15
Г95

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

На правах рукописи

Гурвич Иосиф Наумович

СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ

Специальность 19.00.05 - социальная психология

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

доктора психологических наук

Санкт-Петербург
1998

Работа выполнена на кафедре социальной психологии факультета психологии Санкт-Петербургского Государственного университета

Официальные оппоненты:

Член-корреспондент Российской Академии Образования, доктор психологических наук, профессор **Л.А. Петровская**

Доктор медицинских наук, профессор **Б.Д. Лысков**

Доктор психологических наук, профессор **А.И. Захаров**

Ведущее учреждение — Государственная Академия физической культуры им. П.Ф. Лесгафта

Защита состоится «24» июня 1998г. в 13.00 час. на заседании Диссертационного совета Д 063.57.24 по защите диссертаций на соискание учёной степени доктора психологических наук в Санкт-Петербургском Государственном университете (199034, Санкт-Петербург, наб. Макарова, 6, факультет психологии).

С диссертацией можно ознакомиться в Научной библиотеке им. М.Горького при Санкт-Петербургском Государственном университете (Университетская набережная, д.7/9).

Автореферат разослан «15» мая 1998 г.

Учёный секретарь Диссертационного совета
кандидат психологических наук, доцент В.А. Чикер

ОИСХ
ГОС. НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА имени К. Д. Ушинского
98-15866

15
Г-95

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. Резкое ухудшение состояния здоровья населения стран бывшего СССР и в частности России, результирующее в выраженных процессах депопуляции, делает чрезвычайно высоко актуальным для сохранения здоровья и трудоспособности популяции идентификацию факторов и процессов, оказывающих столь сильное повреждающее воздействие. Состояние социальной психологии как науки позволяет локализовать значительную часть таких факторов и процессов в социально-психологической сфере социальной жизнедеятельности индивида, социальных групп и общества в целом.

Меры по сохранению и укреплению здоровья общества, проводившиеся в последние десятилетия существования бывшего СССР, оказались крайне неэффективными, что во-многом предопределило и нынешнюю реакцию населения на повреждающее воздействие патогенных агентов, ассоциированных с происходящими социально-историческими процессами.

В настоящее время в обществе сформировались обширные группы населения, требующие целенаправленной лечебной и консультативно-психологической помощи, построенной с учетом социально-психологических особенностей данных групп, без чего нельзя говорить о какой-либо ее эффективности. Сказанное делает социально-психологическую проблематику здоровья высоко актуальной для отечественной науки и практики оказания помощи высокоранимым социальным группам.

Степень научной разработанности проблемы. Социально-психологические аспекты здоровья, привлекавшие значительное внимание отечественных исследователей в конце XIX – начале XX веков, до 70-х годов нашего столетия практически выпадали из поля проблематики российской науки. С этого времени отдельные вопросы социальной психологии здоровья получают теоретическое освещение и некоторую эмпирическую разработку в работах отечественных авторов.

Это психологи Г.М.Андреева, В.В.Бойко, Ю.Н.Емельянов, Л.А.Китаев-Смык, Е.С.Кузьмин, Б.Ф.Ломов, А.Г.Маклаков, Т.А.Немчин, Л.А.Петровская, К.К.Платонов, Е.Д.Хомская; психиатры В.А.Абрамов, Ю.А.Александровский, В.М.Блейхер, Л.И.Вассерман, И.Я.Гурович, Н.М.Жариков, Д.Н.Исаев, В.Е.Каган, Б.Д.Карвасарский, О.В.Кербиков, В.В.Ковалёв, Д.Е.Мелехов, В.В.Нечипоренко, Ю.Л.Нуллер, Ю.И.Полищук, Б.С.Положий, Ю.Е.Рахальский, Л.Л.Рохлин, С.Б.Семичов, В.Я.Семке, П.И.Сидоров, Ф.И.Случевский, В.А.Ташлыков, Ю.Я.Тупицын, Б.С.Фролов, Л.К.Хохлов, В.М.Шумаков; философы и социологи В.П.Петленко, К.Н.Хабибуллин, В.А.Ядов; социологи-гигиенисты Е.Я.Белицкая, О.В.Гринина, Д.Н.Лоранский, А.В.Сахно, Г.И.Царегородцев.

Несмотря на глубокие теоретические идеи и крайне интересные эмпирические находки, эти работы остаются фрагментарными и изолированными от системы социально-психологического знания. В странах Запада послевоенный период характеризовался чрезвычайно интенсивной разработкой теоретических моделей и накоплением значительного объема данных конкретных исследований в области социальной психологии здоровья. Весь этот обширный материал остается крайне слабо освоенным отечественной наукой. Западные социально-психологические исследования здоровья, имевшие кросс-культуральную направленность, показали, что действие тех или иных социально-психологических факторов здоровья достаточно своеобразно в различном культуральном и общесоциальном контексте. Отсюда освоение материала западной социальной психологии здоровья не освобождает от необходимости накопления эмпирических данных и оценки на их основе релевантности теоретических моделей для российской популяции.

Цель и задачи диссертационного исследования. Основной целью диссертационной работы является идентификация социально-психологических явлений (структурный аспект) и процессов (динамический аспект), оказывающих существенное влияние на здоровье населения страны, и результирующих в связанном со здоровьем поведении, с их эмпирическим описанием и последующим теоретическим обобщением в рамках методологии социальной психологии.

Достижению этой цели было подчинено решение следующих задач.

1. Выделение и описание области социальной психологии здоровья на основе анализа ее современного состояния и связей со смежными областями психологической и медицинской наук.

2. Анализ теоретических моделей (теорий «среднего уровня») в области социальной психологии здоровья, описывающих различные социально-психологические процессы детерминации связанного со здоровьем и болезнью поведения индивидов и социальных групп.

3. Обобщение, с использованием формализованных и количественных методов, результатов отечественных исследований социально-психологических факторов детерминации связанного со здоровьем поведения.

5. Анализ результатов основных социально-психологических исследований здоровья, проведенных в странах Запада, с последующей сопоставительной оценкой отражаемых ими процессов и факторов, детерминирующих поведенческие аспекты здоровья населения, с процессами и факторами, действующими в российской популяции.

6. Интерпретация и обобщение результатов проведенных эмпирических исследований на основе релевантных теоретических социально-психологических моделей детерминации связанного со здоровьем поведения.

7. Экспликация теоретических оснований и описание подходов к реализации профилактических программ в сфере здоровья с демонстрацией принципов оценки их эффективности.

Объект и предмет диссертационного исследования. Объектом исследования выступает население бывшего СССР, причем наибольший массив собственных эмпирических данных относится к России

и г. Санкт-Петербургу. Предметом исследования являются процессы и феномены, представленные на социально-психологическом уровне жизнедеятельности индивидов, социальных групп и общества в целом, и детерминирующие состояние их психического и соматического здоровья.

Основные исследовательские методы. В цикле эмпирических исследований, представленных в диссертационной работе, использованы следующие методы сбора первичной информации: опросный, в его различных модификациях (анкета, анкета-интервью, полуструктурированное интервью, почтовый и телефонный опросы); медико-статистический, клинико-диагностический, психодиагностический, а также контент-анализ.

Для обработки полученной в исследованиях социально-психологической информации, наряду со стандартными статистическими техниками первичной обработки данных, использованы многомерные статистические методы вторичной обработки: корреляционный, множественный регрессионный, факторный, таксономический, дисперсионный, лог-линейный и дискриминантный анализ.

Приведенные методы применялись в рамках следующих основных конкретно-методологических подходов, как они формулируются в современной социальной психологии здоровья: а) клинико-эпидемиологического; б) социально-эпидемиологического; в) феноменологического.

Основные положения, выносимые на защиту.

1. Социальная психология здоровья сегодня представляет собой одну из самых обширных и разветвленных областей социальной психологии, обладающую высоко специализированным теоретическим аппаратом и накопившую значительный объем эмпирических данных.

2. Наиболее адекватным современному состоянию социальной психологии здоровья теоретико-методологическим подходом к анализу эмпирического материала является политеоретическая интерпретация.

3. Из основных теоретических ориентаций, существующих в современной социальной психологии здоровья, максимальное обоснование и подтверждение эмпирическим данным находит теория социального научения, а минимальное — психодинамически ориентированные теоретические модели.

4. В сфере социального поведения, связанного со здоровьем и болезнью, подход с позиций теории социального научения не предоставляет достаточных объяснительных возможностей, что требует его дополнения когнитивно-бихевиоральным подходом.

5. Медицинская модель болезни, высоко адекватная клинической парадигме здоровья, нередко искажает закономерности социальной этиологии основного объема существующей в обществе патологии; целям социально-психологического исследования более адекватна биопсихосоциальная модель болезни.

6. Концепт социального стресса, хотя и не может претендовать на статус обоснованной научной теории, демонстрирует высокую эвристическую ценность для исследований, выполненных в рамках биопсихосоциальной модели болезни.

7. Социально-психологический подход к здоровью по своему теоретическому содержанию и направленности эмпирических исследований наиболее полно соответствует саноцентрической парадигме современной медицины, приходящей на смену патоцентрической парадигме.

8. Эффективность превентивных действий в сфере общественного здоровья обусловлена релевантностью содержания и методов реализации профилактических программ культуральным особенностям целевых социальных групп.

Научная новизна и теоретическая значимость исследования. В диссертационной работе впервые в отечественной науке:

(а) определяется и концептуализируется теоретическая, исследовательская и прикладная область социальной психологии здоровья;

(б) описываются, систематизируются и критически анализируются имеющиеся в этой области теоретические модели; оценивается их релевантность социокультуральным особенностям российской популяции;

(в) разработаны конкретно-методологические основы и методический инструментарий социально-психологического исследования здоровья;

(г) проанализированы и реинтерпретированы в рамках релевантных теоретических моделей результаты отечественных исследований

отдельных социально-психологических проблем формирования здоровья населения;

(д) получены эмпирические данные относительно широкого круга проблем социальной психологии здоровья, ранее не изучавшихся отечественными исследователями;

(е) показаны, с применением сравнительного подхода, некоторые центральные социально-психологические процессы и факторы, определяющие состояние здоровья российского общества;

(ж) формулируются теоретические социально-психологические и прикладные социально-организационные основы разработки и реализации профилактических программ в сфере здоровья, демонстрируются принципы оценки их эффективности;

(з) обосновывается общетеоретическое значение социально-психологического подхода к здоровью для разработки ряда основополагающих проблем психологии, психиатрии и социологии.

Практическая значимость и апробация результатов работы.

1. Конкретные выводы представленного в диссертации цикла исследований были положены в основу разработанных профилактических программ для ряда промышленных предприятий (ПО «Невский завод», Дом моделей, Котласский целлюлозно-бумажный комбинат, рудник «Мурунтау»), городов и регионов России (Калуга, Котлас, Санкт-Петербург и Ленинградская область).

2. Материалы диссертационной работы докладывались на 5-и международных конференциях и симпозиумах: «Социальная психиатрия: фундаментальные и прикладные исследования» (1989г.), «Девиантное поведение и социальный контроль в посттоталитарном обществе» (1996г.), «Поиски исторической психологии», «Насилие в современном мире», «Человек и общество: тенденции социальных изменений» (1997г.), на российско-американском семинаре по проблемам девиантного поведения (1997г.); на республиканских конференциях, сессиях и совещаниях: «Автоматизированные системы реального времени для эргономических исследований» (Тарту, 1988), IV научной сессии НИИ психического здоровья Томского научного центра АМН СССР (1989г.), двух рабочих совещаниях ответственных исполнителей и соисполнителей комплексной темы ГКНТ СССР по обоснованию

новых клинико-организационных методов профилактики и терапии пограничных нервно-психических расстройств у работников промышленных предприятий и аграрно-промышленного комплекса (г. Калинин, 1987г.; г. Казань, 1988г.), были представлены на XII съезде психиатров России (1995г.), а также обсуждались на «круглых столах»: «Социальные ориентиры Ленинградской экономики» (1989г.), «Проблемы социального насилия» (Санкт-Петербург, 1993г.) и докладывались на психиатрической секции Санкт-Петербургского отделения Российского медицинского общества психиатров (1993г.), научно-практических конференциях: «Психология: итоги и перспективы» СПбГУ и «Окна без солнца: социальные проблемы в зеркале благотворительности» Комитета по социальным вопросам администрации Санкт-Петербурга (1996г.).

3. Представленные в работе исследовательские материалы составили обоснование методических рекомендаций по совершенствованию системы лечения больных пограничными нервно-психическими расстройствами в условиях крупного города (1992г.)

4. Данные диссертационного исследования использовались для проведения лекций и семинаров с научными и научно-педагогическими работниками научных и высших учебных заведений Санкт-Петербурга (Медицинская академия последипломного образования, Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, Петербургский университет путей сообщения, Институт социологии и Экономико-математический институт РАН, Государственный университет) и с работниками территориальных органов социального управления.

5. Материалы диссертационного исследования послужили основой лекционных курсов в системах вузовского и последипломного образования для врачей (Медицинская академия последипломного образования), психологов (Государственный университет) и социальных работников (Российская академия государственной службы), читаемых в течении 4-х лет.

6. Содержание диссертационной работы отражено в 15-и научно-публицистических работах, опубликованных в литературно-художественных и периодических петербургских и общероссийских изданиях, общим объёмом 3,2 п.л.

7. Диссертация в целом обсуждалась на заседании кафедры социальной психологии Санкт-Петербургского университета

Структура и объём диссертации. Структура диссертации определялась логикой изложения предмета диссертационного исследования. Диссертация состоит из 4-х глав, введения и заключения. В тексте содержится 5 таблиц. Объём основного текста работы — 316 стр. Список литературы включает в себя 599 наименований (195 на русск. яз., 404 на англ. яз.).

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

В первой *главе диссертации, — «Здоровье и болезнь: содержание социально-психологического подхода», — рассматриваются: биопсихосоциальная модель болезни, концепция позитивного здоровья, место социальной психологии в изучении болезни и здоровья, механизмы влияния социально-психологических факторов на здоровье.*

Рассмотрение *биопсихосоциальной модели болезни* предваряется характеристикой изменения паттернов болезней, нетрудоспособности и смертности в развитых странах мира. Ставшие превалентными виды патологии имеют своей важнейшей особенностью высокий удельный вес поведения индивида как фактора риска развития заболевания.

Влияние социокультурального окружения на такое изменение паттернов заболеваемости и смертности описывается моделью Д.Доджа и В. Мартина. Модель постулирует, что вариации в социокультуральном окружении индивида управляют природой и типом социальных структур и социальных организаций. Включённость в эти организации и структуры вызывает различный уровень стресса для разных членов общностей. Индивиды различаются также и по способности преодоления стресса. Неэффективное преодоление приводит к физиологическим состояниям, являющимся прекурсорами функциональных, а затем и структурных нарушений, с исходом в болезнь и смерть.

Согласно модели, все болезни можно расположить на континууме «острая-хроническая», где в левой части находятся острые инфек-

ционные болезни, для которых влияние социально-индуцированного стресса минимально, но максимально влияние инфекционного агента, а в правой — хронические болезни, для которых минимально влияние инфекционного агента, но максимально влияние стресса. Общества с низким уровнем контроля над инфекционными заболеваниями имеют и низкий уровень контроля над поведением в сфере здоровья. Модель эмпирически подтверждена для сердечно-сосудистых заболеваний, злокачественных новообразований и сахарного диабета.

Изменение паттернов патологии повлекло за собой смещение фокуса теоретического медицинского мышления от патоцентрической парадигмы к саноцентрической парадигме. Патоцентрическая парадигма основывается на биомедицинской модели болезни. Эта модель включает в себя следующие основные элементы: (1) теорию возбудителя; (2) традиционную эпидемиологическую теорию; (3) клеточную концепцию; (4) механистическую концепцию организма.

Саноцентрической парадигме, в историческом плане соответствующей холистической ориентации теоретического медицинского мышления, в наибольшей мере релевантна биопсихосоциальная модель болезни, в законченном виде представленная Г.Энгелем. Биопсихосоциальная модель основана на системной теории, и представляет упорядоченность всех природных феноменов в виде иерархического континуума, каждый из уровней которого являет собой организованное динамическое целое. Личность находится в центре этого континуума.

Биопсихосоциальная модель болезни интегрирует социальные, психологические и поведенческие параметры болезни, а в современном виде (И.Снидер) включает в себя также и «парадигму помощи». Модель является непосредственно приложимой к клинической и исследовательской практике.

Чрезвычайно близкое к современному понимание значения социально-психологических факторов в этиологии психических расстройств содержится в трудах выдающихся отечественных психиатров XIX в. – начала XX в.: П.П.Малиновского, И.П.Мержеевского, В.П.Бехтерева, М.Я.Дрознеса, В.П.Сербского, а несколько позже — Л.М.Розенштейна, Р.Я.Голант и В.Н.Мясищева. В целом же советскому периоду развития российской психиатрии, наряду с упрощенным со-

циологизированием, была присуща жёсткая ориентация на биомедицинскую модель болезни, что предопределило такое же выпадение социально-психологической проблематики и в подходах соматической медицины. Сегодня в отечественной медицине вновь наблюдается заметный рост интереса к социально-психологическим аспектам болезни и здоровья.

Существует два основных пути определения болезни: (а) как объективного органического поражения, оцениваемого по объективным же признакам; (б) в терминах осознания своего состояния пациентом. Оба подхода имеют свои недостатки и ограничения; холистическая ориентация тяготеет ко второму из них, рассматривая болезнь в её отношении к целостной личности, в контексте социальной жизнедеятельности, при необходимости адаптации к жизненным событиям и изменениям, в определённых фазах жизненного цикла.

Психологические факторы в этиологии и патогенезе соматических расстройств традиционно выступают предметом психосоматической медицины. В соответствии с ее основными представлениями формулируется четыре утверждения, описывающих атрибуты расстройства, которое можно считать психосоматическим. (1) «Психогенное утверждение» — этиология заболевания связана с психологическими происшествиями в прошлом или психологическими характеристиками пациента. (2) Утверждение «приципитант–аггравант» — течение болезни, независимо от ее этиологии, должно быть отмечено значительным влиянием психологических факторов. (3) «Утверждение о специфичности» — первичный симптом прямо связан с единичным специфическим психологическим фактором. (4) «Функциональное утверждение» — наиболее тяжелые и пролонгированные симптомы заболевания существуют в том психологическом контексте, в котором возникли.

В диссертации показывается, что ни одно из этих основных теоретических положений так и не получило прочного эмпирического обоснования, а т.н. психосоматические болезни не более связаны с психологическими факторами, чем практически любое другое заболевание. Поэтому сегодня правильнее говорить скорее о психосоматическом подходе, современному состоянию которого наиболее

отвечает основанная на теории поля К.Левина и системной теории концепция Р.Гринкера. В концепции операционализируется система «здоровье–болезнь», формирующаяся как результат развития личности в ходе её транзакций с социальным окружением. Система включает и сому, и психику, организована на уровнях от генетического до социокультурального, и охватывает все фазы жизненного цикла.

Далее в работе рассматривается *концепция позитивного здоровья*. Необходимость определения болезни и здоровья в корреспондирующих терминах заставляет многих авторов опираться здесь на модель адаптации. Показывается противоречивость в понимании адаптации, когда эта категория используется для характеристики как приспособительных, так и дисфункциональных поведенческих проявлений. Представление о стрессе как об общем адаптационном синдроме, выдвинутое Г.Селье, далеко отходит от общебиологического понимания адаптации.

Отсюда наиболее методологически корректным в понимании расстройства представляется эволюционный подход. В его рамках расстройство выступает как угрожающая существованию индивида дисфункция, т.е. неспособность некоторых психобиологических механизмов выполнять свои функции, рассматриваемые в эволюционном плане. Дисфункция должна восприниматься индивидом как угроза в конкретных условиях среды и согласно культуральным стандартам. Подход соответствует и генетическим, и интрапсихологическим, и бихевиоральным теоретическим представлениям о расстройстве, причём концепт расстройства становится объяснительным в понимании связанного со здоровьем поведения.

В отечественной литературе существует около 80-и определений здоровья и около 200-т определений болезни. Показывается, что в предметно-практическом плане для социально-психологического исследования здоровья достаточно его функциональное определение — как понятия, описывающего влияние болезни и нетрудоспособности на повседневное функционирование индивида в физическом, психическом и социальном аспектах.

Подход к здоровью как к состоянию, не сводящемуся к отсутствию болезни, получил название позитивной концепции

здоровья. Для социально-психологического анализа центральным здесь является аспект психического здоровья. Исторически первой концептуализацией позитивного психического здоровья является предложенная М.Ягодой (1958г.), и включавшая критерии, отражающие «Я»–концепцию индивида и его отношение к реальности. Эта концептуализация оказалась высоко ценностно «нагруженной», трудной для использования в исследованиях и не вполне подтверждаемой эмпирическими данными.

Современная операционализация психического здоровья разработана С.Каслом, и содержит четыре группы индикаторов: (1) отражающие выполнение индивидом требований социальной роли; (2) описывающие состояние субъективного благополучия; (3) показывающие мастерство, компетентность, личностный рост, самоактуализацию, преодоление жизненных трудностей и достижение ценностей–целей; (4) психиатрические симптомы, имеющие клиническое значение. Описываются также другие, не получившие столь широкого признания подходы к пониманию позитивного психического здоровья.

Подход социального соответствия постулирует вариабельность концепций и стандартов психического здоровья в зависимости от исторического времени, места, культуры и групповых ожиданий. Психическое здоровье индивида означает раскрытие способностей, переживание удовлетворенности и счастья, установление внутриличностного равновесия и функциональной адаптации.

Подход психически здорового научения базируется на принципах экспериментальной психологии. Критерием психического здоровья здесь выступает эффективное социальное функционирование личности. Основным мотивирующим развитие личности фактором является стремление к установлению адекватного «Я», реализуемое путем научения.

Подход социальной компетентности акцентирует значение социального контекста, которым определяется социальная семантика и психической болезни, и психического здоровья. Демонстрируется, что во всех рассмотренных подходах присутствуют следующие четыре присущие социально-психологическому уровню анализа аспекта: (1) культуральный, (2) социальный, (3) интеракционный, (4) социетальный.

Место социальной психологии в изучении болезни и здоровья определяется в диссертации на основе системного подхода, по уровню анализа — индивида и группы в социокультуральной системе. Рассматриваются связи социальной психологии здоровья с социальной гигиеной (медициной), медицинской социологией, эпидемиологией неинфекционных заболеваний, психологией и психиатрией общностей, бихевиоральной медициной, превентивной психологией и психиатрией.В целях выделения предмета собственно социальной психологии здоровья дается углубленная характеристика состояния теоретического и эмпирического знания, составляющего содержание названных научных направлений.

Социальная психология здоровья представляет собой центральную область психологии здоровья — научной и клинической специальности в современной психологии, уходящей своими корнями в психоанализ и психосоматическую медицину, характерной особенностью которой является использование теорий психического здоровья для понимания здоровья в целом. Т.о., содержанием предметной области социальной психологии здоровья выступает вся совокупность социально-психологических, т.е. первично происходящих из общения, феноменов (структурный аспект) и процессов (динамический аспект), охватывающих социально-психологический уровень социальной этиологии болезней и детерминации связанного со здоровьем и болезнью поведения индивида.

В определении *механизмов влияния социально-психологических факторов на здоровье* ведущее объяснительное значение принадлежит концепту стресса. При этом анализ с необходимостью включает в себя 5 групп переменных: (1) объективные социальные условия, приводящие к стрессу; (2) индивидуальное восприятие стресса; (3) индивидуальные реакции на стресс; (4) отдалённые исходы и последствия воспринятого стресса и реакций; (5) индивидуальные и ситуационные обуславливающие переменные, специфицирующие отношения между переменными первых четырех групп.

Рассматриваются два подхода к исследованию проблемы механизмов влияния, существующих в социальной психологии здоровья — клинический и эпидемиологический. Демонстрируется их комплемен-

тарность в рамках общей модели «стресс–ранимость». «Ранимость» в ней описывается факторами предиспозиции, т.е. длительно существующими поведенческими паттернами, детскими переживаниями, устойчивыми личностными и социальными характеристиками, влияющими на чувствительность индивида к болезни. «Стресс» же охватывает факторы преципитации, провоцирующие расстройство (акселераторы, триггеры). Описываются и анализируются в сравнительном плане три ведущие теоретические модели влияния социально-психологических факторов на здоровье.

(1) Модель альтернативных механизмов влияния Б. и Б.Доренвендов описывает следующие пять потенциально воздействующих механизмов: (а) виктимизация, (б) ранимость, (в) аддитивное воздействие «переживаний», (г) устойчивое сочетание ранимости и неблагоприятных внешних условий, (д) склонность.

(2) Интегративная модель А.Беккера предполагает, что возникновение и течение заболевания зависит от баланса между влиянием вредности и протективными факторами. В процессе информационного взаимодействия между личностью и ее непосредственным социальным окружением стрессогенные жизненные события либо ассимилируются, либо требуют аккомодации, заключающейся в изменении когнитивно-эмоциальных оценочных схем. Ранимость определяется как специфическая предрасположенность к возникновению патологических реакций, а социальные условия выступают триггерами декомпенсаций.

(3) Иерархическая модель Р.Кокрена исходит из реакций индивида, направленных на нейтрализацию переживаний стресса, и описывает иерархию механизмов преодоления. Это: (а) механизмы интрапсихической защиты, (б) протективные личностные переживания, (в) отношения с другими, (г) возникновение симптоматики, (д) осознание и легитимизация статуса больного с последующей госпитализацией, (е) уход от реальности — алкоголизм, наркомания, бродяжничество или психоз.

Эмпирическому социально-психологическому исследованию здоровья чаще присущ эпидемиологический тип анализа. Факторы предиспозиции и преципитации выступают здесь медиаторами или модераторами влияния ситуационных переменных на здоровье.

Медиаторы — это факторы, коррелирующие и со стрессом, и с реакцией, а модераторы не дают подобных корреляций, и выявляются лишь при сопоставлении субгрупп с высоким и низким уровнем фактора.

Основными опосредующими факторами признаются личностные черты и социальная поддержка. Эмпирические исследования значения отдельных личностных черт или их устойчивых констелляций не дали однозначных выводов о медиаторной/модераторной функции личности в отношении стресса к состоянию здоровья. Это объясняется возможностью операционализации конструкта личности в большом количестве категориальных систем, причем релевантных названному отношению компонентов соответствующих систем надежно выделить не удается. Более обнадеживающие результаты здесь дает использование динамических личностных характеристик — когнитивной оценки, локуса контроля и мотивации. Приводятся результаты эмпирических исследований значения поддержки, выполненные в рамках различных теоретических ориентаций, показывается противоречивость полученных в них выводов.

Обсуждается проблема специфичности патогенного воздействия стресса, являющаяся центральной в понимании механизмов влияния стресса на здоровье. В русле психоаналитической традиции воздействие стресса, вызывая тревогу и актуализируя интрапсихический конфликт — базисные компоненты невротического расстройства, всегда определяется как неспецифичное. Представление о неспецифичности лежит и в основе учения об общем адаптационном синдроме. Современные взгляды на значение главных медиаторных и модераторных переменных, — социальной поддержки, преодоления и воспринятого контроля, — характеризуются скорее признанием специфичности воздействия, когда природа и тяжесть расстройства рассматриваются как варьирующие в зависимости от особенностей требований окружения, типа эмоциональных реакций и процессов преодоления.

Рассмотрение социально-психологических факторов как прямой причины болезни является совершенно неоправданным упрощением. Чаще всего они выступают не более чем факторами риска, реализую-

98 - 15806

ГОС. НАУЧНАЯ
БИБЛИОТЕКА
имени
К. Д. Ушинского

щими свое влияние на здоровье через цепь генетических и «экстраиндивидуальных» (социальных и культуральных) факторов — медиаторов и модераторов.

Современные представления о влиянии социально-психологических факторов на здоровье можно обобщенно сформулировать в виде «модели баланса» между человеком и его окружением. Риск для здоровья подвержен взаимовлиянию факторов психосоциальной чувствительности и резистентности, которые взаимодействуют и на социальном, и на психологическом уровнях жизненного опыта индивида.

Содержание второй главы диссертации составляют «Конкретно-методологические проблемы социально-психологического исследования здоровья».

Центральной проблемой изучения здоровья в социальной психологии является обоснованность, или валидность выводов о влиянии, — прямом или опосредованном, — социально-психологических факторов на состояние здоровья индивидов и групп. «Угрозы» валидности вывода проистекают из трех основных источников: (1) от методов фиксации состояния здоровья, (2) от поведенческих характеристик респондентов, (3) от способа установления связи между социально-психологическими переменными и состоянием здоровья.

Психическое здоровье как зависимая переменная социально-психологического исследования состоит из трех основных параметров: (1) психических расстройств, (2) психопатического поведения, (3) психологического дистресса. Первые два параметра фиксируются посредством психиатрического диагноза. Рассматриваются: релевантность диагноза психиатрическому пониманию «случая»; использование диагноза в исследовательских целях; соответствие диагноза критериям надежности и валидности, применяемым в отношении психометрических шкал.

Диагноз является необходимым элементом таксономической классификации болезненных расстройств, без которой нет их научного исследования. Валидность и надежность психиатрического диагноза, как показывают данные анализируемых методических эмпирических

исследований, не ниже, чем у других используемых в психологии оценочных измерительных процедур. Описываются источники искажений, снижающих надежность диагноза.

Информация о диагнозе в исследованиях берется, как правило, из медицинской документации, и отражает долговременные эффекты воздействия стресса. Обсуждаются особенности и ограничения полученных на основе данных медицинской документации оценок психического здоровья отдельных социальных групп, показывается неизбежность занижения «истинного» уровня расстройств при таком подходе к оценке.

Состояния психологического дистресса могут фиксироваться непосредственно в популяции при помощи шкал симптомов. Применение подобных шкал обосновывается континуальной моделью психических расстройств, и дает значительно более точные оценки психического здоровья групп.

Континуальная модель расстройства, в отличие от таксономической, исходящей из принципов клинического диагноза, основана на предположении, что все виды нервно-психической патологии, — от легких невротических реакций до затяжных психотических состояний, — можно отобразить одномерным континуумом. Уже авторы континуальной модели Л.Тейлор и С.Чейв показали, что подобный континуум не обладает свойством непрерывности.

Отсюда опросники симптомов не позволяют делать клинико-диагностических выводов, не выявляют некоторых форм расстройств, допускают контаминацию нарушений психического и физического здоровья. К тому же их результаты подвержены культуральной вариации. Эти ограничения в интерпретации результатов, полученных при помощи подобных шкал симптомов, не являются препятствием для применения шкал в целях установления влияния социально-психологических факторов на здоровье.

Субъективное психологическое благополучие индивида, как показывают эмпирические данные, отражает соотношение негативного и позитивного аффекта, причем негативная аффективность может выступать и чертой, и состоянием личности, опосредуя субъективное восприятие стресса. Самооценка здоровья является является харак-

теристикой общего морального состояния индивида и удовлетворенности его своей жизнью, мало отражая объективные параметры здоровья.

Оценка психического здоровья возможна и по уровню внешней (поведенческой) социальной адаптации индивида. Соотношение её с нервно-психической (внутренней) адаптацией сегодня не прояснено. Для оценки социальной адаптации широко используются почтовые и телефонные опросы.

Несмотря на развитие стандартизованного диагностического инструментария, в социальной психологии здоровья не потерял своего значения феноменологический подход, в рамках которого изучается когнитивное личностное структурирование окружения, обуславливающее психологический комфорт и эффективное преодоление.

Для установления количественных отношений между социально-психологическими факторами и здоровьем используется три основных вида исследовательских планов: экспериментальный, кросс-секционный и лонгитудинальный. Классический лабораторный эксперимент мало применим в изучении проблематики социальной психологии здоровья, главным образом, по этическим причинам. Квази-экспериментальный план, основанный на использовании контрольных групп, имеет свои ограничения из-за трудностей подбора адекватных групп, вызванных действием фактора самоселекции. Обсуждаются преимущества и недостатки других видов квази-экспериментального плана.

План «экспериментальной симуляции» направлен на динамическое моделирование конкретного вида окружения для целевого поведения, и выявляет существенные компоненты интеракции индивида с группой, позволяющие прогнозировать будущее поведение. «Внутригрупповой план» предназначен для оценки эффективности психопрофилактических программ в производственных организациях, и заключается в сравнении состояний одной и той же группы в различные периоды времени. Подобные модификации квази-экспериментального плана лишь незначительно расширяют возможности его применения в социально-психологических исследованиях здоровья.

Основной исследовательской стратегией в социальной психологии здоровья остается кросс-секционный план, т.е. план, в котором

все данные об индивиде, включая жизненную историю, собираются одномоментно. Сущностной характеристикой кросс-секционного плана является корреляционная методология. Главным её недостатком, не устранённым и в современных модификациях, выступает невозможность генерирования выводов о направлении причинности.

Другим существенным недостатком корреляционной методологии является ретроспективный характер данных о социально-психологических факторах здоровья, что делает эти данные подверженными искажениям памяти. Обзор экспериментальных исследований проблемы позволяет утверждать, что воспоминания о значимых переживаниях в течение жизни остаются точными и через длительное время.

Корреляционная методология порождает проблемы линейности связей и низких корреляций. Предположение о линейности означает, что чем более высокий уровень стресса устанавливается в окружении, тем сильнее будет его повреждающее воздействие на здоровье. Это предположение эмпирически не подтверждается, поскольку большинство связей, полученных в исследованиях, только комбинируется с линейными, и чаще описывается дифференциальной линейной моделью, где для различных видов стрессоров имеется различный уровень тесноты связей.

Все рассмотренные проблемы корреляционной методологии концентрированно проявляются в проблеме низких корреляций между социально-психологическим факторами и индикаторами состояния здоровья. Социально-психологические факторы здоровья «предсказывают» не более 9%–10% вариации в здоровье. Существующие объяснения этого феномена сводятся к особенностям используемых техник корреляционного анализа, влиянию раннего жизненного опыта и биологических факторов, множественности сфер локализации социально-психологических источников стресса.

Обсуждается сформулированная в рамках корреляционной методологии проблема множественной причинности, порождающая «парадокс интегративного подхода», когда становится необходимым учесть столь много переменных, что все они не могут быть изучены в каком-либо одном исследовании.

Лонгитудинальный план повышает обоснованность причинного вывода, хотя и вызывает трудности в методически корректной реализации. Отбор признаков для изучения по лонгитудинальному плану может быть выполнен только на основе аккумуляции данных кросс-секционных исследований по конкретной проблеме в конкретной популяции.

Исходя из рассмотренных конкретно-методологических предпосылок был выполнен наш цикл социально-психологических исследований здоровья, результаты которых образуют эмпирическую основу диссертации (см.табл).

Предметом рассмотрения третьей главы диссертации является «Поведение, связанное со здоровьем и болезнью». Здесь описываются и критически анализируются основные теоретические модели данного вида социального поведения, излагаются теоретические и эмпирические данные о поведении, направленном на сохранение и укрепление здоровья, и о поведении при заболевании.

Поведение, связанное со здоровьем -- это любая активность личности, основанная на убеждении, что подобная активность служит целям здоровья, предупреждения болезни или выявления болезни на асимптоматической стадии течения. Поведение, связанное с болезнью, — это, соответственно, любая активность, приводящая личность к осознанию болезни, и направленная на определение своего здоровья, а так же на обнаружение пригодных для лечения средств.

Из теоретических моделей поведения, связанного со здоровьем и болезнью, исторически первой явилось модель убеждений о здоровье, предложенная И.Розенштоком и Дж.Киршем. Модель постулирует, что центральное значение для принятия личностью решения об обращении за превентивной медицинской помощью принадлежит мотивации, определяющей и восприятие соответствующей информации, и целенаправленные действия. Модель включает два основных класса переменных: (1) психологическое состояние готовности к определенным специфическим действиям и (2) степень, в которой личность убеждена в способности таких

Таблица

Характеристика исследований - эмпирической основы диссертации

№ п/п	Исследование	Выборка и проведение	Вторичная математико-статистическая обработка данных
1.	Калужское	Анкетный опрос населения г. Калуги по месту проживания. Трехступенчатая территориальная (типическая стратифицированная) выборка, 2409 чел., 1979-80гг.	Корреляционный анализ
2.	Коллектива объединения «Невский завод» (г. Санкт-Петербург)	Анкетный опрос и скрининговая процедура по гнездной выборке — двум цеховым врачебным участкам, 2322 чел. 1987 г.	Корреляционный анализ
3.	Коллектива Дома моделей (г.Санкт-Петербург)	Анкетный опрос на рабочих местах, сплошной, 383 чел, 1988 г.	Корреляционный, дисперсионный и лог-линейный анализ
4.	Ленинградское областное	Анкета-интервью в специальном приёмнике-распределителе, 208 чел. бездомных, 1989 г.	Корреляционный и дисперсионный анализ
5.	Контингента обратившихся в амбулаторно-поликлинические учреждения (г. Санкт-Петербург)	Полуструктурированное интервью с ожидающими приёма в 6-и амбулаторно-поликлинических учреждениях города, 699 чел., 1989г.	Корреляционный анализ
6.	Котласское	а. Анкетный опрос жителей г. Коряжма, территориальная выборка, 896 чел., 1989 г. б. Анкетный опрос занятых на Котласском целлюлозно-бумажном комбинате, 978 чел., 1989 г.	Корреляционный и дискриминантный анализ

Таблица (окончание)

Характеристика исследований - эмпирической основы диссертации

№ п/п	Исследование	Выборка и проведение	Вторичная математико-статистическая обработка данных
7.	Василеостровское (г.Санкт-Петербург)	а. Анкетный опрос жителей Василеостровского р-на города, трёхступенчатая смешанная территориальная выборка, 2338 чел., 1989 г. б. Статистическая разработка данных обо всех учтённых на территории р-на пациентах с пограничными нервно-психическими расстройствами, 1942 чел., 1989г.	Корреляционный, дискриминантный и таксономический анализ
8.	Контингента тяжёлых психически больных (г.Санкт-Петербург)	Статистическая разработка данных по 232 чел., пользованным в течении 1990г. на особо беспокойном отделении 3-ей городской психиатрической больницы	Корреляционный и дисперсионный анализ
9.	Зерафшанское	а. Анкетный опрос (по анамнестическому и медицинскому вопросникам) горнорабочих подземных профессий рудника «Мурунтау», 271 чел., 1990 г. б. Анкетный опрос (по индустриальному вопроснику); расширенная выборка с охватом других членов коллектива рудника, включая руководителей, 737 чел., 1990г.	Корреляционный и факторный анализ
10.	Эффективности метода «целебного зарока» (г.Санкт-Петербург)	а. Статистическая разработка данных об обратившихся за помощью в течении 3-х лет (1989-91гг.) пациентов-петербуржцев, 5836 чел. б. Почтовый и «лицом-к-лицу» опрос катамнестической группы, 850 чел., 1992 г.	Корреляционный и дискриминантный анализ
11.	Популяционное (г. Санкт-Петербург)	Телефонное стандартизованное интервью, двухстадийная смешанная территориальная выборка, 909 чел., 1996г.	Корреляционный и множественный регрессионный анализ

действий редуцировать угрозу здоровью. Параметры модели специфицируют характеристики готовности и убеждения, на которых такая готовность основана, а также вытекающие из этих характеристик альтернативные действия.

Биокультуральная модель Г.Фабреги предполагает три возможных пути манифестации болезни в поведении: (1) интерференцию с определённым типом поведения, (2) нарушение поведения личности в основных социальных ролях, (3) влияние на когнитивную сферу. Под воздействием этих переменных принимается решение об обращении за медицинской помощью, проходящее ряд стадий, и основанное на оценке личностью затрат и выгод от обращения.

Модель «параллельных реакций» Г.Левенталя описывает условия соблюдения людьми рекомендаций по сохранению и укреплению здоровья и исходит из пошаговой модели коммуникационного процесса. Модель построена на следующих четырёх базисных предположениях: (1) активность личности, (2) прохождение информации по двум параллельным путям — репрезентации угрозы болезни и эмоциональной реакции, (3) стадийность, (4) иерархичность переработки информации на конкретном и абстрактном уровнях. Модель включает в себя параметр жизненного цикла индивида.

Модель стадий самоинициируемых изменений в поведении Дж.Прохазки исходит из понимания аддиктивного поведения как поддерживаемого психологическим дистрессом. Самоинициируемые изменения в поведении проходят стадии: (1) действия, (2) размышления, (3) выполнения. В их основе, в зависимости от вида поведения, могут лежать различные интрапсихические процессы.

Теория социального научения находит своё приложение в исследованиях связанного со здоровьем поведения, прежде всего, в виде конструкта локуса контроля. Когнитивистская ориентация представлена теорией «разумного действия» М. Фишбейна. Согласно ей, непосредственными детерминантами поведения являются интенции. Убеждения не могут быть прямо использованы для предсказания и изменения интенций и поведения, но выступают объяснительными переменными, поскольку именно через них влияют на поведение все внешние детерминанты.

Показано, что все приведённые модели исходят из теории социальной мотивации К. Левина, используют в качестве объяснительных переменных аттитьюды или убеждения, и основаны на предположении о возможности получения соотношения затрат/выгод по каждому виду связанного со здоровьем поведения. Описание моделей сопровождается анализом эмпирических исследований, в той или иной мере демонстрирующих их эвристическую ценность. «Ключевые» элементы описанных моделей верифицировались и нашли подтверждение в результатах наших исследований, кроме подхода с позиций теории социального научения.

Все виды *поведения, направленного на сохранение и укрепление здоровья*, можно подразделить на превентивное и протективное поведение, объединенные их первичной превентивной (профилактической) ценностью для индивида. К ним примыкает медицинское, или технологическое поведение, имеющее вторичную превентивную ценность.

Устойчивые паттерны такого поведения имеют тенденцию быть частью особого жизненного стиля, характеризующегося способностью личности предвидеть проблемы и активно их преодолевать. Связанное со здоровьем поведение происходит, т.о., от общих жизненных паттернов, отражающих социальные ценности, психологическое благополучие и интегрированность личности в доминантной для данного общества культуре.

В нашем цикле исследований изучались четыре вида связанного со здоровьем поведения, имеющих первичную превентивную ценность для индивида, — снижение алкоголизации, отказ от курения, рациональное питание и рекреационная физическая активность. По каждому из этих видов поведения рассматриваются: проблемы формирование данного вида поведения в жизненном цикле; объяснительные модели, выдвинутые в рамках различных теоретических ориентаций; результаты эмпирических исследований, подтверждающие или опровергающие существующие объяснительные модели. Демонстрируется неблагоприятное воздействие переживаемого личностью дистресса на все виды связанного со здоровьем поведения.

Количественный анализ результатов 11-и отечественных исследований с последующим сравнением с собственными данными показывает генерализуемость делаемых в диссертации выводов для популяции бывшего СССР. Атрибуции, делаемые людьми в отношении факторов здоровья, зависят от субъективных репрезентаций этих факторов в сознании. Характер атрибуций отражает существующие «народные теории здоровья» и воспринятую угрозу здоровью из-за отдельных видов поведения «риска». Большинство представителей российского населения, если воспринимают свое здоровье как хорошее, не связывают его сохранение и укрепление со своим поведением, а рассматривают минимизацию угрозы здоровью только как функцию медицинской помощи.

Обсуждается проблема кластеризации видов связанного со здоровьем поведения. В эмпирических исследованиях не удается показать высокую совместную встречаемость всех них. В российском населении чаще прочих кластеризуются курение и алкоголизация, вдвое реже - отказ от курения с ограничением диеты и ограничение диеты с ограничением алкоголизации, причем безотносительно от воспринимаемой угрозы здоровью из-за этих видов поведения.

Далее рассматривается проблема спонтанной, т.е. не обусловленной терапевтическим вмешательством, редукции поведения «риска». Анализ результатов как западных, так и отечественных исследований демонстрирует наличие в населении высокой и устойчивой доли лиц, предпринимающих усилия и добивающихся эффекта в изменении связанного со здоровьем поведения без профессиональной помощи. На собственных данных показывается, что сложившееся мнение о трудности лечения, в частности, аддиктивных состояний, основано на данных клинических выборок, подверженных действию самоселекции, т.е. охватывающих людей, не способных помочь себе самим.

Показывается зависимость уровня связанного со здоровьем поведения от социально-структурных факторов. Половые роли воздействуют на связанное со здоровье поведение через культуральный контекст, формирующий социальные ожидания к поло-ролевому поведению.

Влияние семейной группы анализируется на основе экобихевиорального подхода, «фокусом» которого является проблема соотношения «прав» и «ответственности» за здоровье. Ответственность за здоровье принадлежит семье, что выражается в формировании соответствующего поведения у ребёнка, координации связанных с жизненным циклом семьи изменений с ходом исторического времени, адекватной реакции на изменения концепций здоровья, развитии у членов семьи позитивных видов связанного со здоровьем поведения, наилучшем использовании профессиональной помощи, обеспечении личностного роста и развития.

Влияние возраста и стадии жизненного цикла проявляется в снижении уровня поведения риска («выгорании») в поздних фазах жизни. Влияние места индивида в социально-стратификационной структуре общества реализуется на трёх уровнях: (1) интернализации связанных со здоровьем норм; (2) утилизации ресурсов, обусловленной включенностью в социальные сети; (3) мотивации здоровья. Все виды связанного со здоровья поведения обнаруживают отчётливый т.н. классовый градиент.

Из видов поведения, имеющих вторичную превентивную ценность для индивида, в нашем цикле исследований изучалось прохождение профилактических медицинских осмотров. Отношение к профилактическим осмотрам на поведенческом уровне выступает проявлением общего отношения к обращению за профессиональной помощью. Центральным звеном в изучении названного отношения является комплайенс, т.е. согласие с медицинскими советами и рекомендациями. В известном смысле всю профилактику можно определить как проблему комплайенса.

Формализованный анализ 8-и отечественных исследований показывает, что в российском населении превалирует позитивный аттитьюд к профилактическим осмотрам. Наши данные демонстрируют, что наибольший комплайенс ассоциирован с проблемами соматического здоровья, несколько меньший — с проблемами нервно-психического здоровья, и минимальный — с личными и семейными проблемами.

Мотивация самостоятельного обращения за превентивной помощью формируется на основе субъективной репрезентации

факторов здоровья, а та, в свою очередь, на основе опыта переживания болезненной симптоматики и контактов с работниками здравоохранения. Вариация уровня комплайенса в больших социальных группах имеет как сходство, так и отличия, по сравнению с закономерностями, выявленными в западных исследованиях. Установленные отличия затрагивают отдельные возрастные и профессионально-статусные группы.

Поведение при заболевании характеризуется, прежде всего, тем «основным фактом», что большая часть медицинской помощи существует независимо от формализованной системы здравоохранения. Это самолечение, исторически включённое в целостную социокультуральную систему; популярная система помощи, соотносящаяся с помощью со стороны членов непосредственного социального окружения; народная система, представленная целителями (хилерами).

Предпочтение людьми формальной или неформальной помощи определяется аттитьюдами к здоровью, но испытывает влияние и ряда других факторов, интенсивно изучаемых в последние четыре десятилетия. Обращение за профессиональной медицинской помощью рассматривается как один из видов комплайенса, а отказ от обращения или его откладывание — как проявление т.н. контркомплайенса, часто имеющего вполне рациональные основы.

Прежде всего, терапевтические и превентивные режимы, рекомендуемые современной медициной, чрезвычайно сложны, но не способны ни предотвратить, ни вылечить большинство болезней, ни даже редуцировать тяжесть симптоматики. Кроме того, сложность и запутанность неясных по своей эффективности предписаний вызывает у людей, с одной стороны, обеспокоенность, а с другой стороны, нереалистичные надежды на медицину. Затем, к среднему возрасту у людей формируется собственный опыт болезней и лечения, согласно которому следование медицинским советам часто не давало эффекта из-за неправильного диагноза и лечения, различий в индивидуальной чувствительности к лекарствам. Часто при отказе от следования рекомендациям субъект выздоравливал или не заболевал. Наконец, из различных источников поступают многочисленные и противоречивые сведения о по-

бочных эффектах лекарственных препаратов, лечебных и профилактических режимов.

Связанное с болезнью поведение может иметь объяснения двух основных типов: (1) структурно-ситуационного, (2) культурального. Удаётся показать, что культуральное объяснение практически полностью исчерпывается социально-психологическим подходом, однако в эмпирическом плане этот подход неизбежно пересекается со структурно-ситуационным типом объяснений.

Социально-психологический подход к объяснению связанного с болезнью поведения основан на понимании болезни как формы девиантного поведения Т.Парсонса и исследованиях культуральных различий в восприятии и переживании болезненной симптоматики И.Зола. Современному состоянию знаний о поведении при заболевании соответствуют две теоретические модели: концепция роли больного Д.Механика и модель социальных сетей Е.Шухмана.

Концепция роли больного связывает обращение за медицинской помощью с переживаемым личностью дистрессом. Врач как социальная роль в наибольшей мере соответствует удовлетворению потребностей людей, испытывающих стресс или трудности в интерперсональных отношениях, что было показано автором концепции на материалах исследования студентов. Поведение в роли больного является продуктом социальных и культуральных условий, но одновременно и частью репертуара реакций преодоления.

Модель социальных сетей исходно описывает социально-стратификационные различия в обращении за медицинской помощью, объясняемые отсутствием сходства экспектаций и субкультуральных ориентаций между пациентами и профессионалами-медиками. В современной формулировке модели субкультуральные ориентации проявляют своё воздействие в зависимости от природы внутригрупповых связей. Обе модели находят своё подтверждение в результатах западных эмпирических исследований.

Далее рассматриваются выявленные в цикле собственных исследований факторы первичного обращения к популярной и народной системам помощи в сравнении с данными отечественных и

западных авторов, характеристики обращения за профессиональной медицинской помощью. В целом, отказ от обращения за медицинской помощью обусловлен в российском населении факторами ролевого давления, негативными характеристиками межличностных отношений с персоналом лечебных учреждений и неуверенностью в должном профессиональном уровне оказываемой помощи.

Популярная система помощи функционирует в виде «консультаций непрофессионалов». Путем консультаций у членов своей социальной сети люди пытаются редуцировать чувство неопределенности, являющееся одной из ранних психологических реакций на первые признаки заболевания.

Большая сложность медицины и недоступность многих ее научных положений для широкой публики делает область здоровья весьма чувствительной к социальным дефинициям. С позиции теории социального сравнения можно заключить, что эти дефиниции образуются путем сравнения, делаемого как в невербальной, так и в вербальной форме на всех стадиях болезненного процесса.

Проведен формализованный анализ с реинтерпретацией в рамках биопсихосоциальной модели болезни результатов 6-и отечественных исследований психических расстройств у студентов, подтверждающий концепцию роли больного. В цикле собственных исследований показаны высокие объяснительные возможности данной концепции для определения причин инвалидизации пациентов с пограничными нервно-психическими расстройствами.

Описываются факторы, способствующие принятию роли больного в ситуации резких социальных изменений. Наши данные демонстрируют также существенные социальные и культуральные вариации для факторов раннего обращения за профессиональной помощью, однако в отношении других компонентов модели социальных сетей полученные результаты не поддаются однозначной интерпретации.

Откладывание обращения за медицинской помощью испытывает на себе влияние ролевого давления, социальных санкций и социальной поддержки, существенно варьирующих в основных социальных группах. Социально-статусная позиция в значительной мере определяет тенденцию к идентификации с ролью больного.

Приводятся обзорные данные о психологических эффектах фармакотерапии. Приписываемые лекарствам неблагоприятные побочные эффекты во-многом обусловлены особенностями ближайшего социального окружения, эмоциональным состоянием субъекта и межличностными отношениями с медицинским персоналом. Ряд социально неприемлемых фармакологических агентов могут являться дискриминативными стимулами, подкрепляющими исходы поведения. Некоторые психотропные и соматотропные препараты могут действовать как потенцирующие поведение переменные, либо растормаживать подавленное поведение.

Показана возможность концептуализации этих эффектов в терминах теории научения. Использование лекарств в целях самолечения зачастую выступает альтернативой обращению за медицинской помощью и эффективным способом преодоления стресса.

Демонстрируется связь эксцессивного использования не только психотропных, но и соматотропных средств с деморализацией российского населения как генерализованной реакцией на стресс социальных изменений. Соотношение применения психофармакотерапии и соматотропной терапии в лечении пациентов с различными социально-статусными позициями противоположно устанавливаемому в западных исследованиях.

В четвёртой главе диссертации излагаются и анализируются «Социально-психологические проблемы разработки и реализации профилактических программ».

Состояние профилактики в сфере здоровья в нашей стране определяется опорой на биомедицинскую модель болезни, что практически приводит к сужению содержания профилактических мер до предотвращения возникновения и распространения инфекционных заболеваний.

В области психического здоровья сегодня выделяются три основные превентивные стратегии: (1) первичная профилактика, направленная на укрепление психического здоровья и благополучия, уменьшение случаев возникновения психических расстройств в популяции; (2) вторичная профилактика, состоящая в раннем выявлении расстройств,

быстром и эффективном оказании помощи, направленная на «группы риска»; (3) третичная профилактика, охватывающая уже болеющих, и направленная на снижение уровня состояний дефекта в популяции.

Предметом практических действий в сфере социальной психологии здоровья является первичная и третичная профилактика. Для реализации названных превентивных стратегий используются следующие основные методы: обучения, консультирования и кризисного вмешательства, психотерапии и тренинга.

Сложившиеся представления об эффективности обучения обусловлены принятием биомедицинской модели болезни, где профессионал выполняет функции эксперта, но содержание обучения вытекает чаще из социальных ценностей, чем из эмпирически установленных фактов. Теоретической основой современных подходов к консультированию выступает теория жизненного кризиса Г.Каплана. Преобладающими ориентациями в консультировании являются психогигиеническая, бихевиоральная и организационная.

Школы психотерапии, в отличие от консультирования, прямо соотносятся с теориями личности. Тренинговые процедуры ориентированы на группу, тогда как терапевтические — на индивида, при общих теоретических основах этих методов. Приводятся сравнительные оценки эффективности всех рассмотренных методов.

Центральным для социальной психологии здоровья в её практических приложениях является конструкт общности, выступающий одной из концептуальных теоретических основ превентивного вмешательства. Другой такой основой служит клиническая модель развития личности. В рамках концепции позитивного психического здоровья цель превентивного вмешательства заключается в достижении высокой эффективности индивида внутри конкретной общности с её социальными нормами.

Превентивное вмешательство может программироваться и осуществляться на трёх уровнях: (1) индивида, (2) социальной организации, (3) общности в целом. На индивидуальном уровне модель развития реализуется в профилактических программах, ориентированных на различные стадии жизненного цикла, т.е. на детей, подростков, взрослых, пожилых и престарелых.

Альтернативой модели развития в какой-то мере выступает модель транзиций (психосоциальных переходов), основанная на результатах исследований стресса в детском и подростковом возрасте. Индивид в модели рассматривается как активный субъект разрешения адаптационных задач, а условия окружения выполняют функции ресурсов преодоления. Транзиция является ролевым процессом, сопровождающимся реорганизацией сетей социального взаимодействия и поддержки.

Обсуждается проблема приложимости полученных в рамках описанных моделей эмпирических данных к практике психотерапии и психокоррекции. В литературе присутствует и позиция недопустимости прямого приложения, и позиция прямого использования исследовательских выводов.

Анализируются схемы интеграции эмпирических социально-психологических данных в клиническую практику. Рассматриваются подходы к превентивному вмешательству, направленные на повышение социальной компетентности взрослых, редукцию поведения «риска», использование семейной и целевых групп, а также мониторинговые процедуры контроля здоровья в течении жизненного цикла.

Профилактический подход в индустриальных организациях прошёл в своём становлении ряд этапов: (1) индивидуального консультирования самостоятельно обратившихся работников; 2) массовых программ помощи больным алкоголизмом; (3) программ помощи занятым, объединивших клинически ориентированные и организационно ориентированные программы, с включением задач редукции поведения «риска»; (4) интеграции индустриальных профилактических программ с профилактическими программами в школах и общностях в целом.

Специально обсуждаются причины сопротивления, оказываемого в организациях реализации профилактических программ. Показывается, что в основе подобного сопротивления лежит стремление организаций к сохранению внутренней стабильности, поскольку её утрата подрывает способность организации к выживанию в условиях социальных изменений.

Описываются существующие подходы к оценке эффективности программ. Эта оценка всегда высока, если основывается на субъективных аттитьюдах участников, однако при использовании более строгих

критериев сегодня не удаётся показать влияния программ на производительность и здоровье работающих. Анализируется новый подход к оценке эффективности программ при помощи техники «клинических проб».

Ведущим элементом индустриальных профилактических программ являются программы управления стрессом. Специфицируются используемые в них в зависимости от социально-профессиональной позиции работника техники и процедуры, рассматриваются подходы обогащения труда и организационного развития. Демонстрируется значительная культуральная специфичность этих подходов к управлению стрессом.

При разработке профилактических программ на уровне общностей ориентация на формирование связанных со здоровьем убеждений, аттитьюдов и видов поведения сейчас является ведущей в западных обществах, по сравнению с ориентациями на использование сетей социальной поддержки и на повышение благосостояния членов общности. Отсюда программы профилактики, предназначенные для реализации в общностях, обычно представляют одну из следующих теоретических моделей.

(1) Модель «принятия—диффузии» постулирует, что для принятия профилактических рекомендаций существуют три критических параметра: (а) тяжесть случая, наступающего при непринятии рекомендации; (б) вероятность возникновения такого случая; (в) эффективность рекомендуемого поведения для предотвращения этого случая. Уровень принятия рекомендаций в общности можно повысить путём диффузии информации через существующие в общности социальные сети.

(2) Модель «коммуникации–поведенческих изменений» основывается на положении о том, что информационное сообщение может ассоциироваться с процессом социального научения только благодаря значению, приобретаемому им в конкретном культуральном контексте. Влияние кампаний в средствах массовой коммуникации на связанное со здоровьем поведение описывается в модели как двухфазный поток информации.

Отдельно анализируется модель убеждающего воздействия сообщений средств массовой коммуникации В.МакГуира, используемая для социально-психологического обеспечения эффективных кампаний в общностях. Модель исходит из широких историко-культу-

ральных представлений о значении информации для современной цивилизации, и описывает влияние сообщений в виде матрицы «коммуникации–убеждения».

(3)Модель «социального маркетинга» представляет собой концептуальную рамку, состоящую из следующих четырёх компонентов, или рыночных инструментов: (а) продукт; (б) выгода, или вознаграждение; (в) место, т.е. распределение продукта; (г) продвижение; и включает в себя, кроме того, две дополнительные переменные — «позицию» и «политику». Модель позволяет с большой полнотой учесть культуральные особенности и стадии жизненного цикла представителей целевой группы.

Изложение теоретического материала иллюстрируется примерами конкретных профилактических программ, получивших наибольший резонанс и методическую критику в литературе. Рассматриваются проблемы: социального управления программами; изменения целей и содержания программ в периоды экономических спадов; негативных эффектов продолжающейся реализации программ, не вытекающих из биомедицинской модели болезни.

На материалах эмпирических исследований, выполненных в США, показывается, что использование различных видов помощи подвержено историческому тренду. Уровень обращений при жизненном кризисе или дистрессе возрастает, увеличивается использование социальной поддержки и других неформальных видов помощи, консультация чаще рассматривается людьми как способ повышения своего личностного потенциала. Описываются причины зарождения и характеристики альтернативных видов помощи в общностях, констатируется их сравнительно высокая эффективность.

Далее анализируются основные профессиональные роли, — врача (промышленного врача, психиатра, врача общей практики, педиатра) и психолога, — применительно к реализации профилактических программ. Попытки расширения ролевых функций врача в школах, индустриальных организациях и общностях не привели к переориентации врачей на превентивные задачи. Это объясняется несоответствием теоретических социально-психологических моделей помощи реальному содержанию ролевых функций врача.

Включение психолога во врачебную практику повышает не только эффективность лечения пациентов с психологическими проблемами, но и удовлетворённость врачей своей деятельностью. На сравнительных эмпирических данных показывается крайне низкая включённость психологов в структуры консультативно-психологической помощи населению страны.

Завершает главу анализ эффективности конкретной программы третичной профилактики алкоголизма, построенной на методе «целебного зарока». Метод является типичными для альтернативной помощи, осуществляемой на профессиональной основе, имеет глубокие исторические корни и утилизирует широкий набор социально-психологических по своему содержанию техник вмешательства. Пример данного исследования наглядно характеризует социальную психологию здоровья как «науку об искусстве медицины».

В «Заключении» подводятся основные итоги диссертационного исследования, показываются перспективы использования представленных в нём материалов в научных и практических целях, формулируются выводы.

1.Разработанные в современной социальной психологии здоровья теоретические модели поведения, связанного со здоровьем и болезнью, обладают достаточной релевантностью социокультуральным особенностям российского населения, и могут быть использованы в отечественных исследованиях.

2. Субъективная репрезентация здоровья формируется на основе опыта переживания болезненной симптоматики и интеграции в культуральную среду. Сложившаяся в популяции бывшего СССР «культура здоровья» относительно однородна, и включает в себя, в основном, две ориентации «народной теории здоровья» — природной и социальной его обусловленности.

3. Поведение, направленное на сохранение и укрепление здоровья, формируется на основе сложившихся общественных представлений об угрозе здоровью, однако испытывает значительное влияние массовидных социально-психологических процессов. Существование «здорового стиля жизни» эмпирически не подтвержда-

ется, но некоторые виды поведения «риска» имеют тенденцию к спонтанной редукции в зависимости от предшествующей тяжести и действия неспецифических факторов. Стресс социальных изменений стимулирует большинство видов поведения «риска».

4. Связанное со здоровьем поведение имеет высокую полоролевую специфичность. Женщины более склонны к принятию роли больного в качестве стратегии преодоления и нуждаются в более индивидуализированной профессиональной помощи.

5. Связанное со здоровьем поведение подчиняется классовому градиенту — представители высших социальных страт лучше информированы о проблемах здоровья, в большей мере утилизируют оздоровительные практики, чаще обращаются за профессиональной помощью, в том числе, и при эмоциональных проблемах, по сравнению с представителями низкостатусных групп.

6. Представители высокостатусных групп придают больше значения межличностным отношениям с персоналом лечебных учреждений, проявляя аттитьюд к сохранению здоровья, тогда как представители низкостатусных групп легко принимают роль больного и стремятся получить связанные с ней выгоды. Руководители чаще используют в качестве стратегий преодоления некоторые виды поведения, оказывающие прямое повреждающее влияние на здоровье, а также уклоняются от профилактических осмотров и откладывают обращение к врачу при заболевании из-за своей высокой организационной включенности.

7. При заболевании люди больше полагаются на официальную медицину, причем склонны репрезентировать свои личностно-психологические проблемы как соматическое расстройство. Уровень информированности не влияет на характер обращения за помощью. Ориентация на «природную обусловленность здоровья» и «здоровый стиль жизни» приводит к отвержению симптоматики и откладыванию обращения.

8. При высоком уровне переживаемого стресса нарастает тенденция к обращению за профессиональной помощью, безотносительно к воспринимаемому состоянию здоровья, а также употребление психо- и соматотропных лекарственных препаратов в качестве альтернативной стратегии преодоления. Обращение за помощью и

прием лекарств испытывают на себе затормаживающее влияние «традиционалистского» аттитьюда, однако подобные социокультуральные воздействия существенны только при клинически легких болезненных состояниях.

9. Обращение за альтернативной помощью происходит не столько из-за веры населения в трансцедентальные возможности хилеров (хотя более склонны обращаться к ним шизоидные и паранойяльные личности), сколько из-за неудовлетворения государственными лечебными учреждениями эмоциональных потребностей пациентов, а также из-за относительно меньшей затратности для них альтернативной помощи. При высокой воспринимаемой угрозе жизни люди, как правило, первично обращаются в государственные лечебные учреждения.

10. Влияние средств массовой информации на поведение, связанное со здоровьем и болезнью, заключается в создании «климата мнений»; решения в этой сфере жизнедеятельности обычно принимаются под влиянием членов неформальной социальной сети, где циркулируют соответствующие мнения.

11. Изучение эффективности одного из методов альтернативной помощи, — «целебного зарока»,— в третичной профилактике алкоголизма продемонстрировало использование при его применении широкого ряда неспецифических техник и факторов достижения ремиссий: «терапевтического контракта», веры, повторности попыток, личностных особенностей больных, формирования «замещающей аддикции», социального давления. Основным же фактором эффективности метода явилась культуральная релевантность составляющей его терапевтической модальности. Ведущим психологическим механизмом формирования и упрочения ремиссий при использовании метода выступало когнитивное реструктурирование.

По теме диссертации автором опубликованы следующие научные работы общим объёмом 15,0 п. л.

1. Социально-психологический климат как гигиенический фактор производственной среды. //Социальное планирование в

промышленности и проблемы его эффективности. Л. Изд-во ЛГУ. 1978. сс.131–144 (в соавт. с Р.Н.Хавской). 0,9 п.л.

2. Социологические и социально-психологические аспекты качества медицинского обслуживания населения крупных городов.// Проблемы социального развития крупных городов. Л. Изд-во ЛГУ, 1982, сс.68–74. 0,5 п.л.
3. Социальная экология города. // Проблемы социального развития крупных городов. Л. Изд-во ЛГУ. 1982. сс. 74–80. 0,4 п.л.
4. Методическое обеспечение массовых психопрофилактических обследований, проводимых в целях диспансеризации.// Теория и практика диспансеризации в неврологии и психиатрии. Л. Изд. Лен. научно-исслед. психоневролог. ин-та им. В.М. Бехтерева. 1988. сс. 100–104. 0,3 п.л.
5. Массовые психопрофилактичаские исследования в промышленности (эпидемиологический подход).// Актуальные вопросы психиатрии: Материалы IV научной отчетной сессии НИИ психического здоровья ТНЦ АМН СССР. Вып.IV. Томск. Изд-во Томского ун-та. 1989. сс.32–34.0,1 п.л.
6. (Соотношение биомедицинской и социально-психологической моделей психических расстройств в программах третичной профилактики).// Социальная психиатрия: фундаментальные и прикладные исследования. Материалы симпозиума (Ленинград, 4–5окт. 1989г.). Л. Изд. Лен. научно-исслед. психоневролог. ин-та им. В.М. Бехтерева. 1990. сс. 98–102. 0,2 п.л.
7. Совершенствование системы лечения больных пограничными нервно-психическими расстройствами в условиях крупного города: Методические рекомендации. СПб. Психоневрологический ин-т им. В.М. Бехтерева. 1992. (в соавт. с Ю.Я.Тупицыным, А.Э.Львовским, Т.В. Алхазовой). 0,6 п.л.
8. Тест нервно-психической адаптации.// Вестник гипнологии и психотерапии. 1992. №3.сс. 46–53. 0,6 п.л.
9. Социально-эпидемиологическая оценка факторов нервно-психической дезадаптации работающих в условиях крупного промышленного предприятия.// Вестник гипнологии и психотерапии.1993. №1(4). сс. 40–48. 0,6 п.л.

10. Диагностика пограничных нервно-психических расстройств в социально-психиатрическом исследовании. // Диагностика и реабилитация в психиатрии. СПб. Изд. Психоневрологического ин-та им. В.М. Бехтерева. 1993. сс. 155–161. 0,5 п.л.
11. (Психическое здоровье населения и социальное насилие). Второй «круглый стол» по проблемам социального насилия. // Молодёжь: Цифры. Факты. Мнения. 1994. N 1, с.152. 0,1 п.л.
12. Нервно-психическое здоровье населения Санкт-Петербурга. // Петербург начала 90-х: безумный, холодный, жестокий... СПб. Благотворительный фонд «Ночлежка». 1994. сс. 49–53, 175–178 (на русск. и англ. яз.) 0,7 п.л.
13. Социологическое исследование общего и нервно-психического здоровья молодежи. // Социология молодежи. Кн. III. Гл. XI. М. Ин-т молодежи. 1995. сс. 3–29. 1,5 п.л.
14. «Дело генерала Петра Григоренко» и новое его эхо. // Независимый психиатрический журнал. 1995. N 2. сс. 67–72. 0,7 п.л.
15. Значение психопрофилактической помощи работающим на крупных промышленных предприятиях в условиях экономического спада. // Материалы XII съезда психиатров России (Москва, 1–4 ноября 1995 г.). М. Российское общество психиатров. 1995. с.55. (в соавт. с Ю.В.Шаламайко). 0,1 п.л.
16. Социально-психиатрический анализ проблем трансформации советского общества. // Девиантное поведение и социальный контроль в посттоталитарном обществе: Тезисы докладов международной конференции (Санкт-Петербург, 27–29 июня 1996г.). СПб. Ин-т социологии РАН. 1996. сс. 25–26. 0,1 п.л.
17. Клинико-статистическое исследование эффективности метода целебного зарока в комплексной терапии алкоголизма. Сообщение 1. Основные социальные и клинические характеристики изучаемого контингента больных. // Вестник психотерапии. 1995. N 2 (7). сс. 9–40. (в соавт. с Г.И. Григорьевым, на русск. и англ.яз.). 1,9 п.л.
18. Клинико-статистическое исследование эффективности метода целебного зарока в комплексной терапии алкоголизма. Сообщение 2. Кросс-секционный анализ. // Вестник психотерапии. 1996. N 3(8). сс. 9–36. (в соавт. с Г.И. Григорьевым). 1,3 п.л.

19. Клинико-статистическое исследование эффективности метода целебного зарока в комплексной терапии алкоголизма. Сообщение 3. Многомерный анализ и обсуждение. // Вестник психотерапии. N 4 (9). сс. 9–40 (в соавт. с Г.И. Григорьевым). 2,1 п.л.
20. Стресс социальных изменений. // Петербургская социология. 1997. N1. сс. 19–26. 0,4 п.л.
21. Историко-культуральная детерминация повреждающего воздействия стресса социальных изменений на население России. // Поиски исторической психологии: Сообщения и тезисы докладов Международной научной конференции (Санкт-Петербург, 21–22 мая 1997г.). СПб. Третья Россия. 1997. Часть вторая. сс. 116–119. 0,2 п.л.
22. Насилие в армии как фактор формирования девиантных паттернов поведения в современном российском обществе. // Насилие в современном мире: Международная конференция (Санкт-Петербург, 27–29 июня 1997 г.). СПб. Ин-т социологии РАН. 1997. сс. 48–50, 97–99. (на русск. и англ. яз.). 0,3 п.л.
23. Аддиктивное поведение населения петербургского региона: мета-анализ результатов шести независимых исследований. // Человек и общество: тенденции социальных изменений. Материалы международной научно-практической конференции (Санкт-Петербург, 24–26 сент. 1997г.). СПб – Минск – Ростов н/Д. 1997. Вып. 1. сс. 301–303. 0,1 п.л.
24. Социальный контроль алкоголизации. // Социальный контроль над девиантностью в современной России. СПб. Ин-т социологии РАН.1998. сс. 32–45. 0,8 п.л.