

## СОЦИАЛЬНЫЕ СТРУКТУРЫ, СОЦИАЛЬНЫЕ ИНСТИТУТЫ И ПРОЦЕССЫ

УДК 316.3

*В. И. Дудина*

### СУБЪЕКТИВНОЕ НЕРАВЕНСТВО, СОЦИАЛЬНАЯ СПЛОЧЕННОСТЬ И ПОЛИТИЧЕСКИЕ РЕФОРМЫ: НА ПРИМЕРЕ РОСТА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ В СОВЕТСКОМ СОЮЗЕ в 1985–1987 гг.<sup>1</sup>

Санкт-Петербургский государственный университет, Российская Федерация, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., 7/9

В статье утверждается, что объяснение роста продолжительности жизни в 1985–1987 гг. в Советском Союзе только лишь влиянием Антиалкогольной кампании, не позволяет увидеть других важных факторов, которые могли внести свой вклад в снижение смертности в этот период. Обосновывается предположение, что на снижение смертности, наряду с уменьшением потребления алкоголя благодаря Антиалкогольной кампании, повлияли также кратковременное снижение субъективного неравенства и восстановление социальной сплоченности в начале перестройки. Делается вывод о связи субъективного неравенства и здоровья населения. Библиогр. 21 назв.

*Ключевые слова:* субъективное неравенство, социальная сплоченность, продолжительность жизни, политические реформы, здоровье, Антиалкогольная кампания, перестройка.

#### SUBJECTIVE INEQUALITY, SOCIAL COHESION AND POLITICAL REFORMS: AN EXAMPLE OF THE RISE OF LIFE EXPECTANCY IN SOVIET UNION IN 1985–1987

*V. I. Dudina*

St. Petersburg State University, 7/9, Universitetskaya nab., St. Petersburg, 199034, Russian Federation

The article states that the explanation of increased life expectancy in the Soviet Union in 1985–87 only by the influence of anti-alcohol campaign cannot reveal the other important factors that could contribute to mortality reduction in this period. The article substantiates the assumption that the reduction of mortality was influenced not only by decrease in the consumption of alcohol during anti-alcohol campaign, but by short-term reduction of subjective inequality and recovery of social cohesion in the beginning of perestroika.

The hypothesis of influence of subjective inequality on life expectancy in the early years of Perestroika is supported by the fact that life expectancy changed simultaneously not only with the level of alcohol consumption, but also with the changes in public attitudes. Three stages of Perestroika corresponding to well-marked differences in some demographics are distinguished. In the first stage of Perestroika (1985–1987) characterized by positive expectations, life expectancy increased most notably. In the second stage (1988–1989) growth of life expectancy was slower, expansion of the public sphere and growth of institutional trust were accompanied by gradual deterioration of economic situation and general instability contributed to the rise of both objective and subjective inequality. The third stage (1990–1991) was characterized by the deterioration of economic situation and further increase in objective and subjective inequality.

<sup>1</sup> Статья подготовлена при поддержке гранта Российского научного фонда, номер проекта: 14-18-00359.

It is concluded that reduction of subjective inequality positively impact on social well-being, level of social stress and, ultimately, on the health and life expectancy. Refs 21.

*Keywords:* subjective inequality, social cohesion, life expectancy, political reforms, health, Anti-alcohol campaign, perestroika.

Ожидаемая продолжительность жизни представляет собой индикатор состояния здоровья населения и может рассматриваться как хороший показатель того, насколько определенная страна благоприятна для проживания. Поскольку продолжительность жизни в современном мире в значительной мере зависит от социальных факторов, то анализ тенденций в изменении продолжительности жизни населения имеет большую ценность для социологов, так как позволяет изучать влияние социальных изменений на жизнь и здоровье людей. Особенно большой интерес представляют резкие изменения в продолжительности жизни, происходящие в относительно короткие периоды, и те объяснения, которые в связи с этим выдвигаются. Например, резкое увеличение уровня смертности и снижение продолжительности жизни населения России в 1990-х годах, получившее название «кризис смертности», привлекло внимание исследователей и вызвало целый спектр разнообразных объяснений. Одни исследователи связывали столь резкое снижение продолжительности жизни российского населения в этот период с влиянием жестких экономических реформ, которые привели к ухудшению качества жизни значительной части российского населения, безработице, росту преступности и увеличению социально-экономического неравенства в обществе [1]; другие объясняли данную тенденцию ростом потребления алкогольных напитков и отказом от Антиалкогольной кампании в период с 1990 по 1994 г. [2]; третьи увязывали увеличение смертности с низким уровнем социального капитала в российском обществе того периода [3].

На фоне разнообразных объяснений «кризиса смертности» выделяется единое объяснение обратной тенденции — значительного и кратковременного роста продолжительности жизни в 1985–1987 гг. в Советском Союзе. Ожидаемая продолжительность жизни выросла в этот период на 2,8 года у мужчин и на 1,3 года у женщин [4]. Доминирующим объяснением этой тенденции является утверждение о результативности Антиалкогольной кампании 1985–1988-х годов [5; 6]: «Смертность начала снижаться сразу же после ограничения продажи алкоголя в июне 1985 г. и продолжала снижаться месяц за месяцем, параллельно с сокращением потребления алкоголя. Наибольшее снижение смертности во взрослых возрастах у мужчин и женщин в 1986 г. С 1984 по 1987 г. (больше всего в 1986) ожидаемая продолжительность жизни возросла с 61,7 до 64,9 у мужчин и с 73 до 74,3 у женщин. Снижение смертности в трудоспособном возрасте от внешних причин и сердечно-сосудистых заболеваний в возрастах от 40 до 65 лет внесло наибольший вклад в общее увеличение ожидаемой продолжительности жизни» [6, р. 245]. Антиалкогольная кампания началась в мае 1985 г. и, в соответствии со статистическими данными, рост продолжительности жизни и снижение смертности также фиксируются с начала 1985 г. Именно это синхронное изменение уровня потребления алкоголя и уровня смертности заставляет многих исследователей рассматривать рост ожидаемой продолжительности жизни как результат только лишь Антиалкогольной кампании.

Мы предполагаем, что объяснение роста продолжительности жизни в 1985–1987 гг. только лишь влиянием Антиалкогольной кампании не позволяет увидеть

других важных факторов, которые могли внести свой вклад в снижение смертности в этот период, и попытаемся показать, что Антиалкогольная кампания не имела столь позитивного влияния на продолжительность жизни, как это предполагается, и что за рост продолжительности жизни в 1985–1987 гг. ответственны в значительной мере и другие факторы.

### Антиалкогольная кампания и оценки ее эффективности

В мае 1985 г., менее чем через два месяца после того, как М. С. Горбачев занял пост Генерального секретаря КПСС, был дан старт Антиалкогольной кампании. 7 мая 1985 г. вышли Постановление ЦК КПСС «О мерах по преодолению пьянства и алкоголизма» и Постановление Совета Министров СССР № 410 «О мерах по преодолению пьянства и алкоголизма, искоренению самогоноварения», которые предписывали всем официальным органам усилить борьбу с пьянством и алкоголизмом, предусматривали снижение производства алкогольных напитков, уменьшение числа мест их продажи и сокращение времени продажи. 16 мая 1985 г. вышел Указ Президиума Верховного Совета СССР «Об усилении борьбы с пьянством и алкоголизмом, искоренении самогоноварения», который предписывал конкретные меры, вплоть до административных и уголовных наказаний. Антиалкогольная кампания опиралась исключительно на такие запретительные меры, как ограничение потребления алкоголя, снижение объемов производства и продажи алкоголя, административные меры, применяемые к лицам, находящимся в состоянии алкогольного опьянения в общественных местах, и т. п.

Если поведение в сфере потребления алкоголя действительно могло в определенной мере измениться за счет запретительных мер, то могло ли сокращение потребления алкоголя оказать столь же быстрое влияние на снижение смертности от заболеваний, связанных с его употреблением? «Для развития алкогольных психозов, хронического алкоголизма и цирроза печени требуется несколько лет. Могло ли сокращение потребления алкоголя так быстро отразиться на алкогольной смертности, как нам об этом сообщает официальная статистика?» [7, р. 231]. В начале 1987 г. рост продолжительности жизни прекращается, хотя, казалось бы, именно в это время антиалкогольные меры, реализуемые с середины 1985 г., должны были бы начать приносить свои плоды. Отмечая, что Антиалкогольная кампания проводилась очень примитивным образом и что антиалкогольные меры, направленные на ограничение доступности алкоголя, не затрагивали причин, лежащих в основе злоупотребления алкоголем, исследователи признают, что эффект от кампании не мог быть долговременным [6, р. 244], но возникает вопрос, мог ли он быть столь быстрым?

Рост стоимости алкоголя, наряду со снижением его доступности, привел к увеличению незаконного производства алкоголя и распространению суррогатного алкоголя. По некоторым оценкам, нелегальное производство алкоголя выросло в 1986 г. на 40% [8, р. 104]. Причем статистика потребления алкоголя за этот период отражала только потребление «официального» алкоголя, в то время как, особенно в сельской местности, самогон всегда составлял значительную долю потребляемого алкоголя, и рост производства самогона в значительной мере компенсировал снижение в объемах продаж алкоголя. В «Информации о состоя-

нии торговли отдельными товарами», направленной министром торговли СССР К. З. Терехом 2 декабря 1987 г. в Совет Министров СССР, отмечалось, что «резкое повышение спроса на сахар проявилось, начиная со второй половины 1986 г. В июле–декабре 1986 г. продажа сахара возросла на 22% и в первом полугодии текущего года по сравнению с этим же периодом прошлого года — на 16%. Запасы сахара в розничной торговле сократились в 1986 г. на 625 тыс. т, и в 1987 г. ожидается сокращение еще на 700 тыс. т» [9].

Необходимо учитывать, что подобные оценки производства самогона в этот период относятся только к производству самогона на основе сахара и исключают самогон, произведенный из таких продуктов, как зерно, картофель, фрукты, а также исключают производство домашнего пива и вина. «С 1984 по 1987 г. число магазинов, торгующих винно-водочной продукцией, сократилось в 5 раз. Площади под посадку винограда сократились на 30%. Эти меры привели к сокращению официальных продаж алкоголя в 2,7 раза. Реальное потребление алкоголя сократилось с 14,2 до 10,6 литра. Это сокращение было существенным, но все же значительно меньшим, чем показывали официальные цифры (25,4% вместо 65,3%)» [6, р. 244].

По мере того как потребители алкоголя переключались на более опасные субстанции, росло число алкогольных отравлений. Возросло потребление алкогольных суррогатов, таких как косметические лосьоны, разного рода спиртосодержащие технические жидкости, бытовые очистители и пр., о чем свидетельствовала статистика роста продаж этих веществ: «В 1986 г. продажа одеколona в Москве выросла в 1,5 раза, что во всех областях РСФСР установлена норма отпуска спиртосодержащих товаров и зубной пасты, реализация клея выросла более чем на 30%, жидкости для очистки стекол — на 15%» [9]. Другой причиной, заставляющей поставить под сомнение данные о сокращении потребления алкоголя, был тот факт, что в течение Антиалкогольной кампании официально регистрируемые объемы потребления алкоголя сознательно занижались чиновниками [7; 10].

Статистические данные о структуре смертности в период 1985–1986 гг. показывают снижение смертности у женщин по группе сердечно-сосудистых заболеваний и внешних причин, а у мужчин — практически по всем классам причин, связанных как с алкоголем, так и неалкогольным классом [11]. Хотя эти данные и трактуются как свидетельство того, что с потреблением алкоголя смерти связаны и с неалкогольными диагнозами [12; 13], все же они не позволяют безоговорочно выносить суждение о том, что снижение смертности произошло исключительно под влиянием Антиалкогольной кампании.

### Социальная сплоченность и субъективное неравенство как факторы здоровья общества

Итак, если мы предположим, что снижение потребления алкоголя не являлось единственным объяснением роста продолжительности жизни в 1985–1987 гг., то нам необходимо найти другие факторы, которые могли внести свой вклад в рост ожидаемой продолжительности жизни в этот период, когда не наблюдалось значимых улучшений в материальном положении населения, не было значительных позитивных изменений в состоянии экологии или медицины, что могло бы оказать положительное влияние на состояние здоровья населения.

В то же время можно констатировать, что с началом перестройки существенно изменились общественные настроения. Даже сторонники «алкогольной» гипотезы, А. В. Немцов и В. М. Школьников, признают: «Существует мнение, что снижение смертности в России во второй половине 1980-х годов было обусловлено также эйфорией от перестройки [14]. Вполне исключить этот фактор трудно, но в настоящее время нет никаких объективных научных данных, подтверждающих такое объяснение» [15]. Действительно, объективные данные о том, что какая-то часть населения испытывала воодушевление от политических изменений, могли бы быть получены, если бы в этот период проводились масштабные социологические исследования. Поскольку подобные исследования начались лишь в 1988 г., то сейчас мы можем опираться только на косвенные данные. В то же время очевидно, что перемена общественных настроений может влиять как на изменение связанного со здоровьем поведения, так и на уровень социальных стрессов, что подтверждается исследованиями связи социальной сплоченности и здоровья.

В настоящее время накоплено значительное количество данных, показывающих, что социальная сплоченность является существенным фактором, определяющим здоровье населения [3; 16; 17]. Общества с низким уровнем социальной сплоченности демонстрируют более высокий уровень смертности по большинству причин, в частности связанных с употреблением алкоголя, наркотиков, от несчастных случаев, убийств и самоубийств. Каким образом социальная сплоченность влияет на здоровье? В соответствии с «материалистической» гипотезой социальная сплоченность создает материальные предпосылки для улучшения здоровья через снижение неравенства, благодаря лучшей социальной защите и поддержке малообеспеченных групп населения. В соответствии с гипотезой «относительного неравенства» на здоровье влияет не только объективная неравномерность распределения доходов, но и восприятие этого факта людьми: «Неравенство доходов влияет на уровень смертности в стране, в первую очередь определяя силу влияния относительной депривации на здоровье» [16, p. 108].

В странах, преодолевших эпидемиологический переход, на состояние здоровья в большей мере влияет не само неравномерное распределение доходов, а восприятие этого неравномерного распределения людьми (т. е. «субъективное неравенство»). Уровень субъективного неравенства может рассматриваться как один из показателей социальной сплоченности. В обществе, в котором люди рассматривают друг друга как равных, они испытывают больше доверия друг к другу, охотнее формируют ассоциации и сообща добиваются общих целей. Таким образом, социальная сплоченность может влиять на здоровье индивидов непосредственно, через улучшение социального самочувствия, ощущение справедливости существующего общественного порядка и тем самым через снижение уровня социальных стрессов.

Субъективное неравенство зависит не только от показателей распределения богатства, но также от общественной идеологии, повседневной культуры и психологического климата, существующего в определенном обществе. Как показали недавние исследования, субъективное восприятие неравенства не коррелирует с объективным распределением доходов в обществе. Например, жители некоторых европейских стран считают свои общества менее равными, чем они являются на самом деле, и, наоборот, жители США воспринимают свое общество более равным, чем оно является на самом деле [18]. Если это так, то можно предположить, что

изменение политического климата, способствующее снижению субъективного неравенства, оказывает позитивное влияние на социальное самочувствие, уровень социальных стрессов и в конечном итоге на состояние здоровья и продолжительность жизни.

Пример влияния политического климата на продолжительность жизни дают бывшие социалистические страны. «В Центральной и Восточной Европе до начала 70-х годов коммунизм, вероятно, благоприятствовал здоровью. Достижения восточноевропейских стран не могут рассматриваться просто как результат высокого уровня иммунизации и заботы о детях. Даже в возрасте 15 лет ожидаемая продолжительность жизни в Восточной Европе была высокой по сравнению со странами с таким же уровнем ВВП на душу населения» [16, р. 122–123]. Прекращение роста продолжительности жизни в Восточной Европе, которое произошло в начале 1970-х годов, несмотря на продолжающийся экономический рост и сохранение прежнего уровня экономического неравенства [16, р. 126], может быть объяснено именно ростом субъективного неравенства, стимулировавшегося изменением политического климата и разочарованием в возможностях социалистической системы.

На примере изменения продолжительности жизни мужчин в Восточной Европе в 1960–1990-х годах XX в. П. Уотсон показывает, что обесценивание публичной сферы в сравнении с приватной и расхождение между стремлениями и средствами их достижения повлияли на ухудшение здоровья мужчин [19]. Другой пример — значительное снижение уровня суицида среди мужчин в возрасте 45–54 лет в Польше в 1981 г., во время кратковременного периода социального оптимизма, вызванного действиями движения «Солидарность», и в несколько меньшей степени в 1989 г. — в год первых свободных выборов в Восточной Европе. Интересно, что в эти же периоды снижался и уровень потребления алкоголя, о чем свидетельствует уменьшение числа алкогольных психозов [19, р. 930]. Анализируя здоровье населения Польши в период политических и экономических трансформаций 1990-х годов, П. Уотсон, отмечает парадоксальную закономерность: «Средняя заработная плата в 1990-х составляла только 70–75% от уровня 1989 г., однако, несмотря на существенное ухудшение социального обеспечения, смертность снизилась» [20, р. 373].

### **Снижение субъективного неравенства как фактор роста ожидаемой продолжительности жизни в 1985–1987 гг.**

Мы предполагаем, что на снижение смертности в 1985–1987 гг., наряду со снижением потребления алкоголя под воздействием Антиалкогольной кампании, повлияли также кратковременное снижение субъективного неравенства и восстановление социальной сплоченности в начале перестройки. Существенных изменений в экономическом положении населения в этот период не было отмечено, в то же время улучшение социального самочувствия, благодаря снижению уровня субъективного неравенства, наряду с сокращением потребления алкоголя, могло оказать достаточно быстрый эффект на снижение смертности. Насколько само снижение уровня субъективного неравенства могло повлиять на уменьшение потребления алкоголя — вопрос, требующий дополнительных исследований.

В пользу гипотезы о влиянии субъективного неравенства на продолжительность жизни в первые годы перестройки говорит, в частности, тот факт, что про-

должительность жизни изменялась синхронно не только с уровнем потребления алкоголя, но и с изменением общественных настроений по мере реализации политики перестройки. Однако существенную трудность для проверки этой гипотезы представляет отсутствие мало-мальски надежных данных об общественных настроениях в этот период. Поэтому в данной работе мы наметим лишь самые общие ориентиры для дальнейшей проверки этой гипотезы.

На протяжении 1970-х и в первой половине 80-х годов в социалистических странах, в том числе и в Советском Союзе, нарастала апатия в публичной сфере, что оказывало, в частности, негативное влияние и на продолжительность жизни; схожие тенденции отмечались и в других странах соцлагеря [19–21]. Политика перестройки, объявленная М. С. Горбачевым 23 апреля 1985 г. на Пленуме ЦК КПСС, вызвала в обществе множество надежд на будущее, а политизация, вызванная перестройкой, ознаменовала возрождение публичной сферы.

\* \* \*

Неравенство — важный фактор здоровья населения. Если объективное неравенство определяет степень абсолютной депривации определенных групп населения, то субъективное восприятие этого неравенства (субъективное неравенство) обуславливает относительную депривацию, которая оказывает негативное воздействие на здоровье не через нехватку определенных ресурсов, а через психологические механизмы и связанное со здоровьем поведение. Субъективное неравенство, основанное на интерпретации людьми тех материальных обстоятельств, в которых они находятся, обусловлено культурно и идеологически. Например, на уровень субъективного неравенства влияют различное понимание справедливости и апелляция к разным системам отсчета (различные режимы оправдания). Именно поэтому уровень здоровья членов общества отзывается на изменения не только в материальном положении, но и в общественной идеологии.

Если наше предположение о том, что рост ожидаемой продолжительности жизни в 1985–1987 гг. может быть объяснен уменьшением субъективного неравенства, верно, то это имеет важные следствия для понимания факторов, влияющих на здоровье населения в периоды общественных трансформаций, так как именно в это время изменяются устойчивые схемы интерпретации реальности, что влияет на изменение уровня субъективного неравенства и относительной депривации.

Позитивные общественные ожидания, ощущения доверия и социальной включенности прибавляют дополнительные годы жизни, и, напротив, негативные ожидания, рост недоверия и исключенность из общественной жизни способствуют росту смертности. Однако если снижение субъективного неравенства происходит исключительно под влиянием идеологических факторов и не подкрепляется реально работающими механизмами снижения объективного неравенства, то подобного рода сплоченность может оказывать лишь краткосрочное влияние на здоровье.

Положительная динамика продолжительности жизни в период перестройки была столь кратковременной в первую очередь по причине того, что уменьшение субъективного неравенства не имело под собой основы в форме действительного уменьшения социально-экономических различий, более того, с началом реальных реформ как объективное, так и субъективное неравенство начало стремительно увеличиваться.

Усилия, направленные на изменение образа жизни и пропаганду здорового образа жизни могут дать эффект только в том случае, когда имеются соответству-

ющие материальные условия. При отсутствии подобных условий, попытки непосредственного влияния на поведение в сфере здоровья оказываются неоправданно дорогими, недаром, многие программы по изменению образа жизни показали свою низкую эффективность. В то же время, изменения общественного климата порой могут оказать непреднамеренный позитивный эффект на состояние здоровья населения через снижение субъективного неравенства.

## Литература

1. Economic change, crime, and mortality crisis in Russia: regional analysis / Walberg P., McKee M., Shkolnikov V., Chenet L., Leon D. A. // *British Medical Journal*. 1998. N 317. P.312–318.
2. *Bhattacharya J., Gathmann C., Miller G.* The Gorbachev anti-alcohol campaign and Russia's mortality crisis // *American Economic Journal: Applied Economics*. 2013. N 5(2). P.232–260.
3. *Kennedy B. P., Kawachi I., Brainerd E.* The role of social capital in the Russian mortality crisis // *World Development*. 1998. N 26. P.2029–2043.
4. Вишневский А. Г., Школьников В. М. Смертность в России: главные группы «риска» и приоритеты действия. Научные доклады. Вып. 19. М.: Московский Центр Карнеги, 1997. 87 с.
5. Немцов А. В. Алкогольная ситуация в России. М.: Ассоциация общественного здоровья, 1995. 134 с.
6. *Shkolnikov V.M., Nemtsov A.* The Anti-Alcohol Campaign and Variations in Russian Mortality // *Premature Death in the Newly Independent States* / eds J. L. Bobadila, C. A. Costello, F. Mitchell. Washington, DC: National Academy Press, 1997. P. 239–261.
7. *Treml V. G.* Soviet and Russian statistics on alcohol consumption and abuse // *Premature Death in the Newly Independent States* / eds J. L. Bobadila, C. A. Costello, F. Mitchell. Washington, DC: National Academy Press, 1997. P.220–238.
8. *White S.* *Russia Goes Dry: Alcohol, State and Society*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996. 251 p.
9. Пашин В. П., Богданов С. В., Богданова Ю. С. Антиалкогольная кампания 1985–1987 гг. в СССР: По советским архивным документам и рассекреченным материалам ЦРУ // *Вестник архивиста*. 2011. № 4. С. 182–194.
10. *Treml V. G.* Problems with Soviet Statistics: Past and Present // *Defense convention, economics reforms and the outlook for the Russian and Ukrainian economies* / eds C. J. Wolf, H. S. Rowen. New York: St. Martin's Press, 1994. P. 19–37.
11. Милле Ф., Школьников В. М., Эртриш В., Валлен Ж. Современные тенденции смертности по причинам смерти в России 1965–1994. Paris: INED, 1996. 140 с.
12. Huge variation in Russian mortality rates 1984–94: artifact, alcohol, or what? / Leon D., Chenet L., Shkolnikov V., Zakharov S., Shapiro J., Rakhmanova G., Vassin S., McKee M. // *Lancet*. 1997. Vol. 350. P. 383–388.
13. Немцов А. В. Как оценить скрытые потери от алкогольно-зависимой смертности? // *Демоскоп*. 2006. № 263–264. 30 октября — 12 ноября. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2006/0263/tema04.php> (дата обращения: 07.06.2015).
14. Андреев Е. М. Существует такой фактор — сволочизм жизни // *Химия и жизнь*. 1995. № 1. С. 51–56.
15. Немцов А. В., Школьников В. М. Потери в связи с алкогольной смертностью в России в 1980–1990-х годах // *Новости науки и техники*. Сер. Мед. Вып. Алкогольная болезнь / ВИНИТИ. 1999. № 5. С. 1–15.
16. *Wilkinson R.* *Unhealthy Societies: the Affliction of Inequality*. London: Routledge, 1996. 272 p.
17. *Kawachi I., Kennedy B. P., Lochner K., Prothrow-Stith D.* Social capital, income inequality, and mortality // *American Journal of Public Health*. 1997. N 87. P. 1491–1498.
18. *Niehues J.* Subjektive Ungleichheitswahrnehmung und Umverteilungspräferenzen — Ein internationaler Vergleich // *IW-Trends*. 2014. N 41. S. 75–91.
19. *Watson P.* Explaining rising mortality among men in Eastern Europe // *Social Science and Medicine*. 1995. № 41. P. 923–934.
20. *Watson P.* Stress and social change in Poland // *Health & Place*. 2006. N 12. P. 372–382.
21. *Tarkowska E., Tarkowski J.* Social disintegration in Poland: civil society or amoral familism? // *Telos*. 1991. N 89. P. 103–109.



## References

1. Walberg P., McKee M., Shkolnikov V., Chenet L., Leon D. A. Economic change, crime, and mortality crisis in Russia: regional analysis. *British Medical Journal*, 1998, no. 317, pp. 312–318.
2. Bhattacharya J., Gathmann C., Miller G. The Gorbachev anti-alcohol campaign and Russia's mortality crisis. *American Economic Journal: Applied Economics*, 2013, no. 5(2), pp. 232–260.
3. Kennedy B. P., Kawachi I., Brainerd E. The role of social capital in the Russian mortality crisis. *World Development*, 1998, no. 26, pp. 2029–2043.
4. Vishnevskii A. G., Shkol'nikov V. M. *Smertnost' v Rossii: glavnye gruppy riska i priorityety deistviia. Nauchnye doklady. Vyp. 19 [Mortality in Russia: main risk groups and priorities of action. Scientific reports. Issue 19]*. Moscow, Moskovskii Tsentr Karnegi Publ., 1997. 87 p. (In Russian)
5. Nemtsov A. V. *Alkogol'naia situatsiia v Rossii [Alcohol situation in Russia]*. Moscow, Assotsiatsiia obshchestvennogo zdorov'ia Publ., 1995. 134 p. (In Russian)
6. Shkolnikov V. M., Nemtsov A. The Anti-Alcohol Campaign and Variations in Russian Mortality. *Premature Death in the Newly Independent States*. Eds. J. L. Bobadila, C. A. Costello, F. Mitchell. Washington, DC, National Academy Press, 1997, pp. 239–261.
7. Trembl V. G. Soviet and Russian statistics on alcohol consumption and abuse. *Premature Death in the Newly Independent States*. Eds. J. L. Bobadila, C. A. Costello, F. Mitchell. Washington, DC, National Academy Press, 1997, pp. 220–238.
8. White S. *Russia Goes Dry: Alcohol, State and Society*. Cambridge, Cambridge University Press, 1996. 251 p.
9. Pashin V. P., Bogdanov S. V., Bogdanova Iu. S. Antialkogol'naia kampaniia 1985–1987 gg. v SSSR: Po sovetским arkhivnym dokumentam i rasssekrechennym materialam TsRU [Alcohol campaign 1985–1987 in USSR: secret archive documents and declassified materials of CIA]. *Vestnik arkhivista [Herald of an archivist]*, 2011, no. 4, pp. 182–194. (In Russian)
10. Trembl V. G. Problems with Soviet Statistics: Past and Present. *Defense convention, economics reforms and the outlook for the Russian and Ukrainian economies*. Eds. C. J. Wolf, H. S. Rowen. N.Y., St. Martin's Press, 1994, pp. 19–37.
11. Mille F., Shkol'nikov V. M., Ertrish V., Vallen Zh. *Sovremennye tendentsii smertnosti po prichinam smerti v Rossii. 1965–1994 [Modern trends in mortality by causes of death in Russia. 1965–1994]*. Paris, INED, 1996. 140 p. (In Russian)
12. Leon D., Chenet L., Shkolnikov V., Zakharov S., Shapiro J., Rakhmanova G., Vassin S., McKee M. Huge variation in Russian mortality rates 1984–94: artifact, alcohol, or what? *Lancet*, 1997, vol. 350, pp. 383–388.
13. Nemtsov A. V. [How to evaluate the hidden losses from alcohol-associated mortality?]. *Demoskop*, 2006, no. 263–264. 30 oktiabria — 12 noiabria. Available at: <http://demoscope.ru/weekly/2006/0263/tema04.php> (accessed: 07.06.2015). (In Russian)
14. Andreev E. M. Sushchestvuet takoi faktor — svolochizm zhizni [There is such a factor as a bad life]. *Khimiia i zhizn' [Chemistry and Life]*, 1995, no. 1, pp. 51–56. (In Russian)
15. Nemtsov A. V., Shkol'nikov V. M. Poteri v sviazi s algokol'noi smertnost'iu v Rossii v 1980–1990-kh godakh [Losses connected with alcohol mortality in Russia in 1980–1990]. *Novosti nauki i tekhniki. Ser. Med. Vyp. Alkogol'naia bolezn' [News of Science and Technique. Issue Alcohol illness]*, VINITI, 1999, no. 5, pp. 1–15. (In Russian)
16. Wilkinson R. *Unhealthy Societies: the Affliction of Inequality*. London, Routledge, 1996. 272 p.
17. Kawachi I., Kennedy B. P., Lochner K., Prothrow-Stith D. Social capital, income inequality, and mortality. *American Journal of Public Health*, 1997, no. 87, pp. 1491–1498.
18. Niehues J. Subjektive Ungleichheitswahrnehmung und Umverteilungspräferenzen — Ein internationaler Vergleich. *IW-Trends*, 2014, no. 41, SS. 75–91.
19. Watson P. Explaining rising mortality among men in Eastern Europe. *Social Science and Medicine*, 1995, no. 41, pp. 923–934.
20. Watson P. Stress and social change in Poland. *Health and Place*, 2006, no. 12, pp. 372–382.
21. Tarkowska E., Tarkowski J. Social disintegration in Poland: civil society or amoral familism? *Telos*, 1991, no. 89, pp. 103–109.

Статья поступила в редакцию 10 апреля 2015 г.

## Контактная информация

Дудина Виктория Ивановна — кандидат социологических наук, доцент; [viktoria\\_dudina@mail.ru](mailto:viktoria_dudina@mail.ru)  
Dudina Victoriya I. — Candidate of Sociology, Associate Professor; [viktoria\\_dudina@mail.ru](mailto:viktoria_dudina@mail.ru)