

УДК 316.33:614.2

## ТЕОРЕТИКО-КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ ФЕНОМЕНА СОЦИАЛЬНОЙ ПРАКТИКИ

© 2015 г. Е. А. Смирнова

Вологодский областной психоневрологический диспансер № 1, г. Череповец

В статье приведены результаты компаративного анализа методологических оснований к изучению феномена социальной практики как предмета исследований в социологических, педагогических и психологических науках. Целью исследования явилось осмысление социальной практики с позиций западных и отечественных теоретико-концептуальных подходов к ее изучению и используемого терминологического аппарата для применения в медико-социологических исследованиях здоровья и здравоохранения. На основании анализа 50 научных публикаций по теме исследования дана характеристика основных дефиниций, используемых в теоретических и эмпирических исследованиях социальной практики, раскрыта сущность понятия социальной практики, описаны закономерности ее формирования и развития, проанализирована связь социальных практик с социальными институтами и процессом социализации. Приведены работы российских ученых, посвященные изучению системы здравоохранения как совокупности социальных практик и послужившие методолого-методической основой для формирования и развития собственных научных традиций отечественной социологии медицины.

**Ключевые слова:** социальная практика, социальный институт, социальная роль, социальный статус, система здравоохранения, медицинский работник, пациент

## THEORETICAL-CONCEPTUAL APPROACHES TO STUDY OF SOCIAL PRACTICE PHENOMENON IN FOREIGN AND NATIONAL SOCIOLOGICAL SCIENCE

E. A. Smirnova

Vologda Regional Psycho-neurological Dispensary № 1, Cherepovets, Russia

The article has presented the results of a comparative analysis of methodological foundations for studying the social practice phenomenon in foreign and national sociological science. The aim of the study was to understand social practice from the perspective of the Western theoretical and conceptual approaches to its study and the terminology used in national medical-sociological studies of health and healthcare. Based on the analysis of 50 scientific publications on the research topic, there has been given a characteristic of the main definitions used in theoretical and empirical studies of social practice, the identity of the concept of social practice has been revealed, the laws of social practices formation and development have been described, their relationship with social institutions and the socialization process has been analyzed. There have been shown the works of the Russian researchers dedicated to studying the healthcare system as a complex of social practices that confirmed their scientific validity and value for formation and development of their own scientific traditions in Russian Sociology of Medicine.

**Keywords:** social practice, social institute, health system, social role, social status, healthcare provider, health worker, patient

Понятие «социальная практика» является одной из базовых, основополагающих и наиболее часто используемых научных категорий в социологических, педагогических и психологических исследованиях. Современные ученые используют этот термин в качестве инструмента, позволяющего понять и раскрыть широкий спектр явлений и событий общественной жизни. В связи с широким использованием в последние годы данной категории для описания различных видов и направлений деятельности системы здравоохранения и с учетом многозначного толкования термина необходимо уточнение его понимания с учетом современных концепций объяснения социальной действительности.

Целью исследования явилось осмысление феномена социальной практики с позиций западных и отечественных теоретико-концептуальных подходов к ее изучению и используемого терминологического аппарата для применения в медико-социологических исследованиях здоровья и здравоохранения.

Для достижения поставленной цели нами проведен компаративный анализ 50 научных работ отечественных и иностранных авторов, опубликованных

в 1979–2014 годах. Термин «практика» в переводе с греческого (*praktikos*) означает «действенный». В сочетании с прилагательным «социальная» его значение существенно усложняется. Наиболее исчерпывающее определение понятия «социальная практика», отражающее его сложный многоаспектный смысл, дано в социологическом словаре: 1) «совокупность принятых в культуре (традиционных) способов деятельности, навыков общения с различными предметами; 2) мышление или действие «по привычке», следование правилу, поведение, имеющее ритуальный характер; 3) частные социальные институты». По определению И. В. Глушко [10], социальная практика представляет собой «вид практики, в ходе которой конкретно-исторический субъект, используя общественные институты, организации и учреждения, воздействуя на систему общественных отношений, изменяет общество и изменяется сам». Коротко И. В. Глушко определил социальную практику как «целеполагающую деятельность в обществе».

К объектам социальной практики относятся способы жизнедеятельности людей, определяющие место социальных групп в обществе, их интересы и характер взаимодействия с другими социальными группами. С этих позиций развитие общества представляет собой изменение системы отношений между людьми, созданной их собственной деятельностью и выступающей ее регулятором. Процесс реализации деятельного потенциала людей происходит во всех сферах общественной жизни. Его результатом являются социальные практики.

Одной из первых теоретических концепций социальной практики стала концепция социального действия М. Вебера [7]. Ученый определил социальное действие как «действие, которое по предполагаемому действующим лицом или действующими лицами смыслу соотносится с действием других людей и ориентируется на него». В роли субъектов социальных действий выступают индивиды и социальные группы. При этом субъект ориентируется на ожидания других субъектов, а также на их возможные ответные действия.

Идеи М. Вебера (1864–1920) нашли свое дальнейшее развитие в концепции Т. Парсонса (1902–1979), изложенной им в работе «Структура социального действия» [35]. В ней автор выделил такие важные концепты, как актор, цель деятельности, социальная ситуация и нормативная система. По Т. Парсонсу, модель системы социального действия включает четыре подсистемы: социальную (интеграция действий индивидов), культурную (образцы действий, принципы выбора целей, ценностей), личностную (индивидуальные особенности актора) и органическую (взаимодействие актора со средой). Н. Л. Антонова [2], анализируя работы М. Вебера и Т. Парсонса, обратила внимание на тот факт, что ученые, раскрывая сущность и содержание социальных действий, одновременно обосновали необходимость их изучения как социальных практик.

Понятие социальной практики было подвергнуто дальнейшему, особенно тщательному, анализу в работе П. Бурдьё (1930–2002) «Практический смысл» [6]. Ученый предложил понимать под социальной практикой все то, что социальный агент делает сам и с чем встречается в социальном мире. Это позволило ему прийти к выводу о том, что практика, с одной стороны, подвержена влиянию объективных структур, а с другой — сама оказывает трансформирующее воздействие на объективные структуры. И. В. Глушко [10], анализируя концепцию П. Бурдьё, придает особое значение введенному ученым в научный оборот понятию социально-культурных полей, являющихся закономерным следствием прогрессирующего разделения социальных практик. Основными характеристиками социально-культурных полей является автономия (или относительная независимость функционирования от внешних принуждений) и способность к рефракции (или переопределение всех внешних воздействий в соответствии с собственной логикой) [6]. Для более глубокого понимания анализируемой

проблемы П. Бурдьё дополнительно вводит ставшее в последующем широко известным научное понятие *habitus* (габитус). Ученый определяет его как систему диспозиций, «прочных приобретенных предрасположенностей», порождающих и структурирующих социальную практику агента и его представления [6]. Габитус производит индивидуальные и коллективные практики. Он также понимается как «социальный агент, реализующий в своей личной практике программу общества в зависимости от того положения, которое он в этом обществе занимает» [6].

Позднее Э. Гидденс (род. 1938) [9] рассматривает социальную реальность как систему воспроизводящихся социальных практик. Его основные идеи нашли отражение в разработанной им теории структуриации. Согласно Э. Гидденсу, «не сотворенное никем в отдельности общество производится и воспроизводится чуть ли не с нуля участниками социального события. Производство общества — суть умелое конструирование, обеспечиваемое и реализуемое человеческими существами. Оно возможно лишь потому, что каждый член общества является практикующим социальным теоретиком, осуществляя всякого рода взаимодействия, он обычно обращается к своим знаниям и теориям; и именно использование этих практических ресурсов есть условие осуществления взаимодействия вообще» [9]. В результате Э. Гидденс определил социальную жизнь как совокупность социальных практик, воспроизводство которых свидетельствует о ее стабильности.

Отечественные социологи при разработке концепции социальной практики основывались на двух диаметрально противоположных методологических подходах к пониманию ее сущности. В основе первого подхода лежит утверждение о том, что социальный институт представляет собой относительно устойчивый тип и форму социальной практики, посредством которой организуется общественная жизнь, обеспечивается устойчивость связей и отношений в социальной организации общества. Эта идея нашла отражение в труде В. И. Добренькова и А. И. Кравченко [15]. По мнению ученых, «все социальные институты обычно подразделяются на главные (фундаментальные, основные) и неглавные (неосновные, частные). Внутри главных институтов находятся неглавные, которые называются социальными практиками».

В основе второго подхода лежит противоположное мнение о том, что социальные практики, наоборот, есть формы функционирования социальных институтов. Так, согласно Т. И. Заславской [21], «социальные практики представляют собой конкретные формы функционирования общественных институтов, общей же формой реализации каждого института служит совокупность соответствующих социальных практик. Институты, как всякая сущность, глубже и устойчивее форм своей реализации, поэтому практики могут меняться, не затрагивая их сущности. Напротив, преобразование институтов неизбежно сопровождается изменением практик, причем последнее служит самым надежным критерием подлинных институциональных сдвигов».

М. А. Шабанова [48] продолжила разработку данной научной проблемы и раскрыла суть взаимосвязи между социальными институтами и социальными практиками. Она утверждает, в частности, о том, что «социальные институты соотносятся с социальными практиками как содержание с формой или сущность с явлением. Институты, как всякие сущности, глубже и устойчивее своих форм. Практика, как форма, более конкретна». Автор предлагает разделять социальные практики на институционализированные и неинституционализированные. Первые составляют устойчивое ядро жизнедеятельности общества, отличаясь значимостью, массовостью, устойчивостью и традиционностью. Вторые, являясь менее распространенными, недостаточно освоенными практиками, или даже противоречащими принятым в обществе нормам, находятся на периферии общественной жизни и не инкорпорируются в социальные институты.

А. А. Дьяков [17], изучавший структуру социальной практики, выделил в ней внутреннюю и внешнюю стороны. Первую он назвал внутренней практикой, включающей духовные и волевые усилия личности и реализуемой в моральных действиях. Вторую — внешней практикой, представляющей собой инструментально-предметное отношение человека к миру и реализуемой в его материально-предметной деятельности.

С. Г. Кирдина [24] дополнила имеющийся терминологический аппарат понятием базовых социальных институтов. Их суть заключается в том, что они «позволяют обществу выживать и развиваться, сохраняя свою самодостаточность и целостность в ходе исторической эволюции независимо от воли и желания конкретных исторических субъектов». Одновременно ею введено еще одно понятие «институциональные формы», которые «в отличие от базовых институтов, сохраняющих свое содержание, мобильны, пластичны, изменчивы. Они представляют собой конкретные установленные образцы, способы организации, в которых проявляется порядок взаимодействий социальных субъектов». Продолжая теоретическую разработку проблемы социальных практик, Н. Л. Антонова [2] предложила рассматривать институциональные формы как социальные практики, являющиеся способами функционирования институтов, повторив уже известное положение о том, что «наряду с базовыми институтами в обществе имеются институты неосновные, частные, институциональные формы. Однако эти образования есть не что иное, как социальные практики, основное назначение которых — реализация сущностных характеристик базовых социальных институтов».

Среди отечественных педагогических научных школ, разрабатывающих теорию деятельности, наиболее известной является педагогическая школа Эльконина — Давыдова. Ее основные положения заключаются в том, что «любая деятельность имеет в своем составе потребности и мотивы ее выполнения, а также задачи и действия, направленные на их решение» [14]. Действия включают ряд многообразных

операций, а деятельность людей осуществляется в коллективной и индивидуальной формах. Содержание же деятельности человека раскрывается в процессе анализа таких взаимосвязанных ее особенностей, как «открытость, универсальность, сознание, целеполагание, носителем которых выступает коллективный и индивидуальный субъект» [14].

Данные теоретические положения хорошо согласуются с современным пониманием социальных практик. Так, И. В. Глушко [10] под социальной практикой понимает определенный вид человеческой деятельности. По мнению ученого, «теория деятельности, с точки зрения ее использования в различных областях социальной практики, выступает как инструментальная система проектирования и программирования. Ее суть заключается в создании конкретных проектов «на основе теоретического видения ближайшего шага развития практики» с одновременным построением особого типа теорий, выявляющих принципы создания подобных проектов [10]. С позиций данного подхода механизм развития социальной практики представляет собой процесс ее проектирования, формирования схем и коммуникационных сетей.

Любая социальная практика или социальное действие предполагает наличие множества мотивов, организованных иерархически. Одной из первых теорий, объясняющих поступки человека, является теория мотивации А. Маслоу (1954) — теория иерархии потребностей (теория потребностей (need theory) или теория иерархии (hierarchy theory)) [29]. Согласно данной теории, одним из главных мотивационных факторов человека является самоактуализация (от лат. actualis — действительный, настоящий). Она представляет собой стремление индивида к возможно более полному выявлению и развитию своих личностных возможностей. В соответствии с «пирамидой потребностей» по мере удовлетворения низлежащих потребностей все более актуальными становятся потребности более высокого уровня. Однако это не означает, что место предыдущей потребности занимает новая. Потребности не находятся в неразрывной последовательности и не имеют фиксированных положений. Такая закономерность является наиболее устойчивой. У разных людей взаимное расположение потребностей широко варьирует. Однако для любого человека наивысшей потребностью является самоактуализация. Она становится возможной лишь по отношению к обществу и неминуемо требует социализации, то есть вхождения человека в состав того или иного общества с получением неких прав при условии выполнения тех или иных обязанностей [23]. Поэтому социальную практику невозможно рассматривать отдельно от процесса социализации.

Социализация представляет собой процесс формирования личности, в ходе которого усваиваются умения, образцы поведения и установки, свойственные социальной роли индивида. Она связана не только с развитием личности, но и выработкой прогнозируемых социальных реакций и форм активности

[23]. Это положение поддерживается и развивается психоаналитическими теориями, утверждающими, что паттерны взаимодействия, определяющие все дальнейшее поведение человека, закладываются еще в его детстве. В частности, согласно конфликтологической теории развития личности З. Фрейда (1856–1939), социализация индивида осуществляется путем подавления его биологических потребностей, вступающих в противоречие с общественными ограничениями [45]. Э. Эриксон (1902–1994) социализацию личности связывал с преодолением кризисов [49].

Швейцарский психолог Ж. Пиаже (1896–1980) [36] предложил когнитивную теорию развития личности, согласно ей дети в своем развитии проходят четыре последовательных этапа, в процессе которых у них формируются познавательные навыки и умения. Его учение нашло продолжение в трудах американского психолога Л. Колберга (1927–1987), предложившего шесть стадий нравственного развития личности. Однако в отличие от теории Ж. Пиаже прохождение всех стадий у Колберга является совсем необязательным: большинство людей достигают только третьей стадии, а некоторые индивиды навсегда остаются нравственно незрелыми.

Научное положение о том, что общество и человек в одинаковой степени влияют друг на друга, разрабатывали представители символического интеракционизма. С их точки зрения, социализация представляет собой обратную сторону формируемой человеком социальной реальности. Наиболее известным представителем этого направления является Ч. Х. Кули (1864–1929) [27], предложивший теорию «зеркального Я». Ее суть заключается в том, что в процессе интеракций с окружающим миром человек ориентируется на представления о себе в восприятии других людей, их реакции на себя и воздействие этих реакций на свое поведение. Дж. Г. Мид (1863–1931) [31], другой известный представитель данного направления, выделил в развитии личности три стадии. Во-первых, это имитация, когда дети бессознательно копируют поведение взрослых, во-вторых, игра, когда дети осваивают ролевое поведение, примеряя на себя различные роли, и, в-третьих — это коллективная игра, когда дети учатся не только индивидуальному поведению, но и рефлексивному взаимодействию с другими участниками группы.

Социализация может быть индивидуальной и общественной. Она реализуется в двух основных формах, выбор между которыми зависит от биологических и психологических особенностей человека. Первая форма проявляется в адаптации человека, его пассивном приспособлении к среде, в которой он действует в соответствии с существующими требованиями, нормами и ценностями. Вторая форма проявляется в интеграции человека, его активном взаимодействии со средой, в результате которого не только среда влияет на личность, но и личность влияет на среду. Для общества социализация выступает в качестве механизма социального контроля, обеспечивающего целостность

социума и противодействующего антиобщественному поведению. Объясняя действие «приспособления к среде», Б. В. Поршнев [37], в частности, пишет: «критерий различия нормы и патологии носит чисто общественно-исторический характер, так что иные явления, ныне относимые к психопатологии, еще в прошлые века нимало не считались болезнью, и наоборот, индивиды, сегодня признаваемые нами здоровыми, в прошлые века могли содержаться в заведениях для душевнобольных и преступников. Как именно мозг нормально функционирует — это определяет не природная среда, окружающая индивида, а человеческая, общественная среда».

В процессе социализации у индивида формируется собственный образ самого себя. Наибольшее влияние на процесс социализации оказывает форма коммуникации, принятая в семье. Именно семья обеспечивает вход индивида в другие социальные структуры. Неудачная первичная социализация способствует искажению представления индивида о себе и окружающей действительности. В этом случае личность проходит процесс ресоциализации, усваивая новые представления или выбирая асоциальное поведение [50]. Не менее важное значение в процессе социализации принадлежит классовым различиям. Так, в семьях «среднего класса» преобладает ориентация на осмысление фактов, формирование ответственности (автономии), инициативы и свободомыслия, в семьях «низшего класса» — на подчинение внешнему авторитету и конформизм. При этом в первых семьях имитируется поведение отца, во вторых — поведение матери [23].

Социализация индивида сопровождается освоением им определенных социальных ролей. Под социальной ролью понимается поведение, ожидаемое от человека в соответствии с занимаемой им статусной позицией, а также совокупность требований, выдвигаемых по отношению к человеку, занимающему ту или иную социальную позицию [4]. Каждый человек на протяжении своей жизни выполняет множество социальных ролей. Некоторые из них реализуются последовательно (ребенок, школьник, студент, работник, пенсионер), другие — одновременно (муж, врач, сын). При этом ролевые функции человек исполняет по-разному. Это позволяет ему создавать различные варианты систем социального действия. При этом одни и те же условия «среды» порождают близкие по значению индивидуальные реакции на задачи, выдвигаемые социальной системой [25].

Т. Парсонс [35] уточнил существовавшее научное представление о социализации. Ученый обосновал утверждение о том, что основной проблемой, связанной с отношениями между социальной системой и личностью, является «усвоение, развитие и утверждение в ходе жизненного цикла адекватной мотивации участия в социально значимых и контролируемых образцах действия. Общество должно также использовать эти образцы, чтобы адекватно поощрять и вознаграждать своих членов, если оно желает воспроизводиться как система. Это отношение и есть «социализация»,



представляющая собой единый комплексный процесс, в рамках которого личность становится членом общества и поддерживает этот статус».

Под социальным статусом (от лат. status — состояние, положение) понимается соотносительное положение (позиция) индивида или группы в социальной системе. Оно определяется рядом признаков, специфичных для данной системы (экономических, профессиональных, этнических и др.). Люди, имеющие один и тот же статус, обнаруживают ряд сходных личностных черт, обозначаемых как «социальный тип» личности. В зависимости от того, занимает ли человек данную позицию благодаря наследуемым признакам (раса, социальное происхождение и т. п.), или благодаря собственным усилиям (образование, заслуги), различают «предписанный» и «достигаемый» статус. Каждый статус сравнивается с другими по тому или иному признаку, соотносимому с господствующей системой ценностей, и приобретает в результате социальный престиж. Последний оказывает влияние на процесс стратификации общества. Так, по М. Веберу [7], стратификация общества зависит не только от экономических (доступ к общественному богатству) и политических (власть, право), но и социальных (престиж) показателей. Ученый понимает статус как общность людей, основанную на специфическом стиле жизни, включающем набор привычек, ценностей, верований, представлений о чести и т. д. Статус тесно связан с социальной ролью. При этом статус обозначает совокупность прав и обязанностей, а роль — динамический аспект статуса, т. е. определенное поведение.

Согласно теории ролевых и статусных наборов Р. Мертона, индивиды, имеющие определенные статусы и взаимодействующие с другими индивидами, обладают разными ожиданиями из-за различий своих статусных позиций в социальной структуре [35]. По Р. Мертону, ролевой набор представляет собой совокупность ролевых отношений личности, тесно связанный с ее социальным статусом, а набор статусов — это совокупность статусов, занимаемых личностью. При этом объединение статусов предполагает временный отказ от какой-либо определенной роли, а объединение ролей — более эффективное их исполнение. В теории ролевых и статусных наборов особое внимание обращается на наличие различий, несовместимости и даже конфликтов между ожиданиями людей, занимающих разные статусные позиции.

Процесс разделения общества на различные классы, социальные группы и слои, фундаментальные основы статуса являлись предметом исследования марксистско-ленинского учения о классах. В социалистическом обществе, где отсутствуют классы, наиболее существенными признаками статуса отдельных групп становятся профессия, квалификация (образование) и, следовательно, заработная плата, а также семейно-возрастные и локально-территориальные различия. Согласно этой системе взглядов статус человека будет тем выше, чем больше его трудовые заслуги и усилия.

Наиболее «профессиональной» из всех областей человеческой деятельности является медицина [50]. Она имеет свои сообщества, свой кодекс морали (клятву Гиппократ), свои термины. При этом параметры должностного и профессионального статуса медицинских работников задаются жесткими рамками их трудового поведения.

В социологии медицины, и в частности медицинских профессий, важное место занимают исследования, посвященные изучению отношений, складывающихся между группами специалистов различной занятости и профессий, а также между медицинскими работниками и пациентами, в рамках одной социальной системы здравоохранения. Статус врача в системе здравоохранения определяется как личными (привлекательность, престиж), так и объективными (социальная значимость) оценками. А. В. Решетников [40] определяет статус врача как соотносительное положение (позиция) врача, определяемое по совокупности прав и обязанностей, социальных ожиданий, форм и объемов материального и морального вознаграждения, устойчивых норм поведения, обусловленных особенностями функционирования системы здравоохранения. Социальный статус врача определяется официальной социальной позицией этой профессии (образование, официальная тарифная сетка, официальный престиж профессии). Эти характеристики выражаются в статистических показателях (кадровое обеспечение, стаж работы, квалификационная категория, заработная плата), демографических характеристиках (пол, возраст, семейное положение), стандартах результативности (количество пролеченных больных, нагрузка на одного врача, численность населения на участке), конечных результатах (количество расхождений диагнозов, врачебных ошибок, обоснованных жалоб). Однако невозможно оценить с помощью статистических показателей личностные характеристики врача: его доброту, заботу, сострадание, милосердие.

А. В. Решетников [40] для характеристики статуса врача рекомендует использовать 4 критерия:

- экономический — эффективность экономического стимулирования, структура текущих доходов, уровень и принципы оплаты труда, дополнительная работа и зарплата, стратегия повышения уровня зарплаты;

- профессионально-должностной — профессиональная карьера, успешность, трудовая мобильность, удовлетворенность квалификационно-должностным положением;

- социальный (престижность) — уровень оплаты труда, возможность переподготовки и повышения квалификации, место работы, опыт врачебной деятельности, мнение коллег-профессионалов, уровень образования, квалификация, коммуникации в системе здравоохранения и вне ее, доступность имущественных благ и привилегий, материальное вознаграждение, возможность решения бытовых проблем, возможности поддержания собственного здоровья и своевременная диагностика и лечение заболеваний;

— социально-психологический — адаптация в коллективе, профессиональный рост, объем получаемых доходов, оснащенность рабочего места, авторитет в глазах коллег и пациентов, отношения с коллегами, пациентами, администрацией, опыт и стаж работы, количество наград и поощрений, дополнительное образование, дополнительная нагрузка, коммуникационные каналы.

Медицинская организация, как и любая другая, представляет собой структуру социально-статусных позиций, связанных с соответствующими социальными ролями. С. А. Ефименко [18] изучала содержание организационной роли медицинских работников, обуславливающее высокое нервно-психическое напряжение медицинского труда. Ею дана характеристика ролевого конфликта, заключающегося в противоречии требований, предъявляемых к личности, выполняющей организационную роль. К ним относятся, с одной стороны, ролевая неопределенность (неясность требований, которым должна удовлетворять деятельность личности), а с другой — ролевая перегрузка (чрезмерное требование к данной роли, превышающая возможности выполнения их личностью).

Профессиональные роли и статус врачей изучали Доника А. Д. [16], Толкунов В. И. [44], Нецепляев Д. А. [34], Карпович А. В. [22], Хадикова Т. А. [47], Фурсик О. В. [46], медицинских сестер — Рева И. Е. [39]. Профессиональную социализацию медицинских работников изучали Нецепляев Д. А. [34], Королев Н. Н. [26], формы аддиктивного поведения в профессиональной группе — Алпатова Н. С. [1].

Роль врача невозможно рассматривать в отрыве от роли больного, являющегося активным участником процесса медицинской помощи. Пациенты могут не следовать указаниям врача, заниматься самолечением, предъявлять необоснованные требования к медицинским работникам, вести нездоровый образ жизни. Такое поведение делает усилия медицинских работников неэффективными. Последнее обстоятельство обусловило появление интереса к изучению роли пациента как активного участника лечебно-диагностического процесса [8, 19].

Согласно теории Т. Парсонса [35], человек в роли больного должен подчиняться режиму, предписанному компетентным врачом. Врачи являются главными лицами в процессе легитимации больного, т. к. обладают определенной профессиональной властью. Необходимое условие эффективности медицинского взаимодействия — установление доверительных отношений между врачом и пациентом, основой которых являются взаимопонимание и согласие. Пониманию личности пациента в медицине всегда отводилось важное значение, т. к. основной причиной конфликтных ситуаций является неумение врача установить необходимый контакт.

В настоящее время общение врача и пациента перестает быть исключительно патерналистским. Это ведет к возникновению новых ожиданий друг от друга и сопровождается появлением некоторой

оппозиции в отношениях. Последнее обстоятельство препятствует активной работе пациента, отсутствие которой существенно снижает эффективность лечебных процедур [40]. Взаимоотношения врача и пациента формируются в процессе их общения. При этом личность каждого из них развивается в процессе общения с другими людьми. Это накладывает отпечаток на стиль их поведения, манеры, обычаи, определяет особенности групповой и коллективной деятельности, что отражается на их межличностных контактах [21]. У пациента, как правило, имеется сформированная система ценностных ориентаций и социальных установок по отношению к медицине как социальному институту, применяемым способам и методам лечения. Все это с учетом личностных характеристик оказывает влияние на медицинское поведение. Выполнение пациентом предписаний врача определяется целым рядом факторов. В частности, пациент может просто не понимать, что ему говорит врач или нуждаться в дополнительных объяснениях. В этом случае он самостоятельно может снизить дозу лекарственных препаратов, сделать перерыв в лечении или принимать лекарства нерегулярно [48].

В последние годы существенно возрос интерес отечественных ученых к изучению социальных настроений производителей и потребителей медицинских услуг [3, 12, 13, 18–20, 32, 38, 42, 46]. Изучению социальных оценок условий и порядка оказания психиатрической помощи посвящены работы Москвитиной У. С. [33], Горбунова А. А. [11], Бударина Г. Ю. [5].

Таким образом, анализ научной литературы по теме исследования свидетельствует о глубокой теоретической разработанности феномена социальной практики и наличии хорошо сформированного терминологического аппарата для его изучения. общепризнанным является представление о социальной практике как совокупности действий индивидов, человеческих общностей и организаций, направленных на обеспечение устойчивого функционирования социальных институтов и общества в целом. Феномен социальной практики отличает воспроизводимость, устойчивость, массовость и нормативность. По аналогии с социальными институтами главным условием развития и совершенствования социальных практик является их институционализация, обеспечивающая устойчивость физического, психического и социального развития индивидов, социальных групп и общества в целом.

Вместе с тем изучение функционирования системы здравоохранения как совокупности социальных практик получило свое развитие на Западе лишь в середине XX века. В России данная научная проблема выдвинулась в центр медико-социологических исследований только в конце XX — начале XXI века благодаря работам А. В. Решетникова, С. А. Ефименко, Н. Н. Седовой. В результате комплексное изучение форм и методов социальных практик отечественного здравоохранения в широком социальном контексте находится на начальном этапе становления собственных научных традиций. Их дальнейшее формирование

требует использования богатого теоретического и практического опыта западной социологии медицины, накопленного на протяжении более чем полувековой истории ее развития.

### Список литературы

1. Алпатова Н. С. Социологические характеристики табакокурения как формы аддиктивного поведения в профессиональной группе медицинских работников : дис. канд. соц. наук. Волгоград, 2009. 145 с.
2. Антонова Н. Л. Социальная практика: теоретико-методологические основания исследовательского анализа // Известия Уральского государственного университета. 2009. № 4 (70). С. 92–97.
3. Бармина Т. В. Культура потребления медицинских услуг в современном российском обществе : дис. канд. соц. наук. Волгоград, 2009. 147 с.
4. Борцов Ю. С. Социология. Ростов н/Д. : Феникс, 2002. 352 с.
5. Бударин Г. Ю. Социальные принципы нормативного регулирования медицинской деятельности : дис. д-ра соц. наук. Волгоград, 2013. 339 с.
6. Бурдые П. Практический смысл / пер с фр. А. Т. Бикбова, К. Д. Вознесенской, С. Н. Зенкина, Н. А. Шматко; общ. ред. и послесл. Н. А. Шматко. СПб., 2001. С. 562.
7. Вебер М. Основные социологические понятия / пер. с нем. М. И. Левиной // Вебер М. Избранные произведения. М., 1990. С. 704.
8. Волобуев Е. В. Отношения врачей и родственников пациентов в системе качества медицинской помощи : дис. канд. мед. наук. Волгоград, 2011. 143 с.
9. Гидденс Э. Устроение общества : Очерк теории структуризации. М., 2003. С. 528.
10. Глушко И. В. Осмысление феномена социальных практик и возможностей их развития. URL: <http://dom-hors.ru/issue/fik/1-2011-1-2/glushko.pdf> (дата обращения 20.08.2012).
11. Горбунов А. А. Социальные оценки оказания психотерапевтической помощи населению : дис. канд. мед. наук. Волгоград, 2012. 148 с.
12. Гребенюк М. О. Социальная защита врачей как профессиональной группы: дис. канд. мед. наук. Волгоград, 2010. 161 с.
13. Гурова В. О. Взаимодействие врача и пациента в дерматологической практике : дис. канд. мед. наук. Волгоград, 2011. 138 с.
14. Давыдов В. В., Громыко Ю. В. Теория деятельности и социальная практика : доклад на III Международном конгрессе по теории деятельности. URL: [http://www.situation.ru/app/j\\_art\\_973.htm](http://www.situation.ru/app/j_art_973.htm) (дата обращения: 20.08.2014).
15. Добренков В. И., Кравченко А. И. Социология: в 3 т. Т. 3: Социальные институты и процессы. М., 2000. С. 520.
16. Доника А. Д. Интериоризация профессиональной роли врача: социальные, психологические и соматические детерминанты : дис. д-ра соц. наук. Волгоград, 2010. 368 с.
17. Дьяков А. А. Философия и практика: было ли прошлое, есть ли настоящее, будет ли будущее? // Наука. Философия. Общество : материалы V Российского философского конгресса. В 3 т. Новосибирск, 2009. Т. 1. 531 с.
18. Ефименко С. А. Социальный портрет участкового врача-терапевта / под ред. академика РАМН, профессора А. В. Решетникова. М. : Здоровье и общество, 2005. 205 с.
19. Ефименко С. А. Социология пациента : дис. д-ра соц. наук. Москва, 2007. С. 371.
20. Ефименко С. А. Потребители медицинских услуг в бюджетных организациях и их самооценка здоровья // Социс. 2007. № 1. С. 110–114.
21. Заславская Т. И. О субъектно-деятельностном аспекте трансформационного процесса // Кто и куда стремится вести Россию? Акторы макро-, мезо- и микроуровней современного трансформационного процесса / под общ. ред. Т. И. Заславской. М., 2001. С. 3–15.
22. Карпович А. В. Профессионально-ролевой репертуар врача-руководителя в условиях модернизации института здравоохранения : дис. канд. мед. наук. Волгоград, 2011. 154 с.
23. Касьянов В. В. Социология: экзаменационные ответы. Ростов н/Д : Феникс, 2001. 288 с. (Серия «Сдаем экзамен»)
24. Кирдина С. Г. Теория институциональных матриц (пример российского институционализма). URL: <http://www.kirdina.ru/doc/20feb06/2.pdf> (дата обращения: 20.08.2012).
25. Козловский С. В. История и старина: мировосприятие, социальная практика, мотивация действующих лиц. ФГОУ ВПО Ижевская ГСХА, 2009. 95 с.
26. Королев Н. Н. Особенности профессиональной социализации молодых специалистов в медицине : дис. канд. мед. наук. Волгоград, 2012. 144 с.
27. Кули Ч. Социальная самость // Американская социологическая мысль : тексты. М. : МГУ, 1994. С. 320–327.
28. Мансуров В. А., Юрченко О. В. Альтруизм как профессиональная идеология российских врачей // Социология медицины: наука и практика : сборник статей / под ред. Решетникова А. В. М. : Изд-во Первого Московского государственного медицинского университета имени И. М. Сеченова, 2012. С. 13–20.
29. Маслоу А. Мотивация и личность. СПб. : Евразия, 2001. 478 с.
30. Мертон Р. Продолжение анализа теории референтных групп и социальной структуры // Мертон Р. К. Референтная группа и социальная структура. М. : Институт молодежи, 1991. С. 256.
31. Мид Дж. Г. Избранное : сб. переводов / РАН. ИНИОН. Центр социал. научн.-информ. исследований. Отд. социологии и социал. психологии ; сост. и перев. В. Г. Николаев ; отв. ред. Д. В. Ефременко. М., 2009. 290 с. (Сер. Теория и история социологии)
32. Михальченко Д. В. Стоматологическая услуга как социальное взаимодействие врача и пациента : дис. д-ра мед. наук. Волгоград, 2012. 337 с.
33. Москвитина У. С. Управление имиджем врача-психиатра, методы повышения популярности и доверия к психиатрии у населения : дис. канд. мед. наук. Волгоград, 2011. 134 с.
34. Нецепляев Д. А. Общее и особенное в профессиональной деятельности врачей частных и государственных медицинских учреждений : дис. канд. мед. наук. Волгоград, 2010. 164 с.
35. Парсонс Т. Структура социального действия. М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2008. 218 с.
36. Пиаже Жан. Теория, эксперименты, дискуссии / под ред. Обуховой Л. Ф., Бурменской Г. В. М., 2001. С. 106–186.
37. Поршнев Б. Ф. Социальная психология и история. 2-е изд., доп. и испр. М. : Наука, 1979. С. 235.
38. Приз Е. В. Социальная комплементарность прав пациентов и медицинских работников в отечественной медицине : дис. д-ра мед. наук. Волгоград, 2011. 418 с.
39. Рева И. Е. Комплексное медико-социальное исследование профессиональной деятельности среднего



медицинского персонала стоматологического профиля : дис. канд. мед. наук. Волгоград, 2011. 142 с.

40. Решетников А. В. Социология медицины. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. 256 с.

41. Седова Н. Н. Личность врача — как фактор доверия к нему пациента. Волгоград, 2000. С. 30–35.

42. Скотенко О. Л. Модели взаимоотношений врача и пациента (На материалах офтальмологической практики) : дис. канд. мед. наук. Волгоград, 2010. 146 с.

43. Сокол А. Ф., Шурупов Р. В. Формирование общечеловеческих и профессиональных качеств врача // Социология медицины. 2012. № 2. С. 43–44.

44. Толкунов В. И. Профессиональная роль врача-хирурга в современной России : дис. канд. мед. наук. Волгоград, 2011. 168 с.

45. Фрейд З. Введение в психоанализ : лекции. М., 1991. С. 181.

46. Фурсик О. В. Социальный статус врача анестезиолога-реаниматолога в педиатрической практике : дис. канд. мед. наук. Волгоград, 2012. 168 с.

47. Хадикова Т. А. Врач-менеджер: интеграция социальных ролей в условиях санаторно-курортного комплекса : дис. канд. соц. наук. Волгоград, 2011. 153 с.

48. Шабанова М. А. О некоторых преимуществах интеграции экономического и социологического анализа институциональных изменений. Статья 1: Институты, практики, роли // Экономическая социология: электрон. журн. 2006. Т. 7, № 4. URL: [http://ecsoc.msses.ru/data/868/587/1234/ecsoc\\_t7\\_n4.pdf](http://ecsoc.msses.ru/data/868/587/1234/ecsoc_t7_n4.pdf) (дата обращения: 20.08.2014)

49. Эрикссон Э. Детство и общество / пер. А. А. Алексеева. СПб., 1996. С. 346–386.

50. Ядов В. А. Мотивация труда // Советская социология. М. : Наука, 1982. Т. 2. С. 29–38.

## References

1. Alpatova N. S. *Sotsiologicheskie kharakteristiki tabakokureniya kak formy addiktivnogo povedeniya v professional'noy gruppё meditsinskikh rabotnikov*. Kand. diss. [Sociological characteristics of smoking as a form of addictive behavior in professional group of health workers. Cand. Diss.]. Volgograd, 2009, 145 p.

2. Antonova N. L.. Social practice: theoretical and methodological foundations of the research analysis. *Izvestiya Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta* [Proceedings of the Ural State University], 2009, 4 (70), pp. 92-97. [in Russian]

3. Barmina T. V. *Kul'tura potrebleniya meditsinskikh uslug v sovremennom rossiyskom obshchestve*. Kand. diss. [Culture of consumption of medical services in modern Russian society. Cand. Diss.], Volgograd, 2009, 147 p.

4. Bortsov Yu. S. *Sotsiologiya* [Sociology]. Rostov-on-Don, Feniks Publ, 2002, 352 p.

5. Budarin G. Yu. *Sotsial'nye printsipy normativnogo regulirovaniya meditsinskoy deyatel'nosti*. Dokt. diss. [Social principles of medical practice regulation. Doct. Diss.]. Volgograd, 2013, 339 p.

6. Burd'e P. *Prakticheskiy smysl* [Common sense], per s fr. A. T. Bikbova, K. D. Voznesenskoy, S. N. Zenkina, N. A. Shmatko. Saint Petersburg, 2001. 562 p.

7. Veber M. Osnovnye sotsiologicheskie ponyatiya [Basic sociological concepts], per. s nem. M. I. Levinoy. In: *Veber M. Izbrannyye proizvedeniya* [Selected Works]. Moscow, 1990. 704 p.

8. Volobuev E. V. *Otnosheniya vrachey i rodstvennikov patsientov v sisteme kachestva meditsinskoy pomoshchi*.

*Kand. diss.* [Interrelations of doctors and patients' relatives in medical aid quality system. Cand. Diss.]. Volgograd, 2011, 143 p.

9. Giddens E. *Ustroenie obshchestva. Ocherk teorii strukturatsii* [Society establishment. Outline of Structuration Theory]. Moscow, 2003. 528 p.

10. Glushko I. V. *Osmyslenie fenomena sotsial'nykh praktik i vozmozhnostey ikh razvitiya* [Understanding of phenomenon of social practices and opportunities for their development]. Available at: URL: <http://dom-hors.ru/issue/fik/1-2011-1-2/glushko.pdf> (accessed 20.08.2012).

11. Gorbunov A. A. *Sotsial'nye otsenki okazaniya psikhoterapevticheskoy pomoshchi naseleniyu*. Kand. diss. [Social assessments of psychotherapeutic aid delivery. Cand. Diss.]. Volgograd, 2012, 148 p.

12. Grebenyuk M. O. *Sotsial'naya zashchita vrachey kak professional'noy gruppё*. Kand. diss. [Social protection of doctors as professional group. Cand. Diss.]. Volgograd, 2010, 161 p.

13. Gurova V. O. *Vzaimodeystvie vracha i patsienta v dermatologicheskoy praktike*. Kand. diss. [Doctor and patient interaction in dermatological practice. Cand. Diss.]. Volgograd, 2011, 138 p.

14. Davydov V. V., Gromyko Yu. V. *Teoriya deyatel'nosti i sotsial'naya praktika. Doklad na III Mezhdunarodnom kongresse po teorii deyatel'nosti* [Activity theory and social practice. Presentation at III International Congress on Activity Theory]. Available at: URL: [http://www.situation.ru/app/j\\_art\\_973.htm](http://www.situation.ru/app/j_art_973.htm) (accessed 20.08.2014).

15. Dobren'kov V. I., Kravchenko A. I. *Sotsiologiya* [Sociology], vol. 3. *Sotsial'nye instituty i protsessy* [Social Institutions and Processes]. Moscow, 2000. 520 p.

16. Donika A. D. *Interiorizatsiya professional'noy roli vracha: sotsial'nye, psikhologicheskie i somaticheskie determinanty*. Dokt. diss. [Interiorization of doctor's professional role: social, psychological and somatic determinants. Doct. Diss.]. Volgograd, 2010, 368 p.

17. D'yakov A. A. The philosophy and practice: whether past, present, whether there will be a future? *Nauka. Filosofiya. Obshchestvo. Materialy V Possiyskogo filosofskogo kongressa* [Science. Philosophy. Society. Proceedings of V Russian Congress of Philosophy]. Novosibirsk, 2009, vol. 1, 531 p.

18. Efimenko S. A. *Sotsial'nyy portret uchastkovogo vracha-terapevta* [District therapist social portrait], pod red. akad. RAMN, prof. A. V. Reshetnikova. Moscow, Zdorov'e i obshchestvo Publ., 2005, 205 p.

19. Efimenko S. A. *Sotsiologiya patsienta. Dokt. diss.* [Patient Sociology. Doct. Diss.]. Moscow, 2007, p. 371.

20. Efimenko S. A. Consumers of medical services in the budgetary organizations and their self-reported health. *Sotsiologicheskie issledovaniya*. 2007, 1, pp. 110-114. [in Russian]

21. Zaslavskaya T. I. O sub"ektno-deyatel'nostnom aspekte transformatsionnogo protsessa [About the subject-activity aspect of the transformation process]. In: *Kto i kuda stremitsya vesti Rossiyu? Aktory makro-, mezo- i mikrourovney sovremennogo transformatsionnogo protsessa* [Who and where drives Russia? Actors of macro, meso and micro levels of modern transformation process], pod obshch. red. T. I. Zaslavskoy. Moscow, 2001, pp. 3-15.

22. Karpovich A. V. *Professional'no-rol'ovoy repertuar vracha-rukovoditelya v usloviyakh modernizatsii instituta zdravookhraneniya*. Kand. diss. [Professional-role repertoire of doctor-manager in conditions of healthcare modernization. Cand. Diss.]. Volgograd, 2011, 154 p.



23. Kas'yanov V. V. *Sotsiologiya: ekzamenatsionnye otvety* [Sociology: exam answers]. Rostov-on-Don, Feniks Publ., 2001, 288 p. (Seriya «Sdaem ekzamen»)
24. Kirdina S. G. *Teoriya institutsional'nykh matrits (primer rossiyskogo institutsionalizma)* [Theory of institutional matrices (example of Russian institutionalism)]. Available at: URL: <http://www.kirdina.ru/doc/20feb06/2.pdf> (accessed 20.08.2012).
25. Kozlovskiy S. V. *Istoriya i starina: mirovospriyatie, sotsial'naya praktika, motivatsiya deystvuyushchikh lits* [History and old time: world perception, social practice, motivation of acting individuals]. Izhevskaya GSKhA, 2009, 95 p.
26. Korolev N. N. *Osobennosti professional'noy sotsializatsii molodykh spetsialistov v meditsine. Kand. diss.* [Features of professional socialization of young professionals in medicine. Cand. Diss.]. Volgograd, 2012, 144 p.
27. Kuli Ch. *Sotsial'naya samost'* [Social identity]. In: *Amerikanskaya sotsiologicheskaya mysl'* [American Sociological Thought]. Moscow, 1994, pp. 320-327.
28. Mansurov V. A., Yurchenko O. V. *Al'truizm kak professional'naya ideologiya rossiyskikh vrachev* [Altruism as professional ideology of Russian doctors]. In: *Sotsiologiya meditsiny: nauka i praktika. Sbornik statey* [Sociology of Medicine: Science and Practice. Collection of Articles]. Ed. Reshetnikov A. V. Moscow, 2012, pp. 13-20.
29. Maslou A. H. *Motivation and Personality*. New York, Harper & Row, Publishers, 1970, 478 p.
30. Merton R. *Prodolzhenie analiza teorii referentnykh grupp i sotsial'noy struktury* [Continued analysis of Theory of Reference Groups and Social Structure]. In: *Merton R. K. Referentnaya grupa i sotsial'naya struktura* [Merton R. K. Reference group and social structure]. Moscow, 1991, 256 p.
31. Mid Dzh. G. *Izbrannoe. Sb. perevodov* [Selection. Collection of Translations]. Ed. D. V. Efremenko. Moscow, 2009, 290 p. (Ser. Teoriya i istoriya sotsiologii [Sociology Theory and History]).
32. Mikhail'chenko D. V. *Stomatologicheskaya ushuga kak sotsial'noe vzaimodeystvie vracha i patsienta. Dokt. diss.* [Dental services as social interaction of physician and patient. Doct. Diss.]. Volgograd, 2012, 337 p.
33. Moskvitina U. S. *Upravlenie imidzhem vrach-psikhiatra, metody povysheniya populyarnosti i doveriya k psikhiiatrii u naseleniya. Kand. diss.* [Psychiatrist image management, methods of increasing Psychiatry popularity and credibility among population. Cand. Diss.]. Volgograd, 2011, 134 p.
34. Netseplyaev D. A. *Obshchee i osobennoe v professional'noy deyatel'nosti vrachev chastnykh i gosudarstvennykh meditsinskikh uchrezhdeniy. Kand. diss.* [General and specific in professional activity of doctors of private and public medical institutions. Cand. Diss.]. Volgograd, 2010, 164 p.
35. Parsons T. *Struktura sotsial'nogo deystviya* [Structure of Social Action]. Moscow, 2008, 218 p.
36. Piazhe Zhan. *Teoriya, eksperimenty, diskussii* [Theory, Experiments, Discussions]. Eds. Obukhova L. F., Burmenskaya G. V. Moscow, 2001, pp. 106-186.
37. Porshnev B. F. *Sotsial'naya psikhologiya i istoriya* [Social Psychology and History]. Moscow, Nauka Publ., 1979. 235 s.
38. Priz E. V. *Sotsial'naya komplementarnost' prav patsientov i meditsinskikh rabotnikov v otechestvennoy meditsine. Dokt. diss.* [Social complementarity of rights of patients and health workers in national medicine. Doct. Diss.]. Volgograd, 2011, 418 s.
39. Reva I. E. *Kompleksnoe mediko-sotsial'noe issledovanie professional'noy deyatel'nosti srednego meditsinskogo personala stomatologicheskogo profilya. Kand. diss.* [Comprehensive medical and social research of dental nurses professional activities. Cand. Diss.]. Volgograd, 2011, 142 p.
40. Reshetnikov A. V. *Sotsiologiya meditsiny* [Medicine Sociology]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2007, 256 p.
41. Sedova H. H. *Lichnost' vracha - kak faktor doveriya k nemu patsienta* [Doctor personality as factor of doctor-patient trust]. Volgograd, 2000, pp. 30-35.
42. Skotenko O. L. *Modeli vzaimootnosheniy vracha i patsienta (Na materialakh oftal'mologicheskoy praktiki). Kand. diss.* [Models of physician-patient interactions (as exemplified in ophthalmic practice). Cand. Diss.]. Volgograd, 2010, 146 p.
43. Sokol A. F., Shurupova R. V. *Formation of human and professional qualities of a doctor. Sotsiologiya meditsiny* [Sociology of Medicine]. 2012, 2, pp. 43-44. [in Russian]
44. Tolkunov V. I. *Professional'naya rol' vracha-khirurg v sovremennoy Rossii. Kand. diss.* [Surgeons' professional role in modern Russia. Cand. Diss.]. Volgograd, 2011, 168 p.
45. Freud S. *Vvedenie v psikhoanaliz. Lektsii* [Introduction to Psychoanalysis. Lectures]. Moscow, 1991. 181 p.
46. Fursik O. V. *Sotsial'nyy status vracha anesteziologa-reanimatologa v pediatricheskoy praktike. Kand. diss.* [Anaesthetist social status in pediatric practice. Cand. Diss.]. Volgograd, 2012, 168 p.
47. Khadikova T. A. *Vrach-menedzher: integratsiya sotsial'nykh roley v usloviyakh sanatorno-kurortnogo kompleksa. Kand. diss.* [Doctor-manager: integration of social roles in sanatorium-resort conditions. Cand. Diss.]. Volgograd, 2011, 153 p.
48. Shabanova M. A. *Some advantages of the integration of economic and sociological analysis of institutional change. Article 1: The institutions, practices, roles. Ekonomicheskaya sotsiologiya* [Economic Sociology]. 2006, 7 (4). Available at: URL: [http://ecsoc.msses.ru/data/868/587/1234/ecsoc\\_t7\\_n4.pdf](http://ecsoc.msses.ru/data/868/587/1234/ecsoc_t7_n4.pdf) (accessed 20.08.2014).
49. Erikson E. *Detstvo i obshchestvo* [Childhood and Society]. Per. A. A. Alekseeva. Saint Petersburg, 1996, pp. 346-386.
50. Yadov V. A. *Motivatsiya truda* [Work motivation]. In: *Sovetskaya sotsiologiya* [Soviet Sociology]. Moscow, Nauka Publ., 1982, vol. 2, pp. 29-38.

#### Контактная информация:

Смирнова Елена Алексеевна — специалист БУЗ ВО «Вологодский областной психоневрологический диспансер № 1», г. Череповец

Адрес: 162601, Вологодская обл., г. Череповец, ул. Архангельская, 13 «А» - 59

E-mail: Smirnova56@yandex.ru