

Лекция №7

Социально- психологические исследования здоровья

Методологические подходы к предмету исследований ментального здоровья

Специфичность научной модели	Название научной модели	Предмет исследования
Узкая (неспецифическая для психологии позитивная прибавка)	Психическое здоровье	Норма психического функционирования
Традиционная (классическая позитивная психологическая прибавка)	Психическое здоровье + психологическое здоровье	Здоровая личность
Социально-психологическая	Психическое здоровье + психологическое здоровье+ физическое здоровье	Здоровьесберегающее поведение (здоровый образ жизни)
Метапсихологическая	Психическое здоровье + психологическое здоровье+ физическое здоровье+ нравственное здоровье	Здоровьесберегающая деятельность, осознанное освоение жизненного пути, жизненная саморегуляция

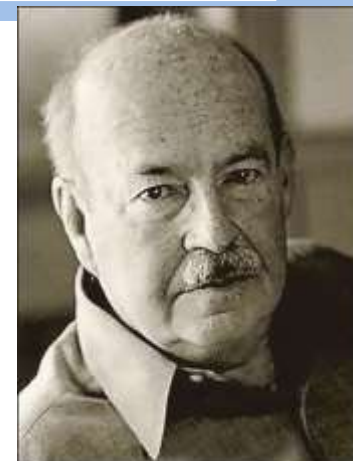
Основа социально-психологических исследований здоровья

Американский социолог Т. Парсонс – автор школы структурного функционализма, разработал концепцию «роль больного» в обществе»

Он рассматривал болезнь как вид отклоняющегося социального поведения, наряду с преступлением. Болезнь мешает членам общества выполнять свои обычные роли, отрицательно сказывается на общем функционировании общества. Другие члены общества, отвлеченные от своих обычных ролей необходимостью помогать больному, также не приносят должной пользы обществу.

В своей работе «Социальная система» Т. Парсонс утверждает, что «...слишком низкий общий уровень здоровья, слишком высокая склонность к заболеваниям нарушают функции общества: в первую очередь это происходит потому, что болезнь нарушает эффективное выполнение социальных ролей»

Все это вызвало огромный интерес общества в 40-50 гг XX века - здоровье человека не личная, а общественная проблема



Толкотт Парсонс
(англ. *Talcott Parsons*,
13 декабря 1902,
Колорадо-
Спрингс — 8 мая
1979, Мюнхен) —
американский
социолог-
теоретик, глава
школы
структурного
функционализма,
один из
создателей
современной
теоретической
социологии.

Два направления исследований



**Психология стресса:
исследования роли
психологических факторов
в этиологии заболеваний.**



**Психология социального
поведения: теория
аттитюдов как механизмов
социального поведения, в
том числе здорового образа
жизни.**

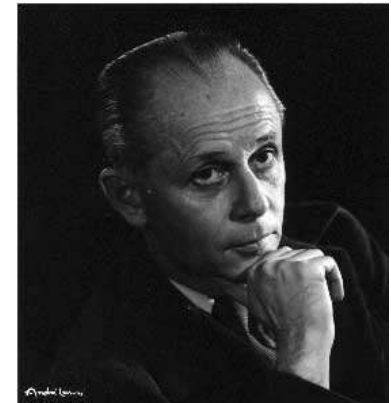


Психология стресса

- Концепции стресса Г. Селье, которая стала популярна в конце 1940-х и впервые описала паттерны телесных ответов при столкновении организма со стрессором
- «Транзактная модель стресса» Р. Лазаруса включает в себя представления о ведущей роли когнитивных процессов в реакции человека на стрессовые факторы, об индивидуальных стратегиях преодоления стресса, этиологической значимости эмоционального фона. *Реагирование на неблагоприятные факторы среды зависит от восприятия их личностью в качестве стрессовых.*

Концепция стресса Г. Селье

СТАДИИ СТРЕССА ПО Г. СЕЛЬЕ



Ганс Селье — канадский патолог и эндокринолог австро-венгерского происхождения.

Г. Селье впервые были описаны телесные паттерны стресса

Транзактная модель стресса

- Восприятие психотравмирующей ситуации необходимо рассматривать в субъективной иерархии значимых переживаний. Личность уязвима не ко всем, а к определенным факторам среды. Чем более значимым для личности являются события, тем более патогенной будет психическая травма.
- Согласно Р. Лазарусу, здоровье человека в гораздо большей степени зависит от повседневных мелких забот и неприятностей, чем значительных жизненных событий. Именно данные стимулы приводят к куммуляции отрицательных эмоций и являются причинами «хронического стресса». Небольшие приятные события в жизни лишь в незначительной степени ослабляют эффект досадных происшествий.



Ричард Лазарус (англ. *Richard S. Lazarus*; 3 марта 1922, Нью-Йорк — 24 ноября 2002, Уолнат-Крик) — американский психолог, специалист в области психологии личности и эмоций, психологического стресса, адаптации, психологического здоровья.

В классическом эксперименте Лазаруса

в качестве стрессора использовался документальный фильм о серии грубых ритуальных хирургических операций на мужских половых органах во время обряда инициации у одного из племен аборигенов Австралии.



Во время сцен, изображающих сами ритуальные операции, наблюдалось выраженное повышение активности автономной нервной системы, измеряемой на основе электропроводимости кожи (КГР), а также признаки поведенческого стресса.

Исходя из посылки о том, что стрессовая реакция зависит **от оценки воздействующей ситуации как угрожающей**, Лазарус предположил, что при изменении основания при оценке степени приносимого вреда можно устранить или уменьшить стрессовые реакции.

Для проверки этого предположения использовалось три различных звуковых сопровождения к одному и тому же документальному фильму, каждое из которых представляло свой способ интерпретации событий, заснятых на пленку.

- *Первое звуковое сопровождение носило травмирующий характер, так как оно подчеркивало вредные аспекты событий,*
- *второе носило отрицающий характер (где отрицался какой-либо вред изображаемого события — «отрицание»),*
- *третье - носило характер беспристрастного повествования («интеллектуализация»).*

Затем сравнивались степень угрозы и физиологические индикаторы стресса, порождаемого этим фильмом при немом варианте и при трех различных звуковых сопровождениях.

Выводы эксперимента Лазаруса

- Было обнаружено, что **травмирующее звуковое сопровождение** значительно **увеличивало проявление стрессовых реакций** по сравнению с демонстрацией немого фильма, в то время как остальные два сопровождения – **«отрицание»** и **«интеллектуализация»** - **значительно снижали интенсивность стрессовых реакций** по сравнению с демонстрацией немого фильма.

Контрольный эксперимент Лазаруса

- В качестве контрольного использовался фильм, показывающий серию несчастных случаев на лесопилке: пальцы одного из операторов калечатся пилой; пальцы другого отрезаются циркулярной пилой; стоящего рядом с циркулярной пилой человека убивает куском дерева, отлетающим от пилы в результате небрежности оператора, причем кусок дерева проходит через грудь жертвы. Это был фильм по технике безопасности, и два последних несчастных случая были представлены зрителю с помощью специальной комбинированной съемки.

Во время сцен, изображающих сами несчастные случаи, у большинства зрителей наблюдались три ясно выраженных момента повышения активности автономной нервной системы.



Для фильма были созданы два сопровождающих текста, построенных на принципах «отрицания» и «интеллектуализации». При отрицающем сопровождении подчеркивалась нереальность показанных событий, а во второй версии зрителя просили заметить, например, насколько ясно и убедительно мастер излагает рабочим правила техники безопасности. В контрольных условиях кратко сообщалось, что в фильме будут показаны некоторые несчастные случаи на лесопилке.

Точно так же, как и в предшествующем фильме, было обнаружено, что **тексты, способствующие защитной интерпретации, резко уменьшают стрессовые реакции на фильм, судя по частоте пульса и электропроводимости кожи. Все это позволяет Лазарусу делать вывод о том, что интеллектуальные процессы оценки лежат в основе возникновения стресса** (Лазарус, 1970).

Выводы Лазаруса

1. **Угроза** рассматривается как состояние ожидания субъектом вредного, нежелательного влияния внешних условий и стимулов определенного вида.
2. **Адаптация к среде определяется эмоциями.** Качество и интенсивность эмоции и результирующее поведение зависят от когнитивной оценки значимости реального или антиципирующего взаимодействия со средой, определяемой исходя из благополучия личности.

Для развития психологии здоровья: важно не что воздействует, а как оценивается!

Не можешь изменить жизнь- измени отношение к ней

Таким образом, по транзактной модели стресса...

Столкнувшись с некоторым событием, человек оценивает его с точки зрения угрозы и собственных возможностей справиться с трудностями.

Стресс является результатом этой оценки только в том случае, если ситуация расценивается как угрожающая, а собственные ресурсы — как недостаточные.

Переживание стресса актуализирует усилия по совладанию с ним — копинг-стратегии, которые могут быть более или менее адаптивными.

Теория аттитюдов

В социальной психологии под влиянием идей Лазаруса стали актуальны исследования **социальных аттитюдов и возможностей их коррекции.**

- Аттитюд- определенная диспозиция индивида, в соответствии с которой тенденции его мыслей, чувств и возможных действий организованы с учетом социального объекта



Функции аттитюдов

Функция	Комментарий
1. Приспособительная	Направляет субъекта к тем объектам, которые служат достижению цели.
2. Когнитивная	Дает упрощенные указания относительно способа поведения по отношению к конкретному объекту.
3. Регулятивная	Выступает как средство освобождения субъекта от внутреннего напряжения, выражение личности.
4. Защитная	Способствует разрешению внутренних конфликтов личности.

ПРИМЕР структуры аттитюда

17

«Я за снижение до 18 лет возрастного ценза на приобретение и распитие спиртных напитков»

□ Когнитивный компонент

- ❖ **Владельцы баров несут финансовый ущерб из-за того, что в этой стране не разрешено пить спиртное тем, кому еще нет 21 года**
- ❖ **Снижение возрастной планки распития спиртных напитков уменьшит потребление наркотиков**
- ❖ **Умеренное употребление алкоголя является приемлемым социальным поведением**

ПРИМЕР структуры аттитюда

«Я за снижение до 18 лет возрастного ценза на приобретение и распитие спиртных напитков»

□ Аффективный компонент

- Мне нравится выпивать в дружеской компании
- Меня злит то, что 18-летний юноша может быть призван на военную службу, но не имеет права выпить в компании приятелей

□ Поведенческий компонент

- Во время спора с друзьями я утверждал, что в возрасте 18 лет уже можно пить пиво и другие алкогольные напитки
- Я голосовал за проведение референдума по вопросу снижения возрастного ценза на употребление спиртного

Теории
стресса

Исследования
аттитюдов

**Исследование
здоровья как
социально-
психологическ
ой проблемы**

Методологический подход Парсонса: здоровье фактор успешного
развития общества

Пероспективные исследования здоровья

Пероспективное исследование (prospective study) - представляет собой лонгитюд, в котором группа людей (контингент) наблюдается в течение определенного времени. Вначале регистрируются возможные причинные факторы (например, различные особенности поведения возможные причинные факторы (например, влияющие на здоровье), и в конце оцениваются результаты (например, состояние здоровья).

Результаты проспективного исследования Бреслоу

В 1965 г. Breslow и Enstrom, спрашивали, респондентов ,выполняют ли они семь основных требований здорового образа жизни:

- ежедневный семи-восьмичасовой сон;
- регулярные завтраки;
- отказ от приема пищи между основными трапезами;
- постоянное поддержание нормального веса;
- отказ от курения;
- умеренное употребление алкоголя
- регулярная физическая активность).



В 1965 г. было обнаружено, что хорошее здоровье связано с правильным образом жизни.

Особенно важно, что те же респонденты, опрошенные через девять с половиной лет — если они постоянно выполняли все семь необходимых требований здорового образа жизни — продемонстрировали тенденцию к большей продолжительности жизни.

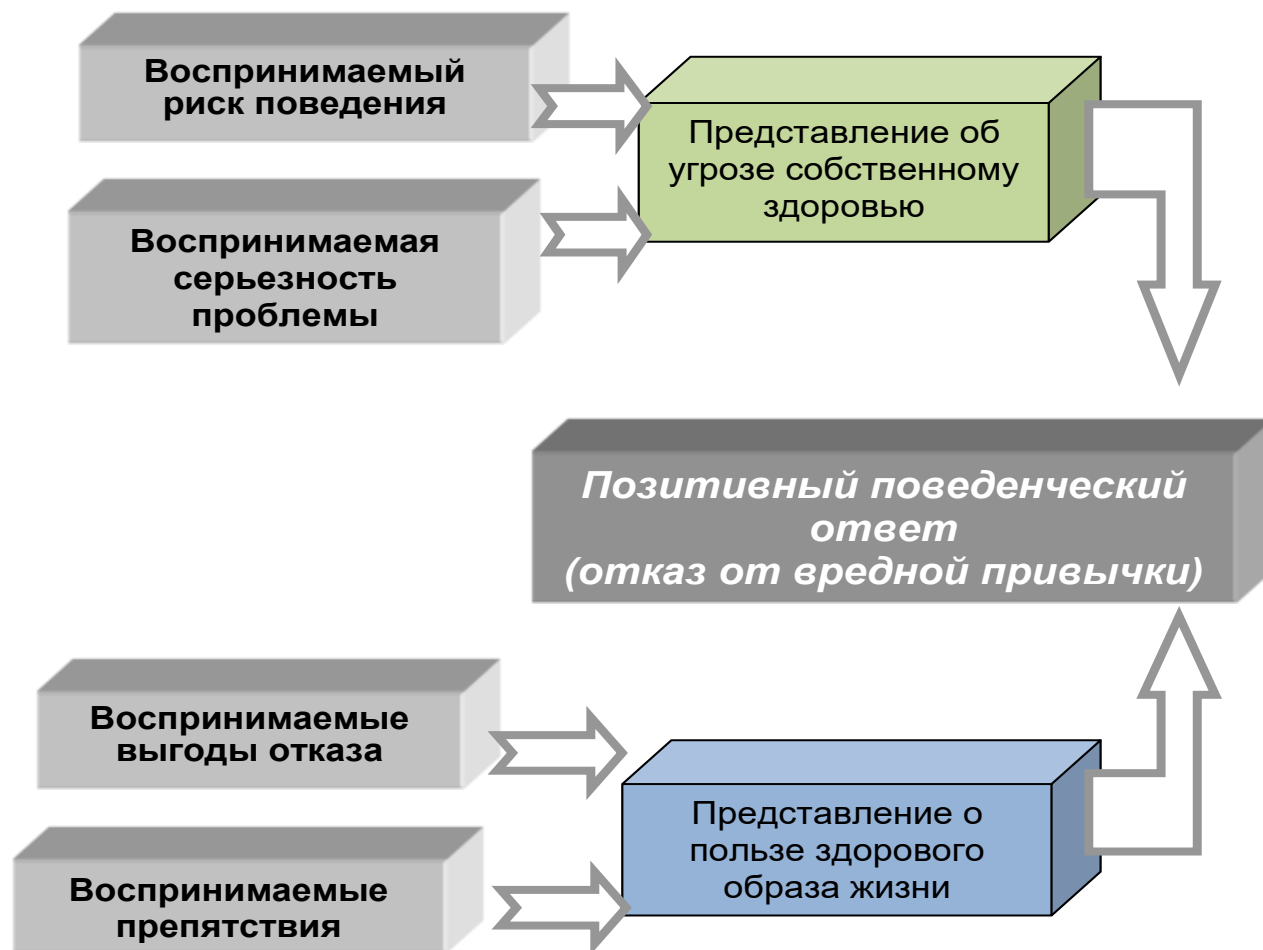
Уровень смертности у мужчин составлял только **28%** от уровня смертности тех, кто соблюдал только три и менее правил, а для женщин — **43%**. Последующие исследования подтвердили факт связи соблюдения указанных семи правил и долголетия респондентов

Модель представлений о здоровье (health belief model) А. Розенстока

Модель показывает, что поведение людей, влияющее на здоровье, определяется тем, как они воспринимают угрозу болезни или травмы, а также преимущества и недостатки предпринимаемых действий) была разработана социальными психологами, работавшими в системе здравоохранения США, для объяснения причин уклонения от профилактических акций: вакцинации или профилактических осмотров.

- В соответствии с моделью НВМ (**health belief model**) решение индивида предпринять шаги, имеющие отношение к состоянию собственного здоровья, определяют следующие четыре группы представлений:
 - *Воспринимаемый риск (уязвимость)*: субъективные представления о риске заболевания в отсутствие предохранительных мер.
 - *Воспринимаемая серьезность проблемы*: оценка физических и социальных последствий болезни (например, боль, нарушение семейной жизни).
 - *Воспринимаемые выгоды*: степень, в которой конкретная рекомендация расценивается как уменьшающая воспринимаемую степень угрозы здоровью и серьезность последствий заболевания.
 - *Воспринимаемые препятствия*: отрицательные последствия рекомендуемого поведения (например, побочные эффекты назначенных препаратов, болезненность медицинской процедуры, финансовые издержки, необходимое усилие).

Согласно модели процесс принятия решения, опирающийся на представления индивида о здоровье, запускается «стимулами к действию». Они могут быть внутренними (например, восприятие симптомов) или внешними (кампания, проводимая в СМИ).



Критика модели представлений о здоровье

Во-первых, она не содержит правил, уточняющих способы комбинирования всех четырех факторов.

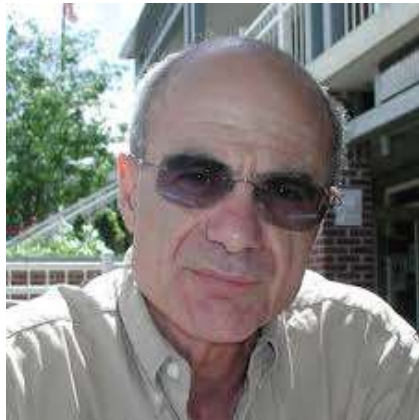
Почему мы должны страшиться болезни, пусть даже серьезной, если считаем риск приобрести ее равным нулю?

Во-вторых, в модели рассматриваются только представления, касающиеся здоровья. Эта тема слишком узка. Многие виды поведения пользуются популярностью по причинам, не имеющим отношения к здоровью.

Например, люди, регулярно занимающиеся физическими упражнениями, могут делать это ради общения или общего «повышения настроения».

Модель представлений о здоровье также не учитывает двух переменных, которые в последние двадцать лет стали рассматриваться в качестве основных детерминант поведения:

- ✓ Поведенческие намерения
- ✓ Самоэффективность



Исаак Айзен (1945 г.р.
Массачусетский университет)



Альберт Бандура (1925 г.р.,
Стенфордский университет)

❖ **Самоэффективность (self – efficacy)** – представления индивида о способности выполнять определенные действия, необходимые для достижения поставленной цели. Например, это может быть мнение о своей готовности бросить курить или сесть на диету.) (Bandura.1997). т.е. способность индивида, по его мнению, осуществить необходимое поведение.

❖ **Поведенческие намерения-** фактор, свидетельствующий о готовности индивида реализовать конкретное поведение. Поведенческое намерение основывается на отношении к поведению, субъективной норме и воспринимаемом поведенческом контроле; при этом каждый предиктор оценивается исходя из его значимости по отношению к поведению и исследуемому (Ajzen.1998).

Достоинства модели

1. В исторической перспективе она оказалась новаторской. От нее берут начало все другие когнитивные модели здоровьесберегающего поведения
2. Она уточнила когнитивные детерминанты поведения, связанного со здоровьем, кажущиеся приемлемыми как профессионалам, так и неспециалистам.
3. Зафиксированные в ней переменные значимо коррелируют с поведением, имеющим отношение к здоровью.
4. Модель является основой для планирования и проектирования больших профилактических кампаний, в том числе в СМИ.

Теория мотивации к защите (protection motivation theory)

Модель предполагает, что мотивация защитить себя от опасности положительно зависит от четырех видов оценочных представлений:

- серьезности угрозы;
 - личной уязвимости;
 - способности к адаптивному поведению
 - эффективности подобного ответа в плане уменьшения угрозы.
- ❖ Мотивацию к защите снижают два обстоятельства: большая ценность преимуществ к неадаптивного поведения;
 - ❖ «высокая стоимость» поведения, направленного на разрешение проблемы).

В модели защитной мотивации предполагается, что ведущим мотивом здоровьесберегающего поведения выступает **страх**.

Люди стремятся предпринять превентивные действия, чтобы защитить свое здоровье от угрозы в том случае, если верят,

- что некоторое явление опасно для них,
- что лично они уязвимы, но могут преодолеть угрозу за счет здорового поведения.
- Верят, что могут справиться с трудностями сами



Рост уровня угрозы увеличивает мотивацию защиты, но только в том случае, когда индивид верит в возможность защитного поведения для себя, а также в достаточность предпринимаемых мер для ослабления или полного устранения опасности (когда самоэффективность и эффективность ответа достаточно высоки).



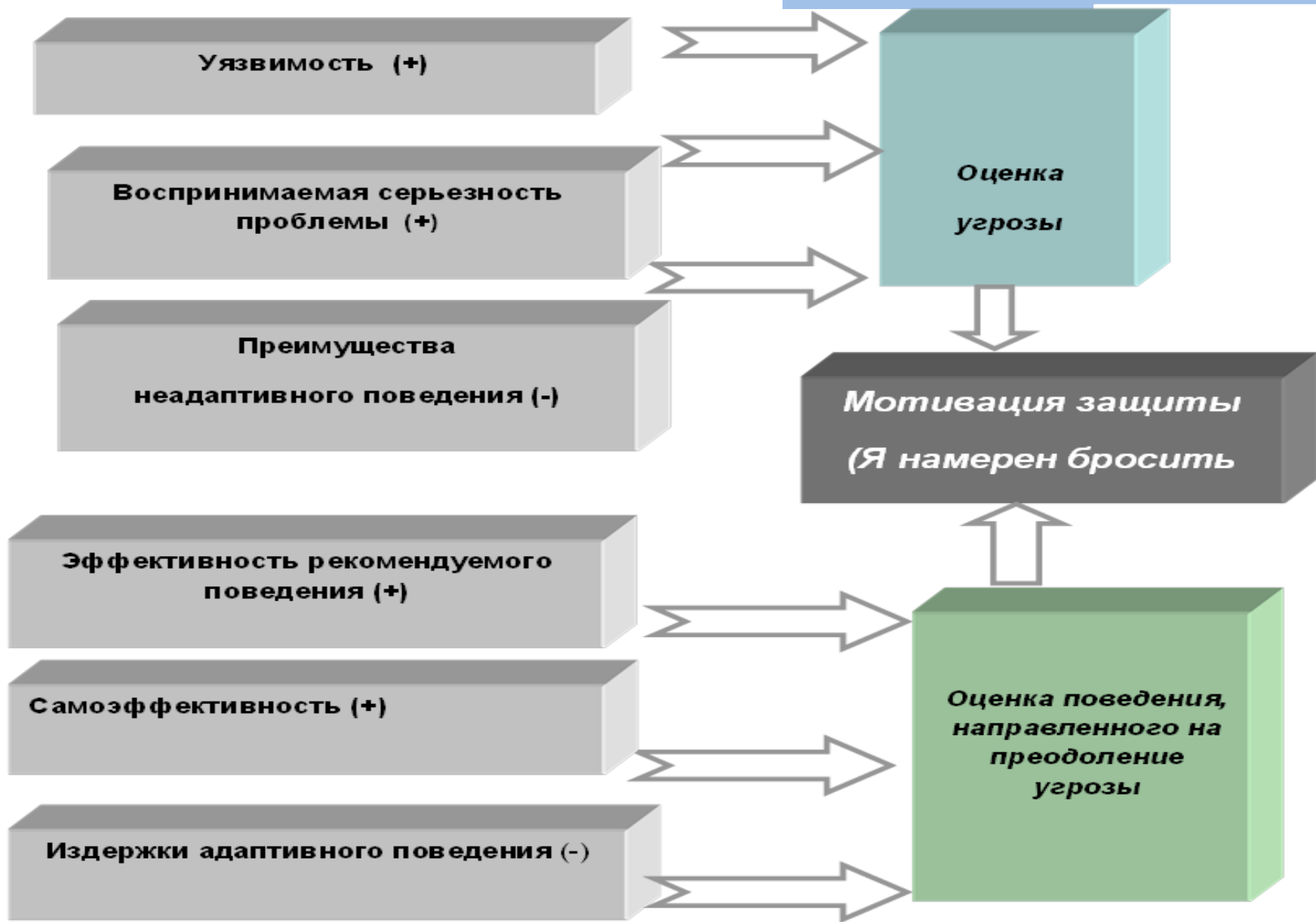
Если индивиды считают, что они неспособны к выполнению защитного действия, или что

- оно само по себе неэффективно, рост уровня угрозы не повысит мотивацию защиты.

Мотивацию защиты снижают два обстоятельства:

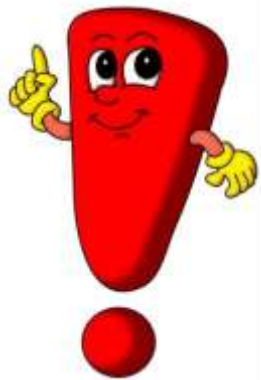
- большая ценность преимуществ неадаптивного поведения и
- «высокая стоимость» поведения, направленного на разрешение проблемы.

Модель представляет собой попытку математического описания отношения между основными компонентами модели представлений о здоровье и используется главным образом для оценки запугивающих сообщений (fear-arousing communications).



Как и модель представлений о здоровье теория мотивации защиты применяется в исследованиях широкого спектра различных видов активности, связанных с заботой о здоровье: физических упражнений (Fruin, Pratt, Owen, 1991; Wurtele, Maddux, 1987), самостоятельного поиска уплотнений в молочных железах (Rippetoe, Rogers, 1987), поведения, вызванного угрозой СПИДа (Van der Velde, Van der Pligt, 1991), и курения (Maddux, Rogers, 1983).

В отличие от модели представлений о здоровье, а также теории планируемого поведения, теория мотивации защиты хорошо подтверждается экспериментально. Как правило, самоэффективность надежно предсказывает поведенческие намерения, тогда как роль уровня воспринимаемой опасности бывает трудно оценить.



Справедливость теории мотивации защиты

подтверждают результаты мета-анализа данных почти трех десятков работ, в которых оценивались независимые выборки общей численностью 7 694 человека (Milne, Sheeran, Orbell, 2000).

Намерение субъекта оказывается наиболее надежным средством предсказания поведения; за ним следуют **самоэффективность** и другие переменные, относящиеся к оценке поведения, направленного на преодоление стресса.

Из переменных, связанных с оценкой воспринимаемой угрозы, уязвимость оказывается более прогностичной, чем степень опасности. (Salovey, Rothman, & Rodin, 1998).

Теория запланированного поведения



На настоящий момент теория запланированного поведения — одна из наиболее эмпирически подтвержденных на примерах самого разного поведения моделей.

Она основана на 2 допущениях:

Человек считает, что может достичь поставленных целей относительно легко, вероятность того, что он перейдет к действиям, выше — даже независимо от его желания достигать этих целей.

Если человек действительно может добиться поставленных целей, ему помогает вера в свои силы.

Структура модели

Установки — это отношение человека к поведению; оно является результатом субъективной оценки и может быть положительным или отрицательным

Субъективные нормы — представления человека о том, что, по мнению значимых окружающих людей, он должен делать

Воспринимаемый поведенческий контроль отражает, насколько легким или трудным видится человеку достижение цели

Намерение — желание осуществить поведенческий паттерн

Актуальный контроль - контроль выполнения паттерна поведения в действительности

Установки

(Занятия спортом 2
раза в неделю –хорошо)

Субъективные нормы

(Большинство важных
для меня людей
считают, что мне надо
заниматься спортом
минимум 2 раза в
неделю)

**Воспринимаемый
поведенческий
контроль**

(Мне легко будет с этим
справиться)



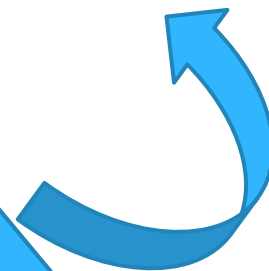
Намерение
(Я собираюсь
заниматься спортом
2 раза в неделю)



**Актуальный
контроль**
(У меня
(получается)



поведение



Критика всех моделей

(Е.И. Рассказова, Т.Ю.Иванова, 2015 ВШЭ)

1. Проблема иррациональности человеческого поведения
2. Проблема предпочтения предсказания объяснению.
3. Проблема недоучета временной/динамической составляющей поведения
4. Проблемы «бутылочного горлышка» и правил взаимодействия факторов в модели. Основное их предположение состоит в том, что большинство факторов (в первоначальных версиях — все) влияет на поведение через намерение.
5. Недоучет сложности мотивационной сферы

Перспективы

Поиск дополнительных предикторов поведения представляет собой, по сути, ответ на вопрос «Если не только намерение, то что еще?..»



Выявление модераторов, опосредствующих связь намерение — поведение в исследованиях (воля, тревожность, самооценка и т.д.).



Стадиальные модели изменения поведения, влияющего на здоровье (stage models of health behavior change)

Исходной точкой модели Вайнштейна (Weinstein), называемой моделью принятия мер предосторожности (precaution adoption process model) Стадиальная модель изменения поведения, влияющего на здоровье. Описывает этапы, которые должен пройти индивид, прежде чем начать о себе заботиться.

Вайнштейн выделяет 7 стадий изменения поведения.

На основании стадиальных моделей можно дать две основные рекомендации.

- ✓ **Одного убеждения индивидов сформировать намерение к изменению поведения часто оказывается недостаточно.**
- ✓ **Природа аргументов, содержащихся в убеждающем сообщении, должна соответствовать стадии изменений поведения, достигнутой индивидом.**

Модель принятия мер предосторожности

Проблема не осознается (*стадия 1*)



Проблема специально не рассматривается (*стадия 2*)



Обдумывание действий (<i>стадия 3</i>)	→	Решение ничего не делать (<i>стадия 4</i>)
---	---	--



Решение действовать (*стадия 5*)



Действие (*стадия 6*)



Стабилизация (*стадия 7*)

Первоначально была разработана как динамический вариант моделей представлений о здоровье) является индивид, совершенно не осознающий угрозы его здоровью (**стадия 1**).

Он оказывается на **стадии 2**, когда получает первоначальные сведения о возможной угрозе, но специально их еще не обдумывает.

Новые сведения могут убедить индивида в серьезности проблемы и уязвимости его собственного здоровья, после чего он может перейти на **стадию 3** (рассмотрение вариантов решений).

Данный этап работы завершает решение предпринять (или не предпринимать) какие – либо действия.

Если человек отказывается предпринимать что – либо, процесс заканчивается, по крайней мере в данное время. Этот итог фиксирует **стадия 4**.

Если же человек решает начать заботиться о здоровье (**стадия 5**), следующим шагом оказывается переход к первоначальному действию (**стадия 6**).

Стадия 7 представляет собой фазу «стабилизации». Только на этом этапе можно добиться изменений в стиле жизни (регулярные физические упражнения, отказ от курения); однако здесь не имеются в виду предосторожности, связанные с рентгеновскими или какими – либо другими медицинскими обследованиями.

Транстеоретическая модель Прогазки (transtheoretical model)

Стадийная модель, описывающая модель намеренного изменения поведения. Называется *транстеоретической*, поскольку обобщает конструкты, взятые из различных психотерапевтических теорий



Первоначально, на **стадии, предшествующей размышлениям**, у индивида отсутствует желание изменить какое – либо неадаптивное поведение (например, отказаться от курения сигарет) и он не считает его проблематичным.

Индивиды находятся на этой стадии, если на вопрос о том, намерены ли они изменить свое поведение в течение шести месяцев, отвечают «нет». Люди могут иметь свои причины сохранять вредные привычки (например, игнорировать их опасность или низко оценивать самоэффективность на основании постоянных неудач при прежних попытках).

Находящиеся на стадии, предшествующей размышлениям, образуют гетерогенную группу.

На **стадии размышлений** начинает происходить осознание того, что неадаптивное поведение оказывается проблемным. Люди отмечают, что намерены измениться (например, отказаться от курения) когда-нибудь в течение шести месяцев, но еще не чувствуют внутренней потребности к определенным действиям. Считается, что человек находится на этой стадии, если он обещает сделать что-либо в течение месяца и уже предпринимал одну подобную неудачную попытку в течение прошедшего года

О **стадии действия** можно говорить, когда результаты оказываются успешными минимум в течение одного дня и максимум в течение шести месяцев. Завершающая стадия — стадия стабилизации — наступает после того, когда индивид оказывается в состоянии вести себя по-новому в течение шести месяцев.

Завершающая стадия — стадия стабилизации — наступает после того, когда индивид оказывается в состоянии вести себя по-новому в течение шести месяцев.

Все в Ваших силах! Пробуйте !