

Возможности социально-психологических моделей для разработки профилактических программ (Часть 1)

Бовина И.Б., доктор психологических наук, доцент, профессор кафедры клинической и судебной психологии факультета юридической психологии факультета Московского городского психолого-педагогического университета (innabovina@yandex.ru)

В работе рассматривается проблема разработки профилактических программ в области здоровья и болезни. Отмечается, что прекращение курения в масштабах планеты снизило бы на 25% смертность от различных видов онкологических заболеваний, а также сохранило бы жизнь сотням тысяч людей, умирающих ежегодно от сердечных приступов. Снижение веса лишь на 10% за счет правильного питания и физических упражнений понизило бы заболеваемость сердечно-сосудистыми заболеваниями, а также некоторыми видами онкологических заболеваний.

На основе анализа литературы выделяются различные типы профилактики, отмечается важность профилактических мер, ориентированных на ближайшее окружение больного. Среди основных трудностей, связанных с разработкой эффективных профилактических программ, обсуждаются следующие: 1) игнорирование психологических механизмов изменения поведения; 2) нерелевантность приемов транслирования информации в профилактических кампаниях; 3) временной промежуток между проблемным поведением и его негативными последствиями для здоровья. Обсуждается потенциал моделей социального влияния для разработки профилактических программ в области здоровья и болезни.

Ключевые слова: профилактика, модели социального поведения, изменение поведения, здоровье.

Если бы население планеты перестало курить, то это снизило бы на 25% смертность от различных видов рака, спасло бы жизнь сотням тысяч людей, умирающих от сердечных приступов каждый год¹. Снижение веса всего на 10% с помощью правильного питания и физических упражнений снизило бы заболеваемость сердечно-сосудистыми заболеваниями, а также некоторыми видами онкологических заболеваний [13]. Всего лишь ведение активного образа жизни спасло бы жизнь людям, умирающим от некоторых видов рака, диабета и сердечно-

¹ 375 000 спасенных жизней приходилось бы на долю россиян, умирающих от различных форм рака, сердечно-сосудистых заболеваний, а также хронического бронхита.

© 2014 Московский городской психолого-педагогический университет

© 2014 Портал психологических изданий PsyJournals.ru

сосудистых заболеваний в 15% случаев. Даже эти примеры указывают на крайнюю важность и необходимость различных профилактических программ, которые помогли бы людям изменить поведение, а как следствие – сохранить здоровье и жизнь.

В психологии здоровья принято различать несколько типов профилактики [9]: **первый тип профилактики** (*первичная профилактика*) предназначен для здоровых людей. Основная цель профилактических мер заключается в том, чтобы помочь людям избежать болезни (регулярные обследования здоровья в рамках диспансеризации), не развивать *проблемного поведения* (не иметь вредных привычек), научиться справляться со стрессом.

Второй тип профилактики (*вторичная профилактика*) адресован тем, кто уже заболел какой-либо болезнью или имеет так называемое *проблемное поведение*. Здесь основное предназначение профилактических мер заключается в том, чтобы защитить этих людей от тяжелых последствий (будь то более тяжелые формы заболевания, в случае уже заболевших; или приобретение заболевания, в случае людей с вредными привычками).

Наконец, **третий тип профилактики** (*третичная профилактика*) ориентирован на тех, кто преодолел болезнь или улучшил свое состояние, и кто теперь нуждается в изменении стиля жизни, поведения, привычек в новой ситуации (например, требуется соблюдать диету и определенный режим дня, контролировать физические нагрузки и пр.).

Профилактические меры также могут касаться и семьи больного человека, его ближайшего окружения. В этом случае основной целью является построение отношений с больным человеком.

Очевидно, что все типы профилактики предполагают изменение поведения, а для этого требуется, чтобы профилактическая программа опиралась на те или иные социально-психологические модели.

Трудности, связанные с разработкой эффективных профилактических программ, определяются рядом причин. С одной стороны, не всегда в основе профилактической программы лежит какая-либо социально-психологическая модель, которая позволила бы предсказывать направление изменения поведения [8]. Кроме того, успех реализации профилактических программ в области здоровья определяется, в первую очередь, тем, насколько люди, которым адресована эта информация, понимают ее как релевантную, затрагивающую их лично, знают, как нужно действовать и готовы к этому поведению. Недифференцированное обращение «ко всем» может быть легко отвергнуто, оно не обладает высокой личностной релевантностью. Здесь можно размышлять примерно так: «Если это касается всех и каждого, значит, не меня, так как я – не все и не каждый». Наряду с этим, задача социальных психологов заключается в том, чтобы не драматизировать и не морализировать ситуацию вокруг болезни, как, например, в случае СПИДа, помочь преодолеть страх, указать на превентивные меры и убедить людей в их использовании. Сталкиваясь с пугающей информацией и отсутствием конкретных мер по реальному устранению источника опасности, индивид предпринимает наименее сложную стратегию действий – отрицание риска, защиту на

© 2014 Московский городской психолого-педагогический университет
© 2014 Портал психологических изданий PsyJournals.ru

символическом уровне. Есть основания говорить о том, что только информирование о болезни и способах ее распространения необходимо, но недостаточно, ибо только не остановит темпов распространения заболевания. Люди могут знать о способах распространения ВИЧ-инфекции, быть убежденными в необходимости использования презервативов, но при этом не использовать их. Понимание этого факта является ключевым для разработки превентивных и профилактических программ, ибо требуется, чтобы те, кому они адресованы, не были сторонними наблюдателями, но *участниками*. Как сделать так, чтобы индивид изменил свое поведение ?

С другой стороны, даже если профилактическая программа опирается на ту или иную социально-психологическую модель, то существует целый ряд факторов, которые препятствуют эффективному действию профилактических программ. Так, к примеру, индивид получает удовольствие от проблемного поведения (будь то курение, чрезмерное потребление алкоголя, невыполнение физических упражнений, чрезмерное потребление жиров и углеводов), он скептически относится к превентивным сообщениям, более того – в информационном поле существуют и конкурирующие сообщения, которые выглядят более привлекательными, чем превентивные [4]. Самое серьезное препятствие на пути реализации профилактической программы заключается в том, что проблемное поведение – будь то употребление алкоголя, табакокурение, опасные сексуальные практики и др. – и его негативные последствия разделены определенным промежутком времени, что серьезно затрудняет выстраивание причинно-следственных связей для индивида, зато дает ему возможность воспользоваться солидным арсеналом психологических средств, будь то нереалистичский оптимизм, способы снижения когнитивного диссонанса, и другие способы оправдания прежней линии поведения.

В настоящей работе предлагается анализ ряда исследований по проблемам здоровья и болезни, выполненных в рамках моделей социального влияния и теории социальной идентичности, в наших прежних работах эти модели не получили достаточного внимания [1, 2]. В первой части работы речь пойдет о социальном влиянии.

Модели социального влияния. Ф. Зимбардо и М. Ляйппе [4] рассматривают процесс социального влияния как такое поведение одного человека, которое направлено на то, чтобы изменить мысли, чувства и действия другого человека по отношению к некоторому стимулу. В качестве стимула они предлагают рассматривать любую социально значимую проблему. В нашем случае, соответственно, изменение касается того, что человек думает, чувствует или как он реагирует в связи с проблемами здоровья и болезни. По сути, в фокусе внимания оказываются процессы, посредством которых можно воздействовать на восприятия, мнения, представления, убеждения, аттитюды индивидов, чтобы заставить их действовать иначе.

Анализ литературы позволяет говорить о существовании ряда традиций изучения процессов социального влияния. С одной стороны, под социальным влиянием предлагают рассматривать как групповые процессы (влияние большинства и влияние меньшинства), также и убеждающая коммуникация. Именно такой взгляд излагается в работе Ф. Зимбардо и М. Ляйппе «Социальное влияние»

[4], где обсуждаются процессы группового влияния, а также процессы убеждения, ибо ключевая цель заключается в изменении мыслей, чувств и действий индивида.

С другой стороны – процессы социального влияния и убеждения рассматриваются как различающиеся [7]. И дело не только в разнице семантической, которая зачастую игнорируется, как отмечает Ж. Жезуино, даже представителями социальных наук, но в социально-психологических подходах к анализу явлений. Итак, исследования процессов убеждения направлены на анализ изменений аттитюдов, убеждений или поведения индивида в результате воздействия убеждающей коммуникации. Основные вопросы касаются процессов переработки информации, а также результатов воздействия (источник, сообщение и канал передачи информации изучаются отдельно). Социальный контекст остается здесь вне фокуса внимания исследователей. Этот подход основывается на работах К. Ховленда в рамках созданной им *школы убеждающей коммуникации* [3,4]. Современное продолжение этой традиции можно обнаружить в работах Р. Петти и Дж. Качиоппо [10], Ш. Чайкен [5,15]. Эта традиция получила свое преимущественное развитие в работах североамериканских исследователей.

В модели Р. Петти и Дж. Качиоппо предлагается различать два процесса убеждения – *центральный и периферийный* [3, 10]. В первом случае – индивид последовательно перерабатывает информацию, взвешивает «за» и «против» и приходит к выводу о том, что стоит (или – наоборот - не стоит) изменить свою позицию в предлагаемом направлении. Во втором – индивид не выполняет такой работы по переработке информации, изменение позиции связано с тем, что индивид принимает во внимание некоторые стимулы, находящиеся на периферии сообщения – к примеру – экспертность или привлекательность самого источника, привлекательность обстановки, в которой излагается информация. Полагаясь на эту информацию, индивид меняет свое решение в предлагаемом направлении, если валентность ключевых стимулов – позитивная; если же валентность этих стимулов – негативная, то индивид, соответственно – оставляет свое мнение без изменений.

Сходным образом в модели Ш. Чайкен [5, 15] различаются стратегии переработки информации (или – правила принятия решения): *систематический и эвристический*. Если систематический путь – взаимозаменяемое понятие с центральным способом переработки информации – в терминах Р. Петти и Дж. Качиоппо, то эвристический способ переработки информации отличается от того, что Р. Петти и Дж. Качиоппо обозначают как периферийный (хотя некоторые исследователи и отождествляют эти понятия). Сама же Ш. Чайкен говорит о том, что индивид прибегает к эвристическому способу переработки информации тогда, когда систематический способ обработки информации – не возможен (например, в силу отсутствия необходимых способностей, мотивации, времени). Тогда индивид использует имеющиеся у него эвристики для переработки информации – по аналогии с эвристиками *наличия и доступности* [15]. Эвристический способ переработки информации медируется простыми правилами – например – «длина сообщения отражает его силу».

В фокусе внимания исследований социального влияния также стоит вопрос о том, как изменить позицию и поведение индивида, однако, в противоположность исследованиям по убеждающей коммуникации, здесь субъект, на которого

оказывается воздействие, не отделен от социального контекста, он присутствует в нем в духе идей К. Левина [7]. Это направление представлено европейскими социальными психологами, эмигрировавшими в Штаты (среди которых – М. Шериф, С. Аш, К. Левин).

Не имея возможности предпринять детальный анализ различий теоретических конструктов, а также той социально-психологической реальности, которая стоит за ними, обратимся к некоторым исследованиям, которые, опираясь на теоретические положения моделей о социальном влиянии, предлагают изменять поведение, связанное со здоровьем и болезнью.

Важность использования идей социального влияния для решения проблем здоровья и болезни очевидна, ибо любая превентивная или профилактическая кампания направлена на изменение поведения индивидов в связи со здоровьем или болезнью. Предполагается, что любая программа такой направленности базируется на том или ином способе воздействия на индивида, с целью изменения того, что он думает, чувствует и как поступает. В дальнейшем было бы важно проанализировать, какие именно психологические конструкты подлежат влиянию – когнитивные, аффективные или поведенческие; каково то изменение, которое мы должны зафиксировать и в какие сроки. Очевидно, что в рамках различных социально-психологических моделей этот вопрос получает свое разрешение [1, 2], однако, некоторый сравнительный анализ профилактических программ, базирующихся на этих моделях еще только ожидает своего часа.

Любопытный пример действия процессов влияния находим в исследованиях Х. Фаломира с коллегами [6]. Курильщик знает о вреде курения и может даже назвать больше аргументов «против» курения, чем «за». Однако он продолжает курить. Это очень важный факт, ибо зачастую разработчики профилактических программ исходят из убеждения о том, что индивид, демонстрирующий проблемное поведение, ничего не знает об опасности своих действий или бездействии, информацию, которую он получит, поможет ему осознать проблему и изменить поведение.

С точки зрения Х. Фаломира, отсутствие «хороших» причин курить – это уже первый шаг в сторону изменения своего поведения и идентичности. Х. Фаломир предлагает различать внутреннее и внешнее принуждение к изменению, соответственно: отсутствие достаточных причин, чтобы курить, и статус источника влияния. Как показали экспериментальные исследования, внутреннее принуждение повышает интенцию курильщика к прекращению курения только в том случае, если источник внешнего принуждения - убеждающей коммуникации против курения - не является экспертом. В этом случае не-эксперт воспринимается как источник информации, а не влияния. Этот результат, с точки зрения Х. Фаломира, отчасти объясняет неудачи кампаний против табакокурения, ибо определенная часть курильщиков уже чувствует внутреннее принуждение к изменениям поведения, но, сталкиваясь с экспертным источником, воспринимает его как попытку оказать влияние, а не проинформировать о вреде, в результате – продолжает курить.

Другой пример того, как можно воздействовать на индивидов, изменяя определенные параметры процесса убеждающей коммуникации, можно найти в

.....

работах П. Саловея с коллегами. Они обратились к идее «рамочного эффекта», продемонстрированного А. Тверски и Д. Канеманом [14], суть которого заключается в том, что различные способы представления одних и тех же альтернатив ведут к различным решениям. Если одну и ту же информацию сформулировать в терминах выигрышей, то предпочтение отдается безопасным и более надежным решениям, а если - в терминах проигрышей, то предпочтение будет отдано более рискованным.

А. Ротман и П. Саловей [12], развивая эти идеи в области здоровья, предложили некоторое уточнение, а именно – за счет различения двух типов поведения. С одной стороны, имеет место превентивное поведение (например, использование солнцезащитного крема или выполнение физических упражнений), с другой стороны - поведение, связанное с оценкой состояния здоровья (например, маммография или обследование кожи). Если в первом случае - уровень риска невысок, то во втором случае - поведение потенциально связано с риском, ибо в результате исследования у человека может быть обнаружено опасное заболевание. Учет этой дихотомии показал следующие результаты [11, 12]: в первом случае более эффективна информация, сформулированная в терминах выигрыша, призывающая к реализации поведения, связанного со здоровьем, во втором случае – информация, которая сформулирована в терминах потерь, так как выполнение обследования может позволить человеку принять срочные меры для предотвращения болезни. Таким образом, использование различных формулировок одного и того же события заставляют индивида почувствовать свою уязвимость и предпринять действия, направленные на снижение риска привычных действий.

В целом, понимание механизмов социального влияния, а также процесса убеждения крайне важно в связи с попытками оказать воздействие на индивида, изменить его взгляды, установки и привычки в связи со здоровьем и болезнью. Различные модели социального влияния, в рамках которых предпринимаются попытки повлиять на индивида, опираются на ряд механизмов, однако понимание индивида как «решателя задач» вне социального контекста, вызывает сомнения в эффективности их использования для разработки профилактических программ в области здоровья и болезни. Едва ли индивид, который принимает решения в отношении здоровья и болезни, рационален, действует в ситуации, свободной от ценностей, от определенного социокультурного контекста. Ведь опасности и угрозы, с которыми он сталкивается, зачастую оказываются тесно связанными с тем, что привлекательно, приятно, желанно, касается ситуаций, в которых индивид может находиться в состоянии возбуждения (будь то вовлеченность в незащищенные сексуальные отношения с незнакомым партнером, табакокурение, употребление продуктов и веществ, вредных или даже опасных для здоровья и пр.). Таким образом, обращение к моделям социального влияния как способу воздействия на индивида, что, в итоге приведет к изменению поведения, связанного со здоровьем и болезнью, предполагает учет указанных выше факторов.

Литература

1. Бовина И.Б. Социальные представления о здоровье и болезни: структура, динамика, механизмы. - Дис. ... д-ра психол. наук. М., 2009. - 473 с.

-
2. *Бовина И.Б.* Социальная психология здоровья и болезни. - М.: Аспект пресс, 2008. - 263 с.
 3. *Богомолова Н.Н.* Социальная психология массовой коммуникации. - М., Аспект пресс, 2008. - 191 с.
 4. *Зимбардо Ф., Ляйпне М.* Социальное влияние. - СПб.: Питер, 2001. - 448 с.
 5. *Chaiken S., Stangor C.* Attitudes and attitude change//Annual Review of Psychology. 1987. Vol.38. P. 575-630.
 6. *Falomir-Pichastor J. M., Butera F., Mugny G.* Persuasive constraint and expert vs. non-expert influence in intention to quit smoking// European Journal of Social Psychology. 2002. Vol.32. P. 209-222.
 7. *Jesuino J.C.* Lost in translation: from influence to persuasion // Diogenes. 2008. Vol.55. P. 107-119.
 8. *Lamboy B., Saïas T.* Réduire la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques par une campagne de communication ? Une synthèse de la littérature// Annales Medico-psychologiques. 2013. Vol.171. P. 77-82.
 9. *Matarazzo J.D.* Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology// American Psychologist. 1980. Vol.35. P. 807-817.
 10. *Petty R. E., Cacioppo J. T.* The effects of involvement on responses to argument quantity and quality: central and peripheral routes to persuasion// Journal of Personality and Social Psychology. 1984. Vol.46. P. 69-81.
 11. *Rivers S., Salovey P., Pizarro D., Pizarro J., Schneider T.* Message framing and Pap test utilisation among women attending a community health clinic // Journal of Health Psychology. 2005. Vol.10. P. 65-77.
 12. *Rothman A.J., Salovey P.* Shaping perceptions to motivate healthy behavior: The role of message framing// Psychological Bulletin. 1997. Vol. 121. P. 3-19.
 13. *Taylor S.E.* Health psychology: the science and the field// American Psychologist. 1990. Vol.45. P. 40-50.
 14. *Tversky A., Kahneman D.* The framing of decisions and the psychology of choice// Science. 1981. Vol.211. P. 453-458.
 15. *Zuckerman A., Chaiken S.* A heuristic-systematic processing analysis of the effectiveness of product warning labels// Psychology and Marketing. 1998. Vol.15. P. 621-642.

The potential of socio-psychological models for the development of prevention programs (Part 1)

Bovina I.B., Dr. Sci. (Psychology), Associate Professor, Chair of Clinical and Legal Psychology, Department of Legal Psychology, Moscow State University of Psychology & Education (innabovina@yandex.ru)

This paper considers the problem of designing prevention programs in health and disease. We note that smoking cessation on the planet would reduce mortality from various types of cancer by 25%, and would also save the lives of hundreds of thousands of people who die each year from heart attacks. Losing weight by only 10% through proper nutrition and exercise would reduce the incidence of cardiovascular disease, as well as certain types of cancer.

Based on the literature review, we reveal the different types of prevention, show the importance of preventive measures aimed at the patient's immediate environment. Among the main difficulties associated with the development of effective prevention programs we discuss the following: 1) ignoring the psychological mechanisms of behavior change; 2) irrelevance of media broadcast methods in prevention campaigns; 3) the time between the problem behavior and its negative effects on health. We discuss the potential of social influence models for the development of prevention programs in the field of health and disease.

Keywords: prevention, social patterns of behavior, behavior change, health.

References

1. *Bovina I.B.* Social'nye predstavlenija o zdorov'e i bolezni: struktura, dinamika, mehanizmy. - Dis. ... d-ra psihol. nauk. M., 2009. - 473 p.
2. *Bovina I.B.* Social'naja psihologija zdorov'ja i bolezni. - M.: Aspekt press, 2008. - 263 p.
3. *Bogomolova N.N.* Social'naja psihologija massovoj kommunikacii. - M., Aspekt press, 2008. - 191 p.
4. *Zimbardo F., Ljajppe M.* Social'noe vlijanie. - SPb.: Piter, 2001. - 448 p.
5. *Chaiken S., Stangor C.* Attitudes and attitude change//Annual Review of Psychology. 1987. Vol.38. P. 575-630.

6. *Falomir-Pichastor J. M., Butera F., Mugny G.* Persuasive constraint and expert vs. non-expert influence in intention to quit smoking// *European Journal of Social Psychology.* 2002. Vol.32. P. 209-222.
7. *Jesuino J.C.* Lost in translation: from influence to persuasion // *Diogenes.* 2008. Vol.55. P. 107-119.
8. *Lambooy B., Saiias T.* Réduire la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques par une campagne de communication ? Une synthèse de la littérature// *Annales Medico-psychologiques.* 2013. Vol.171. P. 77-82.
9. *Matarazzo J.D.* Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology// *American Psychologist.* 1980. Vol.35. P. 807-817.
10. *Petty R. E., Cacioppo J. T.* The effects of involvement on responses to argument quantity and quality: central and peripheral routes to persuasion// *Journal of Personality and Social Psychology.* 1984. Vol.46. P. 69-81.
11. *Rivers S., Salovey P., Pizarro D., Pizarro J., Schneider T.* Message framing and Pap test utilisation among women attending a community health clinic // *Journal of Health Psychology.* 2005. Vol.10. P. 65-77.
12. *Rothman A.J., Salovey P.* Shaping perceptions to motivate healthy behavior: The role of message framing// *Psychological Bulletin.* 1997. Vol. 121. P. 3-19.
13. *Taylor S.E.* Health psychology: the science and the field// *American Psychologist.* 1990. Vol.45. P. 40-50.
14. *Tversky A., Kahneman D.* The framing of decisions and the psychology of choice// *Science.* 1981. Vol.211. P. 453-458.
15. *Zuckerman A., Chaiken S.* A heuristic-systematic processing analysis of the effectiveness of product warning labels// *Psychology and Marketing.* 1998. Vol.15. P. 621-642.