не обладает свойством непрерывности, то есть не отвечает предположению о расположенности в одном континууме невротических реакций, невротических развитии и психотических состояний.

Самооценка здоровья используется для получения данных о физическом (соматическом) здоровье индивида. Ее адекватность как измерительного инструмента характеризуется по совпадению с клиническими суждениями врача. При этом необходимо иметь в виду, что врачебное суждение также имеет субъективную оценочную природу, однако подразумевает в своей основе специальные знания и опыт. Методические исследования показывают, что врачи не склонны диагностировать здоровье, а скорее фиксируют отсутствие конкретных болезней.

Совпадение самооценки здоровья с врачебными суждениями обычно низкое, причем самооценка «сдвинута» в сторону большего оптимизма. В самооценке здоровья находит свое выражение скорее успешность социального функционирования и чувство субъективного благополучия, чем собственно физическое состояние. Этим объясняется значительная неустойчивость самооценки здоровья и ее высокая подверженность различным плохо контролируемым воздействиям.

Оценки *уровня адаптации* со стороны представляются в наибольшей мере объективизированными, однако верифицировать это предположение до сих пор не удается. Так, наиболее часто используемые для изучения психического здоровья детей оценки матерей оказываются сильно искаженными. Для взрослых фиксируются довольно значительные расхождения между респондентами и членами их ближайшего социального окружения, однако всегда остается неизвестным, кто из них прав. Показатели удовлетворенности и субъективного благополучия уже рассматривались в отечественной литературе.

Измерение внешних факторов окружения осуществляется в соответствии с методическими принципами, общими для любого эмпирического социального исследования. Специального упоминания требует подход *изучения «жизненных случаев»*, или «событий», в рамках современного развития психологии здоровья фактически и означающий исследования социального стресса.

Исходным методическим инструментом измерения «жизненных событий» явились шкалы Рейха и Холмса-Рейха (Holmes T., Rahe, 1967; Rahe, 1974), где перечислялись основные жизненные события, встречающиеся в популяции, — например, беременность, тюремное заключение, изменение места жительства, заболевание и т. п., — переведенные в стандартные оценки с модальным значением, приписанным вступлению в брак. По данной методике был проведен широкий круг исследований, первоначально в Военно-морских силах США, на ряде клинических выборок, а затем и в различных странах Эти исследования убедительно показали, что «события», происшедшие с индивидом в фиксированный период времени (от

полугода до трех лет, обычно в исследованиях — за год), высоко предиктивны для последующего возникновения самых различных соматических заболеваний, психических и поведенческих расстройств.

В настоящее время имеется множество модификаций исходной шкалы, в том числе предназначенных для детей и подростков. Их появление вызвано тем, что большинство исследователей изменяют наборы и вес случаев в соответствии с конкретными исследовательскими задачами. Подход Дж. Броуна (Brown, Harris, 1978) необходимо выделить особо, поскольку в его рамках предпринята попытка не только фиксации, но и определения стрессогенных параметров случаев, а также их субъективной значимости для индивида, что сближает этот подход с клинико-анамнестическим методом.

Проблемы применения подхода «жизненных случаев» могут быть сгруппированы в три класса. Первый — это «желательность» или «нежелательность» случая для индивида. Первоначальный подход Т. Холмса и Р. Рейха был основан на гомеостатической модели Кеннона, то есть предполагалось, что любые изменения обладают патологическим эффектом. Последующие работы показали, что «нежелательные» случаи чаще ведут к болезни. Второй класс проблем связан с объединением в одном перечне негативных и позитивных случаев на основе культурно-нормативных оценок. Например, смерть супруга всегда рассматривается как негативный случай, однако для несчастливого брака это может быть и не так. Третий класс проблем связан со взвешиванием «случаев». Изменение процедуры взвешивания может менять итоговую значимость случаев. Возможны различия в значимости случаев и в различных субпопуляциях и культурах.

Методическая критика подхода «жизненных случаев» для изучения этиологии заболеваний идет в двух основных направлениях. Первое связано с тем, что многие случаи могут быть не столько причиной, сколько следствием болезни. Второе направление подчеркивает невозможность разделения в рамках данного подхода психических и соматических расстройств. Например, изменение в религиозной активности индивида может быть следствием заострения эпилептоидных черт характера или развития параноидного состояния, но также и психологической реакции на неизлечимое соматическое заболевание, типа онкологического. Ясно, что при первых двух вариантах суждения об этиологической значимости изменения религиозности лишены содержательного значения.

Вместе с тем большой объем вполне однородных и непротиворечивых (консистентных) результатов, полученных в рамках подхода «жизненных случаев», показывает, что существующая критика скорее выявляет методические ограничения в интерпретации результатов, чем ставит под сомнение саму правомерность подхода.

Наряду с формализованными методами сбора первичной информации определенное значение для психологии здоровья имеет и феноменологический подход, основанный на изучении субъективных значений тех или иных характеристик в когнитивной сфере индивида. Феноменологический подход находит свое применение на стадии

исследования, предшествующей операционализации, и при интерпретации полученных результатов.

Установление связи между факторами окружения и переменными, отражающими состояние здоровья, может быть проведено по различным *исследовательским планам*. Главным критерием их оценки в психологии здоровья выступает способность дать ответ на вопрос о причинности.

Экспериментальный план, классическим применением которого является лабораторный психологический эксперимент, в наибольшей степени допускает причинную интерпретацию полученных зависимостей, то есть имеет наибольшую внутреннюю валидность. Однако он мало применим в психологии здоровья. Из-за понятных этических ограничений в ситуации лабораторного эксперимента не может быть воспроизведена реальная угроза здоровью испытуемых, что ставит под сомнение интерпретацию полученных эффектов. Результаты лабораторного эксперимента не могут быть и распространены на реальные жизненные ситуации, следовательно, они обладают низкой внешней валидностью.

Поэтому наибольшее распространение в психологии здоровья получила так называемая корреляционная методология. Ее основой выступает кросс-секционный план, когда данные и о предполагаемой причине, и о предполагаемом эффекте собираются в один и тот же момент времени. Однако если данные об эффекте, или о состоянии здоровья, собираются в момент проведения исследования, то данные о предполагаемых причинах неизбежно ретроспективны, потому что основываются на воспоминаниях респондента. *ν*. Предположения о ненадежности ретроспективных данных стали общим местом в методической литературе. Исходным положением психоанализа является искажение памяти (вытеснение). Существует теоретическая модель «схем воспоминания», согласно которой материал памяти при припоминании организуется в соответствии с актуальным психическим состоянием. Эмпирические исследования не подтверждают эти предположения. В общем, взрослые точно и последовательно воспроизводят основные события своей жизни, в том числе и происшедшие в детстве. Даже при депрессивных и истерических состояниях не происходит существенного искажения воспоминаний.

Другой проблемой корреляционной методологии является множественность потенциально причинных (этиологических) факторов, что вытекает из самой модели «стресс-диатез». Множественность факторов предполагает, что с одним заболеванием, состоянием или видом «поведения риска» связан более чем один фактор, а каждый фактор включен в этиологию более чем одного заболевания, состояния или вида поведения. Кроме того, факторы коррелируют не только с изучаемыми заболеваниями, состояниями или видами поведения, но и друг с другом.

Большинство изучаемых в психологии здоровья факторов не являются непосредственными причинами, то есть не имеют этиологической значимости в строгом смысле этого слова. Они выступают как факторы предрасположенности (способствующие) или преципитации (разрешающие), что в

рамках корреляционной методологии делает их промежуточными переменными. Такие переменные обозначаются как медиаторы или модераторы. Под медиаторными переменными обычно подразумеваются те, которые непосредственно коррелируют и с причинными, и с результирующими переменными (эффектом). Факторы-модераторы коррелируют только с одной из этих групп переменных, а выявляются лишь при сравнении групп — имеющих и не имеющих данный фактор.

На основе наличия корреляции нельзя делать выводов о причинности. Поэтому в рамках корреляционной методологии широкое распространение получили квазиэкспериментальные планы, наиболее популярным из которых является план с контрольной группой. Контрольная группа, однако, отнюдь не является решением проблемы, поскольку априорно не известно, по каким параметрам ее следует подбирать. Обычно основная и контрольная группы выравняются по объему и основным социально-демографическим характеристикам, однако в психологических исследованиях здоровья сильно действует фактор самоотбора членов контрольной группы. К участию в исследовании стремятся те, кто сам испытывает «проблемы» и хотел бы разрешить их путем участия в исследовании. Попытки усовершенствовать корреляционную методологию путем развития статистических техник (например, так называемый внутригрупповой план) пока не дают желаемых результатов.

Несмотря на все свои недостатки, проявляющиеся в конечном счете в низкой внутренней валидности, корреляционные исследования имеют одно чрезвычайно важное достоинство — «лицевую» (очевидную) валидность результатов для той области, в которой они проведены. Таким образом, имеется обратное отношение между внутренней и внешней валидностью психологических исследований здоровья: увеличение внутренней валидности влечет за собой снижение внешней валидности, то есть генерализуемости вывода, и наоборот.

Наилучшим методологическим решением проблемы причинности признается сегодня лонгитюдное исследование, когда измерения и причинных факторов и состояния здоровья делаются в различных временных точках. Однако и оно имеет существенные методические ограничения. Прежде всего, не удастся на протяжении всех «волн» исследования сохранить первоначальную выборку субъектов. Причины же их «отсеивания» только предположительны и могут быть обусловлены действием самих изучаемых факторов (например, смертность от коронарной болезни сердца среди «группы риска» в исследовании связанного со здоровьем поведения). Кроме того, на протяжении времени исследования выборка подвержена действию исторических изменений социального окружения, и результаты будут отражать не только действие изучаемых факторов, но и исторический тренд. Формулировка программы лонгитюдного исследования сама по себе требует накопления значительного объема результатов кросс-секционных исследований по данной проблеме и для данной популяции.

Для психологии здоровья особое значение имеют две специальные разновидности лонгитюдного исследования — проспективное и ретроспективное. Проспективное (когортное) исследование включает в себя актуальную оценку здоровья на момент проведения исследования, тогда как данные о состоянии здоровья в прошлом берутся из архивной документации (истории болезни, милицейские протоколы, судебные постановления). Ретроспективное (катамнестическое) исследование подразумевает повторную оценку состояния субъектов, ранее уже обследованных, и предназначено для анализа эффективности профилактических и лечебных программ.

Как видно из этой краткой характеристики состояния исследовательской методологии психологии здоровья, сегодня не может быть спланировано и проведено исследование, охватывающее все потенциальные факторы риска и лишенное методических недостатков. Следовательно, единственным возможным путем развития психологии здоровья как науки остается накопление надежных результатов эмпирических исследований и поиск среди них совпадающих и не противоречащих друг другу результатов.

В этом процессе вполне прагматическую функцию выполняют и теоретические модели. Совпадение конфигурации (паттерна) результатов с тем, который предсказывается теоретической моделью, позволяет распространять полученные результаты на другие области и популяции без ущерба для внутренней валидности исследований.

Особенностью психологии здоровья как отрасли исследований является проведение так называемых *базисных исследований*. Такие исследования реализуются на «модельных» общностях либо на национальной выборке по лонгитюдному плану и обширной исследовательской программе, с тщательно отработанным методическим аппаратом. Сегодня можно назвать семь таких исследований в области психического здоровья и четыре — в области физического здоровья, все они проведены в США. В области психического здоровья это Нью-Хевенское исследование, Манхэттенское исследование, исследование в графстве Стирлинг, исследование эмоционального самочувствия американцев в трех типах общностей, исследование восприятия американцами своего психического здоровья, исследование Ранд Корпорэйшн по страховой медицине и Чикагское исследование. В области соматического здоровья такими базисными являются исследования в общностях Розетто, Фрэмлингэм, графства Аламеда и Текумзе (Леви, Андерсон, 1979).

Базисные исследования не только дают обширную и высоконадежную эмпирическую информацию, но и позволяют верифицировать имеющиеся и генерировать новые теоретические модели. Благодаря базисным исследованиям менее масштабные конкретные исследования дают результаты, которые детализируют выводы базисных исследований. С помощью подобных конкретных исследований могут быть проверены выдвинутые в них гипотезы, которые, в свою очередь, могут быть со-

поставлены с выводами базисных исследований на основе использования общего методического подхода.

ЗНАЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Тип результатов психологического исследования здоровья по своей природе носит характер статистического вывода, то есть данных о связях почти всегда спорной причинной направленности, полученных на статистических группах. Возможность утилизации таких данных непосредственно в клиническую практику остается предметом дискуссий. Многие исследования в области психологии здоровья заканчиваются рекомендациями для врачей по использованию выводов в клинической практике. Специальный же анализ показывает, что врачи подобные выводы не используют, даже если они касаются клинически весьма актуальных проблем, таких, например, как проблема комплайенса (согласия пациентов с медицинскими рекомендациями).

Кажущаяся парадоксальность такого отношения заключается в том, что врачи имеют дело с теми же кросс-секционными данными, причем получаемыми на селективных выборках обратившихся за медицинской помощью, а так называемый клинический опыт по существу основан на накоплении информации о частоте совместной встречаемости различных симптомов и признаков заболеваний (включая признаки, характеризующие течение и исход), то есть на той же корреляционной методологии.

Отсюда можно выделить следующие причины игнорирования врачами выводов исследований в области психологии здоровья. Прежде всего, нельзя ожидать, что выводы, полученные на статистической группе, будут правомерными для каждого индивида, входящего в эту группу, просто в силу вероятностного характера статистического вывода. Установление принадлежности конкретного больного к данной группе требует применения процедуры, выходящей за пределы обычной клинической оценки. Опыт одной из научных клиник, чьей тематикой были проблемы бихевиоральной медицины, показал, что когда врачи переносили акцент своего внимания на психологические и социальные факторы, включенные в генезис болезненной симптоматики, резко увеличивалось число ошибок в диагностике и лечении.

Далее, те проблемы, которые представляются важными психологам, не представляются таковыми клиницистам. Хорошо известна связь эффективности лечения с выполнением рекомендаций, касающихся стиля жизни пациента. Однако исследования показывают, что практические врачи крайне неохотно и сугубо формально дают подобные рекомендации, поскольку своей основной профессиональной задачей полагают диагностику и лечение.

Состояние самих исследований в области психологии здоровья дает основание для неиспользования их результатов в клинике. Исследователи-психологи, в силу своей профессиональной направленности, склонны игнорировать значение органических и соматических факторов патологии

(что методологически совершенно не оправдано), тогда как для клинициста эти факторы предстают в конкретном больном и в конкретном заболевании в тесном переплетении с психологическими факторами. Поэтому изолированное рассмотрение психологических факторов представляется врачу упрощением, не соответствующим реальной сложности клинической картины.

Можно привести очень мало примеров, когда результаты психологического исследования были бы непосредственно приложимы к клинической практике. Такова, например, «прививка стресса» Дж. Джаниса, разработанная в рамках атрибуционного подхода и используемая для подготовки пациентов к болезненным процедурам и оперативным вмешательствам (Janis, Rodin, 1979)

Следует подчеркнуть, что чаще всего исследования в области здоровья не дают какой-то новой информации, ранее не известной клиницистам или гигиенистам. Действительно, подавляющее большинство проверяемых в исследованиях гипотез уже присутствует в медицинском знании либо в виде теорий болезни, либо в виде неформализованного практического опыта. Отсюда тем не менее не следует делать выводов о ненужности психологических исследований здоровья.

В существующем объеме медицинских знаний, как правило, имеется много взаимоисключающих объяснений (претендующих или не претендующих на статус теории) относительно одного и того же клинического или поведенческого феномена. Задача психологии здоровья с ее строгим научным аппаратом — подтверждение или опровержение представленных в клинической медицине формализованных теоретических моделей или донаучных гипотетических суждений.

Действительно, история медицины полна ошибочных теорий и ложных умозаключений. Например, клиницисты на основе своего врачебного опыта разрабатывают различные системы рекомендаций по практике воспитания здорового ребенка. Из сравнительно недавних таких систем широко известно воспитание «по Споку». Психологические же исследования отдаленных эффектов воспитания для психического здоровья не показывают сколько-нибудь существенных различий в исходах воспитательных практик, что объясняется, конечно, высокой пластичностью психики ребенка. Следует отметить, что клиническая медицина не может обойтись без таких донаучных видов теоретизирования, поскольку до сего дня весь имеющийся объем верифицированных научными методами знаний лишь незначительно перекрывает объем задач, стоящих перед практическим врачом.

Место эмпирического психологического исследования в развитии знаний о факторах здоровья может быть проиллюстрировано на примере развития представлений о личностном типе *A*. Клиницисты (терапевты) М. Фридман и Р. Розенман описали поведенческий паттерн типа *A* как универсальный личностный фактор predisпозиции к сердечно-сосудистым заболеваниям (в противоположность типу *B*, предрасполагающему к хроническим заболеваниям желудочно-кишечного тракта) (Friedman, Rosenman,

1977). Были разработаны психометрические шкалы, измеряющие выраженность поведения данного типа. В течение двадцати лет тип *A* рассматривался как главный модератор влияния социального стресса на сердечно-сосудистые расстройства. Удалось установить, что тип *A* имеет множество психофизиологических и биохимических коррелятов (см.: Копина, 1989). Впоследствии, однако, выяснилось, что смертность по причинам, связанным с сердечно-сосудистой патологией, в группе типа *A* не отличается от общей популяции. Полевые исследования показали, что для развития гипертензионного синдрома в реальных жизненных ситуациях имеет значение не сам паттерн типа *A*, а только одна из его составляющих — враждебность. Сегодня предметом таких интенсивных исследовательских усилий служит алекситимия — характеристика связанного с болезнью поведения, клинически описанная психотерапевтом П. Сифнеосом.

Основным направлением приложения данных психологии здоровья в настоящее время становится *первичная профилактика*, то есть сохранение и укрепление «здоровья здоровых». Главной проблемой использования результатов исследований в этой области является так называемая проблема низких корреляций. Суть ее в том, что суммарный «вклад» всех многочисленных идентифицированных психологией здоровья факторов в вариацию состояния здоровья популяций не превышает 9—10%. Другими словами, только на эту величину улучшилось бы состояние здоровья популяции, если бы из ее жизнедеятельности были бы устранены все психологические факторы «риска» (что в общем и невозможно).

Для проблемы низких корреляций существует несколько возможных объяснений. Первое объяснение сводится к несовершенству имеющихся методик исследования в психологии здоровья. Второе объяснение связывает низкие корреляции с «нейтрализующей» патогенное воздействие факторов окружения ролью социальной поддержки. Однако «вклад» социальной поддержки в вариацию состояния здоровья, как показывают исследования, не превышает 1%.

Поэтому наиболее правомерным представляется третье предложенное объяснение. Прежде всего, в эмпирическом исследовании обычно изучается какая-то одна область («арена»), в которой личность подвергается стрессогенным воздействиям (например, производство), тогда как в реальности человек включен в различные сферы стрессогенного окружения (семья, экономика и т. п.). Далее, в актуальном состоянии здоровья проявляется действие не только непосредственно переживаемых стрессоров, но и пережитых в прошлом («спящий» эффект). Наконец, и «вклад» конституционально-биологических и органических факторов в здоровье популяции, несомненно, высок.

В обоснованности данного объяснения убеждает выполненный Л. Саганом анализ одного из конечных показателей здоровья населения США — продолжительности жизни. По мере развития психологического консультирования и внедрения психопрофилактических программ в различных сферах американского общества, — от семьи и школы до

общенационального уровня — продолжительность жизни возрастала, несмотря на увеличение числа и силы воздействия стресс-огенных факторов (Sagan, 1987).

Итак, анализ современного состояния психологии здоровья показывает, что сегодня это одна из наиболее интенсивно развивающихся областей теоретизирования и эмпирических исследований в психологии. Развитие психологии здоровья опирается на некоторые основные теоретические представления, уходящие своими корнями в психодинамическое направление в психиатрии и бихевиористское направление в психологии. К таким теоретическим моделям относятся биопсихосоциальная модель болезни и концепция позитивного здоровья, получившая современное выражение в функциональном подходе к определению здоровья. Развитие психологии здоровья основывается на взаимопроникновении и взаимообогащении теоретического и эмпирического знания. Вместе с тем объем и содержание психологии здоровья как отрасли психологической науки во многом обусловлен задачами лечебной и профилактической медицины. Как и в любой другой бурно развивающейся области науки, в психологии здоровья накопление результатов исследовательского процесса значительно опережает обобщение и систематизацию этих результатов.

ЛИТЕРАТУРА

Гундарев И. А., Оганов Р. Г. О предупреждении возможных негативных последствий профилактических мероприятий // Советское здравоохранение. 1989. № 1.

Копина О. С. Современное состояние изучения и модификации поведения типа «А» в профилактической кардиологии // Социальные проблемы здоровья и продолжительности жизни. М., 1989.

Леви Л., Андерсон Л. Народонаселение, окружающая среда и качество жизни. М., 1979.

Смирнова Е. О. Теория привязанности: концепция И эксперимент. // Вопросы психологии. 1995. № 3.

Юницкий В. А. Психология детской потери (Обзор зарубежных исследований) // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. 1991. № 2.

Adler N. Health psychology: why do some people get sick and some stay well? // Annual Review of Psychology. 1994. Vol. 45.

Beck A. Reliability of psychiatric diagnoses: 1. A critique of systematic studies // The American Journal of Psychiatry. 1962. Vol. 119. N 3.

Bowlby J. Attachment and loss. Vol.3. Harmondsworth, Middlesex, 1980.

Brown G, Harris T. Social origins of depression. London, 1978.

Cassel J. The contribution of the social environment to host resistance // American Journal of Epidemiology. 1976. Vol. 104. N 2.

Engel G. The need for a new medical model // Science. 1977. Vol. 196. N 4286.

- Friedman M., Rosenman R.* The key cause-type a behavior pattern // Stress and Coping / Ed. by A. Monat, R. Lazarus. New York, 1977.
- Halliday J.* Psychosocial medicine. London, 1949.
- Holmes T., Rahe R.* The social readjustment rating scale // Journal of Psychosomatic Research. 1967. Vol. 11. N4.
- Jahoda M.* Current concepts of positive mental health. New York, 1958.
- Janis I., Rodin J.* Attribution, control and decision making: social psychology and health care // Health psychology — a handbook: theories, applications and challenges of a psychological approach to the health care system / Ed. by G. Stone, F. Cohen, N. Adler et al. San Francisco, 1979.
- Kaplan H.* The sociology of mental illness. New Haven, Conn, 1972.
- Kasl S.* Work and mental health // Work and the quality of life / Ed. by J. O'Toole. W tute for Employment research. 1974.
- Kobasa S.* The hardy personality. // Social psychology of health and illness / Ed. by G. Sanders, J. Suls. Hillsdale, New Jersey, 1982.
- Lazarus R., Launier R.* Stress-related transactions between persons and environment // Perspectives in interactional psychology / Ed. by L. Pervin, M. Levis. New York; London, 1978.
- Marlatt A.* Stress as a determinant excessive drinking and relapse // Stress and alcohol use / Ed. by L. Pohorecky, I. Brick. New York, 1983.
- Parsons T.* Definitions of health and illness in the light of American values and social structure // Patients, physicians and illness / Ed. by E. Yaco. Glencoe, 111., 1958.
- Prokop C, Bradley L., Burish T., et al.* Health «psychology. New York, 1991.
- Rabe R.* Life change and subsequent illness reports // Life stress and illness / Ed. by E. Gunderson, R. Rahe. «Springfield», 111., 1974.
- Sagan L.* The health of nations. New York, 1987.
- Scheff T.* Being mentally ill. New York, 1984.
- Seligman M.* Helplessness. San Francisco, 1975.
- Stone G.* Psychology and the health system // Health psychology — a handbook / Ed. by G. Stone, F. Cohen, N. Adler et al. San Francisco, 1979.
- Stuncard A.* Behavioral medicine and beyond: The example of obesity // Behavioral medicine / Ed. by O.Pomerleau, I. Brady. Baltimore, 1979.
- Szasz T.* The myth of mental illness. New York, 1961.
- Wolff H.* Stress and disease. Springfield, 111., 1953.

ГЛАВА 10

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ЗДОРОВЬЯ

СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ ФАКТОРЫ

Весь обширный набор социокультурных факторов, изучаемых в социально-психологическом исследовании здоровья, в аналитических целях

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

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

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

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

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

Имеется гипотеза (для подтверждения или опровержения которой сегодня еще недостаточно эмпирических данных), согласно которой соотношение нервно-психических расстройств по полу имеет определенную историческую тенденцию (тренд). Другими словами, нынешнее

соотношение, когда уровень патологической пораженности по нервно-психическим расстройствам у женщин выше, чем у мужчин, причем мужчины страдают более тяжелыми формами таких расстройств, сложилось только после II мировой войны. Действительно, до II мировой войны, но результатам исследований в США, уровень патологической пораженности мужчин и женщин был одинаков. Однако проводившиеся в тот период исследования основывались только на учтенной заболеваемости. Отчетливые различия имеются и по физическим заболеваниям. Например, мужчины чаще переносят инфаркт миокарда, язвенную болезнь, с ними чаще происходят несчастные случаи. Половые различия в соматических заболеваниях, по видимому, еще в большей мере подвержены историческому тренду.

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

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

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

В качестве альтернативных объяснений для различий в психическом здоровье мужчин в зависимости от семейного статуса выступают следующие. Первое объяснение предполагает, что мужчины с худшим психическим здоровьем имеют меньше шансов в поиске брачного партнера из-за трудностей установления адекватных межличностных отношений и меньшей

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

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

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

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

действию фактора самоселекции, однако соответствующие личностные особенности только гипотезируются.

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

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

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

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

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

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

опустевшего гнезда»). Однако эти общепринятые объяснения весьма спекулятивны и не универсальны.

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

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

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

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

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

Имеется две основные объяснительные модели для интерпретации классового градиента. Первая из них получила название теории социальной

причинности или социального стресса, вторая — теории социальной селекции (Жариков, 1990).

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

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

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

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

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

Таким образом, больше эмпирических данных получено в поддержку теории социальной селекции. Однако это не снимает следующих возражений. Во-первых, для одних заболеваний (например, неврозов) более правомерным может быть объяснение с позиций социальной причинности, тогда как для других (например, олигофрении) — объяснение с позиций социальной селекции. Во-вторых, различные показатели социально-экономического

статуса могут быть по-разному «чувствительны» к действию механизмов социального стресса — социальной селекции. Так, профессиональный статус может больше отражать социальную селекцию, а экономический статус — социальную причинность.

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

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

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

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

В то же время культура создает способы социально приемлемого и одобряемого преодоления жизненных трудностей и кризисов. Хорошо изучено значение похоронных обрядов и ритуалов при потере супруга в

английской культуре для нормального течения реакции горя и адаптации к новому социальному статусу одинокого человека. В рамках американской культуры для субкультурной этнической группы евреев социально одобряемым является обращение при кризисе за психотерапевтической помощью, тогда как среди англо-американцев такое обращение значительно менее социально приемлемо, а для итальянцев нормативным является обращение к священнику.

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

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

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

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

Формулируются две основные теоретические позиции по проблеме культурной обусловленности здоровья. В более ранней позиции, получившей наименование культурной относительности (релятивности), постулируется, исходя из существования культурно сформированных норм поведения,

связанного с болезнью и здоровьем, возможность определения здоровья только в данном конкретном культурном контексте. Результаты эмпирических кросс-культурных исследований психического здоровья ограниченно свидетельствуют в пользу данной теоретической позиции.

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

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

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

РАБОТА И СЕМЬЯ

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

Исследования первого направления показывают, что в западных странах большинство работающих не хотели бы оставить работу, даже если бы не испытывали материальной необходимости в ней. Исследования безработицы фиксируют легкие нарушения в нервно-психическом здоровье,

которые, однако, быстро компенсируются. Такая редукция симптоматики происходит за полгода и обычно сопровождается новым трудоустройством.

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

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

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

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

Источники стресса в индустриальных организациях могут быть идентифицированы по тем характеристикам работы, которые влияют на удовлетворенность индивида и создание мотивации труда, соответствующей целям организации. Наиболее часто используемая в современных

исследованиях производственного стресса типологизация, описывающая с этих позиций характеристики работы, предложена Дж. Хакманом и Е. Лоулером (Hackman, Lawler, 1971).

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

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

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

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

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

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

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

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

7. Возможности установления неформальных дружеских связей с другими.

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

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

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

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

Модели характеристик работы и ролевого напряжения в организациях получили надежную эмпирическую верификацию. Их применение имеет значительные преимущества в исследованиях здоровья перед

использованием таких традиционных социально-психологических характеристик организаций, как стиль руководства, организационный климат, сплоченность Первичных групп, коммуникационные сети и т. п.

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

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

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

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

Пример женщин-руководителей показывает стрессогенность социальной позиции групп меньшинств. Статус меньшинства присущ в индустриальных организациях также молодежи и инациональным груп-

пам. Профиль и демографическая структура работников предприятия определяют, какие группы займут эту повышенно стрессогенную позицию. Так, в одном исследовании коллектива крупной больницы, где подавляющее большинство персонала были женщины, высокострессогенной оказалась позиция мужчин — средних медицинских работников. Конечно, в масштабе организации отражаются и макросоциальные этнопсихологические процессы (см.: Левкович, Андрушак, 1995). В нашем исследовании, проведенном на расположенном в Узбекистане горнодобывающем предприятии в 1989 — 1990 годах, выявился рост социально-производственного давления на работников — выходцев из России.

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

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

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

Заболеваемость работающих отражает не только производственный стресс, но и всю совокупность условий труда и жизни. Однако по исследовательским данным можно выделить симптомы и состояния, в большей мере связанные с производственным стрессом, чем с другими факторами биологического и социального порядка. Это, например, психофизиологические (вегетативные) симптомы, несчастные случаи на производстве, простудные заболевания, а также обращение за медицинской

помощью в лечебно-профилактическое учреждение предприятия. К собственно соматической и психоневрологической заболеваемости тесно примыкают алкоголизм, нарко- и токсикомании.

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

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

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

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

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

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

Идентификация с целями, задачами и субкультурой организации выполняет протективные функции, поддерживая личностную идентичность и

самооценку. Идентификация с организацией обычно тем выше, чем выше позиция личности во внутриорганизационной статусной структуре.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

СОЦИАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ И ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ

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

С *психодинамических позиций* этиологическая роль стресса сводится к тому, что он вызывает тревогу и конфликт, выступающие базисным компонентом всех психических расстройств. Поддержка тоталитарной идеологии создает защиту от тревоги, происходящей от либидозных и агрессивных тенденций по отношению к родителям. Социальное давление Советов, по оценке Т. Саца, напоминало роль отца (Szasz, 1961). 5 С. Положий (1993) отводит такую роль фигуре генерального секретаря. Распад тоталитарной структуры власти привел к кризису идентичности с его психиатрическими последствиями. Этот процесс описывается в рамках выдвигаемого М. Оплером представления о параллелизме психодинамических и социодинамических процессов при социальных изменениях (Opler, 1967).

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

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

Теория утраты П. Марриса (Marris, 1974) заключается в том, что существует фундаментальный и универсальный «консервативный импульс», направленный на поддержание регулярности происходящего в социальном окружении и придающий всему происходящему субъективное личностное

значение. Социальные изменения переживаются как утрата, нарушают структуру интерпретации окружения и потому оказывают глубоко повреждающее воздействие на личность.

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

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

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

Формализованная модель влияния социальной дезинтеграции на здоровье предложена Д. Доджем и В. Мартином (Dodge, Martin, 1970). Согласно этой модели распространение социально индуцированного стресса в популяции варьируется обратно пропорционально стабильности и прочности социальных отношений в этой популяции. Показателем воздействия социального стресса на индивида является конгруэнтность статуса, то есть соответствие его статусной позиции в различных социальных

ролях. Соответственно уровень первичной заболеваемости и распространенность (болезненность) хронических болезней в популяции варьируется обратно пропорционально статусной интеграции общности. Модель представляет соотношение острых и хронических болезней в популяции в виде континуума, одним из полюсов которого выступает острая болезнь, вызванная инфекционным агентом, где воздействие стресса минимально, а другим — хроническая болезнь, в возникновении и течении которой воздействие стресса максимально. Модель верифицирована на данных вторичной статистики для популяции США по сердечнососудистым заболеваниям, туберкулезу, злокачественным опухолям, сахарному диабету и не подтвердилась только для сахарного диабета.

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

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

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

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

- 1) исследования эффектов потери работы (безработицы);
- 2) микроуровневые эпидемиологические исследования связи экономической нестабильности и здоровья, выполненные либо по ретроспективному, либо по проспективному плану;
- 3) макроуровневые эпидемиологические исследования с использованием вторичных статистических данных.

Все они имеют общие ограничения, делающие выводы каждого отдельного исследования не окончательными и не исчерпывающими: а) ни один из существующих исследовательских подходов не в состоянии охватить в одном исследовании все основные аспекты изучаемого феномена; б) причинная интерпретация результатов затруднена, поскольку отсутствие экспериментального контроля позволяет допустить существование других

переменных, не учтенных в исследовании; в) «естественные эксперименты» имеют ряд уникальных характеристик, что не позволяет сравнивать их исходы; г) несовершенство существующих, даже наиболее сложных исследовательских планов ограничивает генерализуемость и интерпретируемость результатов.

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

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

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

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

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

Оба исследования показали рост риска ухудшения здоровья при нарастании экономических трудностей. Авторы предложили два основных объяснения этого влияния; «провокации», то есть прямого стрессогенного влияния экономических трудностей, и «вскрытия», когда за медицинской помощью обращаются люди, ранее не лечившиеся или переносившие заболевания в субклинической форме. Больше данных было получено в пользу гипотезы «вскрытия», однако авторы не исключают возможности

альтернативных объяснений, например, действия скрытого третьего фактора (Catalano, Dooly, 1983).

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

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

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

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

При рассмотрении теоретических моделей и результатов эмпирических исследований, имеющих в западной (главным образом, американской) социальной психологии, возникают следующие вопросы. Во-первых, насколько данные теоретические модели адекватны процессам,

происходящим в российском обществе. Во-вторых, насколько полученные данные могут быть распространены на российскую популяцию.

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

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

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

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

Специального анализа заслуживает влияние экономического кризиса на здоровье населения Санкт-Петербурга. Здесь также отмечается резкий рост преступности, заболеваемости алкоголизмом, нарко- и токсикоманиями и числа самоубийств. За период 1990 — 1993 годов отмечался и рост инфекционной патологии (дифтерия, сальмонеллез, псевдотуберкулез, лептоспироз), венерических заболеваний, туберкулеза, алкогольных и лекарственных отравлений. Несколько менее было выражено увеличение заболеваемости бронхиальной астмой, сахарным диабетом, гастродуоденальными и алиментарными расстройствами, а также онкологической патологии. Более половины причин смерти составили сердечно-сосудистые заболевания. Возросла смертность от инфаркта миокарда и острой пневмонии. Отмечалось значительное утяжеление течения

названных заболеваний. Однако наряду с этим снизился как уровень обращений за амбулаторно-поликлинической помощью, так и уровень госпитализации в соматические стационары (Крылов, 1995).

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

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

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

В-третьих, устанавливается характер обращения за медицинской помощью, отклоняющийся от описанного в западной литературе гомогенного повышения уровней обращаемости и госпитализации. Здесь отражается не столько снижение потребности в лечебно-профилактической помощи, сколько несоответствие между этой потребностью и возможностью ее своевременного и качественного обеспечения (Глуховец, Семенова, 1993). Действительно, как показали данные проведенного нами экспертного опроса

руководителей высшего звена управления здравоохранением Санкт-Петербурга, на фоне увеличения числа заболеваний, накопления больных в популяции, утяжеления течения и неблагоприятных сдвигов в структуре патологии ресурсные возможности системы здравоохранения не только не сохранились, но и снизились параллельно ухудшению общей экономической ситуации.

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

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

ЛИТЕРАТУРА

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

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

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

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

Глуховец Б. И., Семенова О. Н. Основные медико-биологические параметры городской популяции Петербурга (заболеваемость, смертность,

структура летальности) // Качество населения Санкт-Петербурга /Под ред. С. И. Голода, Н. Л. Русиновой, Б. М. Фирсова. СПб., 1993.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Рукавишников В, О. Социология переходного периода // Социологические исследования. 1994. № 8—9.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hackman J., LawlerIII E. Employee reactions to job characteristics // Journal of Applied Psychology. 1971.

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

Mams P. Loss and change. London, 1974.

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

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

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

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

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

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

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

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