

*Г. Штайнкамп*

## СМЕРТЬ, БОЛЕЗНЬ И СОЦИАЛЬНОЕ НЕРАВЕНСТВО

### 1. Эскиз проблемы

Конференция Всемирной организации здравоохранения в г. Алма-Ата (1978) провозгласила предотвращение болезни и общественное содействие здоровью центральной политической целью деятельности в области здравоохранения. Удар был явно нацелен на расширение все еще доминирующей в лечебной медицине «модели индивидуальной системы» [1]. Соответственно логике этой биомедицинской парадигмы все не генетически детерминированные физические и психические отклонения от нормального состояния будут интерпретироваться как последствия индивидуального контакта с инфекционными микроорганизмами и ядовитыми субстанциями или рискованного стиля жизни, за который ответственен индивид. Этот образ не является ложным, но он недостаточен [2; 3, р. 114; 4, р. 299] и требует дополнения «моделью социальной системы» [1], поскольку становящийся все обширнее собираемый социологами, социальными медиками и эпидемиологами банк данных поставляет однозначные и убедительные доказательства того, что — независимо от индивидуальных конститутивных особенностей — социальные структуры в самом широком смысле все-таки влияют как на физическое и психическое здоровье, так и на продолжительность жизни.

Повсеместное улучшение условий человеческой жизни сыграло решающую роль уже в борьбе и сдерживании доминировавших еще в прошедшем столетии инфекционных болезней. Так, например, число вызванных туберкулезом случаев смерти снизилось на 90% до внедрения антибиотиков, т. е. до появления первой систематической основательной терапии [5]. Непрерывно улучшающееся питание и гигиена повлияли на снижение заболеваемости туберкулезом решающим образом. Только потом последовало медицинское вмешательство посредством профилактической прививки и ухода, которые воздействовали, кроме того, и на другие инфекционные болезни, приводя к падению смертности и заболеваемости [6, р. 165].

Сегодня более трех четвертей случаев болезни и смерти вызываются немногими, по большей части хроническими болезнями (сердечно-сосудистые болезни, злокачественные опухоли, не воспалительные артриты и ревматизм, заболевания желудочно-кишечного тракта и печени, сахарный диабет, а также психические нарушения), которые при всем различии причин их возникновения, протекания и завершения имеют три общие черты [7, S. 6].

**Штайнкамп, Гюнтер** (Prof. Dr. Guenther Steinkamp) — доктор социологии, профессор факультета социологии Билефельдского университета, Германия.

Научные интересы: социология воспитания и образования, социология медицины, социальная геронтология.

Adresse: Universitaet Bielefeld. Postfach 10 01 31. D-33501 Bielefeld

Тел.: (0521) 106-3979. Факс: (0521) 106-5844

E-Mail: guenther.steinkamp@post.uni-bielefeld.de

- Они до сих пор, как правило, средствами лечебной медицины не могут быть ни предотвращены, ни излечены. Несмотря на невероятные инвестиции в традиционную систему здравоохранения, она работает с быстро снижающейся эффективностью и результативностью. Прежде всего, групповые политические и экономические интересы, кажется, стабилизируют это трудное положение и, соответственно, усиливают его.

- Истоки длительной и многозвенной цепи хронических разрушительных болезней лежат всегда далеко от их проявлений. Они находятся полностью или большей частью вне физиологии индивидуума, а именно, в условиях жизни, труда и окружающей среды, следовательно, в политически сформированных областях.

- Риск заболеть или умереть, возможность индивидуально преодолеть нагрузки, а также шансы физически, психически и социально осилить болезнь распределены социально неравным образом. Распределение неравенства прочно увязано как с принадлежностью слою, так и с полом [8, 9].

Ввиду этого эпидемиологического исходного положения придется признать, что решающих успехов в борьбе против большинства болезней нашего времени следует ожидать только от радикальной переориентации политики в области здравоохранения к «модели социальной системы» [1]. Именно эта модель ставит в центр внимания политические, экономические, экологические, культурные и социальные условия болезни и здоровья, и в ней обретают контуры «стратегии коллективного снижения риска» [7, S. 23]. Улучшений в состоянии здоровья населения в будущем следует ожидать поэтому скорее от изменений условий, которые ведут к болезни, чем от вмешательства в уже запущенную болезнь [6, p. 11]. Безусловно, такие превентивные меры дешевле и гуманнее.

Возможность вмешательства в период первых проявлений многих современных болезней настоятельно обосновывается, в первую очередь, надежными данными социально-эпидемиологических исследований: связь между хронической болезнью и вероятной продолжительностью жизни, с одной стороны, и принадлежностью к социальному слою — с другой. С XII столетия, когда впервые были сообщены данные об этой связи, накапливается информация о стратификационной зависимости. Она консистентна для большого числа болезней, для различных популяций и остается стабильной в течение долгого времени. Например, у мужчин и женщин в возрасте от 24 до 64 лет продолжительность жизни и риск заболевания драматично варьируются в связи с образовательным уровнем, доходом и профессией, независимо от того, рассматривают ли этот индикатор социальной принадлежности в отдельности или вместе [10–20].

Хотя обусловленные возрастом темпы роста смертности в период с 1921 по 1972 г. во всех слоях снизились, различия между социальными слоями остаются или даже расширяются [3, p. 118]. Эти данные резко контрастируют с прогрессом медицинской науки и разросшимися расходами на здравоохранение в последние десятилетия во многих странах.

Влияние пространственно-временных характеристик социального слоя на здоровье и продолжительность жизни служит, в конечном счете, доказательством значения социальной окружающей среды. Ее существование вынуждает решительнее ориентироваться на модель социальной системы, ибо речь идет о

том, чтобы эффективно бороться со страданиями и сокращением продолжительности жизни. Общеизвестно значение социального неравенства для здоровья и продолжительности жизни, но также широко известно и нерелективное обращение эпидемиологов с этой категорией.

Дифференцированный анализ общественных структур неравенства может расширить наше знание о том, как устройство общества влияет на здоровье и болезни [21, р. 112] и какие звенья длинной причинной цепи от макроструктуры до индивида наиболее значимы. Их точное знание делает возможными эффективные стратегии вмешательства на различных уровнях.

В разделе 2 анализируются важные коррелятивные данные социально-эпидемиологического исследования между социальным слоем и смертностью и между социальным слоем и заболеваемостью в различных странах. При этом отмечается дифференциация между соматическими/психосоматическими болезнями и психическими нарушениями. В разделе 3 приводятся различные интерпретации этих данных, причем проверяется основательность «упрек-артефакта». Здесь же представлены возражения по поводу селективной гипотезы, или дрейф-гипотезы. Приведен объяснительный подход, который использовался главным образом в медицине и в котором социальное неравенство в болезни и смерти обуславливается особенностями относящегося к здоровью социально-группового поведения и подвергается критике его ограниченная сфера действия. Выводы этого критического раздела приведены в разделе 4. В нем предлагается комплексный многоуровневый подход к объяснению связи социального неравенства и болезни (жизненных надежд), который интегрирует также поведенческий вариант объяснения. Значение психосоциальных нагрузок и социальных, а также персональных ресурсов находится при этом в центре обсуждения. Заключительная оценка многоуровневого подхода дается в разделе 5.

## **2. Коррелятивные данные между социальным слоем и смертностью/заболеваемостью**

### ***2.1. Социальный слой и смертность***

Социальные стратификационные различия в уровне смертности являются явными и впечатляющими доводами в пользу существования взаимосвязи между здоровьем людей и их положением в системе общественно опосредованного неравенства.

Обсуждаемая здесь взаимосвязь между смертностью и положением в профессиональной иерархии в качестве центрального индикатора общественного неравенства была обозначена Р. Хэдвиком (R. Chadwick) уже в 1842 г. в «Докладе о санитарных условиях работающего населения Великобритании». Согласно его отчету, средняя продолжительность жизни в Великобритании, на показатели которой, конечно, сильно влияла в то время младенческая и детская смертность, выглядела следующим образом: «"джентльмены" и лица академических» профессий и их семьи... 45 лет; торговцы и их семьи... 26 лет; ремесленники, обслуга, рабочие и их семьи... 16 лет» [22, р. 425].

Хотя с первой половины XIX столетия общее состояние здоровья населения улучшилось, прежде всего благодаря изменению условий жизни и труда,

современные обследования в других странах показывают, что отмеченное Хэдвигом обратное отношение между социальным слоем и продолжительностью жизни существует также сегодня и даже расширяется.

В Англии и Уэльсе специфические социальные различия в смертности населения систематически учитываются уже с 1911 г., так как в этом году была введена в социальную статистику классификация населения по социальным слоям (на базе действующего сегодня центрального стратификационного индикатора профессионального статуса), которая охватывала в основном всего пять (позднее — шесть) социальных слоев [23, S. 37].

На основе этой социальной классификации слоя при помощи оцениваемой профессиональной позиции выражаются явные различия в смертности в стандартных возрастных группах между отдельными социальными слоями. Эти различия можно документировать, кроме того, на протяжении длительного времени как для обоих полов, так и для всего жизненного периода [19, p. 43, 227].

Центральное положение опубликованной в 1980 г. «Черной книги» (Black Report), фундаментального исследования социально-групповых различий в болезни и продолжительности жизни в Англии и Уэльсе, гласит: хотя темпы смертности в течение многих лет непрерывно снижаются для обоих полов во всех социальных слоях на всем протяжении жизни, но для мужчин и женщин профессионального слоя V (неквалифицированные) риск умереть до достижения пенсионного возраста в 2,5 раза выше, чем для людей профессии I (самостоятельные, с высшим образованием). В 1971 г. продолжительность жизни родившихся в семье служащего высшего профессионального слоя была на 7 лет дольше, чем родившихся в семье служащего нижнего профессионального слоя. Это означает, что продолжительность жизни нижнего профессионального слоя оказывается примерно на 10% короче [24, p. 1].

В изданной Маргарет Уайтхед в 1987 г. книге «Разделенное здоровье» (Health Divide) [19, p. 227] в продолжение анализа тенденций в ее предшественнице — «Черной книге» — документируется, что, хотя в основном темпы смертности в Великобритании между 1971 и 1983 гг. в отдельных профессиональных группах снижаются (особенно отчетливо в верхней), разрыв между верхним (I и II) и нижним (IV и V) профессиональными слоями углубляется. Темпы смертности в верхних статусных группах падают в этом периоде как для мужчин, так и для женщин в возрасте от 20 до 64 лет сильнее, чем в нижних статусных группах [16, p. 275, Tab. 1; 19, p. 230].

Еще в 1984 г. стандартная норма мертворожденных детей и детской смертности (у детей до одного года) в Англии и Уэльсе в слое V удвоилась, так же как и в слое профессии I [19, p. 229, фиг. 1]. Для британских мужчин в возрасте от 20 до 64 лет в 1979–1983 гг. темпы смертности в нижнем профессиональном слое остаются примерно в 2,5 раза выше, чем в верхнем слое. Для женщин в возрасте от 20 до 69 лет эти данные несколько меньше [19, p. 229, Fig. 1]. С наступлением стабильности детской смертности этот отчетливый градиент смертности сохраняется преимущественно для мужчин. При этом, хотя он и смягчается с возрастом, принципиально не меняется: у 75-летних и более старых мужчин из слоя профессии V в период 1976–1981 гг. возрастная смертность была выше на 50 % в сравнении с их женской половиной в слое I [25; 19, p. 230, Fig. 2].

Растущую дифференциацию в смертности между верхними и нижними статусными профессиональными группами к началу 1980-х гг. можно свести к смерти от рака легких, сердечно-сосудистых болезней и заболеваний сосудов головного мозга, в целом к болезням, которые лежали в основе стратификационных различий уже к началу 1970-х. В качестве возможных причин увеличивающегося разрыва в темпах смертности называются возрастающая безработица в нижних статусных группах, расширяющиеся различия в доходах и пропорционально более сильное сокращение курения в верхней статусной группе [16].

В 10-летнем лонгитюдном исследовании (Whitehall-study) были исследованы 17530 лондонских работников общественных служб мужского пола в возрасте от 40 до 64 лет в отношении риска смертности и причин смерти соответственно их служебному положению. Они разбиты на четыре профессиональные статусные группы: «административная»: руководители учреждений; «профессиональная/руководящая»: лица с высшим образованием, менеджеры среднего уровня; «канторская»: простые канцелярские служащие; «другие»: курьеры, неквалифицированные исполнители. Связь между статусной группой и смертностью оказалась ярко выраженной. Установленный градиент смертности последовательно и отчетливо растет от высшего уровня занятости («административная») к среднему уровню («профессиональная/руководящая» и «канторская») и далее к самому нижнему («другие»). Представители нижней категории («другие») по сравнению с высшей («административная») имели втрое более высокие темпы смертности [26].

Обнаруженные в Whitehall-study различия в смертности между нижними и верхними профессиональными статусными группами подтверждаются сходной тенденцией в уже названных различиях между социальными слоями в Великобритании. Этот результат, вероятно, является следствием выявленной большей гомогенности условий жизни и труда внутри каждой профессиональной статусной группы и большей гетерогенности этих условий между ними по отдельности, чем в других национальных исследованиях в Великобритании. Изученная в Whitehall-study популяция состоит исключительно из работников общественных служб, главным образом из одной этнической группы, с одним работодателем, находится в ограниченном географическом пространстве, отличается гарантированной занятостью и не подвергается воздействию никаких физических и химических вредных факторов, которые часто характерны для работы на фабрике. Эти гомогенные признаки всей популяции исследования явно противостоят различиям между четырьмя статусными группами, а именно: размеру заработной платы и удовлетворенности трудом, возможностям влияния на трудовой процесс, качеству служебных связей и уровню активности вне работы [27, р. 155]. Так как гомогенность внутри каждой профессиональной статусной группы и гетерогенность между отдельными статусными группами выступают больше, чем в других исследованиях, Whitehall-популяция особенно пригодна в настоящее время для освещения причин социального неравенства в смертности, а также заболеваемости [28, р. 663].

Прежде всего удивляет непрерывный рост риска смертности от верхней к нижним статусным группам. Это относится не только к представителям ниж-

него слоя, которые имеют повышенный риск; в каждой более низкой статусной группе явно обнаруживается более высокий риск смертности, чем в предыдущей. Хотя среднестатистические условия жизни средних и высших служащих ни в коем случае нельзя принимать как абсолютно пограничные (относительно размера нагрузок и имеющихся в распоряжении средств преодоления), они, несмотря на высокие темпы роста смертности, указывают на высших служащих [27, 29, 30].

Аналогичную смертность по социальным слоям обнаружил Леклерк в 1984 г. во Франции. Здесь риск смертности был также высок у неквалифицированных рабочих в возрасте от 35 до 44 лет. Он был вчетверо выше, чем у руководящих служащих и представителей свободных профессий с высшим образованием, причем этот разрыв между обеими профессиональными группами с возрастом уменьшался: в возрасте между 55 и 64 годами она была лишь вдвое выше [31]. Так же как и в Англии, в Австралии, Новой Зеландии и Швейцарии обнаружались сходные взаимосвязи между профессиональной позицией и риском смертности [31]. По ФРГ имеется несколько небольших, частью старых, работ о смертности в связи с социальным слоем. Поскольку в них представлены группы с высокими расходами, их информативность ограничена, и они подлежат методическим уточнениям [32].

В отличие, например, от Великобритании, здесь отсутствуют регулярно собираемые и легко оцениваемые рутинные данные, так как в официальное удостоверение смерти до сих пор не вносятся никакие сведения о профессиональном статусе умершего. В исследовании о мужчинах между 30 и 65 годами в Штутгарте (1976–1978) регистрировался зависящий от социального слоя (т. е. профессия и доход) риск смертности. В нижних социальных слоях он явно выше [33]. Авторы видят причины смерти (рак легких, инфаркт, цирроз печени) в зависимости от индивидуального, специфически связанного с социальным слоем поведения; вредность профессии почти не получает объяснения [33, S. 180]. Похожие результаты присутствуют и в других работах [34, 35].

Сравнительный анализ меры различий смертности между низко и высоко ценимыми профессиональными позициями в различных странах сам по себе проблематичен (например, различный состав профессиональных групп, разное время сбора данных). В одной из работ [31] дается такое требующее осторожной оценки сравнение, в котором констатируются меньшие различия в смертности между отдельными профессиональными слоями в Англии и Уэльсе, чем во Франции, но большие, чем в Швеции.

В качестве причины для различных проявлений стратификационных градиентов смертности между тремя странами предполагают различия в доходах, так как на нижние 40% населения выпадает доля от соответствующего национального совокупного дохода: во Франции — 17%, в Великобритании — 18,5% и в Швеции — 20,5% [31, p. 374]. Этот результат подкрепляет также важный для реализации эффективных стратегий вмешательства вывод, что уменьшение экономического неравенства могло бы снизить риск смертности нижних профессиональных групп.

Наряду с комплексным индикатором социального неравенства анализируемой профессиональной позиции зависящий от него экономический статус

воздействует на смертность. В лонгитюдном исследовании в Калифорнии, продолжавшемся в течение 18 лет, были приведены доказательства, что те, кто в начале изучения указывал на более высокие доходы, отличались более высокой продолжительностью жизни. В конце 18-летнего исследования оказалось, что смертность людей с недостаточным доходом вдвое выше, чем у людей с более высоким доходом [36].

Данные по США показали похожие результаты: пробный анализ в 340 тыс. случаев смерти в 1960 г. подтвердил, что в каждой возрастной группе белых мужчин с доходом ниже 2 тыс. долларов норма смертности оказалась приблизительно на 50 % выше, чем у мужчин с более высокими доходами [37; 38, p. 125].

В ФРГ в 1986 г. в исследовании 1531 случаев смерти подлежащих обязательному страхованию служащих в возрасте от 30 до 59 лет было установлено явное различие в смертности в зависимости от дохода [39]. Во всех 5-летних возрастных группах вероятность смертности больше зарабатывающих служащих явно меньше, чем служащих с низким доходом. Наиболее резкие различия в смертности проявились между нижней (доход от 27 тыс. до 34 тыс. немецких марок в год) и высшей группами (больше 64 тыс. немецких марок в год) в когорте 35–39-летних (в 5,7 раза более высокая смертность в нижней группе по доходу) и 40–44-летних (в 4,6 раза более высокая смертность в нижней группе по доходу) [39, Abb. 6].

Такой часто используемый индикатор социального расслоения, как образовательный уровень (школьное образование), позволяет прогнозировать дифференциацию в смертности. Для различных стран (Дания, Англия, Финляндия, Норвегия, Швеция, Уэльс) установлено, что с возрастающим образовательным уровнем (измеренным количеством законченных учебных лет) продолжительность жизни также поднимается. Эта связь характерна для мужчин. Сходное, но менее консистентное отношение было установлено для женщин [40].

В новейшем исследовании в ФРГ также выявляется связь школьного образования с вероятной продолжительностью жизни [39]. Она базируется на данных социоэкономической панели, в которой ежегодно опрашивались около 10 тыс. мужчин и женщин, начиная с 16 лет, в старых федеральных землях в период 1984–1993 гг. Результаты показывают, что у мужчин без среднего образования продолжительность жизни примерно на 3,3 года меньше, чем у мужчин со средним образованием; у женщин это различие составляет даже 3,9 года.

Теперь темпы смертности и продолжительность жизни измеряют только — даже если это драматично — как следствие социального неравенства. Далее будет показано, что такая стратификационная зависимость распределения смертности обычно предшествует сохраняющемуся всю жизнь неравенству в распоряжении решающими ресурсами качества жизни, здоровья. Если это доказательство подтверждается, люди в нижних социальных слоях оказываются в положении двойного гандикапа: их жизнь более коротка и ее качество хуже, чем у людей с более высоким социальным статусом. К этому надо добавить, что выявленный масштаб хронического заболевания повышает вероятность досрочной потери трудоспособности со всеми негативными последствиями для качества дальнейшей жизни.

## 2.2. Социальный слой и заболеваемость

**Соматические и психосоматические болезни.** В США почти все соматические болезни концентрируются в слое людей, имеющих плохие социально-экономические условия [37, p. 126]. Указанное состояние относится в равной степени и к Англии. Центральным источником информации об объеме заболеваний выступает здесь ежегодный отчет «General Household Survey», в котором население разделено на шесть социально-экономических слоев. Эти шесть слоев соответствуют профессиональным статусным группам, приведенным в «Общей регистрационной шкале» («Registrar General's scale»). Темпы заболеваний в отдельных профессионально-статусных группах показывают различное, однако на протяжении 1980-х гг. остающееся распределение. В группе необразованных доля приписывающих себе «наличие постоянных болезней» («limiting long standing illness») как для мужчин, так и для женщин более чем вдвое больше, чем в группе с высшим образованием. Для возрастной группы 45–65-летних мужчин стратификационное различие выражено еще ярче. В то время как в 1984 г. только около 10 % принадлежащих высшему социально-экономическому слою заявили об этой болезни, в низшем же слое — около 40% [19, p. 233]. Результат обратного распределения слоев в отношении лиц, сообщающих о своих болезнях, подтверждается исследованиями в Англии, где применялись объективные методы диагностики [19, p. 235].

В новейшем немецком исследовании сердечно-сосудистых заболеваний (ДНР) в период с 1984 по 1991 г. в рамках различных национальных и региональных опросов было изучено в совокупности 44363 человека. В нем была показана четкая взаимосвязь между социальной принадлежностью слою (3 социальных слоя, созданные с помощью невзвешенного многомерного индекса таких переменных, как образование, приходящийся на семью доход и профессиональное положение) и количеством сердечно-сосудистых заболеваний, полученных при опросе населения в Германии в результате репрезентативной выборки (1985, N = 4790) [41]. При этом мужчины низшего слоя имеют в два раза и женщины — в три раза больший риск заболевания сердечно-сосудистой системы, нежели, соответственно, мужчины и женщины высшего слоя. Авторы указывают на то, что при интерпретации этих данных должно быть принято во внимание, что речь идет о субъективных свидетельствах опрошенных, которые не подвергались валидации с помощью объективной диагностики. Отсюда неясно, что в действительности измеряет опрос: восприятие болезни или саму болезнь. Таким образом, например, возможно, что самостоятельные мужчины в силу их представления о себе в меньшей мере «признают» болезнь [41, p. 79].

В другом опросе в западных землях ФРГ в рамках ДНР-исследования близких по анамнезу болезней — инфаркта и инсульта — в возрастной группе 40–69-летних женщин (N = 13335) и мужчин (N = 12445) на основе пятислойной социальной модели (доход, школьное образование, профессиональный статус) был выявлен очевидный стратификационный градиент. Для обеих болезней и обоих полов в нижних слоях была соответственно установлена большая частота заболеваний, причем в возрастной группе 40–49-летних обнаружился наибольший, а в возрастной группе 60–69-летних — наименьший социально-стратификационный эффект [42].



Наличие денег как важнейшего ресурса образа жизни наряду с продолжительностью жизни обуславливает здоровье на протяжении всей жизни. Так, в США в 1972 г. у людей с доходом менее 3 тыс. долларов темпы роста сердечных заболеваний были втрое выше, чем у людей с доходом более 15 тыс. долларов. Сахарный диабет встречался в 3,5 раза чаще в группе с наименьшим доходом, анемия и артрит встречались при этом в 2,5 раза чаще [37, р. 125].

Данные ДНР для ФРГ подтверждают выявленную взаимосвязь между доходом и заболеваемостью. По оценкам опрошенных, заболеваемость в группах с низким доходом в 1,6–1,8 раза больше, чем в группах с большим доходом [43].

**Психические расстройства.** В одном из самых, пожалуй, основательных и влиятельных исследований в XIX столетии об «истинном» преобладании психических расстройств, чьи результаты в 1855 г. были представлены врачом и эпидемиологом Эдвардом Джервисом (Jarvis) губернатору и совету Массачусетса, было отмечено, что «классы бедных обнаруживают в численном отношении в 64 раза больше психических заболеваний, чем независимые классы» [44, р. 52–53; 45, р. 133]. Этот, тогда сенсационный, результат преобладания психических расстройств в самом нижнем социальном слое остался постоянным и в проведенных между 1900 и 1974 гг. более 80 повторных исследованиях об «истинном» доминировании психических расстройств на всех континентах, как в городской, так и в сельской среде [46].

Несмотря на массивную методичную критику этих эпидемиологических исследований, подчеркивается его выразительный «трофей». Согласно ему, существует «ряд тесных взаимосвязей между различными видами психических расстройств и важными социокультурными факторами. Эти связи становятся заметнее, когда выявляются повторно в исследованиях, которые приводят к одинаковым результатам в разное время, в разных местах и с помощью разных методов. Эти факты постоянной связи являются самым прочным основанием, имеющимся для решения нашей проблемы, и лучшим приближением к «истине», полученной в этих исследованиях об «истинном» преобладании. Таким образом, существуют три переменные, которые в такого вида последовательных связях приводят к психическим расстройствам: пол, город/село и социальный слой» [45, р. 130].

В отношении интересующей нас социальной стратификационной зависимости психических расстройств получаются следующие соотношения:

— наибольшая совокупная доля психических расстройств, исходя из результатов 28–33 исследований, в которых слой служил индикатором, установлена в нижнем социальном слое;

— такая связь проявляется сильнее всего в тех исследованиях, которые были проведены в городской или в смешанной городской и сельской среде (19–20 исследований);

— связь действительна для важнейших субкатегорий: шизофрении (5–7 исследований) и расстройств личности, однако не для неврозов и маниакально-депрессивного психоза [45, р. 133].

Подтверждение проанализированной выше обратной связи между социальным слоем и психическими расстройствами содержится в исследовании «Epidemiologic Catchment Area Surveys» (ECA), которое проводилось в пяти американских общинах (New Haven, Baltimore, St. Louis, Piedmont, Los Angeles) на основе случайной выборки из 18 тыс. человек [47]. Социально-экономичес-

кий статус (СЭС) одного человека измерялся с помощью многомерного индекса, базирующегося на уровне образования, профессиональной позиции и семейном доходе.

Особенно необходимо выделить два основных положения из данных ЕСА.

1. Отношение между СЭС и выявляемой в течение шести месяцев действительной преобладающей доли психических заболеваний нелинейно, хотя в ЕСА-исследовании, так же как и в других, более ранних, исследованиях установлено увеличение риска расстройств с понижением социального слоя, но в самом нижнем социальном слое случаи психических расстройств накапливаются сверхпропорционально. Если установить оцениваемый относительный риск (при контроле пола и возраста) в высшей СЭС-категории равным 1,0 (базис), то для низшей СЭС-категории (в четырех СЭС-категориях) риск получить психические расстройства (без фобий и когнитивных расстройств) почти в три (2,86) раза выше [47, Tab. 3].

2. Теснота взаимосвязи между СЭС и преобладанием психических расстройств четко варьируется относительно типа психических расстройств: в сравнении с верхним социальным слоем у представителей нижнего социального слоя обнаруживается повышенный риск заболеваний следующими болезнями:

- депрессия («major depression») — в 2 раза больший риск заболевания;
- шизофрения — в 7,85 раза больший риск;
- когнитивные расстройства («cognitive impairment») — в 21,15 раза больший риск.

Все результаты дают оценку относительного риска с учетом возраста и пола.

### **3. Традиционная интерпретация имеющихся взаимосвязей**

Хотя последовательный рост соматических/психосоматических болезней и психических расстройств с ухудшением социально-экономического и социально-культурного положения рассматривается как достаточно надежный результат социальной эпидемиологии (ср.: раздел 2), этот вывод все больше находится в конфронтации с подозрением, что здесь речь идет об искусственном продукте исследования (артефакте), т. е. не основанном на прочных эмпирических фактах, а полученном из-за ошибки в исследовательском процессе.

В центре дискуссии остается причинная интерпретация представленной взаимосвязи. Вопрос в том, следует ли рассматривать обратную взаимосвязь между положением в общественной структуре неравенства — приблизительно разделяемой на слои — и различными формами соматических заболеваний и психических расстройств как социально обусловленный процесс, как социально-селективный процесс (дрейф-гипотеза) или как комбинацию обоих. Гипотеза социальной селекции, или «дрейфа», предполагает, что болезни или психические расстройства вызывают внутрипоколенческое снижение мобильности и препятствуют внутрипоколенческому росту мобильности и, как следствие, приводят к понижению социального статуса. С этой гипотезой о психических расстройствах тесно связано предположение об их генетической обусловленности. Напротив, гипотеза социальной причинности состоит в том, что различные объективные условия жизни, которые описываются с помощью конст-рук-

та-слоя, влияют на предрасположенность к заболеваниям и продолжительность жизни.

В рамках этого подхода можно выделить два варианта:

- культурно-поведенческий подход;
- социально-структурный подход.

### 3.1. *Артефакт*

«Артефакт-объяснения» основываются на той возможности, что эмпирически доказанная взаимосвязь между слоем и смертностью/заболеваемостью является результатом неточной операционализации и неточного эмпирического учета независимой (социальный слой) и зависимой (заболеваемость/продолжительность жизни) переменных.

При исчислении темпов смертности или заболеваемости для отдельных социальных слоев в качестве числителя берутся зарегистрированные в каждом слое в единицу времени случаи заболеваний или смертей (зависимая переменная: числитель) и противопоставляются всей популяции слоя (независимая переменная: знаменатель).

Отнесение умерших к определенному слою в Англии и Уэльсе основывается преимущественно на работе, выполнявшейся ими ранее и устанавливающейся путем опроса супруга или близких родственников. Эти данные могут быть неверными в связи с тем, что живущие приписывают умершим более высокий профессиональный статус, чем они фактически имели [22]. Такая практика может исказить различия в показателях смертности среди различных классов.

Большое значение для «артефакт-дискуссии» имеет также различная концептуализация и тем самым ограниченная сравнимость независимых переменных (социальный слой). Это обсуждено нами достаточно подробно в публикациях [23, 48, 49]. Другая «проблема подсчета» заключается в валидном охвате причин смерти. В ФРГ по данным Сандриттера и Штэндингера (газета *Frankfurter Rundschau* от 18 августа 1990 г.) расхождение между засвидетельствованными и фактическими причинами смерти составляет почти 40% всех зарегистрированных случаев смерти. Болезни сердечно-сосудистой системы в качестве причин смерти регистрировались на 21% чаще, чем это соответствовало фактической картине в результате вскрытия. При заболеваниях раком, наоборот, в качестве причины смерти в 7,5% случаев приписывалась другая болезнь, хотя именно опухоль, по достоверным сведениям, приводила к смерти.

Самым серьезным барьером для социально-эпидемиологического исследования неравенства представляется, однако, проблема полного учета всех соматических и психосоматических случаев болезни, включая их точный диагноз в ограниченной популяции. Эта проблема может быть продемонстрирована на примере психических заболеваний. Включение в исследование только лечащихся у психиатров или в клиниках пациентов одного региона, как это происходило во многих социально-эпидемиологических исследованиях и происходит до сих пор (диагностируемое преобладание или проверяемые случаи), не дает исчерпывающего разъяснения о частоте и разделении фактического числа психических расстройств (истинное преобладание или правдивые случаи) в отдельном социальном слое и тем самым об их этиологическом значении в диску-

тируемом разделении. Следовательно, нельзя исходить из того, что все люди с психическими расстройствами в одном обследуемом регионе находятся на психиатрическом лечении, если таковое имеется в исследуемом регионе. Социально-эпидемиологические исследования, которые основываются исключительно на исследовании лечащихся лиц, представляют вводящую в заблуждение картину вида и распределения психопатологических феноменов [1, 45].

В полевых исследованиях, в основе которых, как правило, лежат репрезентативно отобранные популяции из определенных регионов, часто бывают мало представлены лечащиеся в клиниках индивиды [50, p. 79], или они с самого начала исключаются из этих исследований [51, p. 46]. Как следствие этой селекции, остаются плохо представленными психические расстройства, как шизофрения и расстройство личности, которые лечатся преимущественно при закрытых дверях.

Вторая и наиболее известная (или также часто вытесняемая) проблема при исследовании взаимосвязи социального неравенства и психических расстройств, основывается на том факте, что еще не достигнуто согласия ни на национальном, ни тем более, на интернациональном уровне в том, что следует понимать под психическим расстройством и как большое число подведенных под эту категорию случаев однозначно классифицировать, а также валидно и реалистично диагностировать. К этому можно добавить, что многие психические расстройства кратковременны и этому временному аспекту в эпидемиологических исследованиях едва придается значение [52, p. 14]. Правда, следует отметить усилия Отделения психического здоровья Всемирной организации здравоохранения в последние три десятилетия по улучшению классификации и диагностики психических расстройств, что нашло актуальное выражение в психиатрической части «Международной классификации болезней» («International Classification of Diseases», ICD-10, 1991). Эта новейшая попытка унификации конкурирующих национальных способов психиатрической категоризации и диагностики, без сомнения, может существенно способствовать повышению валидности и надежности диагноза и тем самым большей сравнимости дальнейших исследований, исходя из того, что фактическая ориентация направлена на это предложение.

В североамериканских исследованиях преобладает применение программы «Руководство по диагностике и статистике ментальных нарушений» («Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders» (DSM-III), American Psychiatric Association, 1980). Сравнимость основанных на этой классификационной системе результатов с ориентированными на ICD-исследованиями очень сильно ограничена. Так, например, применение DSM-III-критериев для депрессии («major depression») в новейших североамериканских исследованиях привела к заметно более высоким оценкам преобладания этой болезни у самых старых мужчин, чем в европейских исследованиях, которые ориентируются на ICD [50, p. 84].

Насколько доминировали раньше различные национальные, групповые или даже индивидуальные стандарты классификации и методы диагностики психических расстройств и как они приводили к несравнимым результатам, показывает уже упомянутый повторный анализ в 80 проведенных с начала этого века исследованиях «истинного» преобладания психических расстройств (число

имеющихся случаев независимо от длительности расстройства) [46]. Совокупный рост учтенных в исследованиях (речь, в сущности, идет о перекрестном анализе) по регионам функциональных психических расстройств находился в диапазоне между 0,4 и 69%. Это — расстройства без доказанного органического базиса, такие как шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, неврозы и расстройства личности, которые становятся заметны в асоциальном поведении [45, S. 128].

Вне всякого сомнения, за эти весомые расхождения в первую очередь ответственны различные методы сбора данных (например, экспертный опрос или исследование документов, прямой опрос) и прежде всего уже обсужденные различные критерии при идентификации случаев [45, p. 130; 53, S. 4]. Таким образом, в немалой степени подкрепляется «артефакт-упрек».

Если точнее проанализировать презентуемые Доренуэндом данные, то чрезвычайно большой разброс вариантов совокупной нормы психических расстройств может быть обусловлен различными трудностями условий жизни в отдельных регионах и в разные периоды исследования. За эту интерпретацию выступают как высокая медиана психических расстройств в развитых странах (прежде всего в Северной Америке и Европе) в сравнении со слаборазвитыми странами (прежде всего в Азии), так и сплошь высокая медиана в городских по сравнению с сельскими регионами.

Но и явно низкая средняя оценка психиатрических случаев в исследованиях, опубликованных до и после 1950 г., позволяет справедливо предположить, что в ходе общественного процесса модернизации смена образа жизни привела к расширению психических расстройств. Для Доренуэнда такая интерпретация, которая абсолютно совместима с представленными им данными, основывается «скорее на перспективном искажении (что все это могло бы значить. — Г. Ш.), <...> чем на твердых фактах» [45, p. 126]. Тем самым он опрометчиво отказывается от предпочитаемого им образца интерпретации.

Другой аргумент в пользу «артефакт-упрека» вытекает из факта, что социальная дистанция и барьеры в коммуникации между психиатрами и пациентами нижних слоев могут приводить к тому, что симптомы и поведение этих пациентов ложно интерпретируются. Следствием такого искажающего процесса восприятия может стать частая неправомерная раздача ярлыка «психотический» пациентам нижнего слоя, в то время как у представителей верхнего слоя констатируются значительно менее тяжелые расстройства (неврозы) [54].

### *3.2. Природная и социальная селекция (дрейф-гипотеза)*

Доказательство стратификационной обусловленности случаев смертности и заболеваемости осложняется эффектом селекции или дрейфа. Связь между нижним социально-экономическим статусом и высокой нормой соматических болезней и психических расстройств может быть, главным образом, результатом природного процесса селекции: люди с неблагоприятной наследственной предрасположенностью «дрейфуют» в нижние социальные слои (рис. 1,а) [54].

Социальные стратификационные различия в здоровье и продолжительности жизни могут быть рассмотрены, однако, и как результат социального про-

движения здоровых или как социальное падение больных. Доказательство этого предположения означало бы, что в определенной мере неравенство в отношении здоровья и продолжительности жизни следовало бы приписывать напрямую не социально-экономическим и социально-культурным условиям, варьирующимся социально и по времени исследования, а наоборот, социальное положение можно было бы интерпретировать как результат состояния здоровья.

Влияние индивидуального состояния здоровья на процесс внутрисемейной нисходящей мобильности (очень упрощенно) может происходить двояко. В первом случае продолжительная соматическая или психическая болезнь, перенесенная человеком в более раннем периоде профессиональной деятельности, оказывает негативное влияние на дальнейшую профессиональную карьеру (ср.: рис. 1, вариант б, 1). В другом — ухудшенное состояние здоровья в относительно молодые годы перед вступлением в рынок труда может осложнить получение необходимой квалификации в школе и, соответственно, воспрепятствовать в дальнейшем приобретению более престижной профессиональной позиции (ср.: рис. 1, вариант б, 1). В обоих случаях вывод был бы таков, что к моменту изучения сложившиеся специфические ограничения малоквалифицированного труда (например, низкий доход, малый престиж, небезопасность рабочего места, тяжелый и/или монотонный физический труд) не оправданы плохим состоянием здоровья представителей нижних социальных слоев. Обратная взаимосвязь между социальным слоем и смертностью — основывающаяся на прежде выполняемой и задокументированной в свидетельстве о смерти профессии — могла бы основываться на обусловленном болезнью, профессиональном социальном нисхождении в дальнейшей профессиональной жизни [24, р. 4].

Эффект представленного на рис. 1 процесса состоит том, что повреждение здоровья происходит не (или не в первую очередь) в профессиональных позициях, представленных в социальной классификации — при высоком латентном периоде многих болезней. Причинно оно должно приписываться отягчающему влиянию социального контекста (семье, работе к началу карьеры), которые структурируют ранние периоды биографии.

Лишается ли силы, согласно этим рассуждениям, вывод о социально-структурной обусловленности болезни и смерти? Только анализ выборочных эмпирических исследований, которые посвящены проверке дрейф-гипотезы, позволяет определить вклад, который вносит обусловленная болезнью нисходящая мобильность в неоспоримый процесс концентрации болезни и меньшей продолжительности жизни в нижних социальных слоях.

В подытоживающем, основательном анализе работ [25, 55, 56], в которых эмпирически проверялась дрейф-гипотеза, Уилкинсон [25] приходит к выводу, что болезнь ни в детстве, ни в более позднем возрасте не имеет достаточного влияния на социальную мобильность.

Также и небольшое число случаев, связанных с перемещением индивидов между слоями, свидетельствует, что социальный процесс селекции не ответственен (например, в Англии) за большой разрыв в долях смертности между верхними и нижними статусными группами [25, р. 16; 57, р. 174]. «Социальная мобильность, без сомнения, существует, и здоровье может играть определен-

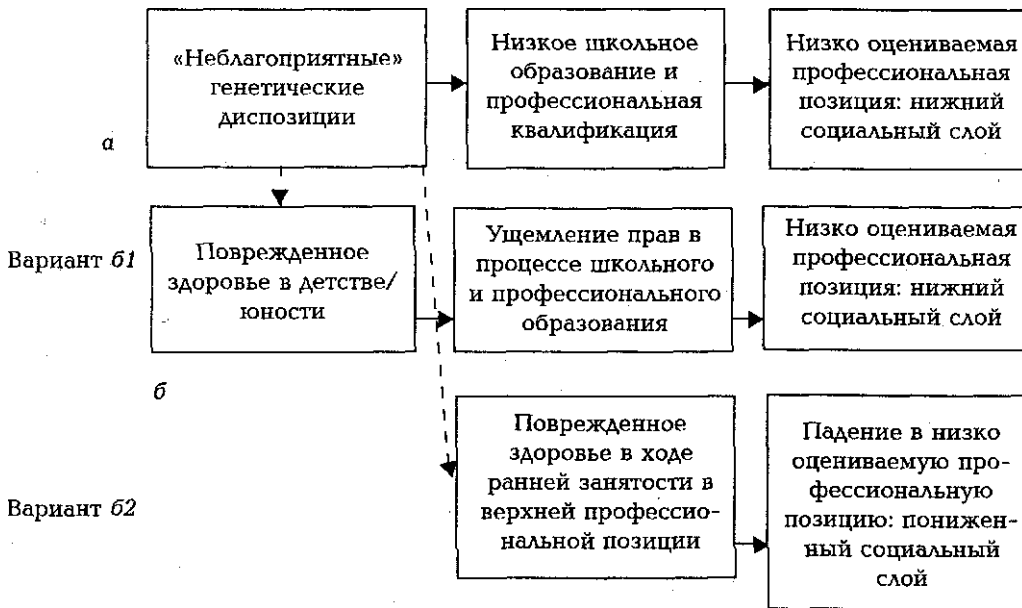


Рис. 1. Объяснение нижней социальной позиции естественной (а) и социальной (б) селекцией.

ную роль в процессе селективной социальной мобильности, но его эффект является недостаточным, чтобы объяснить социальные различия в смертности взрослого населения» [3, р. 131].

### 3.3. Социальный слой и поведение риска: культурно-поведенческий подход

Разрыв между устойчивыми в пространстве и времени темпами заболеваемости и смертности между верхним и нижним социальными слоями часто объясняется концентрацией в нижнем слое вредных (рискованных) для здоровья способов поведения: курение, неправильное питание, алкоголизм и недостаток движения. Фактически же можно доказать четкие, релевантные здоровью различия в поведении между социальными слоями.

В 1972 г. в Англии число курящих мужчин, относящихся к верхнему слою (с высшим образованием/свободные профессии), составляло 33%, а к 1984 г. их число снизилось до 17%. Напротив, число курящих среди мужчин, относящихся к нижнему социальному слою (необразованные рабочие), снизилось с 64% (1972 г.) только до 49% (1984 г.). Для курящих женщин приводятся соответствующие оценки. В верхнем слое число курящих снизилось с 33% (1972 г.) до 15% (1984 г.), в нижнем слое — с 42% (1972 г.) до 36% (1984 г.) [19, р. 290].

В ФРГ больше всего курят безработные и рабочие, а менее всего — люди с высшим образованием. Если обратить внимание на частоту курения, то различия между профессиональными группами выглядят еще более драматичными [58, S. 40]. По результатам уже упомянутого ДНР-исследования в ФРГ оказалось (1985 г.), что мужчины нижнего слоя курят в два раза больше, чем мужчины высшего слоя. Для женщин зависимость между курением и принадлежностью

тью слою выражена не настолько явно [41, S. 73]. В сравнении с 8% в верхнем социальном слое потребление алкоголя составляло в 1984 г. в Англии среди мужчин нижнего социального слоя 26% [19, p. 292].

В проспективном когортном исследовании MONICA в Аугсбурге на базе случайной выборки изучалось влияние образования и профессии на изменения с 1984 по 1988 г. в поведении риска [59]. Первый отрезок (1984–1985 гг.) исследования показывает, что стандартизированная по возрасту процентная доля курящих женщин и мужчин в категории с высшим образованием была наименьшей и в течение трех лет еще больше снизилась, особенно для мужчин. Так, число курящих среди более образованных мужчин в этот период снизилось на 7,4% (с 28,7 до 21,3%), в то время как в группе с низким образованием — только на 3% (с 41 до 38%). Принимая во внимание эти результаты, необходимо критически заметить, что в исследовании не проводилось дифференциации между регулярным курением и курением от случая к случаю.

Малообразованные мужчины употребляют также больше алкоголя (1984–1985 — 38,3 г/день, 1987–1988 — 34,4 г/день), чем высоко образованные (1984–1985 — 30,8 г/день, 1987–1988 — 26,9 г/день), в то время как эта взаимосвязь для женщин — только с менее ярко выраженной тенденцией снижения — выглядит наоборот.

Для дальнейшей дискуссии результат этого исследования является особенно показательным. Так, специфика профессии в отличие от ее статуса влияет на поведение риска. Мужчины служащие и мужчины, занятые в сельском хозяйстве, составляли наименьшее число курящих, рабочие же и руководящие работники — наибольшее. Образование и возраст были не значимы. Этот результат можно интерпретировать как указание на то, что при причинном объяснении различного поведения риска необходимо точнее анализировать связанные с профессией нагрузки, на которые реагируют повышенным потреблением алкоголя и курением.

Группы с наименьшим доходом в Англии потребляют больше белого хлеба, сахара и жиров, чем группы с наивысшим доходом [19, p. 294]. В ФРГ риск иметь излишний вес повышается с понижением социального слоя. Это характерно как для мужчин, так и для женщин, причем для женщин различия выражены более ярко [41, S. 56]. Эта тенденция характерна также и в отношении физической тренировки (бег, плавание). В Англии доля физически активных верхних социальных слоев больше, чем нижних [19, p. 294].

Относительный риск недостатка движения в ФРГ значительно дифференцируется по слоям. Для нижнего слоя он приблизительно в 6 раз выше, чем для верхнего [41, S. 66].

Сфера индивидуального поведения — движение, питание, потребление предметов роскоши — находятся во взаимосвязи с физиологическими параметрами, такими как давление, количество жира и сахара в крови, избыточный вес, которые при превышении определенного уровня характеризуются факторами риска многих современных хронических заболеваний (прежде всего болезней сердечно-сосудистой системы, рака, диабета, ревматизма). Эта установленная взаимосвязь принадлежит к наиболее документированным и доказательным результатам современной поведенческой медицины [41, S. 34]. Для сердечно-сосудистой системы результаты представлены на рис. 2.





Рис. 2. Медицинская поведенческая модель сердечно-сосудистых заболеваний (развернутая биомедицинская или индивидуальная модель-система).

Поведенческая медицина предпринимает, таким образом, попытку связать традиционную биомедицину и науки о поведении ради одной цели: путем обращения к ответственности каждого человека за свой стиль жизни преодолеть относительную беспомощность традиционной биомедицины в лечении хронических болезней и снизить большую стоимость лечебных медицинских учреждений, ориентированных на биомедицинскую парадигму [60, S. 76].

Бесспорно то, что индивидуальный стиль жизни оказывает влияние на здоровье. Однако если критически рассмотреть поведенческий подход в объяснении стратификационных различий в связи со смертностью и заболеваемостью, то можно назвать по крайней мере три аргумента, которые существенно снижают его эвристичность.

1. Если только поведение или стиль жизни ответственны за неравенство в здоровье и продолжительности жизни, то следовало ожидать, что различия между социальными слоями можно объяснить исключительно болезнями, на которые оказывает влияние данный стиль поведения (болезни сердечно-сосудистой системы и рак легких). Но в разделе 2 приводятся доказательства, что почти для всех соматических болезней, психических расстройств и причин смерти существуют значительные различия в зависимости от слоя. Прежде всего, подход, исходящий из факторов риска, является не релеван-

тным для объяснения стратификационного разделения психических расстройств.

2. Социологическая критика направляет свое внимание на то, что модель факторов риска — не оспаривая ее влияние на объяснение развития болезней сердечно-сосудистой системы — вырывает индивидуальное поведение риска из его материального, социального, культурного контекста [27, S. 156], маркирует это поведение как отклоняющееся от нормы, являющееся виной субъекта, и стигматизирует этого субъекта как носителя риска [61, S. 131; 62, S. 18]. Клаус Хорн указывал на то, что «поведение риска» должно интерпретироваться на основе смысловых структур, стоящих за поведением, в котором можно было бы попытаться достичь компромисса между субъективными интересами, потребностями, ресурсами и противоречивыми требованиями общества [63]. «Цивилизаторское, культурно-историческое и географическое влияние риска на здоровье, стигматизируемого медициной как опасного, затемняется точно так же, как и выгоды такого поведения для субъективного самочувствия» [61, S. 133].

О. Левис в своем тезисе «Культура бедности» с точки зрения культурантропологии убедительно доказывает [64], что человеческое существование всегда представляет собой биологический и социальный процесс приспособления к определенному окружению, в котором сознание и поведение определяются основными ценностями и нормами; Этой «культуре» свойственна относительно устойчивая инерция, которая помогает человеку понять его окружение, бороться с ним и преодолевать его. Несмотря на то, что «материальный базис», на основе которого была выработана культурная мыслительная и поведенческая система, начинает изменяться, однажды выработанная культурная система может и дальше влиять на характер действий [19]. С этой точки зрения становится понятно, почему культурно выработанные, переданные через поколения, вредящие здоровью способы поведения с трудом поддаются изменению через переобучение и разъяснение.

Упорство, с которым вопреки всем просветительским попыткам воспроизводятся вредящие здоровью способы поведения, Шойх объясняет тем, что такое поведение не выбирается самим субъектом, а является составной частью образа жизни, который опять-таки вплетен в сеть повседневных обязанностей [65, S. 4]. К ним можно причислить особенно тяжелые, вызывающие стресс условия работы, приспособление к которым часто провоцирует курение, потребление алкоголя и др. Стратегия вмешательства, нацеленная лишь на изменение таких способов поведения, пытается воздействовать только на симптомы. Их причину — организацию профессионального труда — она не затрагивает [66].

Бадура полагает, что многочисленные формы так называемого «самодеструктивного» действия можно представить как выражение недостаточных возможностей человеческого выражения чувств, которые возникают в результате дефицита человеческих контактов [67].

Если серьезно рассматривать этот аргумент, то программы профилактики (например, разъяснение вреда неправильного поведения) и вмешательства (например, медикаментозная профилактика гипертонии и гиперлипидемии), исходящие из логики факторной модели риска, которые, в свою очередь, являются проблематичными и малоэффективными, можно дополнить структурными

изменениями депривирующих условий жизни. Они являются причинами нужды, чувств отчуждения и отвращения, которые приводят снова и снова к вредному для здоровья потреблению определенной пищи, сигарет и алкоголя, наркотиков и медикаментов [67, S. 70]. Другими словами, приписываемая индивиду вина за его поведение на деле преимущественно обусловливается структурными, экономическими, культурными и социальными условиями, а именно — наличием денег, знаний и возможности выбора профессии, включая ее безопасность. Выяснить, как это структурированное социальное неравенство влияет на параметры поведения, стало насущной задачей исследования общественного здоровья (Public-Health-Forschung) [26, p. 1006].

Форсируемая и практикуемая поведенческой медициной концепция профилактики, ориентированной на стиль жизни, действует «как усилитель поляризации (социального неравенства. — Г. Ш.), и доминирующая концепция стиля жизни соотносится парадоксальным образом с возрастающим социальным неравенством в заболеваемости и смертности. Индивидуальные шансы реализации здорового поведения тогда больше, когда жизненная ситуация и без того способствует здоровью. Частью неплохие, но, несомненно, неравные в социальном плане следствия этой стратегии основываются на том, что индивиды могут лучше использовать — вопреки неравному социальному распределению болезней — находящиеся в их распоряжении ресурсы поведения» [68, S. 115].

3. Весомые возражения против распространенной в поведенческой медицине склонности объяснять различия между слоями исключительно или в значительной мере концентрацией среди людей данного слоя вредных здоровью способов поведения (курение, недостаток движения, неправильное питание, алкоголизм) и частично вызванных этим рискованных состояний организма (повышенное содержание холестерина, гипертония, избыточный вес, диабет) выдвинуты со стороны социально-эпидемиологических исследований.

Согласно сенсационным данным лондонского Whitehall-исследования, оказалось, что при контроле традиционных факторов риска (возраст, курение, систолическое кровяное давление, холестерол плазмы, сахар в крови, размеры тела) связанный с профессиональным статусом риск умереть от заболеваний сердечно-сосудистой системы становится меньше лишь на четверть [26, p. 1004]. Занятия спортом в свободное время, которые среди представителей нижних слоев, по их собственному свидетельству, очень редки, мало влияют на этот результат [26, p. 1004].

Результаты исследований Хольма в Осло подтверждают вывод о том, что социально-экономические показатели точнее объясняют причины смерти от болезней сердечно-сосудистой системы, чем факторы риска, которые в целом контролируются [69].

Лонгитюдное исследование 1982 г. в восточной Финляндии указывает на характерную взаимосвязь между причиной смерти от сердечно-сосудистых болезней и стратификационными индикаторами низкого образовательного статуса (относительный риск 2,1,  $p > 0,05$ ) и низким доходом (относительный риск 1,7,  $p > 0,05$ ) при контроле таких факторов риска, как возраст, холестерол, курение и кровяное давление [70].

Также уже упомянутое немецкое профилактическое исследование сердечно-сосудистой системы (DHR) подтвердило результаты вышеназванного иссле-

дования в Западной и Северной Европе. Независимо от уже известных кардиологических факторов риска — возраста, курения, кровяного давления, повышенного содержания холестерина и избыточного веса — значительное влияние на возникновение сердечно-сосудистых заболеваний имеют специфичные для социального слоя условия жизни и работы [42].

Представленные исследования рака легких подтверждают также, что стратификационный градиент этой болезни не объясняется полностью повышенным потреблением сигарет в низких социальных слоях. Результаты третьего общенационального исследования рака в США [15] и исследования в графстве Вашингтон [71] показывают, что при контроле основного фактора риска, курения, все же существует стратификационный градиент для рака легких [15, р. 13].

Теоретические рефлексии и эмпирические результаты оценки объяснительной силы поведенческого подхода показывают его недостаточность, чтобы справиться с фактом массивного социального неравенства в болезнях и продолжительности жизни. Его предпочтение в поведенческой медицине находится в явном противоречии с его объясняющей силой, как для хронических болезней (прежде всего сердечно-сосудистые болезни, рак, ревматизм), которые составляют свыше трех четвертей случаев заболеваний и смерти, так и для социально неравного распределения этих болезней. Поведенческий подход усиливает «вину жертвы» [57, S. 175], в котором вредящее здоровью поведение рассматривается как решение автономного субъекта. Последний может выбрать здоровый образ жизни, но добровольно решается на рискованный стиль жизни. На структурную детерминацию вызывающих стресс условий, находящихся практически вне влияния индивида, в этом подходе внимание не обращается.

Политика в области здравоохранения, которая сосредоточивается исключительно на изменении индивидуального стиля жизни, не эффективна не только потому, что вредящее здоровью поведение в действительности детерминировано социальной структурой, но и потому, что влияние стиля жизни на изменение здоровья зачастую переоценивается [72, р. 243].

#### **4. Многоуровневая модель объяснения неравенства в болезнях и продолжительности жизни**

Продемонстрированный дефицит поведенческого подхода позволяет обновить взгляд на модели, которая успешно справляется с объяснением комплексной причинной цепи: от места в системе социального неравенства (макроуровень) до уровня индивидуальной болезни или продолжительности жизни (индивидуальный уровень).

В такой модели прежде всего находит отражение социальный контекст, в котором разыгрывается повседневная жизнь людей (мезоуровень: социальный контекст занятости и воспроизводства в семье или в партнерстве) и который выполняет центральную функцию трансмиссии в ходе связывания социоструктурно сложившихся неравных жизненных позиций и индивидуальной болезни/продолжительности жизни. Социально-эпидемиологическое исследование с начала 1970-х гг. настойчиво стремилось к идентификации и концептуализации релевантных здоровью нагрузок и ресурсов в семейном и профессиональном жизненных контекстах. Но эта концентрация на непосредственном жиз-

ненном мире человека (мезоуровень) явно привела к отходу от социоструктурных условий (макроуровень), влияющих на него. Этот редукционизм многократно, но безрезультатно подвергался критике [73–75].

При анализе обременяющих условий и ресурсного потенциала на мезоуровне наиболее важно достичь интегративной увязки обоих этих измерений, поскольку именно она дает перспективу справиться с комплексностью жизненного мира человека.

Но баланса нагрузок и социальных ресурсов в поведенческом контексте личности еще недостаточно, чтобы из их конфигурации выводить валидные высказывания об их возможном патогенном или оздоровительном эффекте. Необходимы включение лица в причинную модель и ответ на вопрос, какие персональные ресурсы могут быть мобилизованы и какие интрапсихические и интрафизические процессы происходят при конфронтации с ситуативными нагрузками. В социально-эпидемиологическом исследовании неравенства этому уровню анализа обычно не придается почти никакого значения или придается лишь побочное значение. Почти всегда оно ориентируется на бихевиористскую картину человека, которая выражается в модели механической причинности, где человеческие «реакции» трактуются как результат определенной констелляции раздражений: человек рассматривается как пассивный получатель стимулов.

Во всех новейших психологических концепциях нагрузок восприятие и оценка насущной ситуации соответствующим индивидом рассматривается как существенная для стрессового случая, в отличие от находящихся во власти парадигмы биолого-физиологического исследования стресса (прежде всего Кэннон и Селье), где реакции стресса идентифицируются в качестве универсальных, неспецифических реакций приспособления.

В разработанной Лазарусом и его сотрудниками концепции нагрузок стресс и его преодоление понимаются как трансактный процесс, т. е. как актуальная динамическая структура взаимоотношений индивида и ситуации, и изменения этого обмена во времени [76]. Согласно этой концепции, психический стресс и тем самым опасность ухудшения здоровья возникает тогда, когда происходит специфическая констелляция в трансакции между индивидом и окружающей средой: на основе когнитивного процесса оценки индивид воспринимает омрачающую его эмоциональное состояние диспропорцию между требованиями среды и находящимися в его распоряжении ресурсами противостояния [77, р. 19].

События, отягощенные когнитивными оценками в процессе руководства действиями, по модели Лазаруса, имеют «субстанциональное воздействие на физические процессы» [76, р. 207]. На этом уровне модели требуются лишь уточненные сведения о том, как это отягощающее несоответствие между требованиями среды и силами преодоления нарушает нормальные функциональные взаимосвязи между гормональным обменом, нервной и иммунной системами, вследствие чего появляются специфические болезни. Только недавно появившаяся «психонейроиммунология» пытается исследовать эти взаимосвязи.

Отсюда вытекает, что важнейшие члены в причинной цепи от положения в системе социального неравенства до индивидуальной болезни и продолжительности жизни размещаются на различных уровнях социальной реальности, которые могут быть расставлены в иерархичной многоуровневой модели. В такой



модели, которая предлагается на рис. 3, более высокий уровень определяет релевантные условия для других уровней. Многоуровневый анализ является, следовательно, формой мультивариантного способа рассмотрения социальных феноменов, которая направлена на увязывание данных различных уровней социальной реальности с объяснением индивидуальных и коллективных социальных фактов. Такая многоуровневая модель нашла свое плодотворное применение прежде всего в социально-структурном исследовании социализации [78–82]. На высшем уровне анализа (макроуровень) фиксируются измерения социального неравенства, из которого вытекают неравные условия жизни и жизненные шансы. Средний уровень анализа (мезоуровень) охватывает конкретные жизненные обстоятельства, в которых проявляется действие структурно опосредованных неодинаковых нагрузок и ресурсов. На нижнем уровне (микроуровень) тематизируется процесс борьбы индивида с нагрузками и ресурсами и устанавливаются последствия неудавшегося процесса преодоления для индивидуального самочувствия, причем здесь анализируется в комплексе взаимная игра между физическими и соматическими процессами.

#### *4.1. Психологические нагрузки и социальный слой*

Во многих исследовательских работах установлено, что представители нижних социальных слоев живут в более токсичной, менее гигиеничной и более опасной среде (жилище и место работы), следствием чего является целый «букет» заболеваний. Возрастающее значение, однако, приписывается также психосоциальным нагрузкам, не только в качестве объяснения взаимосвязи повышенной нервной активности и заболеваний сердца, но также для объяснения стратификационного градиента этих и других заболеваний [28; 83, p. 16].

Однако психологическая предметная область, описываемая с помощью понятия психосоциальной нагрузки, является недостаточно ясной. Эта концептуальная неотчетливость в исследовательских намерениях оказывается огромной проблемой [84, S. 47]. Исследование нагрузок фокусировалось до сих пор на двух аналитически различаемых формах внешних требований с потенциальным отягчающим действием: критические события жизни («major events») и повседневные нагрузки («daily hassles», «minor life events»). Под критическими событиями жизни понимаются жизненные события, которые «возникают в связи с изменением социальной ситуации и требуют от человека соответствующей адаптации. Так как эти события представляют собой разрушение привычных способов действий и требуют изменения или упразднения имевшихся образцов поведения, принципиально они могут рассматриваться как «стрессообразующие» [85, S. 23].

Изучение критических событий жизни, которое развилось в последние 25 лет в самостоятельное направление исследования, было стимулировано главным вопросом социоэпидемиологии о социальных условиях развития и перехода в хроническую форму психических расстройств. Исследование критических событий жизни стало модным направлением внутри исследований нагрузок благодаря клинико-психологической и гериатрической постановке вопроса. При этом накопленный в течение определенного времени опыт был поставлен в связь с критериями физических болезней и психических расстройств.

Множество исследований подтверждают взаимосвязь с критическими событиями жизни таких психических расстройств, как депрессия, острая шизофрения, неврозы [86–90]. Для соматических или психосоматических заболеваний сердечно-сосудистой системы или рака эмпирически очевидны неблагоприятное влияние событий жизни [86, 88, 90]. При этом предполагается относительно неспецифическое действие событий жизни на различные заболевания, причем как физические болезни, так и психические расстройства интерпретируются как возможные реакции на одинаковые нагрузки. Дисперсия случаев заболеваний, возникающих в результате определенных жизненных событий, изменяется от 1% [52, p. 142; 91, S. 142] до максимум 9% [90, p. 149]. В качестве реакции на возрастающую методическую и содержательную критику исследований событий жизни с конца 1970-х гг. обратили на себя внимание повседневные нагрузки в сфере партнерских отношений, в семье, на работе и т. д., которые до сих пор из-за первоначальной концентрации на исследованиях критических событий жизни оставались в тени. Основная мысль этого исследовательского направления, разделяющего повседневные нагрузки на *длительные нагрузки* («chronic strains», «persistent life strains», «role-strains») и *небольшие повседневные нагрузки* («daily hassles», «minor life events»), состоит в том, что эти нагрузки способствуют объяснению физических или психических расстройств в качестве «необычных проблем попадания экстравагантных людей в редкие ситуации» [92, p. 3].

Важно помнить также, что критические события жизни могут стать элементом хронических повседневных нагрузок. Так, например, потеря работы или смерть партнера являются более тяжелым внезапным событием, чем постепенное изменение жизни, которое с большой вероятностью повышает уровень повседневной нагрузки.

Основой для регистрации повседневных нагрузок, определяемых как эпизоды, вызывающие стресс, в смысле транзактной концепции Лазаруса, является опробованный группой Лазаруса опросник, состоящий из 177 пунктов. Шкала охватывает широкий круг повседневных трудностей и событий из различных сфер: работа/профессия, семья, дружба и здоровье, причем в центре находится их субъективная оценка [91, S. 143].

В ряде эмпирических исследований [93, 94] с учетом повседневных нагрузок был найден стабильный индикатор стресса. В отношении интересующей взаимосвязи между трудностями и критериями психического самочувствия получены корреляции между агрегированной частотой повседневных нагрузок и психических симптомов от 0,60 для 2 месяцев исследования и до 0,49 для 10 месяцев [93]. Сравнение дисперсий критических событий жизни и повседневных нагрузок для психических расстройств показало, что трудности представляют благоприятную предпосылку психических расстройств, индуцирующих стресс. Они, по-видимому, образуют «медиаторы» между событиями жизни и психическим самочувствием.

В актуальной модификации первоначального способа регистрации повседневных нагрузок все трудности уравниваются, учитывая их вредящую способность, их разделением на «центральные» и «периферийные» [77]. В концепции *центральных трудностей* рассматривается субъективная оценка опыта и тем самым межиндивидуальная вариативность в переживании стресса в моду-



сах опыта [91, S. 147]. В дальнейшем эмпирические данные были собраны для того, чтобы показать, что психосоциальные нагрузки, которые застают людей в различных жизненных обстоятельствах, во-первых, оказывают значительное влияние на соматические/психосоматические болезни, психические расстройства и продолжительность жизни, и, во-вторых, находятся в тесной взаимосвязи с принадлежностью слою. В этой связи Сайм (1986) выдвигает тезис, что в современной фазе развития западного общества психосоциальные условия здоровья имеют большее значение, чем материальные обстоятельства жизни [29].

Анализ концентрируется при этом на критических событиях жизни и повседневных нагрузках в центральных жизненных сферах (семья и профессиональная деятельность), так как качество жизни в наибольшей степени зависит от этих двух областей. Разделение этих областей задано аналитически. В действительности же между ними существуют многочисленные комплексные взаимовлияния: нагрузки в профессиональной деятельности обуславливают семейные структуры отношений; нагрузки на работе у мужчин воздействуют на статус здоровья супругов [95, S. 163]. И наоборот, партнерские и семейные отношения могут быть источником хронических нагрузок, которые понижают, в свою очередь, индивидуальный порог толерантности к нагрузкам в профессиональной сфере [96, S. 60; 98, S. 78]. В целом психосоциальные условия профессиональной деятельности, видимо, оказывают большее влияние на психическое самочувствие, чем семья [66, p. 76; 96].

**Психосоциальные нагрузки в профессиональной сфере.** Здесь важны два вопроса:

1. Какие факторы профессиональной деятельности и в какой констелляции приводят к возникновению или переходу в хроническую форму соматических/психосоматических болезней и психических расстройств?

2. Содержат ли условия профессиональной деятельности нижних социальных слоев в целом больший объем нагрузок?

В упомянутой выше «Черной книге» (Black Report) высказывается сожаление о вводящей в заблуждение концепции депривации на работе [19, p. 185], причем проблема заключалась в трудности идентификации специфического риска несчастного случая и токсических субстанций. Это суждение не подтверждается имеющимися ко времени опубликования «Черной книги» работами по сомато- и психопатологии [98–101] — оно сегодня полностью неправомерно. Параллельно с многочисленными доказательствами значения физических и химических вредных факторов для соматических болезней (заболевания сердечно-сосудистой системы, карциномы, заболевания дыхательных путей) [83, p. 16] имеется возрастающая очевидность большего влияния психосоциальных профессиональных нагрузок для возникновения как соматических болезней, так и психических расстройств. Этот вывод можно сделать из исследований взаимосвязи заболеваний сердечно-сосудистой системы и рабочих мест в индустрии [28, 66, 102, 103].

В модели профессиональных нагрузок [100] стресс является результатом взаимодействия двух психосоциальных факторов труда: высокие требования к работе, с одной стороны, и малые возможности участия в принятии решений («decision latitude») — с другой. Конструкт «decision latitude» имеет, как видно из факторного анализа, два компонента:

1) «skill discretion» (возможность вкладывать свои способности в процесс труда и приобретать новые способности);

2) «authority over decision» (независимость в принятии решений).

Мармот и Теорелл предполагают, что «skill discretion» является при этом центральным фактором. «Если рабочие имеют возможность, получить новую квалификацию, они имеют возможность лучше преодолеть возможные в будущем непредвиденные ситуации, и чем лучше они чувствуют себя в своей роли, тем все больше повышается их готовность и способность к самостоятельному принятию решений, что предполагает растущее пространство решений («decision latitude»)» [28, p. 666]

В пробном обследовании около 1600 рабочих, отобранных по принципу случайной выборки [104], симптомы сердечных заболеваний выявлены у тех 20%, кто оценивает свою работу как психически трудную и одновременно указывает на малое участие в принятии решений. В противовес этому, не имеют симптомов сердечных заболеваний те, чья работа легче в отношении психических нагрузок и отличается широким участием работника в принятии решений [ср.: 6, p. 5].

В качестве других условий риска возникновения заболеваний сердечно-сосудистой системы, вызванных организацией работы, можно назвать также низкую социальную поддержку и низкую физическую активность [66, p. 77]. Для нашей дискуссии особенно важен вывод о том, что релевантные для развития заболеваний сердечно-сосудистой системы характеристики работы, возможности участия в принятии решений и социальная поддержка (коллегами по работе, начальством) ухудшаются с понижением позиции в социальной структуре [28, 66].

Длительное отсутствие этих двух возможностей объясняет статистический риск заболеваний сердечно-сосудистой системы в той же мере, что и некоторые конвенциональные биомедицинские факторы риска. В работе Карасека и Теорелла приводится также факт, что психосоциальные условия профессионального труда не только обуславливают биомедицинские факторы риска, но и независимо от них прямо вызывают сердечно-сосудистые заболевания [66, p. 156].

Итоги этой исследовательской работы соответствуют результатам научного центра социальных исследований в Берлине, в которых констатируется обусловленность инфаркта и трудовых нагрузок. В них значение условий труда также признается по меньшей мере равным значению медицинских факторов риска, и большим, чем значение нагрузок в репродуктивной сфере [96]. Динамика истории возникновения инфаркта складывается, главным образом, из «неспецифического развития на основе патогенного функционального скрещения неустойчивости, непомерных/низких требований труда и неэффективных способов совладения с ними [96, p. 15].

Для объяснения стратификационных образцов распределения сердечно-сосудистых заболеваний Зигрист предложил модель «кризиса профессионального вознаграждения» [103]. В ней утверждается, что опыт принуждения к трате сил на рабочем месте (посредством внешних требований, а также внутреннего контроля) при одновременных относительно незначительных возможностях вознаграждения (финансового, социоэмоционального, статусного контроля)

повторяется чаще в нижнем, чем в среднем и верхнем социальном слоях. Одновременно используются также немногие и/или более неэффективные формы поддержки в сфере труда и воспроизводства, чтобы снизить негативные эмоциональные воздействия профессионального вознаграждения.

В пробном исследовании 460 рабочих-мужчин было подтверждено, что испытанное ими резкое несоответствие высоких профессионально-трудовых затрат и относительно низкого вознаграждения порождает у них эмоциональные нагрузки, которые вызывают и устойчиво поддерживают комплексные физиологические процессы, вредящие сердечно-сосудистой системе. Мужчины, которым пришлось решать эту проблему, заболели в четыре раза чаще в сравнении с нормально загруженными [103]. Определенные свойства личности усиливают этот процесс.

Эта модель хорошо объясняет концентрацию сердечно-сосудистых болезней в нижних профессиональных группах. Это поясняет, что для более высокой уязвимости нижних социальных слоев решающими являются не трудовые нагрузки, но типичный для них разрыв между утомительным профессиональным трудом, с одной стороны, и вознаграждением — с другой.

**Психосоциальные нагрузки в семье.** Наряду с областью профессионального труда семья является значимым источником психосоциальных нагрузок. Решающие события, приведенные в списке критических жизненных случаев, содержат множество связанных с семьей нагрузок: рождение ребенка, развод, болезни, смерть ребенка или партнера, школьная неудача ребенка, безработица члена семьи и т. д. Ежедневные нагрузки в семье (например, финансовые вопросы, проблемы воспитания и обучения детей, споры между членами семьи и т. д.) лишь кажутся мягкими. Если они накапливаются или становятся хроническими, они больше способствуют возникновению психических расстройств и болезней, чем редкие критические жизненные события [94; 105, р. 101].

Важно указать, что между критическими жизненными событиями и ежедневными нагрузками существует связь. Так, принудительная утрата рабочего места может привести к значительным финансовым ограничениям семейного бюджета, которые отягощают ежедневные отношения членов семьи. Хотя обе разновидности нагрузки во многих исследованиях обсуждаются отдельно, они взаимодействуют друг с другом и совместно влияют на динамику нагрузок.

В большинстве исследований нагрузки и стресс оцениваются как индивидуальные переменные [90], т. е. допускается случайное индивидуальное распределение нагрузок. Теперь имеются многочисленные эмпирические результаты, которые подтверждают, что нагрузки зависят от таких социально-структурных условий, как социальный слой, пол и возраст. Для нашего анализа значимо, прежде всего, доказательство зависимой от слоя экспозиции нагрузок. Как критические жизненные события — безработица, развод, болезнь и смерть (так называемые «ненормативные события») [92], так и частично ими обусловленные хронические ролевые нагрузки в партнерских и семейных отношениях возрастают в современных обществах от верхнего к нижним социальным позициям [75, 92, 106—112]. Согласно Вальцу, здесь имеется даже линейная связь [97].

Концепция нагрузки является хорошим противовесом всем формам биомедицинского и психологического редукционизма, который главную причину ин-

дивидуальных страданий видит в личных (генетических и приобретенных) факторах [74]. Однако и концепцию нагрузки, со своей стороны, упрекают в редуцированности. При анализе нагрузок и их воздействий затемняется роль ресурсов преодоления, так как анализ, ориентирующийся исключительно на нагрузки, является беспомощным в отношении тех фактов, что идентичные по количеству нагрузки распадаются на различные индивидуальные реакции. Так, безработица вызывает спектр реакций: с одной стороны, — это освобождение от физического и психического принуждения к прежней деятельности, которое дает, в свою очередь, шанс нового начинания и индивидуального совершенствования, с другой — физическое и психическое обессиление, отчаяние, безнадежность, апатия и депрессия, которые могут начаться при тщетных усилиях реинтеграции в трудовой процесс [113].

Подчеркнутое положение дел в специальной литературе о нагрузках снова и снова ведет к вопросу об условиях, компенсирующих или уменьшающих нагрузки.

#### *4.2. Ресурсы и социальный слой*

По мнению Лазаруса, понятия «стресс» и «нагрузка» менее значимы для процессов адаптации, чем понятие «преодоление». «Стресс является универсальным феноменом, неизбежным аспектом ежедневной жизни, даже если некоторые люди испытывают стресс чаще, интенсивнее и глубже, чем другие. Существенное различие лежит тем не менее в последствиях стресса, и они производятся соответствующими стратегиями преодоления...» [76, p. 216]. Этой акцентуацией процесса преодоления, соответствующий выход из которого, наряду с оценкой трудностей, определяется обладанием социальными и персональными ресурсами, Лазарус объясняет межиндивидуальные различные последствия идентичных нагрузок.

Новейшее исследование нагрузки разделяет это понимание и предоставляет процессу преодоления центральную функцию — замедлителя между нагрузками и появлением психических расстройств и соматических болезней [94; 114; 115]. Задача состоит в обосновании значения системных, социальных и персональных ресурсов для поддержания здоровья, возникновения и протекания болезни и реабилитации, а также в том, чтобы показать их специфическое социально неравное распределение.

**Системные ресурсы: медицинское обеспечение.** Суть стратификационного градиента часто объясняется тем, будто представители нижних социальных слоев или имели более плохой доступ к ресурсам медицинского обеспечения, или этот доступ для них менее выгоден (например, высокая стоимость услуг) [13, p. 3]. Социальные различия в доступности пользования различными услугами здравоохранения вытекают из несоответствия социальных и экологических условий [19, p. 81].

Различия в доступности медицинского обеспечения и — до определенной степени — его качества в различных регионах и есть фактор усиления социального неравенства в здоровье/продолжительности жизни. Ограниченная доступность означает также следующее: длинные листы ожидания, долгое ожидание в очереди, большие трудности в соблюдении назначенных приемов и т. д.

В исследовании Вендта указывается, что в ФРГ средние линии распределения практических врачей-терапевтов показывают отчетливое, последовательное снижение стандарта укомплектованности — от районов с бюргерским населением до рабочих областей [116]. Так, в распределении детских врачей по районам города более остро выражено снижение между бюргерскими и рабочими районами. В распределении женских врачей расхождения особенно значительны между бюргерскими и рабочими кварталами. Вендт констатирует, что эти расхождения можно установить целиком для всех практик первичного медицинского обслуживания, и они не выравниваются отдельными обратными распределениями. Также относительное переоснащение городских центров не может ослабить этот результат, так как «рабочие области хуже связаны с городской системой сообщения, и жители этих районов в меньшей мере ориентированы на третичные рабочие места, чем жители бюргерских районов. То есть выравнивание региональных различий посредством повышенного снабжения центров городов является для рабочих областей менее действенным, чем для бюргерских [116, S. 78].

Другая возможная причина для неравенства в болезни/продолжительности жизни состоит в структуре учреждений медицинского обеспечения, ориентации и практики которого приспособлены, скорее, к культуре среднего слоя [19, р. 81]. Специальный язык и недостаток финансовых и временных ресурсов ограничивают возможности разрешения проблем и удовлетворения нужд нижних социальных групп. Состоятельные и образованные люди имеют потенциально лучший доступ к психосоциальному и врачебному обслуживанию, включая профилактические привилегии [117, S. 30]. Некоторые исследователи указывают на то, что они крайне редко находили экстремальную форму шизофрении у представителей нижних социальных слоев в частных учреждениях, в то время как гораздо чаще такие хронические больные были обнаружены в плохо оборудованных общественных больницах [118, S. 235]. Представители нижних социальных слоев знают скорее о медицинском обращении с заброшенной болезнью, чем осведомлены о возможностях профилактического вмешательства [27, р. 156]. В целом требования к медицинским службам в США усиливаются вместе с ростом доходов семьи [119, S. 61]. Неравенство в образовании может влиять на знание о значении для здоровья превентивных мер и на соблюдение медицинских указаний [120].

Перечисленные факторы, без всякого сомнения, ответственны за более высокие нормы заболеваемости и малые шансы выживания представителей нижних социальных слоев. Однако не кажется убедительным, что более трудный доступ к медицинскому обеспечению обуславливает также более высокую заболеваемость представителей средних слоев в сравнении с представителями высших социоэкономических позиций [38, 121]. Значительные различия по состоянию здоровья имеются также между социальными слоями в таких странах, как Финляндия и Швеция, где доступ к медицинскому обслуживанию не затруднен социоэкономическими барьерами [122]. В Англии и Уэльсе стратификационный градиент изменился не существенно после институционализации национальной службы здоровья [15]. В США значительно улучшился доступ малообеспеченных групп населения к системе медицинского обслуживания за последние 25 лет. Напротив, спрос на медицинские услуги в этой группе (лиц с

низким доходом) вырос между 1964 и 1976 г. только на треть. Схожие улучшения в системе медицинского страхования США, в частности для более старых людей, не привели к большим изменениям стратификационного градиента относительно продолжительности болезни и жизни [15, р. 13].

Таким образом, нельзя сказать, что улучшения в медицинском страховании, в предложении медицинских услуг и в доступе к ним имеют несущественные следствия для здоровья населения. Они выражаются лишь в непринципиальных изменениях обратного отношения между социальным слоем и болезнью/смертью [21, р. 132].

**Социальные ресурсы (социальная поддержка).** Объем, стабильность и качество социальных услуг поддержки как функция социальных сетей чрезвычайно значимы для генезиса, хода и шансов реабилитации соматических заболеваний и психических нарушений. Роль инструментального и эмоционального обеспечения здоровья и продолжительности жизни под воздействием социальных сетей подтверждается избытком эмпирических данных [36, 73, 123—132]. Эффект социальной поддержки варьируется при этом с соответствующими зависимыми переменными (психическое или физическое здоровье, смертность), с операционализацией независимых (социальная поддержка) и зависимых переменных, с источником (партнеры, семья, родственники, коллеги по работе т. д.), содержанием (эмоциональная, инструментальная и др.), количеством и качеством фактически полученной или субъективно воспринятой социальной поддержки, с признаками исследованной популяции (социальный статус, возраст и пол) и ситуативным контекстом изучения (анализируются критические исследования событий или повседневных нагрузок или и то и другое?) [132].

На базе основательного метаанализа 70 эмпирических оригинальных работ о влиянии социальной поддержки на протекание депрессии была установлена [127] средневзвешенная величина эффекта поддержки от  $r = -.22$ . Интимные партнеры хорошо защищены от депрессии ( $r = -.42$ ), далее — семья ( $r = -.26$ ), друзья ( $r = -.26$ ) и коллеги по работе ( $r = -.17$ ).

Чтобы установить значение социальной поддержки для физического здоровья [127], были подвергнуты метаанализу 15 эмпирических оригинальных работ. Получен неожиданный результат: на настоящий момент никакой существенной связи между физическим здоровьем и социальной поддержкой не выявлено ( $r = -.06$ ), т. е. близка к нулю. При разделении различных источников социальной поддержки получают данные, свидетельствующие о том, что между физическим здоровьем и поддержкой партнеров по жизни никакой связи не существует ( $r = +.01$ ), и, напротив, был установлен довольно высокий эффект поддержки членами семьи ( $r = -.15$ ). Социальная поддержка (прежде всего эмоциональная) в целом, вероятно, более значима для физического здоровья женщин ( $r = -.13$ ), чем для здоровья мужчин ( $r = -.02$ ).

По меньшей мере две каузальные модели объясняют благотворный эффект социальных связей.

1. Нарастающее ощущение прочности социальных связей непосредственно содействует благополучию и здоровью индивида без всяких побочных последствий (прямой эффект). Этот эффект можно интерпретировать как «ненаправленные и ненамеренные косвенные плоды» ежедневной социальной интеракции [130, S. 80], в которых удовлетворяются основные человеческие потребности

сти в благожелательном внимании, признании, надежности, социальной интеграции и др., а одновременно развиваются также чувства самооценности, доверия себе и Я-идентичности как предпосылки психосоциального благополучия [38, 132, 133].

2. Системы социальной поддержки помогают людям снижать или нейтрализовать вредящие здоровью последствия нагрузок [130, S. 79]. Чтобы защитить людей от патогенных эффектов отягчающих событий (амортизирующий эффект), поддержка должна «соответствовать» разбухенным стрессом потребностям [130, S. 86], следовательно, необходимо согласование поддержки и индивидуальных потребностей.

Последний пункт особенно значим, так как в случае несовпадения предоставленной и желательной помощи социальная поддержка быстро может обратиться в социальную нагрузку [134, S. 154]. Важную роль играет при этом временное соответствие между актуальными потребностями личности и фактически предложенной помощью. В одном из исследований периода после завершения психиатрического лечения установлено, что предложенная когнитивная и эмоциональная помощь во время улучшения симптома должна быть непременно адаптирована к состоянию больного [73, S. 318].

Согласование, в том числе хронологическое, источника и способа поддержки играет важную роль: интенсивная эмоциональная поддержка со стороны друзей может только в ограниченной мере, конечно, компенсировать отрицательные последствия отсутствия симпатии со стороны партнера [134, S. 154]. Воздействие социальных связей на субъективное восприятие должно быть непременно скоррелировано с соответствующим психическим расстройством.

Предполагается, что доверительные связи у шизофреников оформлены иначе и имеют другое значение, чем у депрессантов [135, S. 209]. Эмоциональные связи шизофреников для входящих в сообщество, по-видимому, менее значимы, чем относительно деловое и ясно структурированное вхождение в социальное устройство и распорядок дня. Для шизофреников эмоциональная интенсивность, свойственная деловым отношениям, может означать сверхтребование.

Для представленной здесь аргументации важным является доказательство связи между социоэкономическим статусом и количеством и качеством социальных услуг поддержки. Контакты с друзьями и родственниками, членство и участие в организациях, а также поддержка партнеров возрастают в более высоких социальных слоях [36, 75, 86, 97, 107, 136–140].

Как различные условия — доход, образование, престиж и профессия — влияют на количество и качество социальных услуг поддержки, еще не ясно. Здесь открывается широкое поле для исследований.

**Персональные ресурсы.** Основной аналитический вопрос, поставленный в исследовании Лазаруса и его сотрудников, таков: как формируются персональные ресурсы в процессе преодоления критических жизненных ситуаций и ежедневных нагрузок. В качестве свойств личности они формируются всю жизнь, причем они встроены в генетически детерминированную психическую конституцию [76]. В психологической литературе по проблеме преодоления трудностей называется ряд персональных свойств, из которых складыва-

ется результативность преодоления стресса. Самыми значительными конструктами являются:

- внешний локус против внутреннего локуса контроля [141, 142];
- наученная беспомощность [143];
- чувство мастерства (власти) [144];
- фатализм против инструментализма [145];
- деморализация [51].

Отсутствие общепринятой концептуальной модели личности ведет к постоянному расширению таких содержательно более или менее сильно пересекающихся конструктов.

Различные эмпирические обследования подтверждают релевантность этих накапливающихся ресурсов для процесса преодоления. Так, люди с чувством внешнего контроля сильнее, чем лица с чувством внутреннего контроля, втянуты в трудные жизненные ситуации [132]. Уэтон привел доказательства того, что фаталистические установки подтачивают накопительные стремления в отягчающих ситуациях и вместе с тем повышают предрасположенность к психическим нарушениям [145]. В другом лонгитюдном исследовании было показано [146], что «чувство мастерства» и «самоуважение» выполняют функцию амортизатора в критических жизненных случаях и защищают психическое здоровье. В исследовании Доренуэнда [51] обнаружены значимые отношения между синдромом деморализации (приобретенная диспозиция, которая характеризуется чувством пониженной самооценности, беспомощности, безнадежности, фатализма, неопределенными страхами перед будущим и вообще подавленным настроением) и клинически выделяющимися симптомами. В одном из исследований [19] недостаток персонального контроля над условиями собственной жизни усматривается как важная опосредующая переменная величина между низкой позицией слоя и болезнью. В слабо выраженном «чувстве контроля» предполагается наличие значимой причины для повышенной нормы заболеваемости и смертности нижнего социального слоя [147].

Все упомянутые признаки различной сложности сосредоточиваются на объективно данной или субъективно оцененной возможности личности контролировать релевантные условия и виды деятельности соответственно собственным целям, потребностям и интересам и уметь влиять на них. «Из всех убеждений о себе и обществе, которые могут увеличить или уменьшить дистресс, чувство контроля над жизнью может быть наиболее важно» [148, р. 131].

Соответствующий арсенал и качество персональных ресурсов, которые имеются в распоряжении человека в трудностях и кризисах в качестве накопленных версий, зависят от биографически сложившихся и актуальных социальных связей, исходящих от них импульсов развития или опыта депривации. Подтвержденное стратификационное закрепление и выражение многих из этих ресурсов [19, 51, 136, 142, 146, 149] свидетельствует в пользу гипотезы, исходящей из теории социализации. Вместе с тем неравно распределены не только нагрузки на людей различных социальных слоев, но и имеющиеся для них ресурсы, Люди нижних социальных позиций ущемлены, таким образом, двумя способами. В последующем необходимо уточнить контрольный конструкт и более точно выявить его зависимость от социально-специфических варьирующихся условий жизни и труда.



## 5. Обобщение и обсуждение

Систематизация и критический анализ попыток интерпретации эмпирически хорошо известной обратной связи социального слоя и болезни — соответственно, продолжительности жизни — дают отчетливые теоретические и эмпирические аргументы в пользу преимущества предложенной многоуровневой модели (см. рис. 3). В ней предпринята попытка идентифицировать социально неравно распределенную заболеваемость и смертность с объясняющими их переменными величинами, упорядочить различные уровни реальности и представить их теоретически убедительно. Доминирующий вектор действия направлен соответственно логике модели от макроуровня через мезоуровень к индивидуальному уровню и влияет, таким образом, на требующие объяснения феномены социально-специфических норм заболеваемости и смертности. При этом отношения обратной связи объясняют увязку переменных с вышестоящим уровнем и т. д. (болезнь > индивидуальный уровень > мезоуровень > макроуровень). Эти процессы обратного действия, которые из-за наглядности модели по существу остались незамеченными, не ставят под вопрос центральное предположение о преобладающем влиянии социальной структуры на болезнь/продолжительность жизни (это утверждение опирается на соображения дрейф-гипотезы в разделе 3.2). Их можно подтвердить эмпирически тем, что, например, более высокая норма заболеваемости в нижних социальных слоях повышает уровень затруднений семей, и — в случае становящихся хроническими болезней — следствием может быть процесс профессионального нисхождения.

Эмпирическая проверка модели может происходить только в длительном, широком исследовании, в котором будут рассмотрены все три уровня исследования и их изменения во времени.

Для макроструктурного уровня анализа это означает наряду с более тщательной временной инвентаризацией неравных условий жизни учет их развития во времени, так как с изменением разновидности, размера и состава ресурсов изменяются предпосылки действия в основном жизненном контексте, в семье и профессии.

Спектр прямых и обратных действий между нагрузками и ресурсами на мезоуровне можно раскрыть лишь в диахронической перспективе, следовательно, во временном дизайне. Так, выявленный в перекрестных исследованиях объем поддержки или удовлетворенность могут повлиять на уже имеющуюся симптоматику [132, 134]. Следует предположить, что социальная поддержка часто не выполняет непосредственного защитного воздействия в затруднительных ситуациях, как понимается в буфер-гипотезе (PUFFER-Hypotese). Положительное действие воспринятых в качестве поддержанных социальных связей может развиваться также посредством выражения и стабилизации чувства самооценности или других персональных ресурсов [132].

На микроуровне в перекрестно организованных исследованиях нельзя дать никакие сведения об изменении персональных ресурсов или длительности болезни. Так, например, психические нарушения лишь кратковременны, и как раз этот аспект находит внимание в эпидемиологическом изучении. Принцип

действия продуктивного и, соответственно, терпящего поражение преодоления кризиса можно исследовать лишь в продольном разрезе.

*Перевод с немецкого В. В. Козловского, М. А. Баженовой*

## **Литература**

1. Scheff T. J. Das Etikett «Geisteskrankheit»: Soziale Interaktion und psychische Stoerung. Frankfurt: Fischer, 1973.
2. Engel G. L. The need for a new Medical Model: A challenge for biomedicine // *Science*. 1977. Vol. 196, № 4286. P. 129—136.
3. Marmot M. G., Kogevinas M., Elston M. A. Socioeconomic status and disease // *Health promotion research: Towards a new social epidemiology* / Ed. by B. Badura, J. Kickbusch. WHO Regional Publications, European Series. 1991. № 37. P. 113—146.
4. Estes/Randall, 1992:299
5. Fries J. S., Crapo M. Vitality and Aging: Implications of the Rectangular Curve. San Francisco: Freeman, 1981.
6. McKeown T. H. Die Bedeutung der Medizin: Traum, Trugbild oder Nemesis? Frankfurt: Suhrkamp, 1982.
7. Rosenbrock R. Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung und Prävention // *Plenumsreferat auf dem AOK/WHO-Kongress «Gesundheit als Herausforderung» am 14. Juni 1989 in Hamburg*, 1989.
8. Gerhardt U. Soziologische Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit: Probleme der theoretischen Rekonstruktion empirischer Befunde // *Soziologie der sozialen Ungleichheit* / Hrsg. B. Giesen, H. Haferkamp. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1987. S. 393—426.
9. Schnabel P.-E. Krankheit und Sozialisation. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1988.
10. Antonowsky A. Social class, life expectancy and overall mortality // *Milband Memorial Fund Quarterly*. 1967. № 45. P. 31—73.
11. Dohrenwend B. P., Dohrenwend B. S. Social status and psychological disorder: A causal inquiry. New York: Wiley, 1969.
12. Dohrenwend B. P., Dohrenwend B. S. Socioenvironmental factors, stress, and psychopathology. Part 1: Quasi-experimental evidence on the social causation — social selection issue posed by class differences // *American Journal of Community Psychology*. 1981. № 9. P. 146—159.
13. Syme S. L., Berkman L. F. Social Class, susceptibility and sickness // *American Journal of Epidemiology*. 1976. Vol. 104. № 1. P. 1—8.
14. Wheaton B. The Sociogenesis of Psychological Disorder: Reexamining the Causal Issues with Longitudinal Data // *American Sociological Review*. 1978. Vol. 43. P. 383—403.
15. Haan M. N. Socio-Economy Position and Health: A Review. Human Population Laboratory. California State Dept. of Health, hektogr. Manuskript, 1985.
16. Marmot M. G., McDowall M. E. Mortality decline and widening social inequalities // *The Lancet*. 1986. Aug. 2. P. 274—276.
17. Class and Health. Research and longitudinal data / Ed. by R. Wilkinson. London; New York: Tavistock, 1986.
18. Dutton D. B. Social Class, Health, and Illness // *Perspectives in Medical Sociology* / Ed. by Ph. Brown. Belmont: Wadsworth Publ. Corp., 1989. P. 23—46.
19. Inequalities in Health. The Black Report: The Health Divide / Ed. by P. Townsend, N. Davidson, M. Whitehead, London: Penguin, 1990.
20. Dohrenwend B. P. Socioeconomic status (SES) and psychiatric disorders: Are the issues still compelling? // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* (1990). Springer, 1990. P. 41—47.
21. Marmot M. G., Kogevinas M., Elston M. A. Social/economic Status und Disease // *Annual Review of Public Health*. 1987. Vol. 8. P. 111—135.

22. Smith G.D., Blane D., Bartley M. Soziale Klasse und Mortalitätsunterschiede: Diskussion der Erklärungsansätze in Großbritannien // Krankheit und soziale Ungleichheit / Hrsg. A. Mielck. Opladen: Leske & Budrich, 1993. S. 425—451.
23. Steinkamp G. Soziale Lage, Krankheit und Lebenserwartung // Kritik und Perspektiven sozialepidemiologischer Ungleichheitsforschung. Universität Bielefeld, Forschungsschwerpunkt Gesundheitswissenschaften und öffentliche Gesundheitsförderung. Arbeitsberichte und Forschungsmaterialien. 1993. № 6.
24. Wilkinson R. G. Socioeconomic differences in mortality: interpreting the data on their size and trends // Class and Health / Ed. by R. G. Wilkinson. London; New York: Tavistock, 1986. P. 1—20.
25. Fox A. J., Goldblatt P. O., Jones D. R. Social class mortality differentials: artifact, selection or life circumstances? // Ibid. P. 34—49.
26. Marmot M. G., Shipley M. J., Rose G. Inequalities in death: Specific explanations of a general pattern? // The Lancet, 1984. P. 1003—1006.
27. Marmot M. G., Blyth F. M. Die Aufgaben von Public Health bei der Reduktion von Ungleichheiten in der Mortalität // Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung / Hrsg. B. Badura et al. Stuttgart: Kolhammer, 1989.
28. Marmot M. G., Theorell T. Social class and cardiovascular disease: the contribution of work // International Journal of Health Services. 1988. № 18. P. 659—674.
29. Syme S. L. Strategies for health promotion // Preventive Medicine. 1986. № 15. P. 492—507.
30. Marmot M. G., Mustard J. F. Coronary Heart Disease from a Population Perspective // Why are some people healthy and others not? / Ed. by R. G. Evans, M. W. Barer, Th. R. Marmot. Berlin; New York: de Gruyter, 1994. P. 189—214.
31. Smith G. D., Bartley M., Blane D. The Black Report on socioeconomic inequalities in health 10 years on // British Med. Journal. 1990. Vol. 301. P. 373—377.
32. Krankheit und soziale Ungleichheit: Sozialepidemiologische Forschung in Deutschland / Hrsg. A. Mielck. Opladen: Leske & Budrich, 1993.
33. Neumann G., Liedermann A. Mortalität und Sozialschicht // Bundesgesundheitsblatt. 1981. Bd. 24. № 11. 173—181.
34. Keil U., Backsmann E. Soziale Faktoren und Mortalität in einer Großstadt in der BRD // Arbeits-, Sozial-, Präventivmedizin. 1975. S. 4—9.
35. Schepers, J., Wagner G. Soziale Differenz der Lebenserwartung in der Bundesrepublik Deutschland — Neue empirische Analysen // Zeitschrift fuer Sozialreform. 1989. № 11/12. S. 70—682.
36. Berkman L. F., Breslow L. Health and Ways of Living: The Alameda County Study. New York; Oxford: Oxford University Press, 1983.
37. Kitagawa E. M., Hauser P. M. Differential mortality in the United States: A study in socioeconomic epidemiology. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1973.
38. Kaplan G. A., Haan M. N., Syme S. L. et al. Socioeconomic Status and Health // Closing the Gap: The Burden of Unnecessary Illness / Ed. by W. R. Amier, H. B. Dull. New York, Oxford: Oxford University Press, 1987. P. 125—129.
39. Klosterhuis H., Mueller-Fahrnow W. Sozialschicht und Sterblichkeit bei männlichen Angestellten aus den alten Bundesländern // Krankheit und soziale Ungleichheit / Hrsg. A. Mielck. Opladen: Leske & Budrich, 1993. S. 319—330.
40. Valkonen T. Adult mortality and level of education: a comparison of six countries // Health Inequalities in European Countries / Hrsg. J. Fox. Aldershot: Gower, 1989. P. 142—162.
41. Hoffmeister H., Hüttner H., Stolzenberg H. et al. Sozialer Status und Gesundheit: Nationaler Gesundheits-Survey 1984—1986. München: Medizin Verlag (Schriftenreihe des BGA Bd 2/92), 1992.
42. Helmert U., Maschewsky-Schneider U., Mielck A., Greiser E. Soziale Ungleichheit bei Herzinfarkt und Schlaganfall in West-Deutschland // Sozial- und Präventivmedizin. 1993. Vol. 38. № 3. S. 123—132.
43. Mielck A., Helmert U. Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Manuskript, 1997.
44. Jarvis E. (1855). Insanity and Idiocy in Massachusetts: Report of the Commission of Lunacy. Cambridge: Harvard University Press, 1971.

45. Dohrenwend B. P. Soziokulturelle und sozialpsychologische Faktoren in der Entstehung psychischer Störungen // Sozialer Stress und psychische Erkrankungen / Hrsg. H. Katschnig. München: Urban u. Schwarzenberg, 1980. S. 125—158.
46. Dohrenwend B. P., Dohrenwend B. S. Social and cultural influences on psychopathology // Annual Review of Psychology. 1974. N 25. P. 417—452.
47. Holzer C. E., Shea B. M., Swanson J. W. et al. The Increased Risk for Specific Psychiatric Disorders among Persons of Low Socioeconomic Status // The American Journal of Social Psychiatry. 1986. Vol. VI. № 4. P. 259—271.
48. Steinkamp G. Soziale Ungleichheit, Erkrankungsrisiko und Lebenserwartung: Kritik der sozialepidemiologischen Ungleichheitsforschung // Sozial- und Präventivmedizin. 1993. № 38. S. 111—122.
49. Borgers D., Steinkamp G. Sozialepidemiologie: Gesundheitsforschung zu Krankheit, Sozialstruktur und gesundheitsrelevanter Handlungsfähigkeit // Lehrbuch der Gesundheitspsychologie / Hrsg. P. Schwenkmezger, L. R. Schmidt. Stuttgart: Enke, 1994. S. 133—148.
50. Cooper B. Epidemiologie psychischer Erkrankung im Alter // Handbuch der Gerontologie / Hrsg. D. Piatt. Bd 5: Neurologie, Psychiatrie. Stuttgart; New York: G. Fischer Verlag, 1989. S. 73—90.
51. Dohrenwend B. P., Dohrenwend B. S., Gould M. S. et al. Mental illness in the United States: Epidemiological estimates. New York: Praeger, 1980.
52. Sozialer Stress und psychische Erkrankung: Lebensverändernde Ereignisse als Ursache seelischer Störungen? / Hrsg. H. Katschnig. München; Wien; Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 1980.
53. Dilling H., Weyerer S., Castell R. Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung. Stuttgart: Enke, 1984.
54. Schwab J. J., Schwab M. E. Sociocultural Roots of Mental Illness: An Epidemiologic Survey. New York; London, 1978.
55. Marmot M. G. Social inequalities in mortality: the social environment // Class and Health / Ed. by R. G. Wilkinson. London; New York: Tavistock, 1986. P. 21—33.
56. Wadsworth M. E. J. Serious illness in childhood and its association with later life achievement // Class and Health / Ed. by R. G. Wilkinson. London; New York: Tavistock, 1986. P. 50—74.
57. Abel-Smith B. Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Die britische Diskussion // Zeitschrift fuer Sozialreform. 1990. Jg. 3/4. S. 169—178.
58. Schafstedde F. Rauchen und soziale Lage: Zur Abhängigkeit des Rauchverhaltens von sozialen Merkmalen auf der Basis der Ergebnisse des Mikrozensus // Epidemiologie. Bd 1. Bielefeld: IDIS, 1989.
59. Hartel U., Stieber J., Keil U. Der Einfluß von Ausbildung und beruflicher Position auf Veränderungen im Zigarettenrauchen und Alkoholkonsum: Ergebnisse der MONICA Augsburg Kohortenstudie // Sozial— und Präventivmedizin. 1993. Bd 38, № 3. S. 133—141.
60. Muennich B. C. H. von. Subjekt, Körper und Gesellschaft: Sozialwissenschaftliche Modelle zur Beschreibung der psychosozialen Bedingtheit von körperlicher Krankheit und Gesundheit. München: Profil, 1987.
61. Franzkowiak P. Kleine Freuden, Kleine Fluchten: Alltägliches Risikoverhalten und medizinische Gefährdungsideologie. Die Ökologie des Körpers. Frankfurt: Suhrkamp, 1986. S. 121—174.
62. Friczewski F. Sozialökologie des Herzinfarkts: Untersuchungen zur Pathologie industrieller Arbeit. Berlin: Edition Sigma, 1988.
63. Horn K. Gesundheitserziehung im Verhältnis zu anderen sozialisatorischen Einflüssen: Grenzen individueller Problemlösungsmöglichkeiten // Europäische Monographien zu Forschungen in Gesundheitserziehung. 1983. № 5. S. 49—71.
64. Lewis O. The Children of Sanchez. New York: Random House, 1967.
65. Scheuch E. K. Vorwort // Sozialer Status und Gesundheit / Hrsg. H. Hoffmeister, H. Huttner, H. Stolzenberg et al. München: Medizin-Verlag, 1992.
66. Karasek R. A., Theorell T. Healthy Work. Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life. New York: Basic Books, 1990.
67. Badura B. Interaktionsstress — Zum Problem der Gefühlsregulierung in der modernen Gesellschaft, Zeitschrift fuer Soziologie. 1990. Jg. 19. H. 5. S. 317—328.

68. Kuehn H. Healthismus. Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den USA. Berlin: Edition Sigma, 1993.
69. Holme I., Helgeland A., Hjermann I., Leren P., Lund-Larsen G. Four-year mortality by some socioeconomic indicators: the Oslo Study // *Journal of Epidemiology and Community Health*. 1980. № 34. P. 48—52.
70. Salonen J. T. Socioeconomic Status and risk of cancer, cerebral stroke, and death due to coronary heart disease and any disease: a longitudinal study in eastern Finland // *Ibid*. 1982. 36/4: P. 294—297.
71. Cooke K. R., Skegg D. C. G., Fräser J. Socioeconomic status, indoor and outdoor work and malignant melanomas // *International Journal of Cancer*. 1984. № 34. P. 57—62.
72. Blaxter M. Health and Lifestyles. London: Routledge, 1990.
73. Angermeyer M. C., Klusmann D. From Social Class to Social Stress: New Developments in Psychiatric Epidemiology // *From Social Class to Social Stress* / Ed. by M. C. Angermeyer Berlin: Springer, 1987. P. 2—13.
74. Keupp H. Sozialisation durch psychosoziale Praxis // *Neues Handbuch der Sozialisationsforschung* / Hrsg. K. Hurrelmann, D. Ulich. Weinheim u. Basel: Beltz, 1991. S. 467—491.
75. Liem R., Liem J. Social class and mental illness reconsidered: The role of economic stress and social support // *Journal of Health and Social Behavior*. 1978. № 19. P. 139—156.
76. Lazarus R. S. Streß und Streßbewaeltigung — ein Paradigma // *Kritische Lebensereignisse* / Hrsg. S.-H. Filipp. München: Urban u. Schwarzenberg, 1981. S. 198—232.
77. Lazarus R. S. Puzzles in the study of daily hassles // *Journal of Behavioral Medicine*. № 7. 1984. P. 375—389.
78. Kohn M. L. Class and conformity: A study in values. Homewood (Ill.): Dorsey Press, 1969.
79. Bertram H. Gesellschaft, Familie und moralisches Urteil. Weinheim; Basel: Beltz, 1978.
80. Grüneisen V., Hoff E.-H. Familienerziehung und Lebenssituation: Der Einfluß von Lebensbedingungen und Arbeitserfahrungen auf Erziehungseinstellungen und Erziehungsverhalten von Eltern. Weinheim; Basel: Beltz, 1977.
81. Steinkamp G., Stief W. H. Lebensbedingungen und Sozialisation: Die Abhängigkeit von Sozialisationsprozessen in der Familie von ihrer Stellung im Verteilungssystem ökonomischer, sozialer und kultureller Ressourcen und Partizipationschancen. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1978.
82. Steinkamp G. Sozialstruktur und Sozialisation // K. Hurrelmann, D. Ulich. Neues Handbuch der Sozialisationsforschung, 4., völlig neubearbeitete Auflage. Weinheim; Basel: Beltz, 1991. S. 152—177.
83. Siegrist J. Contributions of Sociology to the Prediction of Heart Disease and their Implications for Public Health // *European Journal of Public Health*. 1991. № 1. P. 10—21.
84. Faltermaier T. Notwendigkeit einer sozialwissenschaftlichen Belastungskonzeption // *Theorien und Methoden der Bewaeltigungsforschung* / Hrsg. L. Bruederl. Weinheim; Muenchen: Jurcuta, 1988. S. 46—62.
85. *Kritische Lebensereignisse* / Hrsg. Filipp S. H. Muenchen; Wien; Baltimore: Urban und Schwarzenberg, 1981.
86. Brown G. W., Harris T. Social Origins of Depression: A study of Psychiatric disorder in women. London: Tavistock, 1978.
87. *Life Events and Illness* / Ed. by G. W. Brown, T. O. Harris. New York: Guilford Press, 1989.
88. Kasl S. V. Pursuing the link between stressful life experiences and disease: a time for reappraisal // *Stress research: issues for the eighties* / Ed. by C. L. Cooper. New York: Wiley, 1983. P. 79—102.
89. Thoits P.A.. Dimensions of life events that influence psychological distress: an evaluation and synthesis of the literature // *Psychological stress: trends in theory and research* / Ed. by H. B. Kaplan. New York: Academic Press, 1983. P. 33—103.
90. Williams D. R., House J. S. Stress, social support, control and coping: a social epidemiological view // *Health promotion research: Towards a new social epidemiology* / Hrsg. B. Badura, J. Kickbusch. WHO regional publications, European series. 1991. № 37. P. 147—172.
91. Weber H., Knapp-Glatzel B. Alltagsbelastungen // *Belastende Lebenssituationen. Untersuchungen zur Bewältigungs- und Entwicklungsforschung* / Hrsg. L. Bruederl. Weinheim; München: Juventa, 1988. S. 140—157.

92. Pearlin L. I., Lieberman M. A. Social Sources of Emotional Distress // *Research in Community and Mental Health* / Ed. by R. Simmons. Vol. 1. Greenwich: JAI-Press, 1979. P. 217—248.
93. Kanner A. D., Coyne J. D., Schaefer C., Lazarus R. S. Comparison of two models of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events // *Journal of Behavioral Medicine*. 1981. № 4. P. 1—39.
94. DeLongis A., Coyne J.C., Dakhof D. et al. Relationship of daily hassles, uplifts and major life events to health status // *Health Psychology*. 1982. № 1. P. 119—136.
95. Fletcher B. *Work, Stress, Disease and Life Expectancy*. Chichester u. a.: Wiley, 1991.
96. Friczewski F., Maschewsky W., Naschold F. et al. *Herz-Kreislauf-Krankheiten und industrielle Arbeitsplätze*. Frankfurt a. M.; New York: Campus, 1987.
97. Waltz E. M. Soziale Faktoren bei der Entstehung und Bewältigung von Krankheit — ein Überblick über die empirische Literatur // *Soziale Unterstützung und chronische Krankheit* / Hrsg. B. Badura. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 1981. S. 40—119.
98. Kolnhäuser A. *The mental health of the industrial worker: A Detroit study*. New York: Wiley, 1965.
99. Frankenhaeuser M., Gardell B. Underload and overload in working life: outline of a multidisciplinary approach // *Journal of Human Stress*. 1976. P. 35—46.
100. Karasek R. A. Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign // *Administrative Science Quarterly*. 1979. № 24. P. 285—307.
101. *Industrielle Psychopathologie* / Hrsg. M. Frese, S. Greif, N. Semmer. Bern; Stuttgart; Wien: Huber, 1978.
102. Siegrist J. *Soziale Krisen und Gesundheit*. Güttingen u.a.: Hogrefe, 1996.
103. Siegrist J., Dittmann K., Rittner K., Weber I. *Soziale Belastungen und Herzinfarkt: Eine meäizin-soziologische Fall-Kontroll-Studie*. Stuttgart: Enke, 1980.
104. Karasek R.A., Baker D., Marxer F. et al. Job decision latitude, job demands and cardiovascular disease: A prospective study of Swedish men // *American Journal of Public Health*. 1981. № 71. P. 694—705.
105. Laux L., Schütz A., Burda-Viering, M. et al. *Stressbewältigung und Gesundheit in der Familie* // *Forschungsforum der Otto-Friedrich-Universität Bamberg*. 1991. Heft 3. S. 99—104.
106. Langner T. S., Michael S. T. *Life stress and mental health*. New York: The Free Press of Glencoe, 1963.
107. Dohrenwend B.S. Social status and stressful life events // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1973. Vol. 28. № 2. P. 225—235.
108. Dohrenwend B. P., Dohrenwend B. S. Class and race as status-related sources of stress // *Social Stress* / Ed. by S. Lerine, N. Scotch. Chicago: Aldine, 1970. P. 111—140.
109. Kaplan H. Social psychology of disease // *Handbook of Medical Sociology* / Ed. by H. E. Freeman, S. Levine, L.G. Reeder // Hrsg. Englewood Cliffs. Prentice-Hall, 1979. P. 53—70.
110. Rogler L. H., Hollingshead A. B. *Trapped: Families and Schizophrenia*. New York: John Wiley, 1965.
111. Kohn M. Soziale Klasse und Schizophrenie — ein kritischer Überblick // *Sozialpsychiatrische Texte* / Hrsg. M. v. Cranach A. Finzen. Berlin u.a.: Springer, 1972. S. 177—195.
112. McLeod J. D., Kessler R.C. Socioeconomic Status differences in vulnerability to undesirable life events // *Journal of Health and Social Behavior*. 1990. Vol. 31. P. 162—172.
113. Steinkamp G., Meier B. Auswirkungen elterlicher Erwerbslosigkeit auf Lebensperspektiven und soziale Karrieren von Kindern und Jugendlichen // *Schweizerische Zeitschrift fuer Soziologie*. 1985. Vol. 11. № 2. S. 265—278.
114. Folkman S., Lazarus R. S., Gruen R. J., DeLongis A. Appraisal, coping, health status and psychological symptoms // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1986. № 50. P. 168—186.
115. Laux L., Weber H. *Bewältigung von Emotionen* // *Enzyklopädie der Psychologie. Psychologie der Emotionen* / Hrsg. W. R. Scherer. Goettingen: Hogrefe, 1990.
116. Wendt G. Disparitäten in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Soziale Ungleichheit in Großstädten // *Medizinische Soziologie* / Hrsg. H.-U. Deppe Jahrbuch 4, U. Gerhardt & P. Nowak, 1985. S. 54—94.

117. Schwarzer R., Leppin A. Sozialer Rückhalt und Gesundheit. Göttingen; Toronto; Zürich: Hogrefe, 1989.
118. Hollingshead A. B., Redlich F. Der Sozialcharakter psychischer Störungen: Eine sozial-psychiatrische Untersuchung. Frankfurt a. M.: Fischer, 1975.
119. Dilling H., Weyerer S. Social Class and Mental Disorders: Results from Upper Bavarian Studies // From Social Class to Social Stress / Ed. by M.C. Angermeyer. Berlin u.a.: Springer, 1987. S. 46—63.
120. Cooper B., Sosna U. Der Einfluss der sozialen Lage auf Nerven- und Geisteskrankheiten // Medizin Mensch Gesellschaft. 1978. № 1. S. 128—135.
121. Haan M., Kaplan G.A., Camacho T. Poverty and Health: Prospective Evidence from the Alameda County Study // American Journal of Epidemiology. 1987. № 125. P. 989—998.
122. Nayha S. Social group and mortality in Finland // British Journal of Preventive and Social Medicine. 1977. № 31. P. 231—237.
123. Berkman L.F., Syme S.L. Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents // American Journal of Epidemiology. 1979. № 109. P. 186—204.
124. Soziale Unterstützung und chronische Krankheit: Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung / Hrsg. B. Badura. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 1981.
125. Social Support and Health / Ed. by S. Cohen, S. L. Syme. New York: Academic Press, 1985.
126. Sarason I. G., Sarason B. R. Social support: Theory, research and applications. Dordrecht: Martinus Nijhoff, 1985.
127. Sauer W. J., Coward R. T. Social support networks and the care of the elderly. New York: Springer, 1985.
128. Social support: health and disease / Ed. by S. O. Isacson, L. Janzon. Stockholm: Almqvist & Wiksell, 1986.
129. Lin N., Dean A., Ensel, W. Social support, life events, and depression. New York: Academic Press, 1986.
130. Nestmann F. Die alltäglichen Helfer: Theorien sozialer Unterstützung und eine Untersuchung alltaeglicher Helfer aus vier Dienstleistungsberufen. Berlin; New York: de Gruyter, 1988.
131. Vaux A. Social Support. Theory, Research and Intervention. New York; London: Praeger, 1988.
132. Schwarzer R., Leppin A. Sozialer Rückhalt und Gesundheit. Toronto; Zürich; Göttingen: Hogrefe, 1989.
133. Cobb S. Social support as a moderator of life stress // Psychosocial Medicine. 1976. № 38.
134. Schröder A., Schmitt B. Soziale Unterstützung // Theorien und Methoden der Bewältigungsforschung / Hrsg. L. Brüderl. Weinheim und München: Juventa, 1988. S. 149—159.
135. Ibes K., Klusmann D. Persönliche Netzwerke und soziale Unterstützung bei Patienten mit chronisch psychologischen Erkrankungen // Soziales Netzwerk / Hrsg. M. C. Angermeyer, D. Klusman, Berlin: Springer, 1989. S. 207—230.
136. Kohn M. L. The Interaction of Social Class and Other Factors in the Etiology of Schizophrenia // American Journal of Psychiatry. 1976. № 133. P. 177—180.
137. Turner R. J. Social support as a contingency in psychological well-being // Journal of Health and Social Behavior. 1981. № 22. P. 357—367.
138. Belle D. The impact of poverty on social networks and supports // Marriage and Family Review. 1982. № 5. P. 89—103.
139. Turner R. J., Noh S. Class and psychological vulnerability among women: The significance of social support and personal control // Journal of Health and Social Behavior. 1983. № 24. P. 2—15.
140. Siegrist K. Sozialer Ruckhalt und kardiovaskulaeres Risiko. München: Minerva, 1986.
141. Rotter J.B. et al. Internal versus external control of reinforcements. A major variable in behavior theory // Decisions, values and groups / Ed. by N. F. Washburne, Oxford: Pergamon Press, 1962. P. 374—516.
142. Rotter J. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement // Psychological Monographs. 1966. № 80. 1—28.
143. Seligman M. Helplessness: On Depression, Development and Death. San Francisco, 1975.

144. Pearlin L. I. Schooler. C. The structure of coping // *Journal of Health and Social Behavior*. 1978. № 19. P. 2—21.
145. Wheaton. B. The sociogenesis of psychological disorder // *Ibid.* P. 100—124.
146. Pearlin L. I., Menaghan E. G., Lieberman M. A., Mullan J. T. The Stress Process // *Ibid.* № 22. P. 337—356.
147. Syme S. L. Control and health: a personal perspective // *Stress, personal control and health* / Ed. by A. Steptoe, A. Appels. New York, 1989.
148. Mirowsky J., Ross C. E. Social causes of psychological distress. New York: Aldine de Gruyter, 1989.
149. Pincus T., Callahan L. F., Burkhauer R. V. Most chronic diseases are reported more frequently by individuals with fewer than 12 years of formal education in the age 18—64 United States population // *Journal of Chronic Disease*. 1987. № 40. P. 865—874.