

ИГОРЬ КОН,

доктор исторических наук, главный научный сотрудник Института этнологии и антропологии им. Н.Миклухо-Маклая РАН, Москва

Гегемонная маскулинность как фактор мужского (не)здоровья¹

Abstract

Men's health as a global social problem (in difference from men's diseases) has emerged in the world science in the 1970s as an aspect of feminist gender studies. After that, a lot of biomedical and social studies of the male psychology, including men's attitudes to their bodies, health, illnesses and safety, were done. According to the theories of hegemonic masculinity (Reiwyn Connell) and masculine ideology (Donald Levant), one of the most detrimental socio-psychological factors of men's (un)health are traditional stereotypes of masculinity. The empirical bases and some andrological and sexual medicine connotations of this research are discussed.

Почему Моисей 40 лет водил евреев по пустыне?

– Он не хотел спрашивать дорогу.

Американская шутка

Мужское здоровье как социальная проблема

О мужском здоровье как серьезной социальной проблеме на Западе заговорили в 1970-х годах. Разумеется, врачи обсуждали особенности мужских болезней и способы их лечения и раньше, но биомедицинская модель оставляла в тени социальные причины этой специфики, а сами “мужские” и “женские” качества казались однозначными и неизменными. Выходили на эту проблематику и демографы, которых тревожила повышенная смертность мужчин (так называемая мужская сверхсмертность). В СССР этот вопрос первым поставил Б.Урланис в знаменитой статье “Берегите мужчин” (1968). Однако предпосылкой перехода от изучения отдельных факто-

¹ Работа выполнена по грантам РГНФ № 05-06-06042а и 08-06-00001а.

ров мужского нездоровья к системному анализу мужского здоровья было появление феминистских гендерных исследований [1].

Вопреки распространенному в России стереотипу, что феминистки “ненавидят мужчин”, именно теоретики феминизма, среди которых были и женщины, и мужчины, первыми осознали, что состояние здоровья населения имеет свой гендерный аспект и любое неблагополучие женщин, здоровьем которых мужское общество пренебрегает, неизбежно сказывается и на здоровье мужчин. Если традиционные биоэволюционные теории склонны рассматривать специфические мужские и женские проблемы как фатальные и неизбежные следствия и издержки полового диморфизма, то гендерные исследования выдвигают на первый план зависимость мужского здоровья от гендерного порядка, разделения труда и власти между мужчинами и женщинами и от того, как эти проблемы преломляются в общественной психологии и каким образом все это можно изменять и корректировать. “Гендер рассматривается как ключевое влияние на структурирование рисков для мужского здоровья, того, как мужчины воспринимают и используют свои тела и каковы способы психосоциальной адаптации мужчин к болезням. Вместо того, чтобы концептуализировать мужское здоровье исключительно в терминах мужской физиологии или биологических половых различий, ... вариации в состоянии мужского здоровья рассматривают как развертывающиеся в более широких социальных, культурных и политических контекстах гендерных отношений, которые возникли исторически и в значительной мере связаны с социальным неравенством между полами и между различными слоями мужчин” [2]. Одним из важнейших сюжетов при этом становятся особенности мужской психологии, проявляющиеся в отношении мужчин к своему телу, здоровью, болезням и безопасности.

Первоначально эти проблемы формулировались преимущественно в общих социально-философских терминах, но скоро стали “заземляться” на конкретные данные социальной медицины, психологии и психиатрии. Констатация трудностей и противоречий мужской жизни стимулировала в 1980–1990-х годах критический анализ самого канона маскулинности, нормативных представлений о том, каким должен быть “настоящий мужчина”. На ранних стадиях развития “мужских исследований” озабоченность вызывала лишь недостаточная маскулинность (гипомаскулинность), мальчишки, не сумевшие в положенный срок усвоить жесткие требования “мужской роли”, на всю жизнь остались неудачниками, лузерами. С гипермаскулинностью до поры до времени все было в порядке, мужчина-мачо выглядел завидным воплощением здоровья и социального успеха. Но постепенно выяснилась проблематичность этого норматива, реализация которого связана с такими нежелательными дисфункциональными чертами, как агрессивность, эмоциональная скованность и т.п. [3].

Уяснение того, что мужские роли включают в себя противоречащие друг другу элементы, вызвало к жизни понятия “поло-ролевого напряжения” и “поло-ролевого стресса”, а после появления категории гендера — “гендерно-ролевого напряжения” (Gender Role Strain Paradigm) [4; 5] и “гендерно-ролевого конфликта”, которые не позволяют мужчине реализовать свой природный и человеческий потенциал. Если ранняя трактовка гендерной роли/идентичности исходила из того, что мужчины и женщины имеют врожденную потребность вырабатывать специфические, часто про-

тивоположные и потому взаимодополнительные гендерные черты, то парадигма гендерно-ролевого напряжения является конструктивистской. Усвоение гендерных ролей — не инвариантный процесс, ведущий к развитию типичных для данного пола и укорененных в сознании индивида стандартных черт, а вариабельный процесс, проходящий под сильным воздействием господствующих гендерных идеологий, видоизменяющихся в зависимости от социальной среды и культурного контекста.

При этом сложились два взаимосвязанных подхода. Теория гегемонной маскулинности или маскулинной идеологии анализирует ответы на вопрос “Что значит быть мужчиной?”, фиксируя внимание на закономерностях формирования и идейного обоснования гендерной стратификации, а теория гендерно-ролевого конфликта изучает процессуальную сторону дела, то есть как именно происходит мужская гендерная социализация.

Джозеф Плек выделил четыре главных типа гендерно-ролевых конфликтов. 1. Озабоченность успехом, властью и соревнованием означает, что мужчины чувствуют себя обязанными соперничать с другими ради приобретения межличностной, финансовой или сексуальной власти и казаться успешными во всех своих делах. 2. Эмоциональный самоконтроль означает тенденцию избегать проявления эмоций и потребность всегда выглядеть сильным и уверенным. 3. Ограничение нежности в отношениях между мужчинами заставляет их воспринимать проявления любви или эротики в мужских отношениях как угрозу или дискомфорт. 4. Конфликт между работой и семьей порождает у мужчин напряженность, когда им приходится выбирать, тратить ли больше времени на работу или на общение с семьей и близкими. Все это имеет психологические последствия. Гендерно-ролевой конфликт отрицательно коррелирует с самоуважением, интимностью и удовлетворенностью браком и положительно коррелирует с тревожностью. Мужчины переживают стресс не только тогда, когда считают себя неспособными выполнить требования своей мужской роли (например, сделать успешную карьеру или содержать семью), но и если ситуация требует от них “немужского” поведения (например, сидеть дома и ухаживать за маленьким ребенком).

Проблематичны и механизмы эмоционального самоконтроля. Развитой аффективный самоконтроль всегда считался таким же необходимым свойством “настоящего мужчины”, как физическая сила и наличие “сильных чувств”, вроде гнева. Но если “недосоциализированный”, недовоспитанный мужчина не может адекватно контролировать свои агрессивные импульсы, то его “перевоспитанный” антипод неспособен адекватно выражать собственные чувства и страдает эмоциональной скованностью и пониженным самоуважением [3; 6; 7]. Более того, избыточный уровень эмоционального самоконтроля статистически коррелирует с депрессивной симптоматикой. Психиатрический термин *алекситимия* (alexithymia, от греческих слов “lexis” — слово и “thymos” — эмоции, буквально — “без слов для эмоций”), обозначающий состояние человека, испытывающего трудности с выражением своих чувств и эмоций и отличающихся бедным воображением, стал не только диагнозом заболевания, но и способом описания целого ряда типичных мужских проблем. Хотя людям с выраженными проявлениями алекситимии свойственно в высшей степени конкретное мышление, благодаря чему они могут казаться приспособленными к требованиям реальности, им

недостает воображения, интуиции, эмпатии и направленной на удовлетворение влечений фантазии. Ориентируясь прежде всего на вещественный мир, они и к самим себе относятся как к роботам.

Возникнув на стыке социологии и психологии, гендерная проблематика скоро захватила психиатрию (которая определенно выделяет типично мужские стрессоры, стратегии преодоления (coping), паттерны психопатологии и критерии психического здоровья, но при этом подчеркивает, что ни одно из этих явлений не относится к исключительно мужским и не может изучаться отдельно от женских проблем [8; 9]), а затем и другие медицинские науки. Проблемы мужского здоровья широко освещаются в междисциплинарных научных журналах “Journal of Men’s Studies” (выходит с 1992); “Men and Masculinities” (выходит с 1999 года); “Psychology of Men and Masculinity” (выходит с 2000-го); “International Journal of Men’s Health” (выходит с 2002-го); “American Journal of Men’s Health” (выходит с 2007 года).

Гегемонная маскулинность и маскулинная идеология

Весьма плодотворным аспектом гендерных исследований стало изучение нормативной маскулинности. Согласно теории гегемонной маскулинности, автором которой является австралийский социолог Р.Коннелл [10; 11], в любом мужском сообществе существует не один, а несколько типов маскулинности, но на вершине иерархии обычно стоит тот тип, для которого характерны утверждение мужской власти над женщинами и подчиненными мужчинами, культ физической силы, склонность к насилию, эмоциональная невыразительность и высокая соревновательность. Гегемонная маскулинность — не свойство конкретного мужчины, а социокультурный нормативный канон, на который мужчины и мальчики ориентируются, даже если их собственные свойства ему не соответствуют. Выработка или успешная симуляция черт гегемонной маскулинности могут способствовать социальному успеху мужчины, но одновременно создают повышенные риски, в том числе для его здоровья. Например, мужчина, последовательно отрицающий симптомы болезни или боль, может создать себе имидж смелого и мужественного человека, но одновременно рискует превратить свои недомогания в хроническую болезнь. Теория гегемонной маскулинности широко применяется и находит эмпирическое подтверждение в гендерных исследованиях, антропологии и социальной педагогике [12; 13].

В сфере социальной психологии ее дополняет, переводя некоторые ее понятия в измеримые индивидуально-психологические свойства, теория традиционной маскулинной идеологии. Формирование этой парадигмы было связано с разработкой исследовательского инструментария.

Первые четыре принципа или нормы традиционной маскулинности сформулировал Роберт Брэннон [14]: (1) “без бабства” (“no sissy stuff”) — мужчина должен избегать всего женственного; (2) “большой босс” (“the big wheel”) — мужчина должен добиваться успеха и опережать других мужчин; (3) “крепкий дуб” (“the sturdy oak”) — мужчина должен быть сильным и не показывать слабость; (4) “задай им жару” (“give’em hell”) — мужчина должен быть крутым и не бояться насилия. На этой основе была создана Брэннонова шкала маскулинности (The Brannon Masculinity Scale — BMS) из 110 нормативных суждений, рассчитанных на измерение традиционной

маскулинности [15]. Однако некоторые ее субшкалы пересекались друг с другом.

Известный американский психолог Дональд Левант с соавторами устранили это и дополнили шкалу новыми важными параметрами — гомофобии (страх и ненависть к гомосексуалам) и принятия деперсонализированной, не связанной с партнерскими отношениями, сексуальности (non-relational sexual attitudes). Маскулинная идеология, по Леванту, обозначает усвоенную индивидом культурную систему убеждений и установок относительно маскулинности и мужских ролей, которая побуждает человека действовать в соответствии с этими требованиями и избегать того, что ими запрещено [6; 16].

Большинство мужчин принимают традиционное определение маскулинности. Но оно постулирует обязательную “непохожесть на женщин” и в то же время поощряет заведомо нездоровое поведение (пьянство, неоправданный риск). Это создает у мужчин дисфункциональное напряжение, мужчины, поведение которых отклоняется от этих норм, часто подвергаются остракизму и испытывают чувство стыда или травматическое напряжение. Большинство мужчин эти гендерно-ролевые ожидания так или иначе нарушают, но за это им приходится расплачиваться чувством своего несоответствия, самозванства.

Предназначенный для измерения маскулинной идеологии инструмент “Список мужских ролевых норм” (The Male Role Norms Inventory — MRNI) [7] состоит из 57 пунктов, объединенных в 8 подшкал. Первые семь представляют собой разные параметры традиционной маскулинной идеологии: “избегание женственности”, “гомофобия”, “опора на собственные силы”, “агрессия”, “достижение/статус”, “принятие безличной сексуальности” и “эмоциональная скованность” (алекситимия). Все вместе они образуют “Тотальную традиционную шкалу”. Дополнительная, восьмая субшкала из 12 пунктов измеряет нетрадиционные установки относительно маскулинности. Специальная форма MRNI разработана для подростков.

За последние 15 лет Левант, его сотрудники и многочисленные аспиранты провели множество эмпирических исследований, в том числе сравнительных (например, Китай — Россия), и получили достаточно интересные результаты [17]. Подтвердились выводы предыдущих исследований относительно связи традиционной идеологии маскулинности с полом/гендером, расой, этничностью и социальным классом. Мужчины поддерживают эту идеологию больше, чем женщины (причем гендер — фактор более важный, чем этничность); афроамериканцы разделяют ее чаще белых американцев, испаноязычные американцы стоят посередине; представители низших классов поддерживают эту идеологию чаще, чем более состоятельные и образованные мужчины и т.д.

Сравнение семи разных культурных групп американских мужчин азиатского происхождения показало, что они более или менее одинаково принимают традиционную идеологию маскулинности. При сравнении китайских (КНР) студентов с американскими выяснилось, что китайские мужчины и женщины принимают традиционную маскулинную идеологию больше, чем их американские сверстники [18]. Сходная картина обнаружилась при сравнении ценностей американских и российских студентов [19]. В целом китайцы, русские, пакистанцы и японцы принимают традиционную

маскулинную идеологию в более полной мере, чем американцы. Интересны возрастные и когортные различия: в одном исследовании сыновья оказались меньшими традиционалистами, чем отцы, что свидетельствует об ослаблении сексизма. Принятие традиционной маскулинной идеологии статистически связано также с целым рядом личных проблем, так или иначе касающихся здоровья: с нежеланием обсуждать с партнершами пользование презервативами; боязнью интимности; меньшей удовлетворенностью партнерскими отношениями; более отрицательными мнениями о роли отца; отрицательным отношением к расовому многообразию и женскому равноправию; установками, благоприятствующими сексуальному насилию; алекситимией; нежеланием обращаться за психологической помощью и т.д.

Маскулинная идеология и мужское здоровье

Социологи и психологи не сомневаются в том, что гегемонная маскулинность и традиционная маскулинная идеология отрицательно влияют как на взаимоотношения мужчин и женщин, так и на мужское здоровье.

Завышенные социальные и личные притязания (“мужчина должен быть всегда и всюду первым и главным”) и установка на силовое решение конфликтов (“настоящий мужчина всегда выступает с позиции силы”) способствуют формированию конфликтности и агрессивности, которые зачастую не соответствуют индивидуальным психофизиологическим особенностям и возможностям реального мужчины. Это особенно болезненно проявляется в кризисных ситуациях, которых в современном быстро меняющемся мире становится все больше. Чувство, что он не оправдывает возложенных на него надежд и ожиданий, порождает у мужчины синдром “несостоявшейся маскулинности”, может способствовать усилению депрессивных настроений, социальной апатии, склонности к суициду, выработке стратегии “выученной беспомощности” (отказ от активной борьбы с трудностями и использование своей беспомощности в качестве средства эксплуатации других) и т.д.

Большой пласт издержек для мужского здоровья обусловлен тем, что традиционная маскулинная идеология сочетает высокие социальные притязания на власть, статус, уважение и т.п. с оправданием и поэтизацией заведомо нездорового, но зато “мужского” стиля жизни, включая пьянство, курение, неоправданные риски и др.

Речь идет не о предположениях, а о научно доказанных фактах. Например, изучение репрезентативной национальной выборки 15–19-летних мальчиков-подростков и сравнение их нормативных представлений о маскулинности и их реального сексуального поведения показало, что маскулинная идеология значимо коррелирует с такими показателями проблемного поведения, как исключение из школы, пьянство и употребление уличных наркотиков, частота задержания полицией, сексуальная активность, число гетеросексуальных партнеров в последний год и использование сексуального принуждения. Поведение, соответствующее нормам гегемонной маскулинности, повышает риски мальчиков заразиться заболеваниями, передаваемыми половым путем (ЗППП), получить или передать ВИЧ и рано умереть в результате несчастного случая или убийства. Причем эти действия виктимизируют не только мужской контингент, но и женщин, страдаю-

щих от мужского насилия, сексуальных нападений, нежелательных беременностей и ЗППП [20].

Связь маскулинной идеологии и мужского (не)здоровья обнаруживается не только в сфере сексуальности и специфически мужских заболеваний. Богатыри из сказки, по образу и подобию которых строится идеал “настоящего мужчины”, не заботились о своем здоровье, оно предполагалось железным и данным от природы. Но традиционный стереотип “настоящего мужчины” внутренне противоречив. Ориентируя мужчину на самостоятельное преодоление стрессов и трудностей (что хорошо), он одновременно тормозит осознание и вербализацию собственных качеств, особенно тех, которые воспринимаются как слабости (что плохо).

Социально-медицинские проблемы мужского здоровья неразрывно связаны с социально-педагогическими принципами воспитания мальчиков. Современная психология развития утверждает, что эмоциональная закрытость и немота мальчиков, способствующая накоплению у них психологических трудностей, во многом определяется характером их воспитания. Стремление всегда и всюду выступать с позиции силы — одна из причин подростковой культуры насилия, наркозависимости и “немотивированной” жестокости. Как выразился известный гарвардский психолог, много лет занимающийся проблемами мальчиков, Уильям Поллак, “если мальчикам не позволяют плакать слезами, некоторые из них будут плакать пулями” [21].

Вопреки догмам маскулинной идеологии, мальчики здоровее и счастливее, если у них есть прочный эмоциональный ресурс и доступ ко всем аспектам собственного Я, включая такие отрицательные и табуируемые эмоции, как страх и тревога. Специальные программы повышения эмоциональной грамотности и культуры мальчиков помогают им обогащать свой эмоциональный словарь. Обращаясь к родителям, психологи говорят им: позвольте мальчикам иметь внутреннюю жизнь и испытывать весь спектр человеческих эмоций, чтобы они могли лучше понять себя и общаться с другими; признайте и примите высокий уровень активности мальчиков и дайте им предназначенные для мальчиков безопасные места, где они могли бы эту активность проявлять; говорите с мальчиками на их языке, уважая их гордость и маскулинность; объясняйте мальчикам, что эмоциональная смелость — это тоже смелость, что смелость и эмпатия — источники настоящей силы в жизни; учите мальчиков тому, что есть много путей стать мужчиной [22].

От характера воспитания мальчиков зависит и здоровье взрослых мужчин. Не отрицая биологических факторов мужской сверхсмертности, современная наука придает важное теоретическое и практическое значение социальному определению мужской роли и маскулинности [23; 24; 25; 26].

Социологи, психологи и медики единодушно констатируют, что мужчины везде и всюду:

- а) переоценивают качество своего здоровья;
- б) стесняются признаться в собственной слабости;
- в) не умеют и не любят просить о помощи.

По данным американского Министерства здравоохранения и социальных служб, мужчины на протяжении своей жизни реже женщин общаются с врачом, а число мужчин, которые последний раз были у врача два или больше года тому назад, вдвое превышает число таких женщин [27]. В результате мужчины часто упускают время для своевременной диагностики, и это одна

из причин мужской сверхсмертности. Это касается практически всех заболеваний и всех категорий мужчин, но особенно представителей бедных и менее образованных слоев населения, где стереотип “крутого мужчины” наиболее силен. Нежелание обращаться за медицинской помощью — не только американская проблема. Английские психологи обнаружили ее у молодых заключенных и воспитанников специнтернатов, а норвежские — при национальном обследовании полицейских: опрос 3272 полицейских, результаты которого сравнивали с общенациональными данными, показал, что во всех возрастах и на всех ступенях своей карьеры женщины обращаются за медицинской помощью значительно чаще, чем мужчины [28].

Эти установки — плод гегемонной маскулинности. Хотя причинно-следственная связь явлений не вполне ясна и существующие теории объясняют эти корреляции по-разному, без учета этих тенденций выработать социально эффективные и психологически адекватные способы профилактики и лечения мужских болезней невозможно.

Особенно ценны в этом плане лонгитюдные исследования. В 10-летнем лонгитюдном исследовании 313 американских мужчин, ветеранов вьетнамской войны, выяснилось, что раздражительные, депрессивные и агрессивные мужчины имеют больше шансов заболеть сердечно-сосудистыми заболеваниями и диабетом [29]. В 17-летнем когортном исследовании, из 704 мужчин и 847 женщин, страдавших сердечно-сосудистой недостаточностью, умерли 88 мужчин и 41 женщина. Сами по себе эти цифры никого бы не удивили, потому что мужская смертность от коронарной недостаточности всегда бывает выше женской. Но в данном случае исследователи имели в своем распоряжении не только истории болезней, но и достаточно подробные психологические характеристики больных, включая оценку их “феминности” и “маскулинности”. После того, как были статистически взвешены и выровнены такие факторы, как курение, пьянство, общий вес тела, артериальное давление, семейный доход и психологическое благополучие, оказалось, что риск смерти от коронарной недостаточности у мужчин с более высокими показателями по феминности значительно ниже. Иными словами, мужчины с более стереотипно-маскулинным образом Я (“крутой”, “замкнутый” и т.п.) рискуют умереть от инфаркта больше, чем сравнительно “мягкие” мужчины [30]. Конечно, вопрос о причинно-следственной связи остается открытым: жесткая маскулинная идеология может быть как одной из причин, так и следствием врожденных индивидуально-типических свойств. Тем не менее проблема существует, и хотя окончательные выводы делать преждевременно, для многих мужчин традиционная доминантная маскулинность явно не выглядит положительным фактором.

Какое отношение это имеет к России?

Как свидетельствует медицинская статистика, российские показатели мужского здоровья исключительно неблагоприятны. Это касается и наркозависимости, и курения, и алкоголизма, и психических заболеваний. Вероятность умереть насильственной смертью для россиянина в 20 раз выше, чем для европейца [31; 32]. Внешние причины смертности у российских мужчин втрое выше даже, чем в Мексике и Венесуэле.

Разница в ожидаемой средней продолжительности жизни мужчин и женщин в России значительно больше, чем в любой индустриально-развитой стране. Некоторые демографы связывают эту **избыточную мужскую сверхсмертность** не только с бедностью, пьянством и культурой насилия, но и с особенностями традиционной российской ментальности — с нечувствительностью к факторам социального и личного риска и угрозы смерти и с повышенной чувствительностью мужчин к макроэкономическому стрессу. “Мужчинам больше свойственно вовлечение в политическую и экономическую сферу, где разочарование и потеря контроля над собственной судьбой могут доминировать. Женщины, в силу причин экономического характера также вовлеченные в сферу общественной занятости, имеют обычно традиционный круг забот: домашнее хозяйство, семья, дети, муж, родители. Эти заботы вносят в их жизнь ощущение смысла и чувство ответственности, которые в определенной мере служат защитой от социального стресса и способны компенсировать его последствия” [33].

Не исключено, что это связано и с влиянием традиционной идеологии маскулинности, закодированной в привычном образе “мужика”. В этнопсихологии давно существует мнение, что фатализм и выученная беспомощность свойственны русским мужчинам больше, чем европейцам, и это может особенно остро проявляться в кризисные периоды. Достаточно солидных и крупномасштабных исследований этого феномена никто не проводил, но несколько небольших исследований, проведенных по методике Леванта [19], в частности среди студентов Белгородского и Ульяновского университетов [34], подтверждают, что а) уровень традиционной маскулинной идеологии в России выше, чем в странах Запада, и б) эти установки отрицательно влияют на показатели мужского здоровья.

Когда речь заходит о таких понятиях, как национальный характер или национальная ментальность, серьезные ученые очень осторожны в обобщениях. Во-первых, стереотипные черты “национального характера”, будь то пассивная покорность судьбе или беспшашная удаля (русским приписывают и то, и другое), сплошь и рядом противоречат друг другу. Во-вторых, неясна их взаимосвязь. В-третьих, они никогда не распространяются на весь народ. В-четвертых, они исторически изменчивы и, в-пятых, их проявление зависит от конкретных условий. Это верно не только теоретически. Сравнив отношение к здоровью и тяжелым заболеваниям (раку и инфаркту) 307 здоровых этнических немцев, переехавших из России в Германию, 300 русских, живущих в России, и контрольной группы из 100 этнических немцев, немецкие психологи нашли, что через полтора года жизни в Германии разница в установках уменьшилась, в более благоприятных социальных условиях у людей повышается оптимизм и вера в возможность выздоровления от рака и инфаркта [35]. А от общих установок зависит и связанное со здоровьем конкретное поведение — обращение к врачу, соблюдение необходимой осторожности, мер профилактики и т.п.

Понизить избыточную мужскую сверхсмертность, довести продолжительность жизни мужчин до “нормального” мирового уровня и улучшить показатели мужского здоровья можно только рациональными методами. К сожалению, популярная в России консервативная идеология, ориентированная не на адаптацию к современным условиям жизни, а на “возвращение к истокам”, реставрацию идеализированного патриархально-имперского

прошлого, в сочетании с негативным отношением к идее гендерного равенства пропагандирует прямо противоположное. Представление о мужчине как о воине, а о женщине как хранительнице домашнего очага не имеет ничего общего с современными социально-экономическими и политическими реалиями. Мужские и женские социальные роли и виды деятельности все больше утрачивают былую альтернативность, а нормативные гендерные черты перестают казаться взаимоисключающими. “Настоящий мужчина” сегодня — не только “силовик”, но и ученый, инженер, художник, поэт-лирик и просто ласковый отец, а разные виды деятельности предполагают неодинаковые психологические свойства.

Что из этого вытекает в медицинском ракурсе?

Простых и быстродействующих средств улучшения мужского здоровья нет и быть не может, нужна долгосрочная социальная политика, включающая социальную и психологическую подготовку мужчин к усвоению разнообразных гендерных ролей и минимизацию связанных с ними социальных и психологических рисков. Ее научно-теоретические предпосылки:

1. Систематическое междисциплинарное исследование маскулинности и проблем мужского здоровья, где теоретическая медицина сотрудничала бы с общественными и гуманитарными науками, включая демографию, социологию, психологию, гендерные исследования и сексологию. Заземление мужских проблем на какую-то частную медицинскую дисциплину, будь то урология или психиатрия, заведомо бесперспективно: сквозные теоретические проблемы при этом теряются, все сводится к обсуждению этиологии и лечения специфически мужских заболеваний.

2. Формирование более критического отношения к привычным стереотипам сильного мужчины-мачо. При всей их внешней привлекательности и приемлемости для массового сознания эти образы не способствуют гармоничным и равным отношениям мужчин и женщин и усугубляют психологические трудности самих мужчин, которые все чаще обнаруживают, что их важнейшие жизненные проблемы, как социальные, так и личные, с позиции силы не решаются.

3. Исходя из того, что мальчик — отец мужчины, нужно уделять больше внимания воспитанию мальчиков в духе гендерного равенства и здорового образа жизни, причем делать это нужно с раннего детства.

4. Поскольку гендерные факторы важны для профилактики и лечения любых заболеваний, необходимо радикальное улучшение психологической подготовки врачей всех специальностей. Без учета социальных и психологических факторов гендерного развития российское здравоохранение не станет современным и эффективным ни при каких денежных вливаниях.

Литература

1. *Sabo D., Gordon D.F. (eds.). Men's Health and Illness: Gender, Power and the Body.* — Thousand Oaks, CA, 1995.
2. *Sabo D. Men's Health Studies: Origins and Trends // Journal of American College Health.* — 2000. — November.
3. *Кон И.С. Мужчина в меняющемся мире.* — М., 2008.
4. *Pleck J.H. The Myth of Masculinity.* — Cambridge, 1981.

5. *Pleck J.H.* The Gender Role Strain Paradigm: An update // *A New Psychology of Men* / R.F.Levant, W.S.Pollack. — New York, 1995. — P. 581–592.
6. *Levant R.F.* The New Psychology of Men // *Professional Psychology*. — 1996. — Vol. 27. — P. 259–265.
7. *Levant R.F., Fischer J.* The Male Role Norms Inventory // *Sexuality-Related Measures: A Compendium* / Ed. by C.M.Davis, W.H.Yarber, R.Bauserman, G.Schreer, S.L.Davis. — Newbury Park, CA, 1998. — P. 469–472.
8. *Friedrich S.* Gender issues in mental health // *Gale Encyclopedia of Mental Disorders* Project Editor Ellen Thackery. — Farmington Hills, MI, 2003.
9. *The New Handbook of Counseling and Psychotherapy With Men: A Comprehensive Guide to Settings, Problems, and Treatment* / Ed. by Brooks G.R., Good G.G. — San Francisco, 2001.
10. *Коннелл Р.* Современные подходы: Хрестоматия феминистских текстов. — СПб., 2000. — С. 251–280.
11. *Коннелл Р.* Маскулинности и глобализация // Введение в гендерные исследования. Часть 2: Хрестоматия. — СПб., 2001. — С.251–279.
12. *Connell R.W., Messerschmidt J.W.* Hegemonic masculinity: Rethinking the Concept // *Gender & Society*. — 2005. — Vol. 19. — № 6, December. — P. 829–859.
13. *Тартаковская И.* Гендерная теория практик: подход Р.Коннелла // *Российский гендерный порядок: социологический подход*. — СПб., 2007. — С. 34–55.
14. *Brannon R.* The Male Sex Role: Our cClture’s Blueprint for Manhood and what it’s done for us Lately // *The Forty-Nine Percent Majority: The Male Sex Role Reading* / Ed. by D.David, R.Brannon. — MA: Addison-Wesley, 1976. — P. 1–48.
15. *Brannon R., Juni S.* A Scale for Measuring Attitudes about Masculinity // *Psychological Documents*. — 1984. — Vol. 14. — № 1. — P. 6–7.
16. *Thompson E.H., Jr., Pleck J.H.* Masculinity Ideologies: A Review of Research Instrumentation on Men and Masculinities // *A New Psychology of Men* / Ed. by R.F.Levant, W.S.Pollack. — New York, 1995. — P. 129–163.
17. *Levant R.F., Richmond K.* A Review of Research on Masculinity Ideologies Using the Male Role Norms Inventory // *The Journal of Men’s Studies*. — 2007. — Vol. 15. — P. 130–146.
18. *Levant R.F., Wu R., Fischer J.* Masculinity ideology: A Comparison Between U.S. and Chinese Young Men and Women // *Journal of Gender, Culture, and Health*. — 1996. — Vol. 1. — № 3. — P. 207–220.
19. *Levant R.F, Cuthbert A., Richmond K., Sellers A., Matveev A., Mitina O., Sokolovsky M., Heesacker M.* Masculinity Ideology among Russian and U.S. Young Men and Women and its Relationship to Unhealthy Life Style Habits among Young Russian Men // *Psychology of Men & Masculinity*. — 2003. — Vol. 4. — № 1. — P. 26–36.
20. *Pleck J.H, Sonenstein F.L, Ku L.C.* Problem Behaviors and Masculinity Ideology in Adolescent Males // *Adolescent Problem Behaviors: Issues and Research* / Ed. by R.Kettelhaus, M.E.Lamb. — Hillsdale, NJ, 1994. — P. 22–35.
21. *Pollack W.S.* Real Boys: Rescuing Our Sons from the Myths of Boyhood. — New York, 1998.
22. *Kindlon D., Thompson M.* Raising Cain: Protecting the Emotional Life of Boys. — New York, 1999.
23. *Addis M.E., Mahalik J.R.* Men, Masculinity, and the Contexts of Help Seeking // *American Psychologist*. — 2003. — Vol. 58. — № 1. — P. 5–14.
24. *Mansfield A.K., Addis M.E., Mahalik J.R.* “Why won’t he go to the doctor?”: The Psychology of Men’s Help Seeking // *International Journal of Men’s Health*. — 2003. — May.
25. *Бурмыкина О.Н.* Гендерные различия в практиках здоровья: подходы к объяснению и эмпирический анализ // *Журнал исследований социальной политики*. — 2006. — Т. IX. — № 2. — С.101–119.

26. Корхова И.В. Гендерные аспекты здоровья // Народонаселение. Ежеквартальный научный журнал. — 2000. — № 2. — С. 70–79.

27. Department of Health and Human Services. Health, United States, with socioeconomic status and health chartbook. — Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 1998.

28. Berg A.M., Hem E., Lau B., Ekeberg O. Help-seeking in the Norwegian Police Service // J. Occup. Health. — 2006. — Vol. 48. — № 3. — P. 145–153.

29. Boyle S.H., Jackson W.G., Suarez E.C. Hostility, Anger, and Depression Predict Increases in C3 over a 10-year Period // Brain, Behavior, and Immunity. — Vol. 21. — № 6. — P. 816–823.

30. Hunt K., Lewars H., Emslie C., Batty G.D. Decreased Risk of Death from Coronary Heart Disease amongst Men with Higher 'Femininity' Scores: a General Population Cohort Study // International Journal of Epidemiology. — 2007. — Vol. 36. — P. 612–620.

31. McKee M., Shkolnikov V.M. Understanding the Toll of Premature Death among Men in Eastern Europe // British Medical Journal. — 2001. — Vol. 323 (7320). — P. 1051–1056.

32. Chervyakov V.V., Shkolnikov V.M., Pridemore W.A., McKee M. The Changing Nature of Murder in Russia // Social Science and Medicine. — 2002. — Vol. 55. — № 10. — P. 1713–1725.

33. Неравенство и смертность в России. Московский Центр Карнеги / Под ред. В.Школьникова, Е.Андреева, Т.Малевой. — М., 2000. — С. 23.

34. Janey B.A., Janey N.V., Goncherova N., Savchenko V. Masculinity Ideology in Russian Society: Factor Structure and Validity of the Multicultural Masculinity Ideology Scale // The Journal of Men's Studies. — 2006. — January.

35. Kirkcaldy B.D., Siefen R.G., Merbach M., Rutow N., Brühler E., Wittig U. A Comparison of General and Illness-related Locus of Control in Russians, Ethnic German Migrants and Germans // Psychology, Health and Medicine. — 2007. — Vol. 12. — № 3. — P. 364–379.