

Санкт-Петербургский
Государственный Университет

На правах рукописи

Гурвич Иосиф Наумович

Социальная психология здоровья

Диссертация
на соискание ученой степени
доктора психологических наук

Специальность - 19.00.05 - социальная психология



Санкт-Петербург

1997

Содержание

Введение	с.	3
Глава 1. Здоровье и болезнь: содержание социально- психологического подхода	с.	11
§ 1. Биопсихосоциальная модель болезни	с.	11
§ 2. Концепция позитивного здоровья	с.	29
§ 3. Место социальной психологии в изучении болезни и здоровья	с.	38
§ 4. Механизмы влияния социально-психологи- ческих факторов на здоровье	с.	45
Глава 2. Конкретно-методологические проблемы социально-психологического исследования здоровья	с.	61
Глава 3. Поведение, связанное со здоровьем и болезнью.....	с.	111
§ 1. Основные теоретические модели	с.	111
§ 2. Поведение, направленное на сохранение и укрепление здоровья	с.	132
§ 3. Поведение при заболевании	с.	176
Глава 4. Социально-психологические проблемы разработки и реализации профилактических программ.....	с.	239
Заключение	с.	317
Литература	с.	321

Введение

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.Кербилов, 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.Григина, 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 данной области науки. 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.

4. Накопление результатов собственных эмпирических социально-психологических исследований здоровья, главным образом, по разделам, не представленным ранее в отечественной науке, с их мета-анализом.

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 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, клинικο-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.

Приведённые методы применялись в рамках следующих основных конкретно-методологических подходов, как они формулируются в современной социальной психологии здоровья: а) клинικο-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 науче-

ния, а минимальное – психодинамически ориентированные теоретические модели.

4. В сфере социального поведения, связанного со здоровьем и болезнью, подход с позиций теории социального научения не представляет достаточных объяснительных возможностей, что требует 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 адекватен 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) демонстрируется 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.), "Девиянтное 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 клинко-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.).

Глава 1. Здоровье и болезнь: содержание социально-психологического подхода

§1. Биопсихосоциальная модель болезни

Вторая половина XX в. характеризуется изменением паттернов болезней, нетрудоспособности и смертности в большинстве развитых стран. Конечно, в течение доступного для изучения исторического периода менялись не столько сами болезни, сколько их распространенность (преваленс) и тяжесть. Паттерны болезней являются общецивилизационной характеристикой, и отражают климатогеографические особенности среды обитания, обычаи, технологию и жизненные стандарты данной цивилизации (Dubos, 1959;1968).

Наиболее превалентные виды патологии, характерные для процветающих стран, и пришедшие на смену инфекционной патологии, имеют своей важнейшей отличительной особенностью высокий удельный вес поведения индивида как фактора риска развития заболевания (Hamburg, Elliott, Parron, 1982; Matarazzo, 1984).

Для болезней, выступающих основными причинами смерти в развитых странах, то есть для болезней сердца, онкологических заболеваний и сосудистых поражений головного мозга, D.Dodge a. W.Martin (1970) предлагают модель, описывающую влияние социокультурального окружения на изменение паттернов заболеваемости и смертности. Основные утверждения модели таковы. Вариации в социокультуральном окружении индивида управляют природой и типом социальных структур и организаций, в которых их члены пытаются удовлетворить свои физические, психологические и социальные потребности. Включенность в эти социальные структуры и организации вызывает у людей различные социально-психологические по содержанию переживания. Эти переживания формируют различные уровни стресса для различных членов популяции, а следовательно, и популяционные различия в социально-индуцированном стрессе.

Индивиды различаются по способности преодоления стресса либо из-за личностной неадекватности, либо из-за "блока" пригодных способов преодоления. Неудача преодоления приводит к физиологическим состояниям, являющимся предшественниками (прекурсорами) функциональных, а затем и структурных нарушений, с исходом в болезнь и смерть. Отсюда инцидент (заболеваемость) и преваленс (болезненность) хронических болезней в популяции варьирует пропорционально распространенности социально индуцированного стресса.

Согласно этой модели, все болезни можно расположить на континууме "острая-хроническая". В левой части континуума находятся острые инфекционные болезни, для которых влияние социально индуцированного стресса минимально, в правой – хронические, где минимально влияние инфекционного агента, и максимально влияние социально индуцированного стресса. Средняя часть континуума описывает совместное влияние стресса и инфекционного агента. Вводится также дополнительный параметр контроля над болезнями, причем предполагается, что общества с низким уровнем контроля над инфекционными болезнями имеют и низкий контроль над поведением в сфере здоровья.

Модель была проверена авторами на материале статистики смертности США, и оказалась высоко предиктивной для белых мужчин возраста 56–64 лет, когда основным источником социального стресса выступала статусная неконгруэнтность (неконсистентность), по болезням сердца, злокачественным новообразованиям, сахарному диабету, слабее – по лейкемии, и не подтвердилась для цирроза печени. Сходные результаты были получены и для других стран (Австрия, Гватемала, Норвегия, Великобритания). Важной особенностью данной модели, наряду с высокой предиктивностью, является включение в нее основных категорий социально-психологического анализа болезней.

Изменение паттернов патологии повлекло за собой и смещение фокуса теоретического медицинского мышления (для обзора см.: Лисицин, 1982), в сторону целостного рассмотрения человека, то есть холистич-

ческого подхода (Dubos, 1968). Ю.Л.Нуллер (1991) в психиатрии, а В.А.Пискунов (1994) в соматической медицине говорят о смене парадигмы. При этом В.А.Пискунов называет новую парадигму "здоровоцентрической", противопоставляя ее старой патоцентрической. Ю.П.Лисицин (1989) призывает к созданию "санологии", рассматривая ее как науку о здоровье здоровых, основанную на концепции здорового образа жизни. В.Е.Каган (1993) говорит о саноцентрической парадигме в психиатрии, подчеркивая не только поведенческий, но и культурологический аспект здоровья. J.D.Matarazzo (1984) формулирует представление о "поведенческих иммуногенах" как противоположности патогенным поведенческим факторам. A.Antonovsky (1979) развивает понятие салютогенеза, видя содержание его научного рассмотрения в ответе на вопрос, почему люди не заболевают.

Вместе с тем с XVII века западная медицина, – научная и практическая, клиническая и профилактическая, – центрирована не на поведении, а на факторах среды как внешних причинах и вызываемых ими болезнях, причем физические (соматические) и психические болезни резко разделены (Sagan, 1987). Этот подход получил название биомедицинской модели болезни. Следует отметить, что он не может быть распространен на здоровье, так как "формистичен" и основан на категоризации. Человек или болен, или нет, болезнь или есть, или нет. Объяснение болезни во многом заключается в помещении ее в ту или иную диагностическую категорию (Schwartz, 1982). Действительно, врачи больше заинтересованы в специфических теориях болезни, обеспечивающих объяснение, выходящее за пределы непосредственных клинических наблюдений, и позволяющих совершенствовать методы лечения и профилактики.

Биомедицинскую модель характеризуют четыре главные идеи. (1) Теория возбудителя (инфекционного агента, бактериальная). (2) Традиционная эпидемиологическая теория, рассматривающая болезнь как битву трех взаимодействующих сущностей – хозяина, агента и окружения. (3) Клеточная концепция. (4) Механическая концепция, согласно

которой тело является машиной, а болезнь – испорченная часть машины (Kosa, Robertson, 1969).

Интеграция психосоциальных факторов в объяснении болезней в значительной мере связана с работами G.L.Engel (1977; 1982). Критикуя биомедицинскую модель как физикалистски-редукционистическую и механистическую, противопоставляющую "душу" и "тело", Engel справедливо указывает, что в ней нет места для социальных, психологических и поведенческих параметров болезни. Включение же этих параметров автор связывает с психиатрическим подходом к болезни. Здесь формируются две крайние позиции. Первая сводится к полному исключению психиатрии из области медицины, вторая – к ограничению области психиатрии поведенческими нарушениями, вызванными мозговой дисфункцией. В то же время Engel подчеркивает неправомерность отождествления "психосоциального" и "психиатрического". Если "психиатрическое" соотносится с областью знаний, навыков и практики врачей, имеющих специальную подготовку в осознании, понимании и лечении пациентов с психическими нарушениями, и является конкретным термином, то "психосоциальное" – абстрактный концепт, соотносящийся со способом категоризации и осмысления некоторых естественных феноменов.

Для интеграции полярных взглядов на болезнь в психиатрии Engel предложил биопсихосоциальную модель, основанную на системной теории. Упорядоченность природных феноменов образует иерархический континуум, от элементарных частиц до биосферы. Каждый из уровней представляет собой организованное динамическое целое, и требует своих уникальных критериев для исследования и объяснения. Каждая система выступает компонентом системы более высокого уровня, включает в себя характеристики и подвержена влиянию той системы, частью которой является. Ни одна из подсистем не статична, и наряду со способностью к стабильности обладает способностью к изменениям – росту, адаптации, восстановлению, выздоровлению, созданию новых форм. Личность с ее переживаниями и поведением находится в центре континуума.

Необходимо подчеркнуть, что по мысли Engel, биопсихосоциальная модель соотносится со всей медициной, а не только с психиатрией. Тем самым психиатрический подход к психосоциальным феноменам распространяется на самый широкий круг болезненных состояний.

Более поздние модификации биопсихосоциальной модели сохраняют все ее отличительные признаки. Так, J.J.Snyder (1989) разделяет биомедицинскую парадигму на медицинские парадигмы собственно болезни и помощи. Парадигма помощи подразумевает атрибутирование ответственности за ее оказание. В биомедицинской модели она возлагается на лицо, оказывающее медицинскую помощь, в биопсихосоциальной модели ответственность за помощь полностью или частично возлагается на самих людей. Выдвигается положение о требовании консистентности ответственности за заболевание и за помощь. Биопсихосоциальная модель обозначается автором просто как системная парадигма. C.K.Prokop et al. (1991) выдвигают модель "диатез-стресс", согласно которой сами по себе биологические факторы не могут объяснить здоровье. Психосоциальные факторы определяются как стресс. Их интеракция с диатезом (предрасположенностью) объясняет заболевание. Авторы подчеркивают сходство данной модели с моделью Engel.

Важной стороной биопсихосоциальной модели является ее непосредственная приложимость к клинической практике. В психиатрии такая приложимость достаточно очевидна, поскольку большинство диагнозов здесь не более чем гипотезы, и социальная концепция психической болезни зачастую используется под видом медицинской. Биомедицинская модель оказывается вполне пригодной для органических поражений головного мозга, несколько меньше – для отдельных форм шизофрении, но уже для невротических состояний информация о течении, этиологии и лечении не вытекает из диагноза (Mechanic, 1968).

В области внутренней медицины биопсихосоциальная модель может быть реализована на основе предлагаемой H.Leigh. a. F.Reiser (1985) оценочной сетки, в которой фиксируются биологические, личностные и

средовые характеристики пациента в фоновом и текущем контекстах. Авторы показывают комплементарность такого "системно-контекстуального" подхода медицинской модели.

Глубокий, всесторонний и зачастую чрезвычайно современный анализ влияния социально-психологических факторов на происхождение, течение и ремиссии психических заболеваний и нарушений поведения можно найти в трудах выдающихся отечественных психиатров XIX-начала XX в.

Систематическое описание роли социальных факторов в этиологии психических расстройств даёт автор первого психиатрического руководства "Помешательство, описанное так, как оно является врачу в практике" П.П. Малиновский (1847). В руководстве, а также в "Записках доктора" автор выделяет общие причины – дух времени, нравы, образ жизни, пол, возраст и пр. Среди особенных причин П.П. Малиновский называет крайнюю бедность, излишнее напряжение умственных сил, пьянство, употребление одурманивающих веществ. Придавая ведущее значение социальному несовершенству общества, П.П. Малиновский вместе с тем указывал, что значение для каждого случая болезни может меняться в зависимости от конкретных обстоятельств – то, что в одном случае предрасполагает к болезни, в другом её производит, и наоборот. Общие причины определяют содержание болезненных переживаний, форму поведения помешанных, создают почву для возникновения болезней, влияют на их течение, способствуют выздоровлению или обострению. Особенности же причины имеют большее детерминирующее значение. Лексика автора не должна замаскировывать вполне современное представление о факторах предрасположения и преципитации в развитии психических расстройств. Крайне интересно и указание П.П. Малиновского на связь приводящих к болезни переживаний женщин с их социально-ролевыми функциями в современной ему семье.

Дальнейшее представление о социальной этиологии психических расстройств связано с университетским этапом становления отечественной психиатрии, начавшемся в петербургской Военно-медицинской акаде-

мии, и представленным затем в Казани, Харькове, Дерпте, Москве. Почти в течение столетия данная проблема рассматривалась в русле психогигиены (первичной психопрофилактики).

На 1-м съезде отечественных психиатров (1887г.) с программным докладом выступил И.П. Мержеевский, показавший, что наряду с наследственным фактором, развитию нервных и душевных болезней благоприятствуют последствия ненормальных общественных условий, злоупотребление спиртными напитками и влияние окружающей среды. Это влияние докладчик усматривал в стремлении к наживе как источнику нравственных потрясений, войнах как причине общей нервности, чрезмерных требованиях средней школы, стремлении к удовольствиям, сифилисе. И.П.Мержеевский впервые обратил внимание на неврастенические состояния жителей больших городов под влиянием сильно действующих случайностей жизни, т.е. на влияние фактора урбанизации и значение т.н. жизненных случаев в этиологии психических расстройств. Другие участники съезда выступали в развитие положений доклада. Впервые были провозглашены задачи нервно-психической гигиены и профилактики.

Большой интерес с точки зрения развития взглядов на социальные факторы в этиологии психических нарушений представляют выступления В.П.Бехтерева на 2-ом и 3-м съездах (1905г. и 1909-1910гг.). В этих выступлениях Бехтерев говорил о значении тяжёлых материальных условий, роли общественной деятельности как факторе полноценного развития личности. Ведущий экономический фактор, влияющий на рост нервно-психической патологии, выступающий видел в капиталистическом строе, и предлагал направлять усилия на предупреждение капитализма. Факты биографии самого В.П. Бехтерева заставляют думать, что под предупреждением капитализма он не имел ввиду развитие событий в последующие десятилетия. С современных же позиций представляется важным выделение В.П.Бехтеревым в качестве этиологического фактора быстрых социальных изменений.

Профилактике душевных заболеваний на 2-ом съезде были посвящены выступления М.Я.Дрознеса, а так же В.П.Сербского, говорившего об уг-

нетающем действии социальных и политических факторов на условия существования общества и личности. На XII международном медицинском конгрессе (1897 г.) И.А.Сикорский и Максимов говорили о национальности как этиологическом моменте психических заболеваний.

Таким образом, к концу первого десятилетия XX в. в отечественной психиатрии были выделены и сформулированы основные факторы социальной этиологии психических расстройств, до сих пор выступающие предметом интенсивного теоретизирования и эмпирического изучения в рамках социально-эпидемиологического направления исследований.

В послеоктябрьский период вопросы психогигиены и психопрофилактики до середины 30-х годов находились в центре внимания исследователей. На первом совещании по вопросам психиатрии и неврологии (1919 г.) с докладом о социальном оздоровлении в деле борьбы с развитием болезней личностей выступил В.М.Бехтерев. На втором Всероссийском совещании (1923г.) с программным докладом выступил Л.М.Розенштейн, указавший, что социально-патологическое и социально-гигиеническое значение психогигиены выходит за рамки медицинского подхода, и стоит в связи с государственными и общественными мероприятиями общего характера, изменением быта. Выступление гигиениста А.Н.Сысина, посвященное социальным болезням и борьбе с ними, содержало положение о том, что психические болезни непосредственно связаны с социальным воздействием окружающей среды, а социальные факторы играют важную роль в их развитии и распространении. Эти положения развивали З.П.Соловьёв и Л.А.Прозоров.

Большое внимание социальным аспектам психогигиены и психопрофилактики уделялось и на третьем совещании по вопросам психиатрии и неврологии, Первом Всесоюзном съезде невропатологов и психиатров (1927г.). Работы, выполненные в рамках психогигиенического направления Л.М.Розенштейном, а так же А.И.Мискиновым, Л.А.Прозоровым, А.Л.Мендельсоном, в Ленинграде – Р.Я.Голант, В.Н.Мясищевым позволили сформулировать парадигму исследования социальных факторов этиологии

психических расстройств, вполне релевантную современному состоянию социальной эпидемиологии психических расстройств.

Авторы отмечают важность для возникновения психических расстройств и их содержания места индивидуума в обществе, его профессии, условий труда и быта, участия в социальных конфликтах. Указывается на различие значения социального фактора для различных психических заболеваний, приводятся фундаментальные закономерности распределения психических заболеваний в популяции, связь с семейным статусом (причём акцентируется проблема циркулярности в причинности), вплоть до влияния неудовлетворённости трудом на формирование невротических реакций. Психические факторы, связанные с отрицательным аффектом, психические травмы рассматриваются как тесно примыкающие к социальным факторам и отчасти перекрываемые ими.

На понимании психических (психологических) факторов в отечественной психиатрии следует остановиться особо. Их исследование исторически связано с именем А.Б.Залкинда, пытавшегося объединить бехтеревскую рефлексологию с фрейдизмом. Это направление было центральным на Первом Всесоюзном съезде по изучению поведения (1930 г.).

В 1931–36 гг., начинается период "исправления ошибок", ознаменованный известным постановлением ЦК ВКП(б) от 4 июля 1936 г. "О педологических извращениях в системе наркомпросов". Психогигиеническое движение в странах Запада было охарактеризовано как мировоззрение умирающего капитализма. Исследования Л.М.Розенштейна и его сотрудников (И.Т.Равкин, Г.И.Гольдовская) были квалифицированы как попытки создать "биосоциологию". Ошибочным было признано рассмотрение психогигиены как не медицинской дисциплины, а как науки, задачей которой является регулирование человеческих отношений, соединение профилактики с фрейдовским эмоциональным воспитанием. Работы А.Б.Залкинда и его сотрудников (Б.А.Внуков и др.) определялись как эклектическое соединение фрейдизма и марксизма. На упоминавшемся Втором Всесоюзном съезде невропатологов и психиатров было осуждено и "увлечение" об-

следованиями здорового населения. Важно отметить, что почти в то же время в США исследования данного направления резко интенсифицируются, и в конце 20-х годов организуется секция "социология и психиатрия" в составе Американской социологической ассоциации.

Сессия двух Академий (1950 г.) и последовавшее за ней объединённое заседание пленума Правления общества невропатологов и психиатров и Президиума Академии медицинских наук СССР (октябрь 1951 г.) имели своим результатом то, что антипавловские группировки были окончательно развенчаны, навсегда потеряли кредит в широких массах советских психиатров; кроме того, были намечены конкретные задачи перестройки психиатрии на основе павловского учения. Сегодня признаётся, что павловская сессия знаменовала собой торжество монополизма в медицинской науке, на много сузила круг разрабатывавшихся проблем, исключив из их числа ряд чрезвычайно актуальных. Любопытно, однако, что параллельно с "перестройкой" психиатрии на основе павловской физиологии и мичуринской биологии, центр тяжести теоретического рассмотрения этиологии психических расстройств переносится с наследственности на внешние, а следовательно, устранимые моменты.

В конце 50-х – начале 60-х годов начинается постепенное смещение теоретических акцентов. Ещё отрицается сколько-нибудь значительное этиологическое влияние генетических факторов, соответствующим марксистской идеологии считается лишь признание ведущей роли внешней среды в возникновении психических болезней, однако психогигиена становится достижением отечественной психиатрии, отражающим профилактическую направленность советской медицины. Вместе с тем резкой критике подвергается направление психогигиены, определявшееся как "психобиология", и пропаганда многофакторности в возникновении болезней, влияние которой будто бы "не преодолено" в советской психиатрии. В США в эти же годы разворачиваются т.н. "базисные" (прототипические) социально-психиатрические исследования, заложившие основу современного состояния данного направления на Западе.

Лишь в конце 60-х годов З.Н.Серебрякова, хотя и сводившая проблематику социальной психиатрии к вопросам трудоспособности и социального приспособления больных, подчёркивает роль эпидемиологических исследований для изучения распространения различных заболеваний среди различных возрастных и социальных групп населения, их зависимость от географических, экономических, культуральных и др. факторов. В 70-х годах пересматривается значение научного вклада Л.М.Розенштейна. Д.Е.Мелехов подчёркивает преемственность его работ с идеями П.Б.Ганнушкина, и определяет их как первые попытки подойти не декларативно, а конкретно к изучению взаимодействия социальных и биологических факторов. Р.А.Наджаров выдвигает в качестве центрального для советской психиатрии принцип единства биологического и социального, а А.В.Снежневский подчёркивает односторонность первоначальной трактовки психических заболеваний как сугубо социальных (Будилова, 1983; Федотов, 1957; Юдин, 1951).

Таким образом, основной особенностью советского этапа развития российской психиатрии явились физиологическая ориентация и нозологический подход к пониманию психической патологии (Наджаров, 1988), то есть опора на биомедицинскую модель в ее крайней формулировке. В минимизации влияния психосоциальных факторов состояло основное отличие советской психиатрии от американской (Holland, 1976). Конечно, отечественные психиатры никогда не игнорировали клиническую очевидность. Согласно В.Pasamanick (1968), и в странах, где ответственность за здоровье и болезнь возлагалась на правительство, чисто биологическая медицинская модель никогда не существовала.

Сразу после возрождения социальной психологии в нашей стране внимание психиатров вновь было привлечено к социально-психологической проблематике (Белов, 1978; Кербиков, 1965, репр. 1971; Рахальский, 1967). Анализируя эти работы, Л.Л.Рохлин (1978) отметил их сугубо постановочный характер, и сформулировал чрезвычайно важное требование к "внедрению" социальной психологии в психиатрию – всесторонний учет сле-

цифики психиатрии, которая определяет свой дифференцированный "заказ" социальной психологии.

Дальнейшая дискуссия о модели (парадигме) болезни в психиатрии оказалась тесно связанной с проблемой клинического метода. Неожиданно большое значение этой проблемы можно понять при проведении параллелей с американской психиатрией. В американской психиатрии клинический подход к болезни рассматривался как хотя и доминирующий, но не более или менее правомерный, чем статистический, социально-нормативный, психодинамический или операциональный ("кто нуждается в помощи"). Было также осознано, что в процессе установления болезни клиницист всегда стремится минимизировать средовые факторы (Redlich, 1957).

В советской психиатрии было, напротив, постулировано исходное положение клинического метода в системе мультидисциплинарного исследования психических болезней (Снежневский, 1967). Только недавно было показано, что понятие душевной болезни в отечественной психиатрии не имеет и никогда не имело строго научного обоснования, а интуитивно ясные прежде его границы стали стираться по мере включения в сферу психиатрии "малых" психических и поведенческих нарушений. Сугубая же направленность клинического метода на единичное не позволяет устанавливать какие-либо более общие закономерности (Зорин, 1989; Котов, Мальцева, 1989).

Этот "воинствующий панклинизм", естественно, не может опираться ни на какую другую модель психической болезни, кроме биомедицинской (Зорин, 1989; Полищук, 1991). Аргументы защитников подобного значения клинического подхода можно свести к действительно бесспорному положению о том, что для анализа переживаний конкретного больного клинический метод вполне адекватен и достаточен (Воскресенский, 1991; Каргаполов, Кисилева, Мацкевич, 1992). И здесь уместно привести высказывание О.В.Кербикова: "Клинический метод не был достаточно адекватен выяснению особенностей той непосредственной социальной среды, под воздействием которой возникает заболевание" (1965, репр. 1971, с. 311).

Поскольку клинический метод по самой своей природе предназначен для вынесения диагностических суждений, то есть категоризации пациентов, с проблемой клинического подхода оказалось тесно связанным признание такого важного компонента биопсихосоциальной модели как континуальной модели здоровья-болезни, то есть наличия переходных состояний между нормой и патологией. В последние десятилетия к таким состояниям был привлечен активный интерес отечественных исследователей. Однако при изучении "донозологических" стадий алкоголизма и нарко- и токсикоманий, "социально-психологической дезадаптации" лиц с суицидальными действиями, посттравматических стрессовых реакций и т.п.; все авторы неизменно считали необходимым клинико-феноменологическое описание выделенных состояний. Парадоксальность такого подхода заключается в том, что состояния эти квалифицировались как "норма", а описания осуществлялись в терминах психопатологии.

Причиной подобного положения явилась не только ориентация на клинический подход. В соответствии с существовавшим законодательством в области судебно-психиатрической экспертизы не допускалось "середины" между психологическим и патологическим (Ялдыгина, 1976), хотя и психологический критерий вменяемости оставался, строго говоря, лишенным конкретного психологического содержания (Левин, 1988). Наконец, в описанном подходе сказывалась неразвитость методов измерения (квантификации) психологических и психопатологических феноменов (Денисов, 1989).

Принципиальный шаг вперед связан здесь в отечественной психиатрии с именем С.Б.Семичова (1983, 1986, 1987). Им было развито вероятно-отно-статистическое понимание соотношения того или иного психического состояния с нормой или патологией и предложена группировка донозологических состояний. Определяемая так "предболезнь" рассматривается как вариант нормы, однако в этом С.Б.Семичов исходит больше из этико-деонтологических, чем из операциональных критериев. Несколько позже С.В.Запускалов и Б.С.Положий (1991) прямо формулируют континуальную модель, исходя из внутренних универсальных механизмов динамики психиче-

ского здоровья. Основным критериальным признаком у авторов выступает адаптация личности к социальной роли, отражающая равновесие между человеком и социальной средой (модель баланса). С применением опросного метода на промышленном предприятии С.В.Запускалов и Б.С.Положий обследовали 375 работников, и распределили их по "уровням" психического здоровья. Наиболее простое и убедительное обоснование необходимости принятия континуальной модели формулирует В.А.Абрамов (1992). Поскольку в конкретных обстоятельствах у многих практически здоровых людей отмечаются полиморфные явления психического дискомфорта, изучение минимальных психических дисфункций с позиции их места в континууме "здоровье-болезнь" – единственный путь к определению нормы.

Оставляя в стороне декларативные высказывания о необходимости использования системного подхода в психиатрии, рассмотрим две конкретные системные модели психических расстройств, предложенные отечественными авторами. Модель Ю.А.Александровского (1976) основана на концепции функциональных систем П.К.Анохина, и предназначена для описания состояний психической дезадаптации, сопровождающихся пограничными нервно-психическими расстройствами. Модель включает "организменные" уровни регуляции психической деятельности, где высшим уровнем выступает подсистема социально-психологических контактов. Однако предложенная автором (1990) диагностическая карта включает лишь оси личностно-типологических особенностей больного и психопатологических проявлений, дополненные шкалами соматического состояния, психодиагностических показателей и параклинических данных. Модель А.С.Кисилева и З.Г.Сочневой (1988) включает системные уровни органов, организма и общества в целом. Социально-психологический уровень в ней вообще не представлен.

Л.И.Вассерман, Л.И.Беребин и Н.И.Косенков (1994), сопоставляя описанные подходы С.Б.Семичова, С.В.Запускалова и Б.С.Положего, справедливо усматривают в них системное качество оценки социальной составляющей функционирования индивида в сфере непосредственного социального взаимодействия. Таким образом, современному этапу развития отечествен-

ной психиатрии присущ достаточно высокий уровень, по определению В.А.Ганзена (1992), системного мышления, однако социально-психологический уровень анализа явно недостаточно эксплицитирован и операционализирован.

Для определения болезни пригодны две, хотя и достаточно упрощенные, точки зрения. Первая – болезнь это любое состояние, диагностированное компетентным профессионалом. Здесь болезнь рассматривается как объективное органическое поражение, оцениваемое по объективным же признакам расстройство. Обманчивость такого упрощения в том, что по поводу многих болезней и недомоганий люди никогда не обращаются к профессионалам, отсутствуют объективные стандарты органического функционирования, а во многих случаях профессионалы не могут прийти к единому пониманию состояния. Кроме того, в различных культурах по разному определяется, что следует считать расстройством.

Вторая точка зрения – определение болезни в терминах пациента, то есть болен тот, кто чувствует себя больным. Предполагается, что в основе такого чувства лежит объективная болезнь. Такой подход имеет свои собственные ограничения. Сообщаемое пациентом состояние отражает скорее его "проблемы", а не заболевание, что требует валидации связи между негативным психическим состоянием и болезнью. Так, при ряде тяжелых соматических состояний нет изменений самочувствия. Переживание нормального горя, напротив, вызывает сильное чувство боли и дискомфорта. Холистический подход тяготеет к этой второй точке зрения, рассматривая болезнь в ее отношении к целостной личности, в ее социальном контексте жизнедеятельности, при необходимости адаптации к жизненным событиям и изменениям, в определенных фазах жизненного цикла (Ahmed, Kolker, Coelho, 1979; Field, 1978; Kosa, Robertson, 1969).

Здесь существует два широких подхода – личностный, первично фокусирующийся на личности внутри ее социального окружения, и социокультуральный, первично фокусирующийся на социальных, социетальных и культуральных воздействиях на индивида (Gochman, 1988). Проблема психиче-

ской и соматической патологии является неотъемлемой частью целостного подхода к больному (Перожек, Жариков, 1986) и предметом психосоматического направления в медицине. Исторический аспект данной проблематики достаточно освещен в отечественной литературе (Николаева, 1987; Исаев, 1994). Отечественными авторами рассматривались идея психосоматического единства (Гиляровский, 1957), аутопластическая картина болезни (Лурья, 1935, репр. 1977), реакция личности на соматическую болезнь – соматогнозия (Квасенко, Зубарев, 1980) и невротическое расстройство (Ташлыков, 1984), невротические расстройства внутренних органов (Карвасарский, Простомолотов, 1988), реакция личности на послеожоговый дефект или уродство лица (Шафранская, 1981). Таким образом, психосоматическая проблема изучается, главным образом, в рамках личностного подхода, хотя и несколько редуцированного, поскольку рассматривается лишь интрапсихический (переживаемый) аспект реакции личности на болезнь, тогда как поведенческий и социальный аспекты выпадают из поля зрения исследователей (ср.: Lipowski, 1969).

Современная психосоматическая медицина может быть определена в трех направлениях: (1) как научное исследование отношений между психологическими, социальными и биологическими факторами в детерминации здоровья и болезни; (2) как холистический подход в медицинской практике; (3) как приложение психиатрии к соматическим заболеваниям (Lipowski, 1977^a, p. XV). J.Weiss (1977) формулирует 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 "преципитант-атравант". 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. Этим факто-

ром может быть личностный профиль (Dunbar), бессознательный конфликт (Alexander), научение совместной вариации специфических аттитюдов и физиологических реакций (Graham).

4. "Функциональное утверждение". Симптомы, которые чрезвычайно тяжелы и пролонгированы, существуют в том психологическом контексте, в котором возникли.

Детальный анализ этих утверждений приводит автора к выводу, что ни одно из них не обосновывает адекватно теорию психосоматического расстройства. Действительно, традиционно определявшиеся как "психосоматические болезни", – cerebro- и кардиоваскулярные, онкологические, диабет, ревматоидный артрит, пептическая язва и бронхиальная астма, – оказались не более связанными с психологическими факторами, чем практически любое другое заболевание. Поэтому сегодня правильнее говорить о психосоматическом подходе, не связанном с нозологической концепцией психосоматической болезни (см. также: Исаев, 1991).

В нашей стране продолжается поиск психологических факторов психосоматических заболеваний. В.М.Блейхер и Н.Б.Фельдман (1988) обследовали 200 больных бронхиальной астмой, язвенной болезнью 12-и перстной кишки и ишемической болезнью сердца. По сравнению с 70-ю больными неврастенией среди этих больных была выше доля акцентуированных личностей. Среди мужчин – больных бронхиальной астмой преобладали педантичные, среди больных язвенной болезнью – дистимичные, а среди больных ИБС – сразу три акцентуированных типа. У женщин картина была другой, и все виды "предрасположенности" включали по несколько типов акцентуаций.

Ю.М.Губачев, В.А. Ананьев и В.И.Симаненков (1988) обследовали 286 мужчин, больных неосложненной язвенной болезнью, и после факторизации результатов психологических и биохимических тестов получили три типа пациентов (пассивно-гетерономный, активно-автономный, уравновешенный) и четыре варианта "социально-психологической дезадаптации" (тревожно-депрессивный, аффективно-ригидный, ипохондрический и

истероформный). Личность больных, следовательно, оказалась описанной в категориях, лишенных какого-либо клинического содержания, тогда как социально-психологическая дезадаптация – в клинико-психопатологических категориях.

Эти примеры хорошо иллюстрируют отмеченную D.Mechanic (1968, p. 319) трудность разделения роли психологических факторов в возникновении болезни, в формировании аттитюдов к болезни и в реакции на болезнь. Между тем главный вклад психосоматического подхода в общую медицину сегодня – осознание значения жизненных событий и ситуаций, их субъективной значимости для личности при развитии заболевания (Lipowski, 1977^a, p. XV).

Как представляется, задаче включения социально-психологических факторов в понимание соматических болезней в наибольшей мере отвечает сегодня основанная на обобщении ранних достижений психосоматической медицины, теории поля K.Lewin и системном подходе концепция R.Grinker (1973). Исследование на группе здоровых молодых мужчин позволило автору выявить переменные внутри области транзакции (динамического взаимодействия) личности и окружения, формирующие психическое здоровье. Это физическое здоровье, общий интеллект, адекватные эмоциональные связи и коммуникации в семье, дисциплина, раннее начало профессиональной деятельности, устойчивые идеалы и жизненные цели. Данные переменные выступают как результаты развития личности, формирующие ее адаптацию в конкретном окружении. Система "здоровье-болезнь" не может быть разделена, и зависит от факторов возраста, культуры и социальных аттитюдов, способов компенсации и защиты. Когда какая-либо часть биопсихологической системы подвергается напряжению, возникают компенсаторные изменения в других частях, способствующие поддержанию здоровья.

Система "здоровье-болезнь" включает и тело, и психику, от генетического до социокультурального уровня, и проходит через все фазы жизненного цикла. Каждой фазе присущи свои внутренние процессы, спе-

цифические стрессоры и способности к защите, преодолению и восстановлению, в каждой фазе есть своя специфика взаимодействия личности с социокультуральным окружением.

Разделяя психодинамическую ориентацию, R.Grinker придает большое значение в формировании здоровья ранней фазе жизненного цикла. Центральным переживанием для автора выступает так называемая "свободная" тревога. Она возникает как сигнал нарушения и дезинтеграции целостного психосоматического – социального поля вследствие воздействия стрессогенных сил. "Психосоматика" для R.Grinker – подход к описанию целостности интегративных процессов транзакции между соматической, психической, социальной и культуральной системами.

§2. Концепция позитивного здоровья

Принятие континуальной модели "болезнь-здоровье" подразумевает определение и болезни, и здоровья если не в общих, то в корреспондирующих категориях. Из предыдущего изложения следует, что отечественные авторы ориентированы здесь на модель адаптации. Адаптация соотносится с реакциями или структурными изменениями в организме, через расстройство вновь приходящего к внутреннему равновесию и равновесию со средой. Адаптивные реакции или изменения релевантны эволюции или выживанию вида, и направлены на выживание организма и эффективное функционирование в конкретном окружении (Glass, Singer, 1972). Поскольку адаптация может быть определена в терминах объективных характеристик среды, эта концепция имеет твердую биологическую основу. Попытки человека адаптироваться к социальному окружению могут быть связаны с флуктуациями в состоянии здоровья (Hinkle, Wolf, 1957). Однако многие нежелательные виды поведения, имеющие и определенную конституционально-биологическую основу, – переедание, алкоголизация и наркотизация, даже ювенильная делинквентность и различные

невротические проявления, – вполне могут рассматриваться как вид адаптивных реакций в современном мире (Dubos, 1965).

Стресс в понимании Н. Selye (общий адаптационный синдром) подразумевает, что адаптационные реакции либо неправильно направлены, либо чрезмерно интенсивны, и являются этиологическим фактором болезни (Селье, 1974, репр. 1979). Эта концепция очень далеко отходит от общебиологического понимания адаптации (Dubos, 1965, p. 261-262). Для системного мышления в психиатрии понятие о болезни как дезадаптации бессмысленно так же, как понятие о болезни как адаптации, поскольку не содержит в себе ни соотнесения особенностей личности с особенностями ситуации, ни различения здоровья и болезни (Семичов, 1983). Подразумевать же существование дискретных клинических сущностей необходимо для научных и практических целей психиатрии (Pasamanic, 1962, repr. 1968).

Хотя концепция адаптации сыграла важную интегрирующую функцию для различных направлений в психологии, от психобиологии до психодинамики (Stone, 1979), сегодня она все меньше используется в теоретических и прикладных исследованиях. Новое понимание болезни, основанное на общебиологическом подходе, предлагает Y.C. Wakenfield (1992). В центре концепции находится представление о расстройстве как угрожающей дисфункции. Дисфункция определяется как неспособность некоторых психо-биологических механизмов выполнять свои функции. Центральным для понимания психопатологии признается эволюционный подход, так как эволюционная теория лежит в основе всех корректных предположений о естественных функциях.

Самой дисфункции, однако, недостаточно, чтобы говорить о расстройстве. Необходимо, чтобы дисфункция была, кроме того, причиной значимой для личности угрозы в конкретных условиях среды и согласно культуральным стандартам. Психическое расстройство здесь – только специальный случай. Концепт расстройства несет объяснительную нагрузку в понимании болезненного поведения. Подход соответствует и

генетическим, и интрапсихологическим, и бихевиоральным теориям расстройства.

В отечественной науке на эволюционных позициях стоит В.Н.Павленко (1993). Основываясь на теории деятельности А.Н.Леонтьева, автор выдвигает положение об эволюции внешней практической деятельности в филогенезе. Нормальное развитие психической деятельности означает последовательное освоение каждым индивидом достигнутого в его культуре уровня развития деятельности в той или иной сфере. Понятие болезни практически отсутствует в данной концепции. По-видимому, подразумевается, что болезнь это нарушение усвоения форм деятельности.

Определения здоровья и болезни — излюбленная тема философско-медицинской литературы. Так, Р.С.Рахманов и Е.Т.Жук (1994) приводят группировку из 8-и классов 79-и определений здоровья, сформулированных в системных понятиях, А.Т.Щедрина (1989) говорит об около 200-х определениях болезни. В отечественных исследованиях преобладает либо имплицитное определение здоровья как отсутствие объективной болезни, прямо вытекающее из биомедицинской модели, либо ориентация на определение ВОЗ, в центре которого находится понятие субъективного благополучия, то есть отсутствие субъективной болезни (см. напр., Царегородцев, 1989). Второй подход контрентен биопсихосоциальной модели, но в целом утопичен (Dubos, 1968, p. 67). К тому же определенному подобным образом здоровью в наибольшей степени соответствуют коматозное (Kosa, Robertson, 1969) и маниакальное (Sagan, 1987) состояния.

В предметно-практическом плане вполне достаточно представление о здоровье как понятии, используемом для описания влияния болезни и нетрудоспособности на повседневное функционирование индивида в физическом, психическом и социальном аспектах (Kaplan R., 1985^{a,b}). Как показано ранее, для социально-психологического анализа центральным является аспект психического здоровья, причем именно развитие социальной психо-

логии способствовало выведению понятия "нормы" за рамки медико-физиологической дихотомии "норма-патология" (Лучков, Рокитянский, 1987).

С общепсихологических позиций понятие нормы является более широким, чем понятие здоровья. Здесь можно выделить четыре основных подхода (по: Offer, Sabshin, 1966): (а) Нормальность как здоровье, подразумевает континуальную модель "болезни-здоровья", где норма – один из полюсов континуума. (б) Нормальность как несуществующее состояние, гармоничная и оптимальная связь различных элементов психического аппарата, достигающая кульминации в оптимальном функционировании; присуще психодинамической традиции. (в) Нормальность как модальный паттерн поведения в данной общности. (г) Нормальность как результирующая переменная взаимодействия различных систем, изменяющегося во времени. Это – подходы с позицией жизненного цикла, включая рассмотренную модель R.Grinker. Следует отметить, что во всех подходах психическое здоровье рассматривается как нечто большее, чем отсутствие болезни (Eaton, Hostetter, Hostetter, 1970), но ни один из них не позволяет всесторонне описать предмет психологического исследования (Лучков, Рокитянский, 1987).

Подход к здоровью как состоянию, не сводящемуся к отсутствию болезни, получил название позитивной концепции здоровья (Царегородцев, 1989; Квасенко, Зубарев, 1980). В отечественной науке ее развивают А.В.Сахно (1992), О.И.Даниленко (1988) и В.В.Горинов (1993). Концепция А.В.Сахно основана на аксиологическом подходе и характеризуется выделением наряду с психическим здоровьем, здоровья морального. Последнее определяется как иммунитет к различным видам социального зла, нравственная чистота поступков и помыслов и т.п. О.И.Даниленко говорит о душевном здоровье как не медицинском, но философско-психологическом понятии. Автор основывается на весьма своеобразном представлении о душевных заболеваниях, полагая противоположным полюсом континуума невроз, а промежуточной точкой – депрессивные состояния. Психические болезни, за исключением истерических психозов, исключают

ются из понятия душевных болезней, однако включают в себя задержки психического развития и расстройства личности. Обе концепции содержат культурально-историческую "ось" рассмотрения здоровья, а концепция О.И.Даниленко – еще и "ось" жизненного цикла. В.В.Горинов, основываясь на психодинамических моделях, выделяет в качестве признаков психически здорового человека свободу, независимость, активность личности в различных социально-психологических ситуациях. Центральным же признаком у автора выступает критичность. Автор справедливо связывает возможность использования подхода с позиций психического здоровья с изменением взглядов в отечественной судебной психиатрии, прежде всего, с признанием уменьшенной вменяемости и ограниченной дееспособности.

Для зарубежных эмпирических исследований психического здоровья принципиальное значение имела работа М.Jahoda (1958). Обсуждая различные подходы к психическому здоровью, автор рассматривает их как концептуализации, не соответствующие задаче эмпирического исследования, однако само понятие признается необходимым. Предлагается шесть критериев позитивного психического здоровья, три из которых отражают "Я" –концепцию, а три – отношение к реальности. Это: (1) аттитюд к "Я"; (2) рост, развитие и самоактуализация; (3) личностная интеграция; (4) автономия; (5) восприятие реальности; (6) мастерство и компетентность в отношении окружения. Имеются различные "типы" психического здоровья в соответствии с ситуацией, генетическим фоном и т.д., причем каждый тип может быть измерен комбинацией индикаторов и по различным критериям.

Концепция Jahoda подвергается критике по трем основным направлениям. Первое связано с акцентом на ценностном характере самого понятия позитивного психического здоровья. Показано, что за этим понятием скрывается определенная этическая система, отражающая американскую культуру середины XX века. Позитивное психическое здоровье в конечном итоге означает приспособление к конкретному набору социаль-

ных институтов. Традиционные примеры здесь – психически здоровый нацист в нацистском обществе или члены сект (Wootton, 1959).

Второе направление связано с феноменом так называемой позитивной иллюзии в восприятии себя и окружающего, обнаруженного S.Taylor в исследовании онкологических больных, и впоследствии воспроизведенного более чем в 250-и исследованиях. Большинство людей имеют позитивные иллюзии в трех направлениях: (а) оценивают себя в нереалистически позитивных терминах; (б) убеждены, что имеют больший контроль над окружением, чем на самом деле; (в) рассматривают свое будущее более позитивно, чем позволяют говорить базисные данные. Отсюда возник термин “депрессивного реализма”, означающий, что только депрессивные больные демонстрируют те точные перцепции, которые в концепции Jahoda характеризуют психически здорового индивида (Taylor, Brown, 1994).

Третье направление критики исходит из того, что предложенные Jahoda индикаторы каждого из сформулированных ею критериев позитивного психического здоровья оказались практически не реализуемыми в эмпирических исследованиях. Обобщив такие исследования S.Kasl (1974) предложил четыре группы индикаторов психического здоровья.

1. Отражающие социологическую ориентацию, и показывающие функциональную эффективность и выполнение индивидом требований социальной роли (госпитализация, отсутствие на работе, оставление супруги).

2. Показывающие субъективное благополучие, и включающие аффективные переменные (депрессивная окраска настроения, чувство обиды), симптоматические переменные (“чувство напряжения”, “нервность”), а также отражающие самооценку и удовлетворенность (самооценка, удовлетворенность работой и жизнью в целом, оценка удовлетворения потребностей).

3. Отражающие гуманистическую ориентацию, и показывающие мастерство, компетентность т.п., то есть позитивные критерии, включающие рост и самоактуализацию личности, адекватность преодоления жизненных трудностей, использование ценных навыков и достижение ценностей-целей.

4. Психиатрические симптомы и проявления, которые нельзя классифицировать в других категориях, и которые имеют клиническое значение в психиатрии.

Эта система индикаторов образует рабочее определение психического здоровья. Автор подчеркивает, что единичный индекс психического здоровья построить нельзя, а связи между индикаторами представляют вполне самостоятельный научный интерес.

В отечественной литературе попытку сформулировать критерии психического здоровья предпринимают Н.Е.Водопьянова и Н.В.Ходырева (1991). В качестве первичных индикаторов нездоровья предлагаются показатели дезадаптации, конфликтность, противоречивость в системе отношений, снижение активности. Показатели дальнейшего снижения здоровья – пассивность жизненной позиции, зависимость от вредных привычек, уход от ответственности. Еще более низкое здоровье и переход в болезнь отражаются в проявлении невротизации и деформации личности, психосоматических заболеваниях. Сам по себе такой подход, заключающийся в использовании различных наборов индикаторов для болезненных состояний различной тяжести не вызывает возражений. Все приводимые индикаторы, конечно, индикаторы болезни, а не здоровья. Представляется неправомерным включение в их число сугубо ценностных суждений, рассмотрение деформации личности как проявления нездоровья, а психосоматических заболеваний с их высокой летальностью – как “перехода в болезнь”, когда тут часто правильнее говорить о “переходе в смерть” (инфаркт миокарда и мозговой инсульт при гипертонической болезни, прободение язвы при язвенной болезни, асфикция при приступе бронхиальной астмы и т.д.). Главный же недостаток предлагаемой системы индикаторов – в их несоответствии требованию операциональности. Действительно, состояние должно быть прежде квалифицировано нозологически и по своей тяжести, чтобы выяснить, какие критерии нездоровья к нему применимы.

Критериями Jahoda не исчерпываются подходы западных исследователей к проблеме психического здоровья. В качестве примеров других подхо-

дов рассмотрим позиции M. Harris (1966) и W.Beatty (1966) как отражающие основные теоретические ориентации. Для Harris концепции и стандарты психического здоровья варьируют во времени, месте, культуре и групповых ожиданиях. Психическое здоровье индивида – использование своих способностей, переживание удовлетворенности и счастья, установление внутрличностного равновесия и функциональной адаптации. На уровне популяции психическое здоровье означает жизненные проблемы, стрессы и кризисы, влияющие на всех, но не у всех вызывающие психическую болезнь. Beatty основывается на принципах экспериментальной психологии, вводя представление о психически здоровом научении. Психическое здоровье выступает как “эффективное функционирование”. Основным мотивирующим фактором развития являются попытки личности установить адекватное “Я”. Психически здоровое научение приводит к все большей адекватности индивида (ср. с концепцией В. Павленко).

В позиции Harris следует выделить функциональный подход к психическому здоровью, называемый также подходом социального соответствия. В центре этого подхода – вопросы “психическое здоровье – чье” и “психическое здоровье – для чего”. Согласно Dubos (1965), слова “здоровье” и “болезнь” значимы, только когда определены в терминах функционирования данного индивида в данном физическом и социальном окружении (p.351). Истоки этого подхода нелегко определить. D.Offer a. M.Sabshin (1966) связывают с именем Ryle традиционный для данного подхода пример банковского клерка, вполне психически здорового на своем рабочем месте, но оказавшегося в угольной шахте или в боевой ситуации и психически заболевшего.

Тесно примыкает к функциональному подходу концепция социальной компетентности M.B.Smith (1968). Отмечая, что модель “здоровья-и-болезни” привязана к индивидуальному организму, а фактически – к интрапсихическим процессам, автор показывает, что она предрасполагает к пренебрежению контекстом социальных отношений. Социальная семантика и

“психической болезни”, и “психического здоровья” определяется целями исследователя и социальным контекстом.

В исследовании учителей-добровольцев Корпуса мира во время их работы в Гане методами интервьюирования, психологического портрета и независимой оценки 7-ю психиатрами с последующей факторизацией автором был выделен фактор “зрелости” (высокая самооценка, уверенность в себе, энергичность, ответственность, автономия, вера в других, настойчивость в сочетании с гибкостью и реализм в сочетании с надеждой), оказавшийся высоко предиктивным для успешности деятельности. Однако оценка по критерию социальной компетентности могла не совпадать с психиатрическими и клиничко-психологическими критериями оценки психического здоровья, фокусированными на симптоматике.

В нашей стране этот подход на основе результатов исследований по медицинскому обеспечению полетов развивает В.А.Пономаренко (1991), определяющий профессиональное здоровье как способность к сохранению компенсаторных и защитных свойств, обеспечивающих боеготовность во всех условиях профессиональной деятельности.

Во всех рассмотренных подходах к болезни и здоровью той или иной мере, скрыто или явно, присутствуют четыре присущих социально-психологическому уровню анализа аспекта, систематизированные следующим образом D.Mechanic (1968, pp. 52-75).

1. Культуральный, где исследуются взаимоотношения между культуральным контекстом и жизненным стилем с одной стороны, определения здоровья и реакция на болезнь – с другой.

2. Социальный, где внимание сосредотачивается непосредственно на семье, работе и общей социальной активности личности. В центре рассмотрения здесь – способы, которыми человеческие качества и реакции приспосабливаются к социальным требованиям, физическому и экономическому окружению.

3. Интеракционный, где изучается влияние на индивидов процессов коммуникации, межличностного взаимодействия, и напротив, как интрапси-

хическое состояние индивидов и их личностные особенности влияют на социальные процессы в непосредственном окружении.

4. Социетальный, где рассматривается взаимодействие между здоровьем и другими социальными институтами.

§3. Место социальной психологии в изучении болезни и здоровья

Для выделения каждой отрасли социальной психологии необходимо определить ее теоретические концепции относительно предмета исследования, методологический аппарат и специфику использования эмпирических методов, подходов к разработке практических рекомендаций (Попов В., 1988). Как указывает Е.С.Кузьмин (1979), центральным явлением в социальной психологии следует признать общение. В силу сложности и многогранности феномена здоровья человека особое значение приобретает выделение Е.С.Кузьминым связей социальной психологии с общей психологией, психобиологией, детской и возрастной психологией, психологией труда, медицинской, военной и спортивной психологией.

До сего дня не потеряла значения разработанная К.К.Платоновым (1978) на основе системного подхода образная схема взаимодействия социальной психологии и психиатрии. К.К.Платонов выделил в этом взаимодействии три подсистемы: "блок анализа" – этиопатогенез психических заболеваний с изучением влияния микросреды с точки зрения социальной обусловленности патогенеза и динамического взаимодействия различных факторов; "блок лечения" – взаимодействие пациентов и персонала как групповой процесс и лечебное значение социальной адаптации больного; "блок катамнеза" – социальная адаптация на уровне включения в группу и коллектив – реабилитация. Об этой предметной области К.К.Платонов говорит как о социальной патопсихологии.

Хотя в таком понимании социальная психология здоровья и представляется как ветвь прикладной социальной психологии, или "отраслевая" социальная психология, во многих существенных аспектах науки о поведении

она выступает как фундаментальная дисциплина. Фундаментальное предположение общей теории психологии – в том, что в основе всех адаптивных и маладаптивных психологических феноменов лежат нейрофизиологические процессы. Однако мозг не развивается в изоляции, это развитие неизбежно социально, начиная с родительской заботы и привязанности и заканчивая социальными решениями о помощи пожилым. В системном подходе к здоровью и поведению в целом социальная психология охватывает высший уровень – индивида и группу в социокультуральной системе. Хотя в основе расстройств лежат нейрофизиологические процессы, психологические и социальные феномены оформляют их таким образом, что они не вытекают механически из физиологического функционирования, изолированного от социального и средового контекста. Можно сказать, что социально-психологический анализ фокусируется на социальных структурах и процессах, характеризующих функциональные аспекты нейрофизиологических механизмов (Cacioppo, Berutson, 1992).

Б.Ф.Ломов (1987^б) справедливо подчеркивает, что социально-психологические явления могут выступать в роли опосредующего звена и непосредственной причины, а чтобы понять их сущность и законы, нужно выйти за пределы этих явлений, рассмотреть их в контексте протекающих в обществе процессов. Из этого положения следует непосредственная связь социальной психологии здоровья с социологией.

А.М.Изуткин, В.П.Петленко и Г.И.Царегородцев (1981), говоря о специфике социологии медицины как изучении проявления биосоциальных закономерностей в жизнедеятельности человека в условиях нормы и патологии, одновременно подчеркивают, что "... в социальной медицине человек рассматривается преимущественно на индивидуально-групповом уровне, на котором общественная и психологическая природа человека в значительной мере опосредуется биологическими закономерностями" (с. 32). Действительно, медицина является стратегической позицией для интеграции биологических и социологических знаний (Summons, Wolff, 1954), однако в подходе авторов предмет социологии медицины оказался сведен, с одной сто-

роны, к социальной медицине, а с другой – к социальной психологии, то есть предстает как социально-психологические аспекты социальной медицины.

Предметом социальной медицины (термин, заимствованный из англоязычной традиции, недавно заменивший в нашей стране заимствованный из германской традиции термин социальной гигиены) являются здоровье общества и социальные проблемы медицины, закономерности влияния социальных факторов на здоровье человеческих коллективов, пути его сохранения и укрепления (Белицкая, 1970, с. 5). В последние годы прослеживается тенденция выделения медицинской социологии в самостоятельную дисциплину (Хабибуллин, 1989), однако предмет ее, в отличие от предмета социальной гигиены, остается достаточно неопределенным. Так, Т.И.Сибурин с соавт. (1990) рассматривают ее как "специальную социологию", выделяя присущие именно отечественной медицинской социологии достаточно узкие направления исследований, вплоть до использования метода анкетного опроса.

В американской социологии медицинская социология рассматривается как академическая дисциплина, выдающиеся представители которой внесли значительный вклад в развитие теоретической социологии. Различие медицинской социологии и социальной медицины, таким образом, не в предмете, а в ориентации исследований; – на теоретические проблемы социологии в медицинской социологии, и на прикладные задачи практического здравоохранения – в социальной медицине (Белицкая, 1970; Adler, Stone, 1979).

В области психического здоровья социология предлагает свои подходы и концептуализации. I.Clausen (1966) операционализирует концепции психической болезни и психического здоровья в терминах теории социального действия, выделяя такие проблемы, как институционализация лечения, аттитюды к больным в обществе, отношение между депривацией больных и отчуждением, принятые в обществе пути интерпретации психиатрических симптомов. R.Lane (1966) связывает с социологическим подходом исследовательские направления ролевой социализации и социальной дезорганизации как причины девиантного поведения.

Наиболее законченную теоретическую модель этой области исследований предлагает Н. Kaplan (1972). В центре модели находятся три социологические концепции: культуры, статуса-роли и социальных отношений. В их координатах психическая болезнь рассматривается либо как стимул, вызывающий реакции общества, либо как реакция на вызываемый социальной динамикой стресс. Модель выполняет упорядочивающую функцию, позволяя организовать разноуровневые эмпирические данные о психической болезни и здоровье.

В нашей стране социологические аспекты психической болезни длительное время исключались даже из сферы социальной психиатрии, под которой понимались лишь вопросы трудоспособности и социального приспособления больных. Д.Е. Мелехов (1974) видел в применении социологических методов угрозу превращения социальной психиатрии в "прикладную социологию". Сегодня Л.К. Хохлов (1979) отмечает, что эпидемиологические исследования в психиатрии – во многом исследования конкретно – социологические, и нуждаются в разработке социологической теории, а Т.В. Козловская и Л.Ф. Кремнева (1981) прямо связывают их с развитием социально-психологического раздела медицины.

Эпидемиология как наука, изучающая болезни в группах людей, конечно, непосредственно связана с социологической теорией. Более того, Н. Ulrich (1985) полагает, что именно эпидемиологическая ориентация исследований определяет состояние теоретической социологии. Однако это относится только к так называемой аналитической эпидемиологии (Kagan A., 1971). Ориентация на клинический подход в отечественной психиатрии привела к тому, что до сих пор преобладают эпидемиологические исследования, выполненные в рамках "нерегулярной эпидемиологии", по выражению J. Morris (1964), то есть по данным обращений за медицинской помощью (Жариков, 1977), где большее значение принадлежит специальным медицинским теориям конкретных расстройств.

Психология и психиатрия общностей ("коммунальная психология" и "коммунальная психиатрия") зародились как самостоятельное направление в

1965 г. на конференции психологов общественных служб психического здоровья в Swampscott, Massachusetts. Это направление стало реакцией на такие проблемы психиатрии, как сверхдорогое лечение, неэффективность психотерапии как исключительного средства психологического вмешательства, потребность в знании о переменных окружения. В теоретическом плане в основе психологии общностей лежит смещение от классической психопатологической модели к "жизненным проблемам", что практически означает перенос фокуса внимания от нозологических групп к социальным проблемам – насилию, наркомании, сексуальной революции, статусу меньшинств и т.п. Целью программ общественного психического здоровья выступает развитие индивидуальных навыков преодоления и обеспечение общностью необходимых индивиду для эффективного приспособления к общности ресурсов. Эта цель может быть определена как формирование социальной компетентности личности и компетентной общности (Рошин, 1976; Heller, Monahan, 1977; Iscoe, 1974; Rappaport, 1977).

Во многих своих разделах психология общностей совпадает с превентивной психиатрией. Последняя рассматривается как система теоретических и прикладных знаний, необходимых для планирования и реализации программ психического здоровья, что включает и знание социальных, экономических, административных проблем общностей (Caplan, 1964^b). Таким образом, психология общностей вбирает в себя многие стороны общественного психического здоровья, однако в центре ее находится социально-психологическая проблематика – функционирование индивида в социальных группах, организациях и общности в целом. Основным средством изучения влияния социально-психологических факторов психического здоровья выступает эпидемиология (Heller, Monahan, 1977). С развитием психологии общностей связана т.н. третья научная революция в психиатрии (Cowen, 1980).

Бихевиоральная (поведенческая) медицина в качестве термина определялась вначале как использование биологической обратной связи, но с 1977 года, после конференции в Yale, рассматривается как самостоятель-

ное направление, связанное, прежде всего, с физическим здоровьем и болезнью. Психические нарушения включались ранее лишь в той мере, в которой они влияют на физическое здоровье, однако впоследствии в объем понятия было включено и нервно-психическое здоровье (Doyle, 1982; Weiss, 1983). Источники бихевиоральной медицины – в бихевиоризме, однако она заимствует многие положения психосоматической медицины, медицинской психологии и бихевиоральной модификации. Сегодня это скорее методологический подход, обеспечивающий анализ всех факторов, которые влияют на изучаемое состояние (Pomerleau, Brady, 1979; Weiss, 1983).

Базисными дисциплинами для бихевиоральной медицины являются эпидемиология и две концепции в психологии – управления поведения вероятностным исходом и стимульного контроля (Brady, Fischman, 1986). Имеется также ряд основных исследовательских тем, предметно определяющих объем бихевиоральной медицины. Это поведение, являющееся фактором риска заболеваний, неблагоприятные медицинские эффекты стресса, влияние эмоций на здоровье, и наконец, терапевтические техники для редукции связанных со стрессом состояний (Miller, 1983).

Для социальной психологии развитие бихевиоральной медицины означало смещение фокуса исследований от профилактики и лечения психических болезней и "проблем жизни" (делинквентности, преступности, бедности) к лечению и профилактике физических заболеваний, а в области психического здоровья – к паттернам жизненного стиля, связанным с физической болезнью и смертью (Evans, 1980). Конечно, проблемы психического здоровья остаются доминирующей темой, по сравнению с соматическим (согласно анализу Stone, 1979, – 81% всех публикаций в этой области).

Психология здоровья – научная и клиническая специальность внутри современной психологии, уходящая своими корнями в психоаналитическое движение и психосоматическую медицину (Prokop et al., 1991). Ее характерной особенностью является использование теорий, развитых для психического здоровья, в целях понимания и укрепления физического здоровья (Adler, 1994). Психология здоровья рассматривает здоровье с системных

позиций, причем болезнь выступает только как специальный случай здоровья. Наряду с механизмами влияния психосоциальных факторов, психология здоровья включает в свой предмет психофизиологические и психонейроиммунологические закономерности, биологическую обратную связь и регуляцию гомеостаза (Schwartz, 1984).

Как важный раздел психология здоровья включает в себя превентивную психологию – концептуальные, программные и эмпирические характеристики профилактических усилий в сфере психического здоровья (Felner et al., 1983). Социальной психологии принадлежит наибольший вклад в психологию здоровья (Taylor S., 1984). Действительно, среди наиболее актуальных проблем, требующих интеграции психологии и медицины, перечень которых приводит Л.А.Китаев-Смык (1988), подавляющее большинство входит в предмет социально-психологического исследования.

Из анализа современных направлений такой интеграции следует, что эти направления во-многом пересекаются между собой, и носят скорее характер теоретических ориентаций для эмпирических исследований и практических действий, нежели сложившихся научных дисциплин. Социально-психологическое знание имеет для них центральное значение. Как отмечает Б.Ф.Ломов (1987^a), в разработке "биосоциальной проблемы" каждая специальная научная дисциплина пользуется своим специфическим понятийным аппаратом, своими специфическими методами, реализует сложившееся в ней подходы и принципы. Это в полной мере относится к социально-психологическим исследованиям проблем здоровья. И здесь существует опасность, о которой предупреждают Н. Leventhal и R. Hirschman (1982), – ограничение социально-психологического исследования узкими интересами и потребностями медицинской практики, – что приведет к игнорированию объяснительных закономерностей, и в конечном итоге – к неудачам и в развитии науки, и в технологии принятия решений.

Конечно, сведение проблем здоровья исключительно к их социально-психологической стороне было бы ошибочным, и являло бы собой новый вид редукционизма, поскольку понимание человека с позиций целостности под-

разумеает и определенную автономность его функционирования от социальных условий (Китаев, 1992).

Заключая теоретическое рассмотрение исторических тенденций в операционализации и современного состояния социально-психологической области исследований здоровья, её содержание можно определить как совокупность социально-психологических, т.е. происходящих из непосредственного социального взаимодействия индивидов, феноменов (структурный аспект) и процессов (динамический аспект), "окружающих" здоровье и болезнь.

Наиболее теоретически обоснованным и продуктивным для эмпирических исследований выступает сегодня общеэволюционный подход к здоровью с последующим функциональным определением здоровья на основе совокупности клинических и поведенческих индикаторов. Социально-психологические явления и процессы детерминируют состояние здоровья индивида двумя основными путями: (1) будучи включёнными в структуру факторов социальной этиологии болезни; (2) регулируя поведение, связанное со здоровьем и болезнью. В рамках саноцентрической ориентации именно второй путь влияния социально-психологических феноменов и процессов на здоровье рассматривается как ведущий.

§4. Механизмы влияния социально-психологических факторов на здоровье

Концепт стресса, как демонстрирует представленный теоретический анализ, является сегодня основным понятийным конструктом социально-психологического исследования здоровья. При его использовании в анализ включается пять переменных: (1) объективные социальные условия, приводящие к стрессу; (2) индивидуальное восприятие стресса; (3) индивидуальные реакции на стресс (поведенческие, аффективные, физиологические); (4) отдаленные исходы и последствия воспринятого стресса и реакций; (5) индивидуальные и ситуационные обуславливающие переменные, специфицирующие отношения между первыми четырьмя переменными. Конкретные объектив-

ные условия не обязательно оказывают какое-либо влияние на здоровье. Их воздействие в большей мере зависит от того, как эти условия воспринимаются, и какие реакции вызывают у индивида (House Y., 1974; House Y., Yackman M., 1979).

Социально-психологические исследования данной проблемы основываются на двух тесно переплетающихся и комплементарных подходах – клиническом и эпидемиологическом. Первая клиническая формулировка, ставшая теоретической основой исследований и получившая в дальнейшем название концепции мультифакторной этиологии, принадлежит В.Гризингеру (Cooper, Shepherd, 1970). Гризингер писал: "...чаще болезнь развивается под влиянием последовательного действия многих разнообразных психических впечатлений и расстройств организма, или вследствие несчастного стечения их, и тогда ее должно приписать не одному которому-нибудь из этих обстоятельств, но всей их совокупности" (1867, с. 154).

В клинической психиатрии проблема влияния социально-психологических факторов обсуждается в рамках представлений о психогенном, реактивном и экзогенном. В основу первых социально-психологических исследований стресса была положена психобиологическая модель психического расстройства А.Мейер. Согласно этой модели, феномен расстройства может быть понят только в отношении к генетической основе, жизненной истории и социальной адаптации конкретного пациента (Cooper, 1986). В отечественной науке психобиологическая модель, поддерживавшаяся многими психиатрами, в свое время стала объектом ожесточенной идеологизированной критики (Гиляровский, 1957).

Современные представления о влиянии стресса (операционализируемого как жизненные события) могут быть сформулированы в виде модели "стресса – ранимости". Центральным в данной модели является ранимость, или предрасположенность (предрасположенность) к болезни. Под факторами предрасположенности понимаются длительно существующие поведенческие паттерны, детские переживания, устойчивые личностные и социальные характеристики, могущие изменять чувствительность индивида к болезни. Все про-

воцирующие психическое расстройство агенты определяются как преципитирующие факторы. Они влияют на время начала или возникновения приступа болезни, и соотносятся с транзиторными изменениями в состоянии или характеристиках. Эти факторы называют иногда акселераторами или "триггерами" начала или приступа расстройства, а также формативными. Именно факторами преципитации являются жизненные случаи.

Формативный эффект жизненных случаев может быть описан четырьмя моделями: (1) специфическое и прямое воздействие жизненных случаев на мозг; (2) специфическое действие на взаимоотношения мозговых систем, лежащее в основе психологической дисфункции; (3) общие эффекты влияния стресса на поведение в терминах генерализации или нарастания, приводящие к психологической дисфункции; (4) общие эффекты влияния стресса на поведение, приводящие к полному эффективных стратегий преодоления.

И факторы predispositions, и факторы преципитации могут быть биологическими, личностными и социальными. Воздействие стресса на болезнь, строго говоря, может реализовываться в любом звене модели "стресс-ранимость" (Brown^b, 1978; Rabkin, Struening, 1976; Turpin, Lader, 1986; Yaso, 1970). Сложность взаимодействия всех этих факторов в конкретном эпизоде болезни хорошо иллюстрирует пример, приводимый Y. Stevenson a. D. Graham (1963). У больного эпилепсией имеются семейные трудности, связанные с его личностной измененностью, но сами выступающие фактором predispositions. На работе у него возникает ссора с мастером (фактор преципитации), после которой следует судорожный припадок.

Рассмотрим три социально-психологические модели влияния жизненных событий на здоровье, получивших наибольшее признание в литературе. Модель В. а. В. Dohrenwend's (Dohrenwend, 1986) описывает пять альтернативных социально-психологических механизмов. (1) Викимизация ("преследование"). Накопление жизненных стрессов приводит к психопатологии. Фактически этот механизм подразумевают все эмпирические исследования стресса. (2) Ранимость. Личностная predisposition и социальные условия опосредуют причинные отношения между стрессогенными жизненными

случаями и психопатологией. Этот механизм положен в основу представлений о способности к преодолению и социальной поддержке. (3) Аддитивность "бремени переживаний". Личностная predisposition и социальные условия не просто опосредуют, но оказывают прямое причинное влияние на психопатологию. (4) "Хроническое бремя". Предполагается, что устойчивые личностные predispositions и социальные условия являются единственными факторами изменения в здоровье, а значение жизненных случаев отвергается. (5) Склонность. Само наличие расстройства ведет к стрессогенным жизненным случаям, которые, в свою очередь, приводят к эскалации расстройства.

Центральными теоретическими вопросами данной модели выступают проблема детерминации преодоления, восприятие стрессогенных случаев и связанных с ними ситуаций, а также их контролируемость.

Интегративная модель A.Becker (1986) предполагает, что начало и течение болезни зависит от баланса между влиянием вредности и протективными факторами. Эти факторы могут быть генетическими, биографическими или средовыми. В основе преодоления стрессогенных жизненных случаев лежат когнитивные механизмы оценивания, вызывающие эмоциональные реакции на угрозу. Проявления воздействия стрессогенных случаев обусловлены эффектом аккумуляции. В первую очередь такое воздействие вызывает изменение самооценки и восприятия личностной эффективности. В процессе информационного взаимодействия между личностью и ее социальным окружением стрессогенные жизненные случаи либо ассимилируются, либо требуют аккомодации, наступающей в виде изменения когнитивно-эмоциональных схем. В противном случае наступает декомпенсация. Ранимость в модели выступает как специфическая предрасположенность к возникновению патогенных эффектов жизненных случаев, а социальные условия – как триггеры реакций декомпенсации. Модель Dohrenwend's критикуется автором как чрезмерно абстрактная для практического использования рамка описания патогенетических механизмов влияния стресса.

В основу иерархической модели R.Cochrane (Cochrane, Sobol, 1980) также положен синтез различных теоретических подходов. Модель исходит из реакций, направленных на нейтрализацию переживаний стресса, то есть преодоления, и по-существу описывает иерархию механизмов преодоления. (1) Интрапсихические механизмы защиты. (2) Протективные психологические переживания. (3) Глубокие личностные отношения с другими – эмоциональная социальная поддержка. (4) Более поверхностные отношения – инструментальная социальная поддержка. (5) Возникновение симптомов. (6) Осознание и легитимизация статуса больного. (7) Уход от стрессогенных переживаний – госпитализация. (8) Уход от реальности – алкоголизм, наркомания, бродяжничество, завершённый суицид или психоз.

Переход от клинического уровня анализа отношений стресса и болезни к эпидемиологическому, присущему эмпирическому социально-психологическому исследованию, приводит к изменению фокуса анализа переменных, "вмешивающихся" в это отношение. Факторы предиспозиции и преципитации выступают здесь как медиаторы или модераторы влияния ситуации на здоровье. Различие между медиаторами и модераторами достаточно четко провести не представляется возможным. В общем, переменная рассматривается как медиатор, когда связана и со стрессом, и со стрессовой реакцией, а как модератор – когда от нее зависит само отношение стрессора и стрессовой реакции (Frese, 1986). Более жестко операционализированное различие медиаторов и модераторов может быть проведено в рамках корреляционной методологии; – если медиаторы коррелируют со стрессорами и реакцией, то модераторы не дают таких корреляций, и могут быть выявлены лишь путем сравнения отдельных субгрупп с высоким и низким уровнем модератора (Frese, Zap, 1989).

Предметом исследования механизмов влияния стресса являются достаточно стабильные и консистентные переменные. Прежде всего, это личностные черты. Первым этапом изучения их значимости в опосредовании отношений между стрессом и болезнью явились попытки использования личностных тестов. Так, Ю.А.Александровский и Л.Н.Собчик (1986), опираясь на

системный подход и материалы исследования более 1500-т чел., представивших психическую норму, рекомендуют использование MMPI и теста Льюиса для прогноза реакции на стрессогенную ситуацию. Однако применение личностных тестов в целом оказалось безуспешным как для оценки ранимости при воздействии стресса (Cochrane, Sobol, 1980), так и для оценки эффективности преодоления (Appel, 1984).

Отечественные исследования данной проблемы фокусируются на прямых эффектах воздействия стрессора. Исследование В.М.Шумакова (1990) охватило всех учтенных больных с психогенными расстройствами на четырех врачебных участках в двух районах крупного города. В возникновении неврозов и реактивных психозов наибольшее патогенное значение имели ситуации разрыва с близкими, утрата родных и т.п. В то же время у многих больных с психогенными заболеваниями в преморбиде отмечены личностные аномалии. В своем исследовании В.М.Шумаков исходил из представления о психопатологическом синдроме как интегрированном слугаемом биологических, психологических и социальных факторов, воздействовавших на заболевшего на протяжении всей его жизни и болезни, включая наследственные задатки.

А.Ю.Березанцев и Н.М.Ильин (1987) изучали защитное поведение у 339-и пациентов с состояниями, определяемыми авторами как психическая дезадаптация. При этих психогенно обусловленных состояниях авторам удалось выявить влияние на защитное поведение факторов интеллекта, психопатической почвы и контроля над ситуацией. Оба эти исследования являются хорошей иллюстрацией того, что при использовании психобиологической модели в отечественных работах модераторные переменные также выявляются, но присутствуют в виде клинко-диагностических оценок.

Длительное время твердо установленным личностным паттерном, предрасполагающим к развитию сердечно-сосудистой патологии, считался так называемый тип А. Поведение типа А – комплекс эмоций и действий, наблюдаемых у личности, агрессивно включенной в хроническую и нарастающую борьбу за достижение все большего и большего за все меньшее и мень-

шее время, причем полагаящей, что все необходимо делать так, чтобы противостоять враждебным влияниям обстоятельств и других людей. Поведение типа А возникает в ситуации вызова, и включает в себя агрессию и враждебность. Биохимические реакции, приводящие к заболеванию, – одни и те же при борьбе со временем и с другими людьми (Friedman, Rosenman, 1974, repr. 1977). Признание типа А поведенческим патогенным фактором стало общим местом в литературе (см., напр., Matarazzo, 1984). В отечественной психологии тип А рассматривается О.С.Копиной (1989), справедливо отмечающей отсутствие здесь какой-либо общепсихологической концепции. А.Г.Маклаков, С.Д.Положенцев и Д.А.Руднев (1993) изучали поведение типа А у 457-и солдат срочной службы и установили его связь со стремлением к доминированию, социальному одобрению и невротическим конфликтом неврастенического типа с характерными видами психологической защиты. Авторы рассматривают тип А как опосредующую переменную, с присущей ей динамикой атерогенной липидного обмена.

В двух исследованиях W.Gentry (1985) изучал медирующее влияние враждебности на отношение стресса к напряжению и потенциалу возникновения сердечно-сосудистого заболевания. В исследовании 431-го работающего мужчины изучалось производственное и семейное напряжение, а в исследовании 1006-и жителей ареала с высоким уровнем социально-экономического стресса – напряжение, вызванное статусом национального меньшинства. Исследования показали значение враждебности для редукции конфликтного поведения и открытой агрессивности. Дальнейшие исследования подтвердили выводы Gentry. Более того, выявилось, что представители типа А не имеют более высокого риска смерти по причинам, связанным с сердечно-сосудистой патологией. Поэтому сегодня патогенетическое значение типа А отрицается, а центральный его параметр, – враждебность, – рассматривается как один из стилей преодоления (Adler, 1994).

В общем, использование личностных характеристик в качестве медиаторов и модераторов отношения "стресс-болезнь" не дало сколь-нибудь обнадеживающих результатов. Главной причиной здесь является воз-

возможность операционализации конструкта личности в практически бесконечном количестве категориальных систем, причем зачатую взаимопересекающихся. В свою очередь, другие переменные, включенные в отношение, также являются мультидименциональными (многомерными) конструктами. Релевантных отношению стресса и болезни компонентов этих конструктов достаточно надежно выделить не удастся.

Обращает на себя внимание более консистентное выделение личностных факторов предиспозиции при использовании клинико-диагностических оценок по сравнению с использованием формализованных диагностических процедур. Причиной этого, по-видимому, является исходно синтетический характер клинико-диагностических суждений.

В соответствии с акцентом на когнитивные процессы, присущим транзактной модели стресса, R.Lazarus и S.Folkman (1986) определяют значимую для личности сферу стресса как круг переменных и процессов, которые отражаются в оценке личностью отношений с окружением. В транзактной модели механизмы влияния стресса понимаются как трансформация переменных личности, преодоления и окружения в различные реакции. Процесс преодоления рассматривается как рекурсивный, то есть сами симптомы, появившиеся в результате нарушения адаптации, могут стать источником стресса.

Оценка и преодоление влияют на болезнь четырьмя путями: (а) вызывают физиологические реакции, включенные в патогенез развития болезни; (б) физиологические реакции, включенные в процесс преодоления, могут стать болезненными, и закрепиться путем научения; (в) некоторые виды поведения по преодолению, – алкоголизация, курение, переедание, – сами могут влиять на вероятность возникновения болезни, а также интерферировать с другими факторами риска, например, с физической активностью; (г) изменяют восприятие медицинской помощи через осознание и субъективную интерпретацию симптомов, комплаенс и т.п., а следовательно, и поведение, влияющее на течение болезни (Appel, 1984).

В рамках подхода с позиций теории социального научения основным механизмом редукции стресса выступает контроль. Согласно S.Miller (1980), следует различать собственно контролируемость и предсказуемость неблагоприятной для личности ситуации. Для обоих этих видов контроль может быть как актуальным, так и потенциальным. Механизм благоприятного действия контроля автор формулирует в виде двух гипотез. Гипотеза "интерперсональности" предполагает, что благоприятное действие контроля вызвано улучшением исхода взаимодействия индивида с ситуацией. В соответствии с "минимакс"-гипотезой контролируемость минимизирует угрозу в неблагоприятной ситуации.

H.Lefcourt (1980) рассматривает локус контроля как медиатор реакций на негативные жизненные случаи. Согласно данным автора о связи психологических травм дошкольного возраста с атрибуцией аффилиации во взрослости, высокий уровень детской травматизации определял снижение атрибуции аффилиации к собственным способностям и умениям.

Теоретический анализ S.Folkman (1984) показывает связь убеждения о неконтролируемости ситуации с ее первичной и вторичной оценкой в транзактной модели. Основываясь на данных описанного исследования группы Lazarus, автор рассматривает убеждение о неконтролируемости как когнитивный фактор оценки угрозы или вызова в конкретной ситуации, а контроль в процессе преодоления – как когнитивные и поведенческие усилия по установлению актуального контроля над негативным жизненным событием. С позиций теории социального научения убеждение о контроле – и исход, и предшественник процесса преодоления (рекурсивность).

В исследовании K.Parkes (1984) медиаторная функция контроля изучалась на 171-й учащейся сестринской школы в Лондоне. Исследование было лонгитудинальным, с использованием факторного и множественного регрессионного анализа. Локус контроля был связан с прямым преодолением, причем это отношение опосредовалось субъективным восприятием характеристик ситуации. Интернальные фокусировали усилия по преодолению на ограниченном числе стратегий. В контролируемых ситуа-

циях они проявляли значительные усилия по прямому преодолению, тогда как экстернальные чаще использовали супрессию. В то же время интернальные чаще модифицировали стратегию преодоления в адаптивной манере, а экстернальные ее не меняли.

Цикл исследований M.Frese (1986) дает другие выводы. Три исследования проведены на низкоквалифицированных рабочих автомобильной и сталелитейной отраслей промышленности ФРГ. Два из них были кросс-секционными, и охватывали соответственно 206 и 841-го рабочего, а третье – лонгитудинальным, на подвыборке объемом 90 чел. из первого исследования. Переживаемый стресс оказался не связанным с преодолением, однако все изучавшиеся стратегии преодоления показали связь с психосоматическими жалобами. Преодоление выступало как медиатор, но не модератор для жалоб, причем данные скорее отвечали психодинамическому пониманию защиты, чем когнитивистской концептуализации, поскольку эмоционально-офигурированное преодоление было неэффективным.

Ряд авторов вводит другие переменные, опосредующие отношение стресса к болезни. H.Lefcourt (1985) в двух исследованиях, с применением опросного и экспериментального методов, проведенных на студентах, изучал в качестве критических модераторов воздействия стресса локус контроля и эмоциональную близость ("интимность"). Студенты, пережившие большее количество негативных жизненных случаев за время учебы, чаще сообщали об изменениях настроения, однако отношения эмоциональной близости снижали это воздействие, то есть имели буферный эффект. В исследовании межличностной интеракции эмоциональная близость влияла на форму реакции на стресс, но не оказывала протективного воздействия. Социальная поддержка выступала как модератор для интернальных, но не для экстернальных, что автор объясняет большей потребностью интернальных в утешении, когда их усилия не дают желаемого результата.

В цикле исследований I. a. B.Sarason's (1984, 1985) изучалось взаимодействие личностных переменных и социальной поддержки как модераторов реакции на стресс. Авторы различают воспринятую и актуальную

(управляемую) поддержку. В экспериментальном исследовании Sarason's показали, что индивиды с высокой и низкой поддержкой отличаются по своим социальным умениям, обозначенным авторами как аттрактивность. Депрессивные, тревожные состояния и враждебность снижали аттрактивность. Комбинация воспринятой поддержки с преодолением была более эффективной в формировании буферного эффекта, чем поддержка сама по себе. В исследовании с применением опросных методов авторы показали, что негативные жизненные случаи были сильнее связаны с тревогой и депрессией у экстерналичных субъектов, чем у интерналичных. Индивиды с высокой "потребностью в острых ощущениях" не переживали психологического дискомфорта при негативных жизненных изменениях. "Потребность в острых ощущениях" рассматривается здесь как личностный фактор, модифицирующий когнитивную оценку.

S.Gore (1985) анализирует связь между социальной поддержкой и личностным преодолением, отмечая существующий разрыв между этими двумя исследовательскими традициями. Переменные преодоления автор подразделяет на латентные и активные. К латентным ресурсам преодоления относятся семейный статус, наличие близкого человека и другие подобные факторы, создающие потенциал возможностей действия. К внутриличностным латентным ресурсам относятся гибкость и фатализм (экстернальность), влияющие на здоровье через особенности активности в преодолении. Мобилизация ресурсов преодоления и активность личности наступают при столкновении с конкретными стрессором. Малые способности к преодолению, даже в отсутствие значительных жизненных случаев, рассматриваются как вид конституциональной предиспозиции.

Автор критикует аддитивную модель независимого влияния стресса и поддержки на здоровье, предложенную Dohrenwend's, противопоставляя ей интерактивную модель, где низкий уровень поддержки и определенные личностные стили преодоления выступают в качестве стрессоров, прямо воздействующих на здоровье. Стратегии преодоления связываются с влиянием конкретного стрессора. Применительно к модели ролевого напряжения

Pearlin a. Schooler автор говорит о долговременной и генерализованной активности по преодолению, когда сам опыт хронизированного преодоления становится фактором пригодности ресурсов (случаи у Pearlin a. Schooler выступают триггерами формирования таких проблем).

R.Kaplan (1985^b), исходя из результатов своего исследования больных диабетом, где высокий уровень поддержки был связан, в зависимости от ситуации, и с благоприятным, и с опасным для здоровья поведением, определяет социальную поддержку лишь как внешний медиатор эффектов для здоровья, но не как показатель социальных ресурсов.

Последние теоретические разработки основываются на включении в отношение стресса и болезни мотивационного компонента. I.Hinton (1988) рассматривает стресс как наступающее в результате оценки внешних требований психическое состояние, когда свои способности воспринимаются как недостаточные. Центральным фактором выступает мотивация, являющаяся как компонентом антиципации угрозы, так и позитивным драйвом для достижений. С физиологическим процессом возбуждения связаны реакции преодоления. Y.Edwards (1989) включает мотивацию в процесс преодоления. Стресс же определяется им как несоответствие между восприятием и стремлениями. Этот подход еще не получил эмпирической верификации и критического анализа в литературе.

Из отечественных авторов Ф.И.Случевский (1987; Случевский, Юнг, 1986), исходя из подхода H.Selye, материалов клинического исследования 229-и больных реактивными психозами, и экспериментально-психологических данных, конструирует типологию реакций на стресс по векторам настроений, напряженности и аффектов, субъективного психического настроения и секторам реакций и состояний. В.С.Ротенберг (1989), также основываясь на концепции GAS, и используя психодинамически ориентированное понимание этиологии психосоматических заболеваний, материалы собственных исследований, данные о переживании стресса в экстремальных ситуациях, вводит конструкт поисковой активности. Отказ от поиска рассматривается как неспецифический фактор predisпозиции. "Заученную беспомощность"

Seligman автор рассматривает как одну из форм отказа от поиска – реакцию капитуляции.

Центральной проблемой в понимании механизмов влияния стресса на здоровье является "общность" или специфичность воздействия стрессоров. В традиционном для психоанализа подходе стресс является сугубо неспецифическим фактором, вызывая тревогу и интрапсихический конфликт – базисные компоненты невротического расстройства. Конкретная же форма расстройства определяется действием факторов predisposition и precipitation (Yaso, 1970). Представление о неспецифичности лежит в основе учения о GAS H.Selye. Здесь предполагается однообразие паттерна телесного реагирования, и его зависимость лишь от тяжести и продолжительности требований окружения. Традиция исследования жизненных случаев основывается на представлении о неспецифичности их действия.

С позиций специфичности природа и тяжесть расстройства могут варьировать в зависимости от характеристик предъявляемых к индивиду требований окружения, типа эмоциональных реакций и процессов преодоления, вызванных этими требованиями. Личностные характеристики определяют восприятие требований ситуации как стрессогенных (Lazarus, 1977). Однако современные представления о значении модераторных и медиаторных переменных в опосредовании отношения стресса к болезни, – социальной поддержки, преодоления и контроля, – тяготеют скорее к позиции специфичности (Cohen, McKay, 1984; Gore, 1985).

Не проясняют проблемы и результаты исследований паттернов соматических реакций на стресс. Системный подход к психопатологии, рассматривающий и объясняющий психическое здоровье на биологическом и социальном уровнях, придает важное значение психофизиологическим процессам в понимании отношений между психосоциальными воздействиями, психофизиологическими механизмами, психопатологическим функционированием и манифестацией психиатрических симптомов (Turpin, Tarrier, Sturgeon, 1988). Так, согласно M.Frankenhaeuser (1986), нейроэндокринный механизм баланса между катехоламинами и кортизолом объясняет полученные эпидемиологическим

методом данные о буферном влиянии личностного контроля на эффекты производственного стресса для здоровья.

C. De Wolff (1986) проанализировал связи психологических и физиологических переменных во всех основных исследованиях организационного стресса, выполненных в рамках "инженерной" модели, и показал практическое отсутствие таких связей. Конечно, сама модель не может быть не валидной, поскольку в эксперименте психологические стрессоры всегда вызывают физиологические реакции напряжения. Однако в реальном социальном окружении подобные связи редко прослеживаются по методическим причинам, а также из-за возможной высокой специфичности и требований окружения, и реакций преодоления.

Значительное внимание исследователей в последнее время привлекает состояние иммунной системы при воздействии жизненных событий, поскольку оно объясняет потенциальное воздействие социального стресса на развитие инфекционных, аллергических, аутоиммунных и онкологических заболеваний. Психологическими коррелятами иммунной реакции являются сила "Я", потребность во власти, преодоление, а социально-психологическими – социальная поддержка и актуальный контроль. Основным патогенетическим механизмом здесь выступает иммуносупрессорное действие стресса (подавление лимфопоеза). Это действие обнаружено после утраты, при тяжелых депрессивных состояниях.

Между тем, иммунологическая реакция является вторичной по отношению к нейротрансмиттерным и гормональным нарушениям, а следовательно, связана скорее с физиологическими, нежели с когнитивными процессами. Отсюда понятна высокая вариабильность иммунологического реагирования; – после воздействия стресса с такой же вероятностью наблюдается и усиление функционирования иммунной системы. Психосоциальные факторы способны регулировать или модифицировать иммунный ответ, но эффекты их воздействия нельзя предсказать на основе предварительного утверждения о стрессогенности. (Ордабаева, 1989; Ader, Cohen N., 1984; Anisman, Sklar, 1984; Harvey, 1989).

Введение в биопсихосоциальную модель "экстраиндивидуальных" (Appley, Trumbull, 1967), то есть социальных и культуральных факторов, конечно, еще больше усложняет представления о механизмах воздействия. Рассмотрение психосоциальных факторов как прямой причины расстройства является совершенно неоправданным упрощением. Чаще они являются не более чем факторами риска, реализующими свое влияние через цепь генетических и средовых медиаторов, создавая достаточно сложные связи в отношении стресса к болезни (Hamburg, Elliott, Parron, 1982).

Адекватную картину действия социальных и культуральных факторов дает двухстадийная модель этиологии болезней S.Syme (1984). Согласно модели, болезнь возникает, когда: (1) представлены факторы риска, и (2) позволяют защитные системы организма. Модель объясняет, почему одни и те же социально-психологические факторы связаны со многими патологическими состояниями, и почему большинство специфичных для конкретной болезни факторов риска действуют сами по себе достаточно слабо.

На популяционном уровне для повышения риска развития заболевания более важно общее число действующих патогенных психосоциальных факторов, чем представленность и выраженность какого-либо одного фактора или их комбинации (естественно, кроме массовых катастроф, войн и стихийных бедствий), поскольку оно отражает уровень социальной дезинтеграции (Brown, 1978^a). Однако некоторые виды социально сформированной психопатологии, распространение которых приобретает характер истерических эпидемий, в определенные исторические периоды могут выступать, напротив, механизмом групповой интеграции (Gruenberg, 1957).

В заключение приведем объяснительную модель влияния социально-психологических факторов на здоровье D.Gentry и S.Kobasa (1984), обобщающую современные представления о механизмах этого воздействия. Модель основана на подходе с позиций баланса между человеком и его окружением S.Wolf (1971). Риск для здоровья подвержен взаимовлиянию факторов психосоциальной чувствительности и резистентности, которые взаимодействуют и на социальном, и на психологическом уровнях жизненного опыта индиви-

да. При дисбалансе возникает высокая нагрузка на чувствительность со снижением резистентности. Резистентность представлена тремя видами переменных, – твердостью, опытом преодоления и социальной поддержкой, – выполняющими функции медиаторов для вероятности развития болезни при воздействии стресса.

На уровне индивида модель включает в себя биологическую чувствительность и резистентность, например, конституциональную предрасположенность и физические упражнения. Большинство медиаторов отношений “стресс-болезнь” также существуют на уровне индивида. Это – перцепции, аттитюды и стили преодоления. Действие социальных факторов не прямое, и заключается, главным образом, в усилении или облегчении использования психологических ресурсов.

Приведённое описание современных представлений о механизмах влияния социально-психологических факторов на здоровье позволяет конкретизировать предмет и логику социально-психологического исследования в данной области. Социально-психологические факторы здоровья можно рассматривать, в соответствии с системными представлениями о детерминации здоровья, как иерархически организованные и локализованные на уровнях индивида, первичных социальных групп, социальных организаций, общностей и общества в целом (социетальный уровень).

Эти факторы собственно и являются предметом социально-психологического исследования здоровья, однако последнее ими не исчерпывается, поскольку подразумевает ещё и определение места, а также функций названных факторов в детерминации здоровья индивидов, социальных групп и общества.

Глава 2. Конкретно-методологические проблемы социально-психологического исследования здоровья

Центральным содержанием проблематики эмпирического изучения здоровья в социальной психологии является обоснованность выводов о влиянии, – прямом или опосредованном, – социально-психологических факторов на состояние здоровья. Для социально-психологических исследований в сфере здоровья выделяются четыре вида валидности исследовательского вывода. (1) Внутренняя валидность, предполагающая, что выявленная связь между двумя переменными не является ложной. (2) Валидность статистического заключения, то есть исключение ошибочных выводов, обусловленных вариацией переменных и неправильным использованием статистических методов. (3) Конструктивная валидность, связанная с проблемой правильной операционализации и выделения адекватного количества переменных в исследуемых конструктах. (4) Внешняя валидность, обусловленная возможностью генерализации полученного вывода во времени и на различные виды социального окружения (по: Patterson A., 1977).

Все “угрозы” для валидности вывода в социально-психологическом исследовании здоровья могут происходить из трех источников: “от врачей”, то есть фиксации состояния здоровья, “от пациентов” (респондентов) и от способа установления связи между социально-психологическими переменными и состоянием здоровья (Graham, Stevenson, 1963; Stevenson, Graham, 1963). Проблему обоснованности исследовательского вывода в социально-психологическом исследовании здоровья отсюда целесообразно рассматривать в направлениях видов валидности, источников возможных ошибок и по параметрам оценки состояния здоровья, соответствующим современной его концептуализации.

Поскольку исходным для социально-психологического исследования является психическое здоровье, с него и следует начать такое рас-

смотрение. Психическое здоровье как зависимая переменная состоит из трех основных параметров – психических расстройств, психопатического поведения и психологического дистресса. Все они имеют свои слабые в методологическом отношении места (Thoits, 1983).

Первые два параметра являются предметом изучения клинической психиатрии, а основным методом их фиксации выступает психиатрический диагноз. Психиатрический диагноз выставляется в отношении определенного клинического “случая”. Само же понимание случая тесно связано с теорией болезни в психиатрии. Главная проблема здесь заключается в том, что отдельные психические расстройства имплицитно рассматриваются как отдельные и самостоятельные “сущности”, хотя таковыми не являются. Отсюда возникают серьезные противоречия между предполагаемым диагнозом категориальным различием и измерением, поскольку без предварительной квалификации симптомов и синдромов расстройства невозможна проверка каких-либо теоретических построений о его “сущности” (Wing, 1978; Wing, Bebbington, Robins, 1981).

Сам “случай” может быть описан по большому числу параметров – форме, тяжести, продолжительности, потребности в лечении и т.п., причем каждый из них подвержен влиянию значительного набора практически неконтролируемых социо-культуральных факторов. Все это крайне затрудняет идентификацию и концептуализацию “случая”. Поскольку “случаи” в психиатрии не выступают как “сущности”, их отличие от “не-случаев” является сугубо критериальным, то есть “случай” для исследований этиологии конкретного расстройства определяется в терминах симптомов, для госпитализации – в терминах нарушения поведения, для социальной помощи – в терминах выраженности дефекта и т.д. (Copeland, 1981).

Чрезвычайно демонстративным в этом плане является диагноз пограничного расстройства. Согласно анализу S.Guze (1975), этот диаг-

ноз включает в себя широкий набор психических расстройств, но под разными наименованиями часто подразумевается одно и то же расстройство. Сюда часто относят алкоголизацию и наркотизацию, эксплозивность, делинквентность, конверсионную симптоматику, сексуальные нарушения, суицидные попытки, шизоформные состояния. Однако критерии включения всех этих расстройств в круг пограничных не валидизированы. С этим связана частота диагноза латентной шизофрении, выставляемого тогда, когда в случае последующего развития психоза врач может быть скомпрометирован, если ранее диагностировал невроз, характерологическое расстройство и т.п. (Klein, 1975).

Существующее в психиатрической диагностике положение служит поводом для крайних суждений о пригодности психиатрического диагноза как средства оценки психического нарушения. Недавним примером таких суждений является работа I.Mirowsky а. С.Ross (1989). Психическую болезнь авторы называют "мифической сущностью" и справедливо утверждают, что большинство психиатров верит, что "скрытые сущности" существуют, хотя и не обнаружены. Предполагается, что есть соответствующие каждому виду нарушений латентные биологические классы, продуцирующие как биохимические отклонения, так и характерный профиль симптомов и жизненной истории. Авторы считают, что предположение об интуитивно правильном определении психиатрами этих профилей не верно. Психопатологические синдромы существуют только в психике оценивающих (то есть психиатров), подобно созвездиям.

Отсюда Mirowsky а. Ross делают вывод о неправомерности использования диагноза в исследовательских целях, во-первых, из-за того, что проблемы людей нельзя определять как медицинские, а во-вторых, из-за редукции в диагнозе, пользуясь терминологией теории информации, сигнала, а не шума. В отечественной науке, напротив, высказывается суждение, что психиатрический диагноз, в качестве особой формы

интегрального представления о психическом функционировании, обладает большой информационной емкостью (Фролов с соавт., 1988).

Наиболее взвешенной и соответствующей реальному положению дел представляется оценка значения психиатрического диагноза, высказываемая R.Grinker (1978). Без диагноза как элемента таксономической классификации нет вообще научной ориентации в исследовании, поскольку обсуждение психиатрических проблем как "проблем жизни" ничего не привнесло в понимание психических нарушений как таковых. Однако клиническая психиатрия оказалась вполне приложима для операционализации девиаций в человеческом поведении. Конечно, клиницист не может определить валидность своих диагностических суждений. Отсюда надежность и валидность диагноза должна верифицироваться внеклиническими методами, а сам диагноз должен дополняться психологическими данными, если включен в процесс вскрытия фундаментальных причин расстройства.

Такая позиция позволяет подойти к оценке диагноза на основе стандартных требований к психометрическому инструментарию. В рамках психометрического подхода валидность диагноза соотносятся с точностью, с которой классификация определяет поведенческие "сущности", а надежность характеризует степень, в которой одна и та же диагностическая категория выбирается при повторении диагностической процедуры. Различаются два вида надежности диагноза: – "тест-ретест", то есть повторное обследование пациента одним и тем же врачом в разных временных точках, и совпадение диагностических суждений врачей. (Beck, 1962). Из-за клинической динамики состояния пациентов и влияния предыдущей оценки на последующее диагностическое суждение чаще применяется второй из описанных подходов к определению надежности.

Источники вариации, могущие быть причиной ненадежности психиатрического диагноза, следующие: неверная информация, случайная вариация и различие в диагностических критериях у различных клиници-

стов. Надежность лимитирует валидность, а потому не обязательно ее гарантирует. Однако установление надежности – первый шаг валидации диагноза (Shrout, Spitzer, Fleiss, 1987).

R.Spitzer, Y.Endicott a. E.Robins (1978) сообщают о трех исследованиях госпитализированных в различные клинические центры пациентов, проведенных по стандартизированным диагностическим критериям. В первых двух исследованиях клиницист и наблюдатель давали независимые диагностические оценки, а в третьем два независимых клинициста обследовали пациента в различных временных точках. Во втором исследовании интервьюировались также родственники пациента. В этом цикле исследований надежность диагнозов оказалась очень высокой, что свидетельствует о ведущем вкладе критериальных источников ненадежности, по сравнению с информационными источниками и случайной вариацией.

Ранние исследования, где не применялась стандартизация диагностических критериев, дают значительно меньшую согласованность в психиатрическом диагнозе. Анализ 9-и исследований, выполненный A.Beck (1961), продемонстрировал уровень согласованности конкретных диагнозов 42% – 32%. Повышение согласованности отмечалось при использовании более широких диагностических категорий. На надежность диагноза влияли характер подготовки и опыт психиатров, административные и другие внешние факторы, неполнота имевшейся у клиницистов информации, интервалы между диагностическими оценками. Конечно, когда все влияющие на диагностическое суждение факторы оптимизируются, надежность диагноза повышается.

Согласно анализу, выполненному Y.Davis (1965), при использовании стандартизованных оценочных систем надежность психиатрического диагноза не ниже, чем других оценочных измерительных процедур, используемых в исследованиях психического здоровья. Проблема, однако, заключается в других влияющих на диагностическое суждение факторах.

Прежде всего это, по замечанию R.Grinker (1978), общая потеря интереса к диагнозу в психиатрии, поскольку сомнительна его связь с терапией и прогнозом.

L.Levi a. L.Rowitz (1973) в экологическом исследовании распределения психических расстройств в Чикаго (репликация широко известного исследования Faris a.Dunham) отметили "циничное отношение" к диагнозу больничных психиатров, вызванное верой в психодинамические формулировки или в длительное описание поведения пациента. Наблюдения D.Hughes (1977) показали, что категоризация пациентов в больнице исходит не столько из состояния больного и собственно медицинских знаний врачей, сколько от повседневного теоретизирования врачей в других сферах жизни. Используемые врачами интерпретативные схемы исходят скорее из типизированного знания социального мира. Действительно, идентификация многих видов патологии просто невозможна по жестким медицинским критериям. Предположения о психической ненормальности, психопатии, алкоголизации или наркотизации очень часто включены в эти обьеденные типизации.

I.Browerman et al. (1970, repr. 1975) изучила оценки 79-и клинических психологов, психиатров и социальных работников 122-х черт или характеристик, позволяющих оценить психическое здоровье. Эти оценки были получены для "взрослого" (идеальный паттерн здоровья), "мужчины" и "женщины". Из 38-и характеристик, отражающих социальную желательность поведения, 27 было "мужских", и только 11 - женских. Для женщин признаки психического здоровья носили негативную окраску - сублимиссивная, менее независимая, менее продвинутая и т.п. Здоровая женщина оценивалась как значительно менее здоровая, чем здоровый мужчина, по отношению к стандарту взрослого. Отсюда авторы делают вывод о "двойном стандарте" психического здоровья, параллельном существующим в обществе поло-ролевым стереотипам.

Не эмпирическую, но очень выразительную картину стереотипов восприятия женщин – пациентов рисует M.Howel (1974): женщины с ребенком – “жалобщицы”, молодые женщины – “шутницы”, женщины, равные врачу по возрасту – “требовательные и претенциозные”. Помимо классовых и поло-ролевых стереотипов диагностическая оценка подвержена и культуральному воздействию. Свободных от культуры “абсолютов” в психиатрии очень мало (Tseng, McDermott, 1981). Главная проблема здесь в том, что психиатрия – западная наука, и подготовленные в ее традициях психиатры обнаруживают в разных культурах одни и те же виды поведения, оцениваемые ими как симптомы, тогда как в данном культуральном контексте эти виды поведения могут не иметь значения признака психического расстройства. (Cochrane, 1983, pp. 85–86).

Сказанное объясняет, почему операционализация и стандартизация диагностических критериев отнюдь не является окончательным решением проблемы надежности и валидности психиатрического диагноза. Наиболее совершенной из имеющихся сегодня систем формализации диагностической психиатрической процедуры является разработанная в Великобритании и отражающая подход европейской клинической школы PSE (оценка актуального психического состояния). Система представляет из себя глоссарий определений клинических манифестаций психических расстройств и нарушений поведения, дополненная программой для ЭВМ (CATEGO), и позволяет с высокой определенностью поместить индивида с данным конкретным паттерном симптомов в соответствующую диагностическую группу (Wing, Cooper, Sartorius, 1974).

PSE оказалась высоко эффективной в кросс-культуральных исследованиях шизофрении, позволив минимизировать различия в диагностике, вызванные расхождением клинических подходов, однако ее ведущий разработчик Y.Wing (1978) весьма осторожно оценивает возможности стандартизации диагностической процедуры, видя здесь главное преимуще-

ство, по сравнению с обычной клинической практикой, лишь в возможности проверки теорий относительно психопатологических нарушений.

Критики психиатрического диагноза чаще всего направляют свои усилия не на сам процесс концептуализации, а на его результат, который, конечно же, не может рассматриваться как получивший завершение в существующих диагностических системах. Таксономия является необходимым условием последующей квантификации. Имеющаяся система полезна в административных целях, хотя ее дескриптивная направленность не оставляет места причинным интерпретациям, не способствует развитию профилактических программ. С практической же точки зрения вызывает удивление то, как много валидных предикций может быть получено от принадлежности к диагностическому классу (Zigler, Phillips, 1961).

Источником информации о диагнозе, за исключением специальных методически ориентированных исследований, как правило, выступает медицинская документация. Эти данные отражают больше отдаленные, нежели непосредственные эффекты стресса, и могут использоваться как независимые переменные. Использование таких данных ограничено макро-временным контекстом. В качестве зависимой переменной данные о частоте психиатрических расстройств отражают различия между отдельными субпопуляциями в воздействии стресса (Kagan A., 1971; McGrath, 1970^d).

Различают два основных показателя уровня психических расстройств в той или иной социальной группе – инцидент и преваленс. Под инцидентом понимается число новых случаев заболеваний, возникших в популяции за определенный интервал времени. Преваленс – имеющееся в популяции на начало интервала число случаев болезни, суммированное со всеми новыми случаями в течение данного интервала. В отечественной санитарной статистике эти показатели называются соответственно первичной заболеваемостью и болезненностью.

Более адекватным для оценки влияния социальных факторов признается показатель инцидента (Yaso, 1960), поскольку показатели прева-ленса чрезвычайно сильно зависят от уровня обеспеченности специализированной помощью (Cochrane, 1983). Использование медицинской документации как источника первичной информации об инциденте сопряжено с рядом ограничений.

Оценка состояния психического здоровья по показателю инцидента предполагает агрегирование данных медицинской документации. При этом статистические группы используются вместо индивидов, тогда как изучаемая переменная может быть подвержена сильной вариации по территории. Использование агрегированных данных не позволяет и проверять гипотезы о воздействии диспозиционных и других психологических медиаторных факторов на переживание стресса (Cohen et al., 1986).

Даже в наиболее методически совершенных исследованиях, таких как упоминавшееся исследование Чикаго L.Levi a. L.Rowitz (1973) или эпидемиологическое исследование психических расстройств в штате Техас Е.Yaso (1960), выполненных на основе медицинской документации, изучавшиеся социальные факторы ограничивались возрастом, полом, семейным и социально-экономическим статусом, территориальным распределением.

Конечно, эти общие характеристики популяции в исследованиях здоровья являются зачастую лучшими предикторами, чем какие-либо другие биологические и психологические маркеры. Однако их влияние на здоровье носит изначально непрямой характер (Mechanic, 1985), а потому не может быть в собственном смысле слова причинным или объяснительным (Suchman, 1967, repr. 1978).

Данные медицинской документации никогда не исчерпывают полностью реального уровня распространенности психических расстройств в популяции. До недавнего времени предполагалось, что существовавшая в

бывшем СССР система психиатрического учета обеспечивала максимально возможное выявление психических расстройств в населении (Дубовиц, 1971). В.М.Щумаков (1979), на основе опыта собственных исследований между тем заключает, что в нашей стране действовали те же факторы вариации уровня госпитализации, которые делали сомнительным значение больничной статистики в других странах. Данные же по диспансерному контингенту не полны, причем причины неполноты учета значительно варьируют по диспансерам, а следовательно, и по обслуживаемым ими территориям, что не допускает генерализации оценок.

И.Я.Гурович, Д.А.Зайцев и В.Б.Прейс (1979) приводят основанные на движении больных в диспансере расчеты, согласно которым даже при оптимальной постановке выявления больных в популяции на учете будут стоять не более четверти из числа находящихся в населении больных, причем лишь обратившихся когда-либо к психиатру. Специальное методическое исследование М.Н.Либермана (1979), проведенное по плану двух-этапного скрининга в 1972 г. в г.Фрунзе, показало, что наибольшее число неучтенных больных, находившихся на территории обслуживания диспансера, принадлежало к невротической группе (74%), затем следовали больные алкоголизмом (16,5%) и с аффективными нарушениями (5%). Исследование обнаружило и систематическое смещение – неучтенные больные значимо чаще имели отдельное жилье, что возможно, отражает социально-классовые различия.

Серьезной проблемой использования агрегированных данных является их неполнота, обусловленная пробелами в заполнении первичной медицинской документации. Эта проблема обнаружилась уже в ранних исследованиях. В нашей стране полнота заполнения медицинской документации изучалась на материалах заболеваемости детей раннего возраста Л.С.Серовой (1972). Для первого года жизни недоучет случаев заболеваний составил 52%. Проанализировав 7 исследований по данной темати-

ке, автор справедливо заключает, что устанавливающиеся различия в показателях заболеваемости скорее обусловлены особенностями фиксации случаев заболеваний, чем истинными различиями в их частоте.

Надежность и валидность определения связанных с инцидентом психических расстройств и их социальной этиологией факторов, как это было показано Е.Уасо (1960), всегда вызывает сомнение и потому, что часть пациентов, особенно принадлежащих к высшим социально-экономическим стратам, обращается к частнопрактикующим врачам. Многие лица с психическими нарушениями вообще лечатся не-психиатрами – врачами-терапевтами, невропатологами, различными целителями и представителями “народной” медицины. Естественно, эти группы оказывающих помощь лиц либо не предоставляют необходимую первичную информацию, либо не способны определить состояние обратившихся в конвенциональных медицинских терминах.

Все эти недостатки агрегированных на основе первичной медицинской документации данных привели к стремлению выявлять психические расстройства непосредственно в популяции. Однако уже первые предпринятые в этом направлении исследования показали непригодность для популяционных обследований традиционной клинической диагностической процедуры. Так, в исследовании A.Cochrane, P.Chapman a. P.Oldham (1951), проведенном в Великобритании, пять врачей независимо обследовали 993-х шахтеров, выявивших отклонения рентгенологической картины. Обследование проводилось после смены, частота выявленных жалоб оценивалась путем сравнения со случайной вероятностью их возникновения. Несмотря на идентичность групп, обследовавшихся каждым из врачей, отмечались значительные различия в фиксации ими как жалоб, так и фактов истории развития заболевания.

Таким образом, при отсутствии возможности наблюдения состояния в динамике резко снижалась надежность диагноза. Когда же динамиче-

ское наблюдение было возможно, на первый план в качестве причины снижения надежности выходил подход определени. "случая". I.Morris (1964) приводит данные о вариации в установлении диагноза невроза врачами общей практики от 4,2% до 12% "популяции риска", то есть обслуживаемого контингента, в зависимости от принятого критерия диагностики.

Собственно, низкая надежность диагноза и послужила основной причиной отказа от таксономической модели и принятия континуальной модели психических расстройств в более поздних западных исследованиях. Место индивида на континууме определяется в рамках этого подхода по ответам на вопросы о симптомах. Обычно учитывается и частота их возникновения при помощи шкал типа Likert.

Применение континуальной модели в исследованиях обычно дает высоко надежные и валидные результаты. В валидизационном исследовании для опросника общего состояния здоровья Goldberg изучались 553 пациента с подострыми состояниями, обратившиеся к хирургу, 200 чел. из них были обследованы методом клинического интервью. В этом исследовании, проведенном в 1968 г. в пригороде Лондона, около четверти всех обследованных имели те или иные психические расстройства, в большинстве своем протекавших в субклинической форме. По результатам катамнестического обследования через 6 мес. сохраняли психиатрическую симптоматику в основном пациенты с неразрешенными жизненными проблемами или личностными расстройствами. Использованный опросник хорошо дискриминировал "нормальных" и "психиатрических" пациентов (Goldberg, Blackwell, 1979).

Первым существенным ограничением в использовании опросников симптомов для оценок состояния здоровья популяции выступает то, что континуальная модель здоровья, на которой основывается их применение, не имеет качества непрерывности. Эта проблема была наиболее

полно изучена в исследовании L.Taylor a. S.Chave (1964), посвященном здоровью жителей Лондона, переехавших после причиненных войной разрушений в один из специально построенных в пригородной зоне малых городов, условно названный авторами Новый город. Исследование было проведено в 1959–60 гг., и включало в себя интервьюирование взрослых членов семей по выборке из домохозяйств (1520 чел.) с повторным интервью через год; телефонный опрос 218-и взрослых, оставшихся в Лондоне, по выборке из избирательных списков; оценку показателей заболеваемости и смертности жителей Нового города по данным медицинской документации; выборочное обследование пациентов врачей общей практики и психиатра.

Авторы выделили особую форму невротического состояния, – субклинический невроз, – обычный, но не обязательный прекурсор клинически выраженного невроза. У лиц с субклиническим неврозом главное значение в развитии невроза имели конституциональные, но отнюдь не реактивные факторы. Факторы окружения приобретали решающую роль в развитии невроза лишь у лиц, свободных от конституциональной предрасположенности. Таким образом, собственно континуум составляют неврозы конституциональные и вызванные стрессом окружения. Лица, обычно не имеющие симптоматики, но реагирующие на выраженное напряжение невротически, как и лица, реагирующие психотически, представляют собой самостоятельные группы вне данного континуума.

Другим ограничением использования опросников симптомов выступает контаминация в ответах на них состояния физического (соматического) и психического здоровья. Физическая и психическая патология часто связаны (В. а. В.Dohrenwend's, 1979), и могут протекать не только в острых, но и в хронизированных формах. Анализ влияния фактора хронизированности на результаты, получаемые по опросни-

кам симптомов, выполнен R.Depue а. S.Monroe (Depue, Monroe, Shackman, 1979; Depue, Monroe, 1985, 1986).

Ими выделено четыре группы хронических нарушений, встречающихся в популяции. (1) Личностные черты и нарушения в виде субъективного переживания негативного аффекта, неудовлетворенности жизнью, фатализма и одиночества. (2) Психопатологические расстройства, главным образом, депрессивного характера, в виде субсиндромальной депрессии либо резидуальной дистимии после "больших" депрессивных эпизодов. (3) Вторичная хроническая дисфория при соматических заболеваниях, угрожающих жизни или нарушающих обычное ее течение. (4) Негативный аффект следствие пролонгированных жизненных трудностей.

В рассматриваемой авторами теории болезни выделяется три главных звена: предрасположенность к болезни, инициация болезни и процессы медиации. Предрасположенность не специфична, и действует по принципу биологического общего пути. Она гетерогенна, и может быть условно разделена на биологическую и психологическую составляющие. Воздействие социального стресса сопряжено больше с инициацией болезни, однако роль отдельных случаев здесь часто невозможно установить. Для хронических расстройств значение стресса заключается в их поддержании. Главными медирующими факторами выступают личностные черты, психопатологические расстройства, хронические соматические расстройства и дефекты, общая чувствительность к патогенным воздействиям. Факторы предрасположенности обуславливают основную долю вариации уровня здоровья в популяции, причем эта вариация может практически полностью исчерпываться генетической вариацией.

Существуют серьезные доводы, подтверждающие такую позицию. Исследования боевого стресса считаются наиболее доказательным примером его этиологического значения. Исследование L.Robins (1983), проведенное на ветеранах войны во Вьетнаме, показало, что их уровень

адаптации через 2-3 года зависел от частоты участия в боях. Однако воздействие боев предсказывалась и прошлым девиантным поведением. Когда оно контролировалось, связи послевоенной адаптации с участием в боях не было. Причиной ложной связи выступал фактор селекции – распределение призванных на воинскую службу по предварительно имевшимся навыкам и умениям.

P.Warr (1987) предлагает различать базовое и ситуационное психическое здоровье. Базовое психическое здоровье рассматривается им как главный модератор воздействия особенностей окружения на актуальное психическое здоровье. Базовое психическое здоровье описывается автором как способность преодолевать повседневные трудности, дающая личности определенную автономию от окружения. Ситуационное же психическое здоровье отражает реальную стрессогенность влияния окружения.

Анализ Depue а. Monroe приводит к третьему ограничению использования опросников симптомов – неспецифичности получаемых при их помощи оценок. Требование специфичности в популяционных эпидемиологических исследованиях формулируется как необходимость оценки симптомов консистентно их клиническому использованию, причем оценка должна соответствовать определенной диагностической категории, принятой в клинической практике, что позволяло бы распределить обследованных по этим категориям на основании точных и эксплицитированных критериев (Bebbington, Hurry, Tennant, 1980).

Соответствующие шкалы, предназначенные для оценки тревоги, депрессии, общего состояния здоровья и т.п. скорее всего замеряют один и тот же параметр – уровень психологического дистресса (Thoits, 1983). Действительно, в последние годы наиболее предпочитаемыми для оценки дистресса в популяции стали шкалы депрессии, хотя их применение в этих целях и не имеет какого-либо методического обоснования.

Четвертым ограничением использования опросников симптомов является возможность получения, в психометрических терминах, ложно негативных оценок. В рассмотренном валидизационном исследовании Goldberg a. Blackwell оказались пропущены пациенты с гипоманиакальными состояниями, лица, страдающие деменцией, хроническими фобиями и другими моносимптоматическими состояниями (Goldberg, 1981).

I.Shedler, M.Martin a. M.Manis (1993) показали в трех своих исследованиях, что расценивать шкалы симптомов как имеющих "лицевую" (очевидную) валидность, неправомерно. В каждом исследовании испытуемые заполняли одну из стандартных шкал психического здоровья. В первом исследовании, охватившем 58 сотрудников и студентов университета штата Мичиган, параллельно проводилось клиническое обследование с использованием проективного теста ранних воспоминаний. Второе исследование было лабораторным: в трех группах студентов университета штата Орегон общим объемом 33 чел. изучалось влияние психологических стрессоров с одновременным мониторингом частоты сердечных сокращений. Третье исследование было посвящено Эго и когнитивному развитию, и охватило 74 учащихся сестринской школы региона побережья Сан-Франциско.

В этих исследованиях низкие оценки по шкалам симптомов демонстрировали две группы лиц - действительно здоровые и проявлявшие "иллюзию психического здоровья", то есть защитное отвержение психологического дистресса. В реакциях на психологический стресс субъекты с иллюзорным психическим здоровьем показали более высокий уровень сердечной реактивности и признаки защитного психодинамического процесса. Таким образом, шкалы симптомов у некоторых лиц дают оценку не психического здоровья, а защитного отвержения.

Ответы по вопросникам симптомов имеют некоторую кросс-культуральную вариацию. Систематические данные здесь были получены

на канадской популяции, сравнивавшейся с северо-американской. В цикле исследований F.Engelsman et al. (1972) изучались по англо- и франкоязычным версиям опросника Langner следующие субпопуляции. (1) Случайная выборка объемом 93 чел. из жителей центрального района Монреаля. (2) Матери, участвовавшие в экспериментальной программе связи семейного и школьного воспитания, в количестве 166 чел, из районов проживания низшего и среднего класса. (3) Случайная выборка жителей пригорода Монреаля объемом 288 чел. (4) Случайная выборка из сельской субпопуляции и пригородного района, расселявшихся в связи со строительством аэропорта, объемом 127 чел. (5) Группа сравнения из соседствующей общности. (6) Малая выборка амбулаторных психиатрических пациентов.

Основные выявленные различия наблюдались между англоязычной и франкоязычной частями обследованных субпопуляций, причем первые чаще демонстрировали тревогу и реже – психосоматические жалобы. Отмечались также и различия по параметру "город-село". Кластерный анализ показал, что методика замеряет некоторую общую черту или тенденцию реагирования. Авторы приводят собственные данные по Чехословакии, где шкала отражала не только уровень стресса, но и нейротизм. Вариация ответов в этом цикле исследований была сходной с североамериканской популяцией по параметрам пола и социально-экономического статуса, но отличалась по параметру возраста.

Y.-C.Lasry (1975) изучала по шкале Langner случайную выборку иммигрантов из Северной Африки, стратифицированную по времени прибытия в Канаду, объемом 480 чел. Общий уровень симптоматики у них практически не отличался от франко-канадцев. Также было обнаружено значительно более редкое предъявление психосоматических симптомов у англо-канадцев по сравнению с франко-канадцами, однако последние чаще демонстрировали депрессивную симптоматику, по сравнению с имми-

грантами. Северо-африканские иммигранты проявляли наивысший уровень тревоги в сравнении с другими этническими группами, однако с годами этот уровень снижался. В исследовании не удалось исключить фактора плохого психического здоровья до иммиграции. Тревога же была больше проявлением реакции на стресс, чем культуральной чертой.

S.Vernon a. R.Roberts (1981) на материалах Alameda County Study изучали уровень неспецифического психологического дистресса у представителей различных этнических групп. Для исследования были отобраны все чернокожие из "волны" 1974 г. и все мексикано-американцы молодого и среднего возраста из "волн" 1974 г. и 1975 г. Они интервьюировались через 4 года после проведения соответствующих "волн" (254 белых, 270 чернокожих и 181 мексикано-американец). Результаты показали практическое отсутствие культуральных различий – они обнаруживались лишь в вариации ответов, вызванной форматом предъявления шкальных стимулов. Приведенные результаты Lasry позволяют предположить, что шкалы симптомов достаточно чувствительны к культуральным различиям, однако сами изучавшиеся этнические группы имеют незначительную культуральную дистанцию между собой как результат адаптации к относительно однородному культуральному окружению.

Имеющиеся отечественные опросники симптомов не получили столь всесторонней эмпирической проверки и методологической критики. Г.Ф.Емельянова и С.В.Васильева (1990; Васильева, 1990) сообщают о методике выявления невротических расстройств, разработанной на основе обследования 515-и больных, находившихся на стационарном лечении, группы сравнения объемом 207 чел. и валидизационной выборки объемом 285 чел. Использование таксономического и дискриминантного анализа позволило правильно соотнести обследуемых с группами здоровых, повышенного риска и больных с вероятностью 85%–95%. Конечно, такой высокий уровень внешней валидности не присущ психометрическим процеду-

рам. Сходная процедура, использованная R.Finlay-Jones (1981) на материале 866-и женщин из пяти популяций, дала значительно меньший процент правильных соотнесений, хотя широта используемых категорий действительно позволила дать более правильную оценку, по сравнению с применением более дифференцированных диагностических критериев (у автора – PSE).

Л.Л.Дмитриева (1990) модифицировала методику УНП, выделив в ней шкалы астении, депрессии, тревоги и ипохондрии. Обследовав группу здоровых (82 чел.) и группу госпитализированных больных неврастенией (152 чел.), автор рекомендует методику для формализованной оценки невротических проявлений, включая субклинический уровень расстройств. Однако сама методика УНП, как показано выше (см. теоретический раздел), на популяционном уровне дает результаты, противоречащие теоретическим представлениям психиатрии и клиническому опыту.

Б.С.Фролов с соавт. (1991) обследовал при помощи опросника с последующей выборочной клинической оценкой 531-го солдата срочной службы из числа пополнения, и обнаружил в этой селективной по фактору здоровья субпопуляции почти 60% лиц с той или иной выраженностью нервно-психических расстройств, что приближается к максимальному уровню, установленному при помощи опросников симптомов для общей популяции в базисных исследованиях.

В целом описанные ограничения как в использовании агрегированных данных медицинской документации, так и в использовании шкал симптомов приводят к тому, что сегодня невозможно установить абсолютный уровень психических расстройств, так называемый их "истинный преваленс", в популяции. В.Dohrenwend (1986) приводит уровни преваленса для основных групп психических расстройств по данным около ста исследований, проведенных в США в 70-х – 80-х годах. В зависимости от

использованного методического подхода эти уровни различаются в десятки раз.

R.Cochrane (1983) предлагает использовать для характеристики уровня психических расстройств оба вида данных одновременно. Однако, как это полагают P.Bebbington, C.Tennant а. J.Hurry (1985), нельзя исключить, что расстройства в психиатрической практике отличаются от расстройств в общностях и в терминах симптомов, и в терминах реактивности при воздействии стресса.

Отсюда возможный тип вывода об уровне психических расстройств ограничивается либо сравнением различных популяций, обследованных по одной или сходным методикам, либо сравнением одной и той же популяции по одним и тем же индикаторам в различные периоды времени. В нашей стране сравнение популяций приобретает еще одну трудность. Большинство имеющихся данных получено на московской популяции, однако, как показывают М.М.Буркин и В.Г.Ротштейн (1991), по шизофрении, например, наблюдаются значительные различия между Москвой и другими регионами бывшего СССР. Сравнительный анализ, выполненный авторами по материалам г. Петрозаводска, показал, что здесь чаще оказывались не выявленными больные с непсихотическими формами и длительным течением заболевания, женщины.

Конечно, эти трудности не препятствуют установлению зависимостей уровня психических расстройств от воздействия тех или иных социальных факторов (Дубовиц, 1971). Использование популяционных данных для выводов о воздействии социального стресса порождает, однако, другую самостоятельную проблему – экологическую ошибку (Robinson, 1950). Поскольку первичные данные описывают индивидов, а экологическая корреляция устанавливается на статистической группе, имеется большое число индивидуальных корреляций, которые могут корреспондировать с данной экологической корреляцией. Индивидуальная и экологи-

ческая корреляции могут быть равны, если только внутригрупповая индивидуальная корреляция не меньше, чем индивидуальная межгрупповая. Практически это условие никогда не соблюдается, поэтому экологическая корреляция имеет тенденцию быть выше, чем индивидуальная. Отсюда экологическая корреляция не может рассматриваться как валидное отображение индивидуальной корреляции. Применение шкал симптомов для оценки психического здоровья популяций влечет за собой, кроме того, ряд этических и организационно-методических проблем, вообще присущих массовым медицинским обследованиям (см.: Массовые медицинские..., 1975).

Третьим основным показателем психического здоровья является уровень субъективного психологического благополучия (самочувствия). Определение субъективного благополучия, согласно E.Diener (1984), может быть дано по трем параметрам: субъективность, позитивные критерии и глобальность оценки всех аспектов жизни индивида. В своем психологическом содержании субъективное благополучие может пониматься как счастье, и рассматриваться в рамках психологических теорий – телеологических, боли – удовольствия, активности, черт и состояний, интеракционистских, когнитивистских, уровня притязаний.

В исследовании, проведенном Rand Corporation, проверялось предположение о неоднородности психического здоровья, оценивавшегося по параметру дистресса – психологического благополучия. Рассматривалась дискриминантная валидность двух- и пятифакторного решения в анализе ответов на вопросы о симптомах. Лучшим оказалось двухфакторное решение, то есть психическое здоровье описывается двумя коррелированными факторами – психологическим дистрессом и благополучием. Эта модель оказалась наиболее высоко предиктивной для такого практически важного показателя как амбулаторные посещения (Veit, Ware, 1983).

Сегодня положение о том, что психологическое самочувствие может быть правильно описано соотношением негативного и позитивного аффекта, стало общепринятым. М. Burke, A. Brief и J. George (1993) показывают, что негативная аффективность отражает тот же фактор в "большой пятерке" (активность, альтруизм, самоконтроль, интеллект, эмоциональная стабильность), что и нейротизм (эмоциональная стабильность). Это – диспозиционный параметр настроения, отражающий индивидуальные различия в негативной эмоциональности и Я-концепции. Авторы выдвигают предположение, что негативная аффективность может выступать и как черта, и как состояние личности, опосредуя субъективные оценки стресса и напряжения. Как черта негативная аффективность затрудняет выявление отношений между стрессом и напряжением, выступая неконтролируемым медиатором или модератором.

В этом аспекте чрезвычайно большое значение для эмпирических исследований русскоязычной популяции имеют данные Л.Р.Голдберга и А.Г.Шмелева (1993). Авторы использовали результаты исследования А.Г.Шмелева, В.И.Похилько и А.Ю.Козловской-Тельновой (1991), где 1650 слов, отражающих имплицитную теорию личности в русском языке, оценивались 84-ю экспертами-психологами с последующей факторизацией.

Л.Голдберг и А.Шмелев получили соответствие описывающих личность терминов английского и русского словариков. Для четырех факторов "большой пятерки" такое соответствие было найдено, но фактору эмоциональной стабильности (нейротизма) в русском словнике соответствовал фактор психопатизации. Авторы объясняют это отличие особенностями структуры данных и различиями в культурально детерминированном когнитивном стиле. Однако ясно, что если проявление негативной аффективности в англоязычной популяции преимущественно интернализированное, то в русскоязычной – экстернализованное, то есть имеет поведенческие эквиваленты с антисоциальным оттенком.

К состоянию субъективного благополучия тесно примыкает самооценка здоровья. Большое число исследований посвящено проблеме адекватности самооценки, то есть ее совпадению или отличию от оценки врачами. Приведем основные результаты этих исследований, обобщенные в обзорах E.Diener (1984) и S.Kasl (1980).

Связь между самооценкой здоровья и врачебной оценкой слабая, и лишь на 10% превышает случайную. Оценки врачей более неблагоприятны, почему большинство респондентов в популяции являются "оптимистами по здоровью". Они более вероятно: имеют лучшее моральное состояние и удовлетворенность; более активны; обращают меньше внимания на свое физическое состояние; имеют выраженную позитивную ориентацию на здоровье; принадлежат к профессиям умственного труда.

Значительно сильнее самооценка здоровья коррелирует с субъективным благополучием; - 0,32 по данным мета-анализа. Эта связь сильнее для женщин, и ослабляется при использовании объективных параметров оценки здоровья. Суждения врачей лучше отражают наличие определенных клинически очерченных состояний, тогда как самооценка ближе к социальной реальности респондента.

В целом, самооценка здоровья включена в общее моральное состояние и удовлетворенность индивида жизнью, а также в повседневную активность. Она соотносится с неким имплицитным субъективным стандартом, меняющимся в ходе транзаций жизненного цикла. Самооценка здоровья испытывает на себе крайне большое число влияний, в том числе и довольно неожиданных.

В исследовании Е.Д.Хомской, Е.Д.Будьки и И.В.Ефимовой (1995) изучались врачебная оценка, симптоматика, сердечно-сосудистая реактивность, уровень адаптации и самооценка здоровья 77-и студентов-мужчин в связи с межполушарной асимметрией. Левополушарная асимметрия оказалась ассоциированной с более высоким уровнем здоровья, оцени-

ваемого по объективным параметрам, однако и с более низкой самооценкой здоровья. Другими словами, у левополушарных отмечается низкая адекватность самооценки здоровья.

В самооценке здоровья наиболее ярко проявляются препятствия для установления валидных связей между социально-психологическими факторами и состоянием здоровья, возникающие из-за пациента. S.Henderson (1982) интерпретирует широкий круг абнормальных видов поведения, – незавершенные суициды, невротическую депрессию, ипохондрию, эрептофобию (психогенное покраснение), конверсионную истерию, психогенные боли, “неврозы нечастных случаев”, нейродерматиты, синдром Мюнхгаузена (псевдология), – как требование заботы и внимания со стороны ближайшего социального окружения. Эти состояния автор объединяет под термином анофелии (Офелия – требующая заботы и поддержки).

В последние годы значительный интерес исследователей привлекает близкий по клиническим проявлениям к анофелии феномен алекситимии. Этот термин, предложенный P.Sifneos (1972), означает неспособность выразить и описать свои чувства и переживания. Такие пациенты активно консультируются, обследуются и имеют повышенный риск иатрогенных осложнений. При использовании психометрических процедур оценки в отношении этих больных не надежны и не валидны (Willmott, 1989).

Алекситимию связывают с различными психопатологическими состояниями, чаще с шизофренией и невротическими расстройствами, хотя отмечена и повышенная склонность алекситимичных к развитию психосоматических заболеваний. В рамках психодинамического подхода алекситимия рассматривается как проявление психологических защитных механизмов (всесторонний обзор см.: Былкина, 1995).

В отечественном исследовании Д.Б.Ересько (1993), где алекситимия изучалась у 82-х больных невротизмом с контрольной группой объемом 52 чел., был установлен средний уровень алекситимии при невротизме вне зависимости от социально-демографических и всех других контролируемых факторов. Высокий же уровень алекситимии отмечался при повышении невротичности и соматизации состояния.

D.Mechanic (1972) дает социально-психологический анализ представления пациентами соматических жалоб. Новые телесные ощущения люди обычно оценивают путем сравнения с предыдущим опытом и своими антиципациями, основанными на опыте других и общих знаниях. Многие симптомы возникают настолько часто, что не рассматриваются людьми как проявление болезни. Нормальный атрибутивный процесс развивается в субъективное определение симптома, когда симптомы появляются на фоне переживания стресса и тревоги. Промежуточной переменной между ситуацией и реакцией здесь является самооценка, способная инкапсулировать тревогу, а следовательно, и снижать ранимость к некорректной атрибуции.

Оценка психического здоровья индивида возможна, наконец, по уровню его внешней (поведенческой) социальной адаптации (Ковалев, Гурович, 1987). Одна из первых попыток разработать, операционализировать и эмпирически верифицировать критерии адаптации к общности для выписанных из стационара пациентов принадлежит S.Roen et al. (1966). Авторы исходили из теории роли больного Т. (1958), и стремились объединить концепты "общности" и "адаптации". По 240-а шкалам бывшие пациенты фиксировали свои реакции в терминах своей деятельности и сфер жизни общности. Определялись три модуса реакции - актуальное поведение, чувства и перцепции. Исследование 66-и пациентов и сравнение с контролем показало, что пациенты менее адаптированы к общности в терминах поведения, однако по модусам чувств и перцепции

практически не отличались от контроля. A.Clare a. V.Carns (1979) предложили методику для оценки адаптации больных невротизмом, основанную на операционализации социального приспособления в основных сферах социальной жизнедеятельности.

Развитие процедур измерения социальной адаптации пошло в дальнейшем по пути разработки специализированных шкал для оценки функционирования индивида в главных социальных ролях, а также видов поведения, независимых от роли. Социальное приспособление соотносится с интеракцией пациента с другими людьми, удовлетворенностью и деятельностью в социальных ролях, но симптомы, первично отражающие внутреннее психологическое и психическое состояние, тоже могут влечь за собой нарушения социальных отношений. Взаимосвязь между этими двумя подходами к оценке социальной адаптации остается проблемой для дискуссий.

Для получения информации о социальной адаптации широко используются почтовые и телефонные опросы. Почтовые опросы часто дают недостаточно надежные данные, не удовлетворительно заполнение опросных листов, низка чувствительность используемых шкал. В этом виде опросов выше вероятность искажения информации по причинам, связанным с респондентом, в сравнении с опросами "лицом-к-лицу". Телефонные интервью порождают сходные проблемы, хотя полноту заполнения и реакции респондента в них легче контролировать.

Считается, что почтовые и телефонные интервью наиболее пригодны для катаретических исследований, когда бывшие пациенты избегают личного контакта или географически не доступны. Получаемая информация достаточно надежна для краткой и объективной оценки, и в противном случае будет утеряна (Weissman, 1975). Использование эпидемиологических методов в оценке социальной адаптации связано, кроме того со специальными проблемами определения релевантных факторов оценки,

их измерения, контроля, достижения высокого уровня ответов, формирования статистической группы для получения катamnестической информации (Kagan A., 1978^b).

Конечно, клинико-диагностический подход не является исчерпывающим при оценке состояния здоровья индивида хотя бы потому, что врач не дает прямой оценки переживаний пациента, а следовательно, и не может установить уникальность личностной природы симптомов (Willmott, 1989). Кроме того, расстройства должны рассматриваться не только в терминах "сущностей" психических болезней, но и в терминах измерений нарушенного поведения (O'Leary, 1972), что порождает весь круг проблем, связанный с диагностическим "этикетированием".

Отсюда, несмотря на всё развитие стандартизированного диагностического инструментария, сохраняет свое значение феноменологическое интервью, направленное на достижение понимания, и характеризующееся подлинным глубинным контактом между интервьюером и респондентом. Все концепции и конструкты, генерируемые относительно личности, не являются сами по себе реальностью, но создаются, чтобы организовать реальность, и имеют в своей основе человеческий опыт.

Центральной для феноменологического подхода является концепция субъективных значений. Когнитивное личностное структурирование реального мира обуславливает субъективный психологический комфорт и эффективное преодоление. Предшествующий опыт и антиципации создают аффективную окраску переживания реальности. Процесс структурирования жизненных случаев протекает в социальном контексте, вызывающем актуализацию негативных и позитивных реакций. Интенсивность и личностная паттернизация значений формируются, в свою очередь, в контексте субъективного опыта (Massarik, 1985).

Третьим основным источником ошибок исследовательского вывода о связи социально-психологических факторов и состояния здоровья явля-

ется процедура установления статистических отношений между социально-психологическими факторами и здоровьем. В эмпирическом социально-психологическом исследовании такая процедура реализуется в виде исследовательского плана. Различают три основных вида планов – экспериментальный, кросс-секционный и лонгитудинальный. Каждый из них имеет свои особенности применения в социально-психологическом исследовании здоровья, и должен оцениваться, прежде всего, по релевантности центральной исследовательской задаче – установления причинности в выявляемых статистических отношениях. Именно в проблеме причинности реализуются как объяснительная функция науки, так и имеющий чрезвычайно большое практическое значение вопрос социальной этиологии болезней.

Классическая схема лабораторного эксперимента находит весьма ограниченное применение в социальной психологии здоровья. Естественно, в полном объеме она не может быть реализована по этическим причинам. В исследованиях стресса лабораторные исследования максимизируют точность результата, но ограничены в том, что называют “экспериментальным реализмом”, а также во внешней валидности. Критическими проблемами лабораторного эксперимента являются: (а) ограниченность видов и уровней стрессогенного стимула; (б) концептуализация стресса лишь как антиципации угрозы, что порождает вопрос о мотивации, то есть может ли восприниматься угроза как реальная в искусственно созданной и субъективно мало значимой ситуации (McGrath, 1970^с) .

Отсюда проистекает значительный интерес исследователей к различным видам квази-экспериментальных планов, комбинирующих стратегии лабораторного эксперимента и полевого исследования. Наиболее распространен из квази-экспериментальных планов план с контрольной группой. Главная трудность обоснования делаемых с его помощью исследова-

тельских выводов – адекватность подбора такой группы. Обычно основная и контрольная группы выравниваются по демографическим параметрам, реже используются какие-либо индикаторы социального статуса.

Предполагается, что лица, не проявляющие признаков беспокойства, и не обращавшиеся за помощью по поводу изучаемого состояния, являются “нормальными”. Вместе с тем, обследования лиц, стремящихся к участию в исследованиях, показывают, что уровень психопатологии среди них выше, чем в общей популяции. В основе мотивации участия часто лежит желание получить психотерапевтическую помощь. Поэтому психологические переменные, гипотетически связанные с предметом исследования, должны выступать параметрами отбора контрольной группы, что практически крайне трудно осуществить (Offer, Sabshin, 1966, pp. 132-137).

Для некоторых специальных исследовательских целей предложены другие виды квази-экспериментальных планов. Одним из таких планов является “экспериментальная симуляция”, когда создается динамическое моделирование конкретного вида окружения для целевого поведения. “Симуляция” направлена на выявление эссенциальных компонентов интеракции индивида с окружением, и способна дать предиктивную информацию о будущих “случаях” (Streufert, Streufert, 1982). Для оценки эффективности психопрофилактических программ в производственном окружении предложен “внутригрупповой план” (план “одного случая”), где сравнение делается между состоянием одной и той же группы в различные временные периоды (Komaki, Jensen, 1986). Это краткое рассмотрение делает достаточно ясным причины столь ограниченного использования экспериментального плана в социально-психологических исследованиях здоровья.

Основной исследовательской стратегией в социальной психологии здоровья по сей день остается полевое исследование, выполненное по

кросс-секционному плану, и основанное на корреляционной методологии. Полевые исследования, в сравнении с лабораторными, максимизируют "экспериментальный реализм", поскольку используемые индикаторы обла- дают, как правило, лицевой (очевидной) внешней валидностью, но все- гда оставляют поводы для сомнений в точности и внутренней валидности (McGrath, 1970^с). Кросс-секционный план подразумевает, что все дан- ные об индивиде, включая и данные о жизненной истории, собираются одновременно. Следует отметить, что клиницист в своей практике имеет дело с кросс-секционной картиной (Klein, 1975).

"Сердцевинной" особенностью кросс-секционного плана является корреляционная методология. Конечно, корреляционный подход включен и в экспериментальный исследовательский план, но там его применение носит подчиненный характер (Prokop et al., 1991). Основной проблемой использования корреляционной методологии выступает невозможность ге- нерирования на основе выявленных корреляционных связей выводов о причинности. Последние достижения в области корреляционного анализа (методы перекрестно-ортогональных корреляций, сопутствия в непрерыв- ваемых временных сериях, путевого анализа) не снимают возможно-сти неоднозначных выводов (Корнилова, Щуранова, 1987).

Интерпретация корреляционных связей в рамках "циркулярной" (реципрокной) причинности, то есть когда вариация каждой переменной может рассматриваться и как причина, и как эффект вариации другой коррелирующей переменной, остается остро дискуссионной. Одни иссле- дователи допускают существование "циркулярной" причинности, другие же категорически отвергают такую возможность, рассматривая ее как попытку ухода от решения самого вопроса о причинности.

Другой проблемой кросс-секционного плана является ретроспек- тивный характер данных о социально-психологических факторах здоро- вья, подверженный влиянию искажений памяти. Эти искажения возможны и

по механизму естественного забывания, и по механизму аффективного вытеснения или модификации. Накоплен значительный объем эмпирических данных о проблеме искажения ретроспективных данных. Приведем здесь только два высоко демонстративных исследования.

Ю.С.Милованов (1989) по методике "оценивания пятилетних интервалов" А.Кроника обследовал 103 пациента психопатологической консультации г.Стрежевого, с контрольной группой 47 чел. Деформация субъективной картины жизненного пути была максимальной у пациентов с очерченными болезненными состояниями (38,4%), менее выраженной при легких расстройствах психического здоровья (29,4%), и не наблюдалась у "нормальных".

В исследовании Y.Laird et al. (1982) проверялась гипотеза о зависимости способности к воспоминанию (экфорированию) от консистентности вспоминаемого материала текущему эмоциональному состоянию. Соответствующее эмоциональное состояние индуцировалось через лицевую экспрессию. В первой экспериментальной серии, в которой участвовали 60 студентов младших курсов, использовались экспрессивные проявления улыбки и хмурости, а в качестве материала для воспоминаний давались сюжеты счастливого и агрессивного содержания. Во второй экспериментальной серии, где испытуемыми были 22 студента, предъявлялись отражавшие различные эмоции сентенции, с параллельными манипуляциями лицевой экспрессией.

Общим выводом эксперимента было соответствие между содержанием воспоминаний и экспрессией, влиявшее на время припоминания, а также значение для большинства субъектов ситуационных переменных. Отсюда авторы делают предположение об искажении воспоминаний при депрессивных состояниях, тревоге и т.п. В кабинете врача сама атмосфера помогает вспомнить прошлые угрозы и проблемы. Случаи сходного эмоцио-

нального тона ассоциируются, то есть если пациент стал вспоминать неприятные случаи, то ему легче вспомнить другие аналогичные случаи.

Подобные результаты привели к утвердившемуся в литературе мнению о исходно низкой надежности ретроспективных данных. Для ее повышения был эмпирически апробирован метод "семейной истории". В цикле исследований по надежности и валидности психиатрического диагноза R.Spitzer with coworkers. был разработан перечень критериев, предназначенных для получения диагностической информации от членов семей пациентов. Использование данной процедуры в четырех исследовательских центрах показало достаточно высокую чувствительность, но относительно низкую специфичность полученных при ее помощи данных. Наибольшая надежность данных была установлена для аффективных расстройств (Andreasen et al., 1977).

Исследование Y.Yager et al. (1981) было проведено на 104-х амбулаторных психиатрических пациентах и 105-и "нормальных" - сотрудниках университета и администраторах. В трех интервью, проведенных с интервалом в 2 мес., изучались "жизненные случаи" (по SRE), называвшиеся представителями основных выборок и их значимыми другими (родителями, детьми, сиблингами, друзьями и пр.). Основными результатами исследования были следующие. Пациенты сообщали о более высоком числе случаев, чем "нормальные", и это подтверждали их партнеры. Связь внутри пар в целом была низкой, причем партнеры чаще подтверждали отсутствие случаев, чем их наличие. Отсутствие связи между сообщениями представителей изучавшихся групп и их партнерами отмечалось в $\frac{2}{3}$ сообщений, причем наиболее низкая согласованность выявлялась по наиболее часто встречающимся случаям. Несмотря на большую наглядность, эти данные мало что говорят о пригодности метода "семейной истории". Как остроумно замечают по этому поводу сами ав-

торы, "...когда человек и его жена предоставляют несогласованные данные, мы не знаем, кто прав."

Систематический анализ результатов исследований надежности ретроспективных данных, выполненный C.Brewin, B.Andrews и I.Gotlib (1993), привел авторов к заключению, практически противоположному устоявшемуся мнению. Воспоминания о значимых переживаниях, в том числе, и детского возраста остаются точными и через длительное время. Автобиографическая память может меняться в плане количественных утверждений, но это ведет не к неточности воспоминаний, а к направленному их смещению. Взрослые точно и стабильно воспроизводят центральные особенности "случаев" своего детства.

Суждения других респондентов не свободны от ошибок и смещений, причем особенно подозрительны сообщения родителей. Не обнаруживается искажения воспоминаний при тревоге и депрессии, а также при колебаниях настроения в рамках нормального аффективного фона. Качество ретроспективных данных можно повысить при помощи структурирования методики сбора данных.

К проблеме надежности ретроспективных данных тесно примыкает проблема так называемых "ложных связей из-за респондента". Предполагается, что корреляционная методология выявляет связи, существующие между "случаями" окружения и состоянием здоровья, существующие в психике респондента, но не в реальности. Возможность такого вида ложных связей часто гипотезируется в литературе, однако нам не удалось обнаружить эмпирических данных, сколько-нибудь убедительно подтверждающих или, напротив, опровергающих их наличие.

Следующей проблемой корреляционной методологии является линейность связей между социально-психологическими источниками стресса и состоянием здоровья. Предположение о линейности означает, что чем больший уровень стресса устанавливается в окружении, тем сильнее бу-

дет его повреждающее действие на здоровье. Форма связей между стрессогенными характеристиками изучалась в двух исследованиях, выступающих базисными для психического здоровья в промышленности, хотя и реализованных на национальных выборках. Оба эти исследования исходили из "инженерной модели" стресса, и выполнены в Мичиганском университете.

Работа R.Kahn et al.(1964) включала в себя два исследования, результаты которых анализировались вместе. В первом исследовании изучались виды ролевого поведения, "стиль" и нормы организаций. Было изучено 53 фокальных роли на 66-и промышленных предприятиях. Фокальные личности интервьюировались дважды, и оценивались по двум группам переменных психического здоровья. (1) Переменные адаптации к производственному окружению – ролевое напряжение, баланс удовлетворенности – неудовлетворенности, качество интерперсональных отношений. (2) Особенности личности как медиаторы воздействия стресса. Ролевое давление оценивалось по материалам интервью с "отправителями" роли. Во втором исследовании, проведенном весной 1961 г., измерялось связанное с работой напряжение. Использовалась многостадийная вероятностная выборка, основанная на типе поселений, с последующим случайным отбором взрослых по домохозяйствам. Объем выборки составил 1300 чел., из которых 725 было занято на оплачиваемой работе.

Авторы выделили три модели, описывающие толерантность личности к воздействию стресса. (1) Простая линейная модель, описывающая монотонное возрастание напряжения (определявшегося по тревоге) с повышением уровня стресса. Индивидуальные различия определяют в этой модели степень наклона прямой. (2) Дифференциальная линейная модель, где для различных видов стрессоров имеются различные степени наклона прямой. (3) Пороговая модель, в которой индивидуальные различия выступают триггерами реакции на стресс, но само напряжение определяет-

ся факторами, отличными от стресса. Ни одна из этих моделей не дала адекватного описания полученных эмпирических зависимостей, что авторы объяснили многомерностью конструктов личности и стресса. Для каждой личности существует свой идиосинкратический набор стрессоров, к которой она чувствительна, причем для формирования чувствительности большое значение имеют мотивационные факторы.

Исследование двадцати трех профессий R.Caplan et al.(1980) было направлено на развитие эмпирически валидной теории психологического стресса и напряжения и получение результатов, приложимых к первичной профилактике, укреплению психологического благополучия и позитивного здоровья. Программа исследования включала 6 групп переменных: глобальное объективное окружение; субъективно воспринимаемое окружение; реакции – аффективные, физиологические и поведенческие, рассматривавшиеся как потенциальные прекурсоры болезни; болезнь – здоровье, включая и позитивные параметры оценки; социальная поддержка; личность.

Сбор данных был осуществлен на трех выборках. Первая, общая выборка включала респондентов 23-х профессий, отобранных по уровню стресса на рабочем месте. Единицы этой выборки в количестве 2010 чел., были размещены по 67-и организациям. В выборку включались только мужчины, занятые в дневную и вечернюю смены, чья работа не содержала контактов с физической или химической вредностью, и выразивших желание участвовать в исследовании. Вторая выборка включала 390 представителей некоторых профессий, отобранных из основной выборки для сбора данных по физиологическим параметрам. Третья выборка, объемом 918 чел., также извлеченная из общей выборки, была сделана для обеспечения равного представительства профессий.

Репликация этого исследования была выполнена в Нидерландах (de Wolff, 1986). Адаптированный вопросник для организационного стресса

был дополнен вопросниками для изучения организаций: – для изучения фокальной личности и для изучения ролевого набора. Исследование охватило 578 участников, представлявших 123 ролевых набора, – руководителей среднего звена, работавших в 3-х крупных и 14-и средних по размеру компаниях различных отраслей промышленности.

По материалам, полученным в описанном исследовании, N. Van Dijkhuisen (1980) разработал статистические модели, связывающие стресс окружения с состоянием напряжения в производственной ситуации. Для всех звеньев “инженерной модели” стресса тестировались гипотезированные формы связи: – линейная, J-образная и инвертированная J-образная, U-образная и инвертированная U-образная, кубические и квартильные. Наиболее распространенными являлись линейные и нарастающие J-образные формы связи. Другие виды кривых встречались только среди отдельных социально-демографических групп респондентов. Общей характеристикой связей внутри “инженерной модели” выступает то, что большинство из них не линейны, или только комбинируются с линейными. При использовании техник корреляционного анализа, основанных на предположении о линейности, сила связей, следовательно, недооценивается.

Ни один из изучавшихся в исследовании видов соматической патологии не был полностью связан с психосоциальным стрессом. Личностные же переменные влияли на каждое из звеньев цепи в последовательной модели связи воздействия стрессора с проявлениями поведенческого и физиологического напряжения. Применение факторного анализа показало, что факторные модели хорошо линеаризуют статистические отношения, однако не дают новой информации.

Другой проблемой корреляционной методологии является множественная причинность. При заболеваниях, где нет специфического болезнетворного агента, действует очень большое количество причин, однако

в различных популяциях или у различных индивидов одни причины действуют, а другие – нет. Одна и та же причина может быть включена в этиологию различных болезней, или ни одной. Группа причин может быть связана с одной общей болезнью. Эти причины действуют разными путями – некоторые важны в ранней жизни, некоторые – позже, одни вызывают болезнь, другие приводят к ее прогрессированию, некоторые влияют прямо, другие – опосредованно. Все факторы, имеющие этиологическое значение, к тому же связаны между собой, и взаимодействуют друг с другом при возникновении и течении любого конкретного заболевания (Morris, 1964; Syme, 1984).

Проблема множественной причинности порождает исследовательскую ситуацию, названную Y.Singer a. L.Davidson (1986) "парадоксом интерпретативного подхода", когда нужно учесть так много переменных, что они не могут быть изучены в одном исследовании. Сходная проблема возникает и в исследованиях связанного со здоровьем поведения при необходимости учета факторов социокультурального контекста (McQueen, 1988).

Еще одной проблемой корреляционной методологии следует полагать учет и адекватную операционализацию промежуточных переменных. Главной такой переменной, выполняющей медиаторную или модераторную функцию, безусловно, выступает личность. Как отмечает R.Payne (1989), многие люди в популяции проявляют симптомы стресса не потому, что они страдают от повышенного уровня стресса, а потому, что предрасположены воспринимать мир как угрожающий. Еще на раннем этапе эмпирических исследований стресса L.Simmons a. H.Wolff (1954, p. 114) называли основным недостатком корреляционного подхода то, что нельзя на индивидуальном уровне ожидать консистентной связи "...между "прискорбными условиями" и инцидентом или типом симпто-

мов", выявляющейся путем реализации корреляционной методологии на статистических группах.

Однако попытки учета фактора личности в обоих рассмотренных исследованиях Мичиганского университета оказались фактически безуспешными, хотя в исследовании R.Kahn with cowork. изучались структурные параметры личности (тревога, экстраверсия – интроверсия, гибкость – ригидность), а в исследовании R.Caplan with cowork, – и динамические (тип А, гибкость, утверждение "хорошего Я" – отвержение "плохого Я"). Действительно, индивидуальные различия могут проявляться в восприятии стрессогенного окружения, выступать собственно модераторами отношения "стресс-напряжение" и обуславливать стиль преодоления (Payne, 1989). Введение даже когнитивного компонента транзактной модели стресса чрезвычайно усложняет причинные модели, как убедительно демонстрирует выполненный Y.Singer а. L.Davidson (1986) анализ модели производственного абсентеизма, включающей сердечно-сосудистые заболевания.

Подход к личности в психологии основан на стремлении дать глобальное определение стабильных по отношению к контексту и времени особенностей индивида, обеспечивающих широкое причинное объяснение поведения. Ситуационный подход, напротив, основан на предположении, что всё поведение внутренне не консистентно, то есть идиосинкратично конкретному окружению. Компромиссным является путь определения отдельных видов поведения как выражения устойчивых черт или ситуационно обусловленных состояний личности (обсуждение с позиций системного подхода см.: Богданов, 1987).

Несомненна связь черт с базисным, а состояний – с ситуационным (текущим) психическим здоровьем по Warr, на что справедливо обращает внимание R.Payne (op. cit). Однако определение того или иного класса

поведения как проявления черты или состояния представляет собой сложную задачу.

Это хорошо видно на примере агрессивности. Интенсивные вспышки физической и/или вербальной агрессии, представляющие особый вызов обществу, описываются как эксплозивность, которая может интерпретироваться как дефицит социальных навыков, атипичное протекание когнитивных процессов, следствие особого физиологического состояния, социальное подкрепление предыдущих эксплозивных эпизодов (Frederiksen, Rainwater N., 1981).

А.В.Махнач (1995) изучал группу альпинистов размером 27 чел. в эксперименте по воздействию стрессогенного окружения, созданного при помощи барокамеры, а затем – в естественной ситуации восхождения. Испытуемые обследовались по широкому кругу психодиагностических тестов, с последующей факторизацией полученных оценок. Относительно стабильным был лишь фактор, отражающий тревожность. Позитивная аффективность проявлялась в факторе лидерства, а негативная – в факторе агрессии. Из изложенных же выше представлений о “большой пятерке” следует, что в случае устойчивости личностных проявлений и тревожность, и агрессия должны были бы для русскоязычных тестовых методик отражать один стабильный фактор – негативную аффективность.

Y.Gornly a. W.Edelberg (1974) предприняли экспериментальное исследование для установления валидности оценки агрессивности студентов-мужчин со стороны сверстников. В группе объемом 16 чел. формировались пары с высокой и низкой агрессивностью по оценке сверстников. Затем интеракция в парах оценивалась непрофессиональными экспертами, испытуемые давали самооценку своей агрессивности. Суждения экспертов и сверстников оказались высоко конвергирующими, что позволило авторам интерпретировать агрессивность как личностную черту. Самооценки же конвергировали с оценками со стороны только средне.

Оценки экспертов основывались на уверенности в себе, тенденции личности к самоутверждению, продолжительности прямого глазного контакта. Агрессивность изначально определялась авторами как проявление социальной доминантности (лидерства, ср. с результатами А.Махнача). Обсуждая полученные данные, авторы справедливо настаивают на подобной эмпирической валидизации для каждого вида поведения, рассматриваемого как проявление личностной черты.

Сравнение результатов даже этих двух исследований обнаруживает существенные противоречия в выводах, могущие иметь источники в широком круге причин, от культуральных особенностей до методических различий, установить роль которых могут лишь дополнительные эмпирические исследования. Учитывая количество слов, описывающих личностные черты в естественных языках, а также эффекты возможных сочетаний черт, решение подобной задачи вряд ли будет достигнуто в обозримом будущем. Отсюда понятен вновь возросший интерес исследователей к интегративной клинической оценке личности, отражающей личностное расстройство. Конечно, понятие личности здесь имеет мало отношения к психологическим теориям личности, а существующие диагностические классификации не отвечают требованиям надежности и валидности, предъявляемым к психодиагностической процедуре (анализ см.: Powell, 1984).

Наибольшее признание из подобных подходов получила классификация R.Kahana а. G.Bibring (1964). Авторы выделяют семь категорий классификации, из которых первые три представляют собой личностные типы, оказывающие прямое влияние на поведение, и соотносящиеся со специфическими периодами детства, а заключительные четыре - ведущие аттитюды, представляющие собой защитные реакции, направленные против импульсов, происходящих от этих стадий развития.

Это следующие типы. (1) Зависимая, сверхтребовательная (оральная) личность. (2) Упорядоченная, контролирующая (компульсивная) личность. (3) Драматизирующая, эмоционально включенная (истерическая) личность. (4) Продолжительно страдающая и жертвующая собой (мазохистическая) личность. (5) Настороженная, кверулирующая (параноидная) личность. (6) Личность с чувством превосходства (нарциссическая). (7) Не-включенная и отгороженная (шизоидная) личность. Эта классификация, как подчеркивают Kahana a. Bibring, не подразумевает сама по себе личностного расстройства, и соотносится с хорошо функционирующей личностью, однако наиболее приложима к личности в стрессогенной ситуации. H. Leigh a. M. Reiser (1985) модифицировали данную классификацию, в значительной мере освободив ее от психоаналитических интерпретаций и сделав пригодной для использования в формализованной процедуре ("оценочная решетка пациента", см. теоретический раздел). Кроме того, авторы дополнили классификацию еще двумя личностными типами. (8) Импульсивные (с тенденцией постоянно действовать) личности. (9) Личности с колебаниями настроения (циклотимические).

Все рассмотренные в данном разделе проблемы, в той или иной степени связанные с корреляционной методологией, от проблемы измерения состояния здоровья до промежуточных переменных, находят свое концентрированное выражение в проблеме статистического характера — низких корреляциях между социально-психологическими факторами и индикаторами состояния здоровья. Действительно, типичный уровень корреляции в исследованиях не превышает 0,30, то есть социально-психологические факторы, в лучшем случае, предсказывают 9% вариации в болезнях (Rabkin, Struening, 1976), и практически никогда не объясняют свыше 10% этой вариации (Cochrane R., Sobol, 1980).

Помимо уже обсуждавшихся проблем, приводящих к снижению уровня корреляций, в последние годы активно обсуждается возможное влияние еще одной промежуточной переменной – социальной поддержки. Однако социальная поддержка сама может быть результатом проявления личностных факторов, а когда эффект расстройства контролируется, она дает лишь от 0% до 1% вариации в болезненных состояниях (Depue, Monroe, 1985).

В то же время, как справедливо отмечают M.Frese и D.Zap (1989), причины низких корреляций нельзя сводить лишь к методическим проблемам исследований, выполненных в рамках корреляционной методологии. Полученные в полевом исследовании корреляции обычно отражают какую-либо одну сферу источников стресса, тогда как личность подвержена воздействию различных таких сфер. В дисфункциональное состояние личности, помимо того, вносит свой вклад ранний жизненный опыт и биологические факторы. Высокие же корреляции часто отражают тривиальные зависимости.

Учитывая все ограничения, вытекающие из “непрямого” характера знания, полученного на основе корреляционной методологии, нельзя не принимать во внимание того, что очень большое число исследований показывает связь заболеваемости и смертности, консистентную для различных популяций, с полом, возрастом, образованием, бедностью, семейным статусом, социальной интеграцией, занятостью и стабильностью условий жизни (Mechanic, 1985).

Для повышения обоснованности причинного вывода необходимым признается проведение лонгитудинальных исследований, то есть таких, где сбор первичной информации производится в различных временных точках. Отсюда получается информация о временной последовательности в актуальном состоянии как факториальных, так и результирующих пере-

менных. Как особые виды лонгитудинального плана выделяются ретроспективные и проспективные исследования (Tantam, 1984^b).

Под ретроспективными исследованиями, когда они выполняются в рамках лонгитудинального плана, подразумеваются исследования с follow-up (в отечественной литературе – катам-нестические). Обычно такие исследования проводятся для оценки эффективности вмешательства, и тогда по плану схожи с лабораторным экспериментом (Robins L., 1972). Их результаты меньше подвержены действию фактора самоселекции респондентов, однако значительные трудности вызывают установление временного интервала оценки и влияние за это время различных неконтролируемых факторов (O'Donnel, 1973). Во избежание терминологической путаницы с ретроспективными данными, на которых основан кросс-секционный план, многие исследователи предпочитают обозначать ретроспективный лонгитудинальный план как не-проспективный план с follow-up.

Проспективные лонгитудинальные (когортные) исследования основаны на сборе в первоначальной точке времени тех данных, которые не могут быть собраны из-за нарушения нормальной жизни субъекта (учебы, ареста, госпитализации и т.п.), с последующим либо непосредственным изучением, либо накоплением “нормальных” жизненных сведений. Этот исследовательский план привлекателен для решения проблемы “курицы или яйца” в отношениях, воспроизводящихся в кросс-секционных исследованиях (Robins L., 1973). Так, один из последних обзоров психологических переменных, влияющих на состояние здоровья (Adler, 1994), построен только на данных исследований, выполненных по какой-либо модификации лонгитудинального плана.

Однако сам по себе лонгитудинальный план не является достаточно совершенным методическим инструментом для решения проблемы причинности. Основными трудностями здесь являются следующие. (1) Сохра-

нение первоначальной выборки субъектов в течение всего времени проведения исследования. (2) Включение в выборку субъектов, обладающих существенными для целей исследования признаками. (3) Отбор факторов, влияющих на здоровье, в отличие от факторов, обеспечивающих выживание субъектов в поздних стадиях жизненного цикла. (4) Ограниченность генерализации выводов, основанных на изучении какой-то одной сферы жизни субъектов (Yaso, 1970). Для отечественной науки особое значение приобретает и еще одно ограничение лонгитудинальных исследований. Построение адекватного набора программных вопросов для них не может быть осуществлено без предварительной аккумуляции результатов кросс-секционных исследований по данной проблеме в данной популяции (Talaga, Beehr, 1989).

Описанная ситуация приводит к тому, что ни один исследовательский план не может быть признан совершенным, и ни одно исследование не свободно от недостатков (Syme, 1984). Отсюда вытекают два важных положения для исследовательской практики. Во-первых, реальные эмпирические исследования чаще всего сочетают в себе элементы различных исследовательских планов. В качестве примера можно привести использование корреляционной методологии в лонгитудинальных исследованиях в виде кросс-лаговых панельных корреляций для объяснения агрегации данных во времени (Kenny, 1975). Во-вторых, выводы о причинности допустимо делать только на основе обнаружения консистентных паттернов результатов в значительных по объему массивах данных, полученных с использованием различных методологических подходов (Kasl, 1983; Syme, 1984). Параллельно накоплению такой "критической массы" результатов интенсивно развиваются количественные методы мета-анализа данных независимых исследований, основанные как на традиционных, так и специально разрабатываемых статистических мерах (Cooper H., 1984; Rosenthal, 1978).

В исследовании Н.Коoper а. R.Rosenthal (1980) убедительно обосновываются преимущества статистических методов мета-анализа по сравнению с обзором, выполненным традиционным способом. Девяти профессорам и тридцати двум студентам отдела психологии университета штата Миссури предлагалось оценить отчеты о 7-и исследованиях. Применение статистических методов увеличивало поддержку содержащейся в отчетах гипотезы и оценку величины эффекта, но не влияло на отношение к будущим исследованиям проблемы.

Конечно, основным источником трудностей, возникающих относительно установления причинности, выступает не столько методическое несовершенство исследований, сколько концептуальное противоречие между психологическим пониманием дистресса и клиническим пониманием расстройства (Bebbington, 1986). Наглядным примером здесь может служить рассмотренное выше исследование в промышленности ФРГ, выполненное М.Фрезе (1985, repr. 1991).

В исследовании проверялись четыре гипотезы, альтернативные той, что стресс является причиной психосоматических жалоб: (а) при измерении стресса по субъективным параметрам, корреляция является ложной из-за промежуточных переменных; (б) при измерении стресса по объективным параметрам корреляция является ложной из-за третьей (скрытой) переменной; (в) психосоматические жалобы выступают причинным фактором стресса – реверсивное отношение; (г) отношение стресса к психосоматическим жалобам существует только для определенных людей. В качестве третьей переменной рассматривались пять возможных классов переменных (низкий социальный статус, финансовые трудности и связанные с ними факторы, возраст, агравация состояния при стрессогенной работе). Альтернативные объяснения проверялись путем объективного измерения стресса, оценки внепроизводственного стресса, лон-

титудинальным исследованием и кросс-валидизацией двух кросс-секционных исследований.

Использованная процедура позволила автору отвергнуть все альтернативные объяснения. Влияние психологического стресса оказалось не подтвержденным оценочному восприятию субъекта. Главной детерминантой субъективно воспринимаемого стресса выступало объективное производственной окружение, воздействовавшее на появление психосоматических жалоб. Хотя сам M.Frese подчеркивал, что результаты исследования не могут рассматриваться как заключительные, они длительное время приводились в литературе как безусловно доказательные для причинной роли стресса. Только анализ R.Depue и S.Monroe, основанный на клинко-синдромологических представлениях, и учитывающий существование длительно текущих хронизированных расстройств в популяции, позволил показать ограничения примененной Frese процедуры для генерации вывода о причинности.

M.Sexton (1979) формулирует следующие правила для определения причинности связи. (1) Устанавливаемая связь должна быть достаточно сильной. (2) Данные о наличии связи должны быть консистентны с данными других исследований. (3) Связь должна быть специфичной, то есть более чем один фактор должен быть связан с одной и только одной болезнью. (4) Должны соблюдаться временные отношения, то есть возникновение фактора должно предшествовать возникновению болезни. (5) Должен существовать биологический градиент, то есть повышение уровня воздействия фактора должно сопровождаться повышением частоты или утяжелением течения болезни. (6) Данные должны быть приемлемы с биологической точки зрения, то есть совпадать с существующими медицинскими представлениями. (7) Данные должны быть когерентны, то есть совместимы с другими фактами о факторе и болезни (см. также: Копанев, Власов, 1989).

Конечно, в социальной психологии здоровья сегодня установлено мало связей, удовлетворяющих всем приведенным критериям. Главной дилеммой эпидемиологического подхода в проблеме причинности остается "обмен" между внутренней валидностью, отражающей причинность, и внешней валидностью, обеспечивающей генерализуемость результатов (Kasl, 1983). Отсюда вытекает и значение теоретических моделей в социальной психологии здоровья.

Поскольку целью эмпирических исследований в этой области обычно выступает эффективное вмешательство, теоретизирование начинается, как правило, после получения результатов (Taylor S., 1984). Соответствие результатов предикциям, делаемым на основе формализованных теоретических моделей, позволяет обеспечить генерализуемость на сферы, описываемые этими моделями, сохраняя внутреннюю валидность, необходимую для суждений о причинности (McGrath, 1970^c). Применение эпидемиологического подхода чрезвычайно редко приводит к каким-либо открытиям. Его место в кругу других методов социальной психологии здоровья ёмко формулирует Y. Zubin (1968). Без клиницистов не было бы вопросов, требующих ответов, без феноменологов было бы нечего замерять, а без эпидемиологов (у автора — биометриков) не было бы ответов на поставленные вопросы.

Наш цикл эмпирических социально-психологических исследований здоровья, состоящий из 15-и исследований, охватывающих проблематику как социально-психологических факторов в этиологии болезней, так и поведения, связанного со здоровьем и болезнью, был выполнен за период 1975–96 гг. исходя из изложенных конкретно-методологических предпосылок.

Раздел социально-психологических факторов этиологии достаточно полно представлен в наших публикациях, поэтому дальнейшее изложение фокусируется на связанном со здоровьем и болезнью поведении. Эмпирическая база изложения названной проблематики сформирована материалами 11-и наших исследований (табл. 1.)

Таблица 1

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. Трех-ступенчатая территориальная (типическая стратифицированная) выборка, 2409 чел., 1979–80 гг.	Корреляционный анализ
2.	Коллектива объединения "Невский завод" (г. Санкт-Петербург)	Анкетный опрос и скрининговая процедура по гнездовой 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 1
(окончание)

Характеристика исследований – эмпирической основы диссертации

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., 1989 г.	Корреляционный, дискриминантный и таксономический анализ
8.	Контингента тяжёлых психически больных (г.Санкт-Петербург)	Статистическая разработка данных по 232 чел., пользовавшихся в течении 1990 г. на особо беспокойном отделении 3-ей городской психиатрической больницы	Корреляционный и дисперсионный анализ
9.	Зерафшанское	а. Анкетный опрос (по анамнестическому и медицинскому вопросам) 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., 1990 г.	Корреляционный и факторный анализ
10.	Эффективности метода "целебного зорка" (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., 1996 г.	Корреляционный и множественный регрессионный анализ

В этих исследованиях использован широкий круг методов и подходов. Помимо различных вариантов опросного метода (анкетный, анкета-интервью, почтовый и телефонный опросы) для сбора первичной информации применялись методы: медико-статистический, в совокупности с корреляционной методологией и выборочным методом представляющий собой социально-эпидемиологический метод; клинико-диагностический, в рамках корреляционной методологии выступающий как клинико-эпидемиологический метод; катamnестический; феноменологический; контент-анализ; психодиагностический, с использованием разработанной нами шкалы симптомов, измеряющей нервно-психическую адаптацию индивида.

Из современных методов обработки данных в этом цикле исследований широко представлены методы многомерного статистического анализа: дисперсионный, факторный, таксономический, дискриминантный лог-линейный и множественный регрессионный анализ.

Глава 3. Поведение, связанное со здоровьем и болезнью

§ 1. Основные теоретические модели

Исходя из положения В.А. Ядова (1995) о тенденции к политеоретическому анализу социальных процессов в современной науке, перейдём к рассмотрению основных теоретических моделей, лежащих в основе социально-психологического подхода к поведению, связанному со здоровьем. Для их систематизации используем схему, предложенную Г.М.Андреевой (1975), и разделяющую все теоретические направления в социальной психологии на психоаналитические, бихевиористские, когнитивистские и "социологические" теории.

В изучении поведения, связанного со здоровьем, наиболее широко признаваемой общей его категоризацией является предложенная S.Kasl а. S.Cobb (1966^a). Под таким поведением авторы подразумевают любую предпринимаемую личностью активность, основанную на убеждении, что подобная активность служит целям здоровья, предупреждения болезни или выявления болезни на асимптоматической стадии течения. Поведение, связанное с болезнью, – соответственно, любая активность, приводящая личность к чувству болезни, и направленная на определение своего здоровья, а также обнаружение пригодных для лечения средств. Поведение в роли больного – активность, предпринимаемая человеком, обозначившим себя как больного, направленная на достижение выздоровления.

Этот социально-психологический подход Kasl а. Cobb основан на схеме, характерной для прогрессирования большинства болезней, и включающей следующие стадии: (1) здоровье; (2) асимптоматическая болезнь, доступная обнаружению; (3) имеющая симптомы, но еще не диагностированная болезнь; (4) манифестная форма диагностируемой болезни; (5) течение болезни под влиянием лечения; (6) болезнь после лечения, –вылеченная или перешедшая в хроническую форму, – или смерть.

Рассматриваемые далее теоретические модели эксплицируют социально-психологический подход к описанному процессу.

Модель убеждений о здоровье, – “Health – Belief –Model”, НВМ, – является исторически первой и наиболее широко используемой в современных социально-психологических исследованиях здоровья (Rosenstock, 1969; Rosenstock, Kirscht, 1979; Becker et al., 1979; Becker, Rosenstock, 1984). В своем первоначальном варианте НВМ была предназначена для описания коррелятов принятия решения об обращении за превентивной медицинской помощью, то есть при отсутствии симптомов заболевания.

Модель подразумевает, что центральное значение для принятия подобных решений принадлежит мотивации, необходимой при восприятии соответствующей информации и действиях. Мотивированная личность воспринимает информацию селективно, в соответствии со своими мотивами. Люди, не заинтересованные в определенных аспектах своего здоровья, не будут воспринимать материал относительно данного аспекта здоровья, а если и воспримут, то не смогут его заучить или использовать.

НВМ включает два основных класса переменных: (1) психологическое состояние готовности к определенным специфическим действиям и (2) степень, в которой личность убеждена в способности таких действий редуцировать угрозу. Главными параметрами наличия готовности к действию являются: (а) степень, в которой индивид чувствует свою ранимость к влиянию конкретной угрозы здоровью и, (б) степень, в которой он предполагает серьезные последствия для себя в случае противоположных рекомендуемым действий. Готовность к действию рассматривается в модели на интеллектуальном и эмоциональном уровнях, причем в терминах индивида, а не профессионалов.

Готовность основывается на следующих убеждениях. (1) Воспринятая чувствительность к конкретным болезненным состояниям. (2) Вос-

принятая серьезность состояния. Она определяется: (а) степенью эмоционального возбуждения, создаваемого мыслью о состоянии; (б) трудностями, которыми, по убеждению индивида, болезнь может ему создать по своим медицинским и социальным последствиям. (3) Воспринятые выгоды от действий. Они определяются убеждениями об относительной эффективности различных пригодных альтернатив, об их выгодах для субъекта. (4) Воспринятые барьеры действий. Действие может рассматриваться как полезное для редукции угрозы болезни, но требующие больших затрат, неудобное, неприятное, болезненное или выводящее из равновесия. Такие воспринятые мотивы вызывают конфликтующие вторичные мотивы отвержения.

При высоких и готовности, и воспринимаемых барьерах конфликт трудноразрешим, равно вероятны любые альтернативные действия. Если же альтернативные действия невозможны, возникает одна из двух реакций: (а) психологический уход от ситуации в виде действий, реально не редуцирующих угрозу; (б) нарастание тревоги и страха с последующей неспособностью к объективной оценке и рациональному поведению. (5) Триггерные факторы, или мотивирующие "намек", необходимые для инициации описанного процесса. Эти "намек" могут быть внутренними, то есть исходить из восприятия своего телесного состояния, или внешними, исходящими из информации, полученной при межличностном общении или из сообщений средств массовой информации.

Исследование, выполненное авторами модели в 1963 г. по вероятностной выборке объемом 1500 чел, показало, что воспринятые чувствительность и тяжесть заболевания не объясняли большую часть вариации в последующем превентивном или диагностическом поведении. Когда же описанная констелляция убеждений существовала, представленность триггеров приводила к желаемой реакции.

В исследованиях согласия с медицинскими рекомендациями

(комплайенса) модель рассматривалась как основанная на концепции вальентности, то есть аттрактивности цели для индивида и субъективной вероятности достижения этой цели. Социодемографические и структурные факторы могут влиять на восприятие и убеждения индивида, но не выступают непосредственными причинами для комплайенса.

В исследовании подросткового ожирения Becker et al. изучались матери, обратившиеся по данному поводу со своими детьми в детскую поликлинику с 1973 г. по 1975 г. Матери рассматривались как "ответственные другие", их мотивация поведения и перцепция, связанные со здоровьем, выступали в качестве предикторов поведения по снижению веса у ребенка. Модифицированная для педиатрической практики НВМ включала: (1) общую мотивацию здоровья; (2) чувствительность к (уже имеющейся) болезни; (3) общую веру во врачей и медицинскую помощь; (4) характеристики отношений "врач – больной". По уровню воспринимаемой угрозы матери делились на группы с высоким и низким страхом, имелись две контрольные группы, где вмешательства не было.

Параметры НВМ сводились в индексы и коррелировались. Замеры производились каждые две недели в течение двух месяцев. Во всех этапах исследования участвовали 62 матери. Выраженность убеждений о здоровье была больше в начале лечения. Уровень воспринятой угрозы не определялся степенью избыточности веса. Высоко предиктивными для снижения веса ре-оценка оказались общее значение здоровья для матери и ее восприятие угрозы для ребенка. Специфические знания о весе и диете приобретали важность с течением времени. Таким образом, НВМ оказалась высоко успешной в объяснении и предсказании как приверженности матери предписанному ребенку режиму, так и посещения врача. Сходные данные были получены авторами и при гипертензии. Becker a. Rosenstock проанализировали 12 исследований, где НВМ прилагалась к роли больного, и показали, что модель часто давала здесь полезные

результаты.

Основные направления критики НВМ сводятся к неоправданному акцентированию в модели субъективных факторов (Epstein, Ossip, 1979), предстающих в виде абстрактных концептуальных убеждений (Stone, 1979). Анализ модели, выполненный В. а. K.Wallston`s (1984), показал, что четыре основных фактора готовности содержат 11 переменных, а категории модифицирующих и поддерживающих поведение факторов – 23 переменных. Консистентная операционализация переменных отсутствует, отношения между ними не специфицированы. В результате теория становится непроверяемой, то есть не может быть ни подтверждена, ни опровергнута. Действительно, до сего дня не существует исследований, которые включали бы все переменные модели.

L.Epstein а. D.Ossip (1979) предлагают использовать в качестве теоретической рамки изучения болезни как формы человеческого поведения биокультуральную модель Н.Fabrega (1979). Здесь выделяют три пути манифестации болезни в поведении. (1) Интерференция с определенным видом поведения. В комбинации с требованиями отдельных социальных групп показывает уровень затрат личности на болезнь. (2) Нарушение поведения личности в основных социальных ролях – профессиональных, семейных, рекреационных и религиозных. (3) Влияние на когнитивную сферу, проявляющееся в психологическом дискомфорте, эмоциональных нарушениях, моральной дискредитации или нарушении физической интеграции.

Принятие решения об обращении за медицинской помощью и начале лечения проходит следующие стадии: (1) осознание болезни и появление этикетки для ее обозначения; (2) оценка опасности болезни; (3) формирование плана лечения; (4) оценка эффективности этого плана для излечения; (5) оценка выгод лечения; (6) оценка затрат лечения; (7) сопоставление затрат и выгод; (8) переработка плана лечения с пере-

оценкой своего состояния; (9) возвращение к стадии (1). Поведение в этой модели выступает основной зависимой от оценки затрат и выгод переменной.

Модель "параллельных реакций" Н. Leventhal (Leventhal, Meyer, Nerenz, 1980; Leventhal, Hirschman, 1982; Leventhal, Nerenz, Steele, 1984; Leventhal, Nerenz, 1985; Leventhal, Prohaska, Hirschman, 1985) имеет своим основным содержанием условия соблюдения в течение длительного времени рекомендаций по сохранению и укреплению здоровья. Основной стратегией анализа выступает пошаговая модель коммуникации. (1) Сообщение с некоторым содержанием конструируется и посылается от источника к реципиенту. (2) Сообщение привлекает внимание и воспринимается для какой-то цели. (3) Цель определяет интерпретацию значения сообщения по отношению к уже имеющимся концепциям. (4) Реципиент удерживает сообщение в памяти. (5) Если индивид воспринимает сообщение лично, то он изменяет свои установки. (6) Личность на этой основе меняет свое поведение.

Исходной точкой разработки модели послужили исследования Leventhal по вызывающей страх коммуникации и контролю дистресса. В экспериментах комплаенс с превентивными рекомендациями сравнивался при различном уровне страха, вызванного угрожающей коммуникацией. Страх комбинировался с другими переменными, такими как инструкция по выполнению превентивных действий, информация об эффективности действия, ранимость, самооценка. Результаты экспериментов показали, что, страх не был необходимым, и даже достаточным для изменений поведения. Страх изменял поведение только в направлении страха же самих рекомендуемых действий. Эффекты страха оказались относительно кратковременными, а мотивируемые им реакции отвержения – более автоматическими, чем сознательно планируемыми. Высокий уровень страха скорее нарушал выполнение превентивных действий, так как снижал самооценку

и вызывал чувства беспомощности и ранимости.

В дальнейшей разработке модели использовались результаты исследований авторов: курения в школах; воспринимаемых симптомов у больных раком, получавших химиотерапию; отношения к своему здоровью, изучавшегося на дому и в торговых центрах; комплайенса в лечении гипертонии. Модель содержит следующие четыре базисных предположения.

(1) Активность. Поведение и переживания конструируются системой прохождения информации, интегрирующей текущие стимулы с кодами памяти. Активность определяет переживания окружающей реальности и эмоциональные реакции на них, включая реакции преодоления.

(2) Параллельность. Система прохождения информации разделена на два параллельных пути. Один включает в себя создание объективного взгляда, или репрезентации угрозы болезни, а также развитие плана ее преодоления, тогда как другой – создание эмоциональной реакции и развитие плана ее преодоления.

(3) Стадийность. Прохождение информации осуществляется по следующим стадиям. (а) Дефиниции или репрезентации проблемы и ее эмоционального аккомпанемента. (б) Разработка и реализация плана преодоления проблемы и эмоционального состояния. (в) Оценка реализации плана, обеспечивающая обратную связь.

(4) Иерархичность. Переработка информации осуществляется на конкретном и абстрактном уровнях, между которыми возможна как консистентность, так и неконсистентность (проблемно- и эмоционально-фокусированное преодоление по Lazarus).

Центральное значение для преодоления приобретают в модели репрезентации болезни. В отличие от подхода Herzlich, репрезентации здесь отражают скорее индивидуальные, чем социальные реалии. Эти репрезентации мультимензиональны, и имеют следующие четыре главных атрибута: (а) идентификация болезни; (б) следствия болезни; (в) при-

чины болезни; (г) развитие болезни во времени. Институциональные и другие социально-психологические факторы действуют путем влияния на организацию репрезентаций болезни в сознании.

Модель включает в себя параметр жизненного цикла индивида в виде: (1) изменений связанного со здоровьем поведения с возрастом и (2) изменений с возрастом факторов, влияющих на эти виды поведения. В частности, с возрастом меняется отношение к медицинским осмотрам и тяжелым физическим упражнениям. С возрастом модифицируются и общие презентации болезней. Уменьшается уровень отдельных видов поведения, связанного со здоровьем, особенно у женщин. В подростковом возрасте и в ранней взрослости нарастает "поведение риска" – курение, алкоголизация, нарушение режима питания, но также развиваются и стратегии когнитивного контроля. У пожилых получают значительное развитие механизмы преодоления, включая контроль эмоциональных реакций. Для самоконтроля пожилые реже используют мониторинг симптомов, снижают употребление психоактивных веществ. Таким образом, ключевыми периодами в изменении связанного со здоровьем поведения являются подростковый и пожилой возраста.

Leventhal with cowork. подчеркивают отличие своей модели от НВМ, не включающей переменных ранимости, тяжести и эффективности контроля над болезнью. Релевантные знания выступают у Leventhal как категориальные, а не как вероятностные переменные. В целом, данная модель практически полностью построена на когнитивных принципах, что обуславливает и некоторые ее недостатки. Вызывает сомнение специфичность описываемых моделью процессов для здоровья, а приложения модели слишком индивидуализированы, что не позволяет учесть контекст поведения. Как и другие когнитивистские модели, например, атрибуционная, модель "параллельных реакций" описывает, таким образом, только часть детерминант связанного со здоровьем

поведения (Marteau, 1989).

Модель стадий самоизменений поведения J.Prochaska (Prochaska, Diclemente, 1985) основывается на общем подходе к психологическому дистрессу Marlatt, где дистресс рассматривается как фактор поддержания различных форм аддиктивного поведения. Большинство людей при переживании дистресса не обращается за профессиональной помощью, но используют различные психоактивные вещества, – чаще алкоголь, реже анксиолитики или антидепрессанты. Психотерапевты при лечении самих себя и своих пациентов от симптомов психологического дистресса, согласно данным предварительного исследования авторов, применяли два основных процесса. (а) Использование препаратов – алкоголя, транквилизаторов, никотина, кофеина, стимуляторов, а также какой-либо специальной диеты. (б) Контроль системы межличностного взаимодействия – отвержение людей, создающих проблемы, и встречи с людьми, помогающими их разрешать.

В исследовании, выполнявшемся по лонгитудинальному плану в течение двух лет, и охватившем 320 жителей штатов Род-Айленд и Техас, среднего возраста и среднего класса, преимущественно женщин, изучались курение, контроль веса и психологический дистресс. Анализ с применением метода главных компонент выявил три стадии самоинициируемых изменений, общих для всех трех проблем: действие, размышление и выполнение.

Психологические процессы, использовавшиеся респондентами, различались в зависимости от вида проблемы. Лица с избыточным весом чаще читали соответствующие статьи и книги, организовывали обратную связь, модифицировали стимулы окружения ("сознательный подъем" и "контроль стимула"), чем курильщики. Индивиды в состоянии дистресса чаще обращались к "помогающим" межличностным отношениям ("аффилиативное преодоление"), чем контролировавшие вес. Поскольку,

согласно данным авторов, около $2/3$ вариации в исходах психотерапии определяется усилиями клиента, эффективное вмешательство требует мобилизации соответственной активности личности в изменении своего внутреннего состояния и внешнего окружения.

Теория социального научения находит свое приложение в исследованиях связанного со здоровьем поведения, главным образом, в виде конструкта локуса контроля. Гипотезируется, что поведения является функцией ожиданий того, что оно приведет к конкретной цели, в комбинации с подкрепляющей ценностью цели. Локус контроля может пониматься здесь как устойчивый атрибуционный стиль, и как личностный фактор, проявляющийся в генерализованных убеждениях о контроле.

Внутренний локус контроля обычно связан с депрессией, самоинициируемой мотивацией, стремлением к получению связанной со здоровьем информации, самолечением и активной включенностью в лечение. Таким образом, индивиды с предполагаемой ответственностью за свое здоровье чаще ведут себя укрепляющим здоровье образом. Это проявляется в отдыхе и физической нагрузке, режиме питания, умеренности в употреблении алкоголя, отказе от курения, уходе за зубами, прохождении периодических медицинских осмотров. Приведенные данные, в общем, мало генерализуемы. Так, стремление к получению информации при внутреннем локусе контроля отмечается, в основном, у пациентов с гипертензивными состояниями и у находящихся на почечном диализе. Прохождение периодических медицинских осмотров связано с локусом контроля только у женщин.

Показано влияние хронических болезненных состояний, а также инвалидности, на формирование внешнего локуса контроля. Влияние течения заболевания на локус контроля устанавливается при эпилепсии. Внутренний локус контроля способствует более высокой успешности в программах снижения веса. Лица с внутренним локусом контроля реже

обращаются за медицинской помощью.

Как видно из этих обзорных данных, связи локуса контроля с превентивным поведением весьма фрагментарны, и в целом мало предиктивны. Высказываются различные предположения о причинах этой низкой предиктивности. Во-первых, многие виды связанного со здоровьем поведения заучиваются в раннем возрасте, а потому не определяется убеждениями, сформировавшимися во взрослости. Во-вторых, возможны ситуационные влияния на связанное со здоровьем поведение, когда внешний локус контроля становится более адаптивным, чем внутренний. Наконец, в-третьих, у людей возможны различия в субъективной ценности здоровья, тогда как в исследованиях она постулируется как неизменно высокая (Wallston, Wallston, 1982; Lau, 1988).

R.Lau (1988) сообщает о результатах изучения здоровья первокурсников университета Карнеги-Меллон за весь период обучения, начиная с 1983 г. Базисные данные были получены от 1026-и студентов и от 947-и их родителей. Дважды в год проводились замеры локуса контроля. Для обработки данных использовались методы факторного и путевого анализа.

Убежденность во внешнем контроле коррелировала с обращениями к врачу и прохождением медицинских осмотров, но не с ценностью здоровья. Убежденность во внутреннем контроле, напротив, коррелировала с ценностью здоровья. В данной группе статистически значимо выше были использование физических упражнений и рациональное питание. Данные R.Kaplan (1985^a) показывают, что здоровье действительно имеет высокую ценность в американской популяции, и значительная часть ресурсов людей уходит на его сохранение и поддержание.

Теория "разумного действия" M.Fishbein (Ajzen, Fishbein, 1980) основана на предположении о том, что непосредственными детерминантами поведения являются интенции. Сила связи интенций

и поведения зависит от их соответствия друг другу и от стабильности интенций. Мнения (убеждения) не могут быть непосредственно использованы для предсказания интенций или поведения, так же как аттитюды и воспринятые нормы. Изменения в поведении являются результатом изменений во мнениях только при сильной связи интенций с поведением.

Мнения или убеждения выступают непосредственными объяснительными переменными поведения. Только через них влияют внешние переменные, такие как нормы, аттитюды или социально-демографические факторы. Отсюда нет необходимой связи между внешними переменными и поведением. Такая связь зависит от целей поведения, его контекста и времени.

Личностные черты практически не связаны с поведением, так как коррелируют только с поведенческими категориями, но не с отдельными действиями. Аттитюды выступают медиаторами интенций. Поведение же выводится только из мнений (убеждений). Различия в них происходят лишь из различий в информированности, а уже они вызваны социально-демографическими переменными, такими как религиозная или классовая принадлежность.

В исследовании I. Ajzen изучалось снижение веса у 88-и женщин за время 2-х месячной программы, параллельно их физической активности. В предварительном исследовании 40-а студенток автор выделил виды поведения, ассоциированные с усилиями по снижению веса и поддержанию физической активности. Корреляция снижения веса отмечалась только с характером диеты. Поведение по снижению веса было лучшим предиктором реального снижения, чем интенции. Взаимосвязь интенции и поведения выполняла только модераторную функцию, причем тем более сильную, чем короче был временной период.

В исследовании профессиональных ориентаций женщин авторы изучали 111 студенток-старшекурсниц по параметру выбора жизненного сти-

стиля – ориентированного на карьеру или на семью. Предполагалось, что естественная цель женщины – строительство семьи, тогда как карьерные притязания влекут за собой плохое психологическое приспособление. На выбор жизненного стиля, как показало исследование, больше влияли убеждения, особенно в отношении ожиданий значимых других, чем стремление к “выгоде”, то есть к получению желаемого результата. Убеждения (мнения) отражали ожидаемые последствия жизненных стилей, а те, в свою очередь, – преобладающие в социальном окружении взгляды.

В исследовании эффектов убеждающей коммуникации для изменения поведения алкоголиков авторы постулировали, что имеется набор первичных убеждений, “обслуживающих” данное поведение. Эти убеждения включают в себя следствия совершения соответствующих поведенческих актов и нормативные предписания членов референтной группы. Эффективное сообщение должно воздействовать именно на эти первичные убеждения.

Для 160-и мужчин, проходивших стационарное лечение по поводу алкоголизма, было сконструировано три сообщения. Первое из них было основано на НВМ, и представляло собой убеждающую коммуникацию, второе акцентировало негативные последствия продолжения пьянства, а третье подчеркивало позитивные возможности пациентов установить контроль над пьянством при помощи лечебной программы. Исследование показало, что само по себе сообщение не обеспечивало изменений в первичных убеждениях. На восприятие сообщения влияли интерес, оценка доверия к коммуникатору. К изменению в поведении, то есть к участию в программе, эффективнее прочих побуждало негативное сообщение.

Все рассмотренные теоретические модели, как это показали В. а. K.Wallston's (1984), имеют ряд общих черт. Прежде всего, они исходят из теории социальной мотивации Lewin. В центре этих моделей находят-

ся аттитюды, или убеждения личности. Все модели, кроме того, основаны на предположении, что по каждому виду связанного со здоровьем поведения может быть получено соотношение "затрат" и "выгод". Отсюда, а также потому, что в конкретных исследованиях обычно комбинируются элементы различных моделей, возможна интеграция (кроме модели локуса контроля). В качестве общей теоретической рамки для такой интеграции авторы предлагают использовать разработанную для кросс-культуральных исследований здоровья модель Н.Triandis (1983). Сравнительный анализ выявляет значительное внутреннее сходство этой модели с моделью Fishbein, причем множественный регрессионный анализ демонстрирует первичность модели Fishbein по отношению к модели Triandis.

В отечественной науке основные теоретические модели связанного со здоровьем поведения частично представлены в обзорной работе О.С.Копиной и А.Макалистер (1995, – НБМ, модель стадий изменения поведения и теория социального научения). Отдельные же элементы моделей рассматривались отечественными исследователями. А.В.Квасенко и Ю.Г.Зубарев (1980) выделили три этапа реакции личности на болезнь: – сенсологический, оценочный и отношения к болезни. В.А.Ташлыков (1984) изучил атрибуцию причин болезни у пациентов-невротиков. В исследованиях Н.Л.Силантьевой (1984) и Л.С.Шиловой (1993), выполненном под руководством И.В.Журавлевой, здоровье занимало 2-е – 3-е места в системе жизненных ценностей жителей России.

Рассмотрим результаты, полученные в цикле наших исследований, и описывающие "ключевые" элементы представленных теоретических моделей связанного со здоровьем поведения. Субъективная репрезентация факторов здоровья изучалась в Зерафшанском исследовании и в исследовании обратившихся в амбулаторно-поликлинические учреждения Санкт-Петербурга. В Зерафшанском исследовании здоровье атрибутировалось

респондентами, прежде всего, к экологической ситуации, питанию и "здоровому образу жизни", а реже – к межличностным отношениям, наследственности и социально-экономической ситуации. Петербуржцы же чаще атрибутировали здоровье к "образу жизни", межличностным отношениям, социально-экономической ситуации, и реже – к наследственности, экологической ситуации и питанию. Установленные различия, по-видимому, в какой-то мере отражают культуральную вариацию, однако не достигают уровня статистической значимости.

J.Mabry (1964) на основе вероятностной выборки изучал 115 взрослых из 49-й сельских домовладений и 62 – из 33-х городских домовладений методом последовательных глубинных интервью, с последующим медицинским обследованием в 1959 г. Опрошенные репрезентировали типичные сельские поселения штата Кентукки, расположенные в Аппалачах и малый город (графство Owsley и Jackson, город Fayette). Данные сравнивались с крупным городом (Нью-Йорк).

Исследование показало, что в изученной совокупности был выше уровень осознания симптомов эмоциональных проблем. Респонденты чаще "игнорировали" симптоматику, так как объяснение своего состояния могло угрожать социальной роли или самооценке, как, например, питание в бедных семьях. Возраст в целом не влиял на объяснение респондентами своей симптоматики, хотя объяснения молодых были несколько "научнее". Свое состояние опрошенные сравнительно реже связывали с межличностными отношениями, а "нервность" для них чаще означала физическое мозговое повреждение. Некоторые симптомы рассматривались не как проявления болезни, а как часть повседневной жизни, не требующая обращения за медицинской помощью. Различия между сельскими и городскими жителями в объяснениях симптомов были скорее количественными, чем содержательными. Таким образом, наши данные не расходятся с результатами Mabry в отношении различий по месту проживания.

Исследование обратившихся в амбулаторно-поликлинические учреждения Санкт-Петербурга продемонстрировало, кроме того, что некоторые атрибуции встречаются совместно чаще прочих. Это питание и экологическая ситуация, а также социально-психологические и социально-экономические факторы. Та же зависимость устанавливается и для наиболее редко совместно встречающихся атрибуций. Можно утверждать, что здесь проявляются две основные ориентации в культурально-детерминированной "народной теории здоровья" – природной и социальной его обусловленности.

Петербургской выборке, в отличие от зерафшанской, была присуща атрибуция здоровья и к деятельности системы здравоохранения. При этом женщины придавали здравоохранению большее значение чем мужчины, что объясняет и различие между выборками, (в зерафшанской выборке резко преобладали мужчины). К состоянию здравоохранения и наследственности здоровье чаще прочих атрибутируют разведенные, не состоявшие в браке, и реже – овдовевшие. Состоящие в браке занимают по данным индикаторам промежуточное положение. К питанию здоровье атрибутируется тем чаще, чем, в целом, больше детей имеется в семье, хотя при наличии единственного ребенка питание рассматривается как более значимый фактор, чем при наличии двух детей. Здесь, по-видимому, проявляются определенные воспитательные аттитюды по отношению к единственному ребенку.

В атрибуции здоровья к социально-экономической ситуации проявляется влияние фактора возраста. С повышением возраста субъективная значимость макросоциальных причин нарастает, но только до предпенсионного возраста. После выхода на пенсию воспринимаемое влияние данных причин резко снижается, что можно объяснить появившейся определенностью материальных притязаний.

Влияние социально-классовой позиции на субъективную репрезен-

тацию здоровья изучалось во Франции J.Pierret (1988). Исследование было выполнено по стратификационной выборке объемом 130 чел., проживавших в Париже, департаменте Эссон и на Юге страны, методом неструктурированного интервью. Далее опрошенные группировались по виду трудовой деятельности, и внутри групп анализировался характер субъективных интерпретаций в сфере здоровья. Исследование выявило четыре типа таких интерпретаций.

Для фермеров здоровье представляло собой капитал, повышающий резистентность к болезни. Они не имели времени для фиксации на своем состоянии. Болезнь воспринималась ими как непредсказуемый случай, обусловленный природными факторами. К врачу они обращались только при серьезной болезни. Болезнь рассматривалась как часть жизни, а профилактика вызывала тревогу и воспринималась как угроза.

Рабочие, чья профессиональная деятельность была связана с опасностью для жизни, были обеспокоены, прежде всего, материальными трудностями. Хорошее здоровье означало для них доступ к работе и удовлетворение потребностей семьи. Болезнь рассматривалась как постоянная непредсказуемая угроза. Помимо природных факторов, болезнь ассоциировалась и с условиями труда, а также с наследственностью. Риск на работе рассматривался ими как не поддающийся устранению, однако они пытались контролировать свое питание, курение, алкоголизацию и физическую активность. Эти попытки наталкивались на финансовые ограничения. Рабочие стремились, кроме того, к улучшению качества профилактических осмотров и повышению доступности медицинской помощи.

Занятые в частном секторе экономики "белые воротнички" рассматривали здоровье в индивидуалистических и гедонистических категориях. Болезнь воспринималась поэтому как препятствие для счастья. Здоровье управляемо, и это входит в обязанности человека. Риск эти

работники рассматривали в контексте широких общественных условий. Для данной категории занятых оказалась важна свобода выбора, а болезнь как таковая мало беспокоила. "Белые воротнички" в общественном секторе, – учителя и управленцы, – продемонстрировали коллективистский и институциональный подход к здоровью, связывая его скорее с социальной политикой. Болезнь отражала для них социальное неравенство. Медицинская же помощь должна обеспечивать свободу.

Повышение статуса в этой группе сопровождалось восприятием болезни как, прежде всего, социальной проблемы, порожденной современным обществом. Высокостатусные работники акцентировали социальные измерения болезни, политические действия и роль правительства. Медицину они не считали достаточной для устранения причин болезни. В центре усилий должна находиться профилактика, а политическая активность в этой сфере должна опираться на синтез политических и медицинских знаний.

В нашем исследовании контингента обратившихся в амбулаторно-поликлинические учреждения Санкт-Петербурга к наследственности атрибутировали причины болезни чаще работники умственного труда с высоким образовательным статусом. Напротив, лицам, занятым физическим трудом, более присуща атрибуция причин болезни к "образу жизни" человека. Социально-экономическая ситуация воспринималась в качестве причины чаще работниками умственного труда, причем высокостатусными (руководителями). Занятость в сфере умственного труда была сопряжена и с более частой атрибуцией здоровья к межличностному взаимодействию.

Таким образом, в отношении социетальных факторов здоровья наши данные не расходятся с данными Pierret. Однако атрибуция здоровья к наследственности, в отличие от ее данных, в нашей выборке чаще встречалась в высокостатусных группах. Следует, однако, заметить,

что наименее образованная часть нашей выборки придавала большее значение наследственности, чем более высокообразованная часть той же низшей социальной страты.

В исследовании контингента обратившихся внешний локус контроля в сфере здоровья несколько, но весьма незначительно, преобладал над внутренним. Из индикаторов социального класса в этом исследовании с локусом контроля оказался связан уровень дохода, причем, чем выше он был, тем чаще внутренний локус контроля преобладал над внешним. В петербургском популяционном исследовании эта зависимость воспроизвелась и для других индикаторов социального класса. Множественный линейный регрессионный анализ показывает, что собственно социально-классовая принадлежность занимает центральное место в детерминации локуса контроля здоровья, по сравнению и с образованием, и с материальным благополучием.

Связь локуса контроля в сфере здоровья с уровнем дохода и социально-профессиональной позицией, как показывают обзорные данные R.Anderson (1988), носит достаточно универсальный и высоко воспроизводимый характер. Возраст негативно связан с воспринимаемой контролируемостью здоровья.

Из анализа основных теоретических моделей связанного со здоровьем поведения следует, что локус контроля не может быть введен в интегративную модель. Наши данные, полученные в исследовании контингента обратившихся, свидетельствуют, что локус контроля действительно не выступает здесь самостоятельным конструктом, но определяет атрибуцию факторов здоровья. Внешний локус контроля ассоциирован с акцентированием значения государственной системы здравоохранения для здоровья, тогда как внутренний локус контроля – с акцентированием значения поведения индивида, то есть “здорового образа жизни”.

Уровень знаний о здоровье как предиктивная переменная изучался

в нашем исследовании коллектива Дома моделей, и оказался весьма низким. Он увеличивался с повышением социально-производственной позиции. Установка на заботу о здоровье, то есть гигиенический аттитюд, в Котласском исследовании операционализировалась как одномерный конструкт, а в исследовании Дома моделей – как многомерный (мультидимензиональный) конструкт. В Зерафшанском исследовании были применены обе названные операционализации.

При общих операционализациях по уровню данного аттитюда устанавливаются существенные различия между изученными субпопуляциями. Этот уровень оказался выше в коллективе рудника "Мурунтау", чем в коллективе Дома моделей, а среди населения г.Коряжмы выше, чем в коллективе рудника "Мурунтау". Наши полученные в этих исследованиях данные позволяют связать выявленные различия как с различиями в состоянии здоровья, так и с различиями в воспринимаемых физико-химических факторах среды между названными субпопуляциями.

Результаты исследования коллектива Дома моделей допускают верификацию только первого из этих предположений. В исследовании коллектива Дома моделей выраженность гигиенического аттитюда была сильнее при более высоких и частоте, и длительности нахождения на больничном листе. Лог-линейный анализ показывает, что в отношении гигиенического аттитюда оба эти параметра действуют совместно, то есть влияет только общий для них фактор болезненности.

Такая зависимость может быть объяснена повышением внимания к своему здоровью на фоне высоких уровня и частоты переживания симптоматики. Данная интерпретация подтверждается и противоположным влиянием на гигиенический аттитюд состояния здоровья членов семьи, заболевание которых в норме актуализирует защитные психологические реакции индивида. Здесь находит свое подтверждение предположение о влиянии актуального состояния здоровья на гигиенический аттитюд.

Этот аттитюд, как показывает Котласское исследование, модифицирует перцепцию угрозы для здоровья в направлении принятия для ее минимизации паттернов активного досуга, отказа от курения, алкоголизации, устранения экологических "вредностей" и улучшения питания. Однако наиболее тесно гигиенический аттитюд оказался связанным с воспринятым функционированием системы здравоохранения как фактора, сильнее прочих минимизирующего угрозу здоровью. Это парадоксальное влияние подтверждается и результатами исследования обратившихся в амбулаторно-поликлинические учреждения, где высокая самооценка здоровья оказалась ассоциированной с атрибуцией здоровья к функционированию системы здравоохранения.

Наиболее консистентным приведенным выше данным объяснением здесь представляется то, что в российской популяции люди, воспринимающие свое здоровье как хорошее, чаще всего не связывают его сохранение и укрепление со своим поведением, а рассматривают минимизацию угрозы здоровью только как функцию лечебной помощи. В этих результатах проявляются и малые предиктивные возможности в сфере связанного со здоровьем поведения конструкта локуса контроля.

Отметим, что та же закономерность была выявлена и в других отечественных исследованиях – работах В.Л.Красненкова с соавт. (1986) и А.И.Марковой (1993). В исследовании М.А.Татарникова с соавт. (1990), охватившем 2099 чел. – посетителей поликлиник и пациентов в стационарах городов Ленинграда и Новокузнецка, и проведенном методом опроса в 1989 г., респонденты, имевшие хорошее здоровье, демонстрировали более благоприятное отношение к здравоохранению, причем подавляющее большинство опрошенных связывало улучшение здоровья именно с деятельностью учреждений здравоохранения. Различий в оценках между жителями этих двух городов выявлено не было.

В Котласском исследовании выявился более высокий уровень ги-

гигиенического аттитюда у мужчин, а не у женщин, как это показывает большинство исследований, что может объясняться специфичным для исследования уровнем занятости мужчин во вредных условиях труда. Все основные индикаторы социального класса, – образование, доход и социально-профессиональная позиция, – показали в этом исследовании позитивную связь с выраженностью гигиенического аттитюда, консистентную результатам о знаниях в сфере здоровья исследования коллектива Дома моделей.

§ 2. Поведение, направленное на сохранение и укрепление здоровья

Определение и спецификация видов человеческого поведения, направленных на сохранение и укрепление здоровья, представляет собой проблему, еще не нашедшую приемлемого разрешения ни в зарубежной, ни в отечественной науке. Необходимость такого теоретического анализа вызвана неоправданностью для практики наивного, по выражению J.Henderson, S.Hall и H.Lipton (1979), предположения о том, что если человек понимает, как улучшить свое здоровье, последует и изменение в поведении. Люди просто не меняют своих привычек.

С позиций бихевиоральной медицины, основывающейся на медицинской модели болезни, связанные со здоровьем биологические процессы находятся в фундаментальных отношениях со средовыми условиями и поведенческой активностью индивида (Brady, Fischman, 1986). В рамках системной парадигмы, принятой в социальной психологии здоровья, эти фундаментальные отношения представлены стимулами внешнего окружения, вызывающего реакции на биологическом, когнитивном, аффективном, социальном и энвайронментальном уровнях системной организации. Все стимулы и реакции данных видов можно подразделить на внутренние и внешние, причем последние имеют два типа регуляторных механизмов:

(а) реакции на непосредственные физические и социальные случаи в окружении; (б) социальные нормы и санкции, как формальные, так и неформальные (Snyder, 1989, pp. 25 - 47).

Все виды поведения, направленные на сохранение и укрепление здоровья, согласно D.Gochman (1988), могут быть подразделены на превентивное и протективное поведение, объединенные их первичной превентивной (профилактической) ценностью. Превентивное поведение включает в себя соблюдение режима сна и питания, физическую рекреационную активность, ограничение употребления алкогольных напитков, отказ от курения, использование ремней безопасности в автомобилях, а также соблюдение правил техники безопасности на работе. К перечисленным видам поведения примыкает медицинское, или технологическое поведение, в виде, например, иммунизации в целях профилактики инфекционных заболеваний. Профилактические медицинские осмотры рассматриваются как имеющие вторичную превентивную ценность для индивида. Протективное поведение включает в себя такие виды, как молитва, прием лекарств с целью предупреждения развития заболевания, использование парной бани или витаминов. Поведение, связанное с болезнью, и поведение в роли больного влияет на здоровье совместно с превентивным и протективным поведением.

S.Weiss (1983) предлагает трехмерный подход к анализу поведения, направленного на сохранение и укрепление здоровья. Прежде всего автор выделяет поведение, направленное на редукцию риска для здоровья, то есть на предотвращение болезни, и поведенческие стратегии укрепления или поддержания здоровья. На оба этих вида поведения влияют как интраперсональные, интерперсональные и энвайронментальные факторы, так и ситуационные переменные. В отношении каждого вида поведения выделяются параметры формирования, поддержания и изменения, причем каждый параметр может рассматриваться на любом уровне дейст-

вия перечисленных факторов.

Наиболее же обоснованным представляется подход к пониманию поведения, направленного на сохранение и укрепление здоровья, предложенный J.Waldron (1988). Под таким поведением подразумевается любое поведение, которое либо действительно оказывает существенное влияние на здоровье, либо имеется всеобщее убеждение в таком влиянии. Оно может быть подразделено на поведение риска, превентивное поведение, и поведение, связанное с лечением или самолечением, однако такое подразделение условно, поскольку эффекты для здоровья мало влияют на усвоение того или иного вида поведения. Поэтому наиболее адекватным для всех рассмотренных видов поведения будет обозначение просто как связанных со здоровьем.

D.Mechanic (1985), на основе результатов цикла своих исследований связанного со здоровьем поведения, приходит к заключению, что паттерны такого поведения имеют тенденцию быть частью особого жизненного стиля, характеризующегося способностью личности предвидеть проблемы и активно их преодолевать. Связанное со здоровьем поведение происходит, таким образом, от общих жизненных паттернов, отражающих социальные ценности, психологическое благополучие и интегрированность личности в доминантной для данного общества культуре.

В рамках когнитивно-бихевиорального подхода (Ivanevich, Matteson, 1989) связанное со здоровьем поведение рассматривается как совокупности паттернов жизненного стиля, происходящих от сознательных решений индивида (ср. с моделью Fishbein), которые он может контролировать. Если индивид идет на самообман, то он принимает решения, негативно влияющие на здоровье. Системы решений по поводу здоровья и по поводу болезни разделяются по критерию ответственности личности за свое здоровье. В первом случае система здравоохранения рассматривается только как ресурс индивида для сохранения здоровья.

Важное значение в формировании стиля жизни отводится вере – гипотетическому конструкту, управляющему зависимостями между некоторыми аттитюдами к объекту и некоторыми атрибутами этого объекта.

В отечественной науке ранее традиционно выделялись такие виды поведения, как гигиеническое, то есть связанное со здоровьем, и медицинское, – то есть связанное с болезнью. Поскольку подобное подразделение не соответствует ни современному состоянию знаний в этой области, ни практическим потребностям, группа московских исследователей под руководством И.В.Журавлевой предложила использовать для всех видов связанного со здоровьем поведения термин самосохранительного поведения (Авдеев, 1989; Журавлева, 1993). При этом авторы исходили, по-видимому, из значения, противоположного самодеструктивному поведению – термину, в своем употреблении вышедшему за рамки психоаналитической традиции (Henderson, Hall, Lipton, 1979).

В основе данного подхода лежит представление о первичной потребности (драйве) в самосохранении, хотя само поведение определяется через генерализованный аттитюд – отношение к здоровью, включающее в себя и оценочный компонент. В целом такое понимание, основано, следовательно, на когнитивно-бихевиоральном подходе, а главным критерием типологизации связанного со здоровьем поведения выступает его разумность. В свою очередь, критерием разумности выступает соответствие поступков человека требованиям здорового образа жизни и нормативным научно-медицинским предписаниям.

В нашем цикле исследований изучались четыре вида связанного со здоровьем поведения, имеющие первичную превентивную ценность для индивида – снижение алкоголизации, отказ от курения, рациональное питание и рекреационная физическая активность. Рассмотрим основные теоретические представления, сложившиеся относительно этих видов поведения в социальной психологии. (Теоретические модели употребле-

ния алкоголя представляют собой самостоятельный предмет изложения).

В курении, как виде поведения, следует различать мотивацию и привычку. Формирование данного вида поведения проходит ряд стадий: подготовки, инициации, становления курильщиком и поддержания курения. На стадии подготовки происходит экспериментирование с курением, осуществляющееся под влиянием сверстников и старших сиблингов. Курение членов семьи редуцирует барьеры к давлению сверстников и облегчает доступ к сигаретам. Ребенок имеет позитивный образ курильщика и позитивные аттитюды к курению до первой пробы никотина. Мотивирующие особенности образа курильщика связаны с выражением импульсов к независимости от авторитетов и успеха в "плохих" областях жизни.

Структура этих "подготавливающих" факторов неоднородна, и может включать в себя тревогу и потребность в социальном принятии, склонность к риску, контроль над неблагоприятной ситуацией, стремление к достижениям. На данной стадии аддиктивный характер курения не осознается. На второй стадии для курильщика становится очевидным релаксирующее и отвлекающее действие курения, а на третьей стадии курение интегрируется в реакции преодоления стресса.

На четвертой стадии курение становится интегральной частью процессов саморегуляции индивида в различных ситуациях. Изменения от "легкого" к "тяжелому" курению происходят от смещения цели эмоциональной регуляции. Вначале регулируется индуцируемый окружением стресс, затем – влечение, актуализируемое под влиянием внешних факторов, и наконец – влечение и дистресс, вызванные самим снижением уровня никотина в средах организма. Вне социального контекста самостоятельного значения химической саморегуляции не существует.

Факторный анализ самоотчетов курильщиков приводит к следующей структуре факторов курения, обозначаемой как модель Tornkins. Регулирование внутренних эмоциональных состояний заключается в продуци-

ровании курением позитивных эмоциональных состояний и редукции негативных эмоциональных состояний в различных социальных ситуациях. В исследованиях устойчиво выделяются следующие факторы: курение для стимуляции, для удовольствия и релаксации, для редукции тревоги, включая и социальную и общую, для редукции психологического компонента влечения, из-за привычки (по: Leventhai, Cleary, 1980).

Помимо тревоги, провоцирующим курение фактором выступает также и враждебность. Уровень курения в высоко стрессогенных профессиях выше, чем в профессиях, где уровень стресса ниже. Имеются данные об "утяжелении" курения при переживании стресса для менеджеров и студентов. В отличие от алкоголя, прямо редуцирующего стресс, никотин, напротив, индуцирует возбуждение. Редуцирующий стресс фармакологический эффект никотина обусловлен, по видимому, повышением производительности, с нарастанием чувства компетентности относительно антиципируемых трудностей задачи (Wesnes, Warburton, 1983).

M. Frankenhaeuser (1978) с использованием биохимических тестов показала, что большая реактивность мужчин при стрессе приводит к тому, что влечение к курению индуцируется у них в скучных или утомительных ситуациях. У женщин же стремление курить чаще возникает в ситуациях, прямо сопряженных со стрессом. Таким образом, курение выступает инструментом модификации возбуждения, специфичным для полового поведения. Для мужчин существует связь курения с экстраверсией, а для женщин – и с нейротизмом, однако предиктивность личностных различий для курения крайне незначительна (Wesnes, Warburton, 1983; Henderson, Hall, Lipton, 1979).

В теоретическом социально-психологическом анализе курения центральное место традиционно занимают аттитюды, поскольку теория когнитивного диссонанса Festinger основывалась на примере курения. Выполненные в рамках этого направления экспериментальные исследования

показали, что, хотя курильщики и не отрицают повреждающего влияния курения на здоровье, механизм отвержения здесь не действует. Курильщики сверх-оптимистично оценивают свои шансы на выживание, не одобряют компаний по борьбе с курением, и видят в курении больше благоприятных сторон, чем неблагоприятных. В целом, курильщики предпочитают информацию, снижающую диссонанс, либо не обращают внимания на информацию, увеличивающую диссонанс.

Эти процессы могут носить "мягкий", постепенный характер, и опираться на различные стратегии нивелирования значения информации о вреде курения. Одной из таких стратегий является атрибуция курения как аддикции, позволяющая освободиться от ответственности за курение. Когнитивистский подход отводит значительное место аттитюдам к курению.

Подход с позиций теории социального научения заключается в рассмотрении курения как заученного поведения, вероятность которого будет нарастать при награде в виде удовлетворения или предупреждения неприятных переживаний, и снижаться при наказании. Высокая эффективность научения обусловлена прямым влиянием никотина на мозговые центры удовольствия. Подкрепление курения высоко вариабельно, и часто осуществляется через множественные ассоциированные стимулы.

Наказанием при курении выступают болезни и преждевременная смерть. Ясно, что столь далеко отложенное наказание мало влияет на актуальное поведение. Отсюда бихевиоральная терапия, направленная на отказ от курения, использует ассоциацию курения с "ложным" наказанием; – неизбежным, немедленным и повторяющимся (по: Ashton, Stephney, 1982).

Проанализируем некоторые эмпирические исследования, выполненные в рамках современных модификаций этих основных теоретических подходов к курению. M.Fishbein (1982) приложил свою теорию

“разумного действия” к курению молодых женщин. Курение на всех его стадиях рассматривалось автором как последовательность решений, поддающихся волевому контролю. Для изученной совокупности убеждения о здоровье имели мало значения. Важны были личностные установки к курению и “продвинутость” по стадиям его формирования.

J.Eiser (1982) изучал решения об оставлении курения на основе атрибуционного подхода с применением путевого анализа. Наиболее существенным предиктором успешности отказа от курения оказалось субъективное восприятие шансов на успех. Далее следовала самоатрибуция аддиктивности – те, кто считал себя более зависимым, имели устойчивую атрибуцию неуспешности и соответственно менее устойчивое намерение оставить курение. Оба фактора имели не прямое воздействие на интенции. Прямое же влияние оказывали мотивация избегания заболевания (рака легких), стадия “продвинутости” в курении и стремление к принятию роли больного.

S. Shiffman (1985) разработал модель обрыва курения на основании результатов исследования лиц, бросивших курить, и обратившихся за помощью по “горячей” телефонной линии. Интервью с пережившими кризис бывшими курильщиками показали, что большинство из них возобновляли курение на фоне физических и психологических симптомов абстиненции, сопровождавшихся потерей аппетита и изменением реактивности. Аффективными “предшественниками” рецидива наиболее часто выступали тревога, раздражительность и снижение настроения. Высокий уровень стресса предшествовал рецидиву более чем в половине случаев.

Дискриминантный анализ позволил автору выделить следующие типы стрессогенных ситуаций, провоцировавших “срыв”: алкоголизация, новизна ситуации, нарушение времени приема пищи. Таким образом, курение выполняло функции редукции стресса, то есть в определенной мере адаптационные.

В рамках теории социального научения курение рассматривается как "модельный" для поведения, связанного со здоровьем, аспект жизненного стиля, поскольку оно обусловлено большим числом фармакологических, средовых, аффективных и когнитивных факторов, и связано с большим числом специфичных ситуаций (Best, Bloch, 1979). Особый интерес вызывают здесь поведенческие техники, используемые людьми, самостоятельно прекратившими курение. Эти техники весьма разнообразны, и часто включают самовознаграждение и процедуры решения своих поведенческих проблем (Bernstein, Glasgow, 1979).

В отечественной литературе некоторые психологические аспекты изучения курения рассматривались в работе И.Е.Задорожнюка и О.В.Новикова (1991). В.Ю.Александрова (1989) на материале исследования 300-т подростков, выполненного в 1983 - 86 гг., показала значение для инициальной стадии курения факторов самооценки и статуса в группе сверстников, а также невротической тревоги и напряжения у подростков из неполных семей.

Обеспокоенность относительно переедания чрезвычайно широко распространена в современных обществах, причем в США, особенно среди женщин, обеспокоенность избыточным весом приобрела характер "национальной навязчивости". Наряду с физиологическим риском, избыточный вес приводит к значительному психологическому риску. Этот психологический риск обусловлен сильным социальным давлением, вызванным существующими в обществе негативными аттитюдами к полным, обнаруживающимися уже у 6-й летних детей.

Мужчины и женщины с избыточным весом кажутся соответственно менее маскулинными и феминными, а следовательно, и менее привлекательными, чем даже люди с деформациями и дефектами. Важно, что так же рассматривают себя и сами лица с избыточным весом. В США отмечена дискриминация по признаку избыточного веса - полные, особенно женщи-

ны, реже занимают преподавательские места в университетах страны.

Для описания формирования избыточного веса в процессе развития индивида предложена мультифакторная модель, включающая в себя генетические, физиологические, психологические и социо-культуральные переменные. Формирование избыточного веса вызывается биологическими изменениями, опосредованными комбинацией кратко- и долговременно действующих факторов, причем факторы динамической фазы ожирения (периода набора веса) отличаются от факторов статической фазы (поддержания веса).

Генетические факторы представляются важными, и могут быть использованы для идентификации группы риска. Дети родителей с избыточным весом имеют, однако, повышенный риск, даже если они приемные. Уже в первые дни жизни устанавливаются различия в реакциях детей на визуальные и вкусовые стимулы, причем сверхреактивность здесь указывает на риск, а аверсивная реакция на вкус глюкозы выступает протективным фактором. Соотношение высокого веса при рождении и последующего веса не ясно. Возможно, оно влияет на формирование вкусовых предпочтений.

Мало данных и о связи избыточного веса с практикой вскармливания. По-видимому, грудное вскармливание менее предрасполагает к последующему ожирению. Тем не менее, избыточный вес в раннем детстве мало предиктивен для ожирения во взрослости. Возможным объяснением здесь выступает кратковременность влияния генетических факторов, поскольку с возрастом начинают действовать другие детерминанты веса. Никакой прямой связи между перекармливанием в детстве и последующим избыточным весом нет.

Голод и насыщение – не просто физиологически детерминированные переживания биологического драйва, но и во-многом заученные реакции. Некоторые матери не отличают сигналов голода у ребенка от других его

негативных эмоциональных состояний, что вызывает у ребенка заученное смещение голода с другими негативными состояниями, персистирующее во взрослости. В экспериментах показано, что потеря контингентности поведения ребенка и матери в период вскармливания может приводить к последующей патологии питания.

Связанное с питанием раннее научение реализуется в 3-х основных направлениях. Прежде всего, это негативная атрибуция к эндоморфному типу строения тела, вызывающая у взрослых с избыточным весом негативную самооценку. Эти аттитюды не реверсивны, и позже вызывают у полных отвращение к себе. Далее, дети заучивают образ питания, превалирующий в их культурально-этнической группе. У детей формируются вкусовые предпочтения, в основе которых лежит антиципация метаболических последствий приема тех или иных видов пищи. Обучение ускоряется в контексте использования пищи как награды. Наряду с обычным и инструментальным обусловливанием здесь действует моделирование, часто на основе примера сверстников или телевизионных сообщений. Некоторые люди оказываются не способными к последующему переобучению, на основе чего развивается неофобия – страх непривычной пищи. Наконец, в процессе социализации формируются навыки саморегуляции в виде способности адекватно интерпретировать сигналы от окружения или от своих психических состояний. При чрезмерном внешнем контроле тормозится развитие такого внутреннего контроля, имеющего ведущее значение в поддержании детьми относительно низкого веса.

Существуют четыре основных теоретических направления в объяснении избыточного веса во взрослости. Психодинамические модели в своем раннем варианте предлагали такие концептуализации этиологии ожирения, как оральные потребности, отвержение беременности и "психологический каннибализм". В современных вариантах психодинамического подхода присутствует множественность факторов, таких как

борьба между стремлением к контролю над своей жизнью и заученной неспособностью осознать голод, происходящей от неправильного стиля родительства. Подобные объяснения, естественно, неприложимы к подавляющему большинству индивидов, не лечащихся у психиатра. Новые психоаналитические интерпретации еще меньше отражают реальные психологические аспекты ожирения, чем традиционные.

Теория "исходной точки" Nisbett основана на предположении о том, что индивиды "защищают" свой вес и строение тела. Другими словами, люди биологически запрограммированы на определенный вес в результате генетического воздействия и раннего пищевого научения. Имеется много наблюдений, подтверждающих данную теорию. Истощенные субъекты быстро возвращаются к своему весу как при обычной диете, так и при переедании. Лица с избыточным весом поддерживают его при меньшей калорийности диеты, и едят, в отличие от распространенного мнения, меньше, чем лица с нормальным весом. Снижение веса при ограничении калорийности диеты наступает у большинства людей достаточно легко, но редко настолько, насколько ожидалось, причем восстановление обычного веса после прекращения диеты происходит чрезвычайно быстро.

Две другие теоретические модели комбинируют теорию социального научения с концепцией стресса. Психосоматическая гипотеза (Kaplan a. Kaplan) постулирует, что ожирение является следствием заученной неспособности к различению голода и тревоги, то есть научения ассоциировать эти состояния в детстве. Таким образом, некоторые индивиды реагируют на стресс как на голод, и более вероятно имеют повышенный вес, поскольку увеличивают потребление пищи при стрессе.

Теория Schaechter рассматривает субъективное этикетирование физиологических ощущений сокращений желудка в виде голода как заученный феномен, правильно различаемый людьми с нормальным весом, и

неправильно – с избыточным. Сократимость желудка при стрессе снижается, что ведет к снижению потребления пищи у людей с нормальным весом, но не влияет на лиц с избыточным весом. Другими словами, лица с нормальным весом едят при голоде, а лица с избыточным весом – из-за сигналов со стороны окружения.

Из личностных особенностей изучалась связь с ожирением тревожности, нейротизма и депрессивного аффекта. В клинических выборках лица с повышенным весом демонстрируют больше личностных проблем, однако в выборках из общностей – меньше проблем по сравнению с имеющими нормальный вес. В популяционных выборках лица с избыточным весом чаще проявляли, тем не менее, личностную незрелость и подозрительность, но – реже тревогу, а мужчины – еще и более низкий уровень депрессии. Депрессия, тревога и психотические состояния часто наблюдаются при резкой потере веса, однако здесь преобладает, по-видимому, прямое физиологическое воздействие истощения (по: Henderson, Hall, Lipton, 1979; Ley, 1980; Striegei-Moore, Rodin, 1985; Greeno, Wing, 1994). Приведем пример исследования проблемы.

D.Baucom а. P.Aiken (1981) проверяли приложимость к моделям депрессии, – когнитивной Beck и бихевиоральной Seligman, – основных психологических теорий ожирения. Теория Nisbett использовалась в формулировке Herman а. Polivy, согласно которой пищевое поведение более предиктивно для переедания, чем вес. Исследование было построено по экспериментальному плану и проводилось в две фазы. В первой фазе у испытуемых, которыми являлись студенты-психологи одного из университетов Юго-Запада США, индуцировалось депрессивное настроение путем занятости решением неразрешимых задач, во второй фазе испытуемым разрешалось есть без ограничений крекеры предпочитаемого ими сорта; число съеденных крекеров фиксировалось через одностороннее зеркало. Испытуемые делились на группы размером по 14 чел.,

представлявшие имевших и не имевших избыточный вес, находившихся и не находившихся на диете. Данные обрабатывались методом дисперсионного анализа.

Депрессивное настроение влияло на количество съеденной пищи в зависимости от того, находились ли испытуемые на диете или нет. Находившиеся на диете депрессивные ели больше, а не находившиеся – меньше. Сам по себе избыточный вес не показал значимого влияния. Таким образом, депрессивное настроение только меняло привычный паттерн питания. Этим авторы объясняют неконсистентность результатов исследований связи депрессии и переедания. Механизм действия отрицательных эмоций заключается здесь в нарушении самоконтроля.

Согласно данным R.Ley (1980), избыточный вес позитивно коррелировал и с тревогой, и с депрессией, причем снижение веса уменьшало их, но только если было незначительным. Внешний локус контроля не всегда был связан с избыточным весом. C.Greeno a. R.Wing (1994) проанализировали эмпирические исследования, результаты которых могли бы подтвердить какую-либо из основных теоретических психологических моделей ожирения. Два исследования, проведенных во Франции, показали прямое влияние уровня переживаемого стресса на количество потребляемых калорий. В 11-й исследованиях проверялись психосоматическая гипотеза и теория внешнего/внутреннего сигналов. Связь ожирения со стрессом оказалась слабой и противоречивой. В 7-й исследованиях проверялось влияние на потребление пищи ограничений диеты. Всюду влияние таких ограничений прослеживалось, но только в лабораторных условиях и у женщин. Депрессия, сама по себе отражающая уровень переживаемого стресса, влияла, как было показано в 5-й исследованиях, в зависимости от веса или связанных с весом когнитивных конструктов.

Таким образом, у индивидов с нормальным весом не обнаруживалось влияния стресса на количество потребляемой пищи. Лица с избы-

точным весом также не испытывали подобного влияния. При депрессии чаще теряли в весе лица с избыточным весом и лица, ограничивающие свою диету. Наиболее сильным предиктором увеличения потребления пищи при стрессе оказалось ограничение диеты.

Редукция веса может быть достигнута фармакологическими методами, путем ограничения диеты и интенсификацией физической активности. Лекарственные препараты, – стимуляторы и диуретики, – оказываются здесь наиболее эффективными, однако в 95% случаев их применения наступает возвращение к обычному для субъекта весу (Melamed, 1984). Наиболее общий для популяции подход к достижению желаемого веса при его избыточности – ограничительная диета. Этот “фанатизм диеты” приводит к ряду негативных психиатрических последствий. Прежде всего, ограничительная диета ведет к разрегулированию биологических, когнитивных и поведенческих механизмов пищевого поведения, в свою очередь, приводящему к увеличению веса. Это влечет за собой еще большие ограничения диеты с элементами компульсивного поведения в отношении достижения “идеального” веса. Такой стратегии, начиная с подросткового возраста, чаще придерживаются женщины, поэтому у них во взрослости чаще наблюдается избыточный вес. С компульсивным компонентом данной стратегии связано развитие булимии, распространение которой в США приобрело характер эпидемии, и нервной анорексии (Striegel-Moore, Rodin, 1985).

Подход к редукции веса, основанный на сочетании лекарственной и бихевиоральной терапии, разрабатывался исследователями Пенсильванской группы. В исследовании, охватившем 298 женщин, снижавших вес по этапным 3-х и 6-й месячным программам, с контрольной группой, ими была показана эффективность методов бихевиоральной терапии в поддержании желательного веса. Применение же лекарств снижало эффективность бихевиоральной терапии, поскольку люди атрибутировали к ним

результаты лечения и не развивали навыков самоконтроля.

Анализируя эти результаты, а также данные по программам снижения веса, реализованным в Швеции и Германии, один из виднейших представителей Пенсильванской группы A. Stunkard (1979) замечает, что избыточный вес является примером состояния, в отношении которого правильнее говорить не о лечении, а об обучении "индивидуальной превентивной медицине", когда люди могут сохранить свое здоровье благодаря собственной инициативе. Наиболее эффективные подходы к снижению избыточного веса лежат вне медицины, и связаны с изменением стиля жизни.

Под физической рекреационной активностью обычно подразумевается активность больших мышц и кардио-пульмональной системы, характеризующаяся достаточно высокой частотой, интенсивностью и продолжительностью, и приводящая в результате к большей выносливости организма. Убеждение о пользе физических упражнений широко распространено в популяциях индустриальных стран, однако реальная приверженность к подобным упражнениям очень мала. Поэтому даже там, где позитивное влияние физических упражнений общепризнанно, его до сих пор не удается подтвердить эмпирически.

В отличие от других рассмотренных видов связанного со здоровьем поведения, представляющих маладаптивные, физическая активность не обладает качеством аддиктивности. Напротив, приверженность к программам физической активности описывается негативно акселерированной кривой, соответствующей так называемой негативной аддикции. Отсюда в исследованиях физической активности центральное место занимает проблема факторов приверженности программам.

Прежде всего эти факторы соотносятся с прошлым опытом индивида. Чем более позитивно оценивается опыт физической активности, особенно в начальной школе, тем выше приверженность физическим упражне-

ниям во взрослости. Предполагается, что подобный опыт влияет на самооценку. Позитивное восприятие своих физических способностей стимулирует физическую активность, тогда как негативное восприятие, основанное на дефиците навыков в детском возрасте, является причиной отвержения упражнений в порядке поддержания самооценки.

Аттитюды родителей, сходно с другими видами связанного со здоровьем поведения, также формируют отношение детей к физической активности. Актуальное поведение родителей в этом отношении важнее для девочек, чем для мальчиков.

Собственно аттитюды к упражнениям мало предиктивны для приверженности к их выполнению. Значительно более сильным мотивирующим эффектом обладают долговременные цели индивида. Такими целями могут быть выздоровление при затяжном болезненном состоянии, редукция риска нового приступа болезни или улучшение своего психологического функционирования. Более слабый мотивирующий эффект присущ кратковременным целям, подобным улучшению своей физической формы или снижению веса. Следовательно, внутреннее вознаграждение действует здесь сильнее, чем внешнее подкрепление.

Сохранение высокой физической активности во-многом связано и с социальной поддержкой. Люди более привержены физическим упражнениям при поддержке и одобрении как дома, так в месте реализации программы, а также если занимаются в группе. Предикторами отказа от продолжения участия в программах физических упражнений чаще всего выступают курение, предпочтение неактивных видов досуга, снижение дохода и факторы программы – неудобство расположения спортивного учреждения, чрезмерная интенсивность занятий, качество лидерства тренера.

Помимо благоприятных эффектов самой физической активности, с ней связан и ряд других "выгод" для индивида, обусловленных редукцией некоторых маладаптивных видов поведения, – курения, алкоголиза-

ции, стресса и напряжения, переедания. Кроме того, с физической активностью связаны чувства общего психологического благополучия, удовольствия и уверенности в себе. Показана редукция депрессии и тревоги при регулярном выполнении физических упражнений (по: Keir, Lauzon, 1980; Martin, Dubbert, 1982; Haskell, 1985; Baranowski, Nader, 1985).

В отечественной науке Ю.Т.Тимофеев (1977) выдвинул предположение о потенциале физической активности для профилактики нарушений социально-психологического функционирования личности, однако, как показывает в своем обзоре Е.П.Ильин (1987), психологические проблемы рекреационной физкультуры до сих пор находятся в нашей стране лишь в стадии постановки. В двух исследованиях В.А.Пономарчука (1988; характеристику см. в табл. 2) занимающиеся физкультурой вдвое реже жаловались на здоровье. Конечно, в связи с корреляционным характером этих данных направление причинности здесь может только гипотезироваться.

Неблагоприятное воздействие стресса на связанное со здоровьем поведение устанавливается не только в отношении курения и переедания. В исследовании K.Egan et al. (1983) участвовало 35 мужчин-менеджеров среднего уровня, представлявших группы с контролируемым и резистентным уровнями артериального давления, прошедших предварительный 2-х недельный тренинг по самоконтролю. Уровень стресса оценивался у них по методике Holmes a. Rahe (1967), данные обрабатывались с применением дисперсионного анализа.

Контроль артериального давления, как показало исследование, во многом зависел от когнитивно-аффективного состояния менеджеров. Лица с резистентным уровнем АД имели выше уровень психологического дистресса, сензитивности, тревоги и враждебности. Напротив, при контролируемой гипертензии были ниже уровни компульсивности, тревоги и

психотизма. Таким образом, переживаемые жизненные случаи, особенно негативные, были сильным предиктором резистентности артериального давления к техникам самоуправления. Данные исследования не позволили исключить влияние фактора личностных особенностей – депрессивные и тревожные субъекты, возможно, просто не способны участвовать в подобных программах эффективно. Тем не менее, вывод о повреждающем воздействии дистресса на способность к самоконтролю оказался высоко надежным.

В упоминавшихся исследованиях D. Mechanic (1985) с уровнем дистресса коррелировали следующие виды связанного со здоровьем поведения: алкоголизация, курение, использование ремней безопасности и низкая физическая активность.

В отечественной литературе нам удалось обнаружить 11 исследований, описывающих уровень основных видов связанного со здоровьем поведения (преваленс) в различных субпопуляциях бывшего СССР (табл. 2). Наши данные, полученные для периода относительной социальной стабильности в Котласском и Зерафшанском исследованиях, "укладываются" в размах вариации, содержащейся в результатах отечественных исследований. При этом данные Зерафшанского исследования соответствуют верхнему пределу вариации по неблагоприятным для здоровья видам поведения, а данные Котласского исследования – нижнему пределу.

В трех наших исследованиях: г.Коряжмы, ПО "Невский завод" и в петербургском популяционном, где фиксировалось умеренное потребление алкоголя, – при его суммировании с уровнем "тяжелого" употребления преваленс алкоголизации также не расходится с результатами других отечественных исследований. Для курения же, фиксировавшегося в Котласском исследовании и в исследовании ПО "Невский завод", преваленс оказался сравнительно несколько выше.

Поведение, связанное с

Авторы, год	Характеристика исследования
Водогреева, Андреева, Гладышева, 1989	Опрос 520-и высокостатусных профессионалов в гг. Москве, Ленинграде, Львове и Каунасе
Водогреева, Андреева, 1991	Опрос 994-х рабочих и служащих по квотной выборке на предприятиях гг. Таллинна, Тбилиси, Москвы. Обработка совместно с данными предыдущего исследования
Дмитриева с соавт., 1988	Опрос работников промышленного предприятия г.Новосибирск
Журавлева с соавт., 1993	708 чел., Оренбург, 1988г.; 504 чел., Мурманск, 1989г.; 540 чел., Душанбе, 1989г.
Карташов с соавт., 1991	Почтовый и телефонный опросы с охватом по 248-и работникам НПО в г.Москве, по квотированной выборке
Киштарь, Прокупец, Борц, 1994	Опрос 997-и городских и 687-и сельских жителей Молдовы

о здоровьем, % *

Виды поведения					
Алкоголизация			Курение		
Прева- ленс	Усилия	Успеш- ность	Прева- ленс	Усилия	Успеш- ность
80	-	-	-	-	-
-	6	-	46	-	-
-	-	-	-	16	10
-	-	-	-	-	-
-	-	44	-	-	20
-	-	-	39	-	-

Поведение, связанное

Авторы, год	Характеристика исследования
Водогреева, Андреева, Гладышева, 1989	Опрос 520-и высокостатусных профессионалов в гг. Москве, Ленинграде, Львове и Каунасе
Водогреева, Андреева, 1991	Опрос 994-х рабочих и служащих по квотной выборке на предприятиях гг. Таллинна, Тбилиси, Москвы. Обработка совместно с данными предыдущего исследования
Дмитриева с со- авт., 1988	Опрос работников промышленного предприятия г.Новосибирск
Журавлева с со- авт., 1993	Опрос: 708 чел., Оренбург, 1988г.; 504 чел., Мурманск, 1989г.; 540 чел., Душанбе, 1989г.
Карташов с со- авт., 1991	Почтовый и телефонный опросы с охватом по 248-и работников НПО в г.Москве, по квотированной выборке
Кишларь, Прокупец, Борщ, 1994	Опрос 997-и городских и 687-и сельских жителей Молдовы

Таблица 2
(продолжение)

е со здоровьем, %

Виды поведения				
Переедание		Физическая активность		
Преваленс	Усилия	Прева-ленс	Усилия	Успеш-ность
38	-	24	-	-
-	-	-	11	-
37	-	28	22	-
-	9	33	-	-
-	-	15	-	-
-	-	12	-	-

Авторы, год	Характеристика исследования
МакКихан, Кэмпбелл, Туманов, 1993	Телефонный опрос жителей Москвы в 1991 г.
Маркова, 1993	Опрос 3029 чел., обратившихся в поликлиники Москвы, Вильнюса и Кишинева
Медик, 1991	Опрос 2270-и жителей трех городов Новгородской области
Пономарчук, 1988	Два исследования в 1986-88 гг. с охватом 1146-и чел. и 1500-т чел. в различных регионах б. СССР
Чазова с соавт., 1989	Выборочное обследование 2387-и жителей Черемушкинского района г.Москвы
X	
m	

Таблица 2
(продолжение)

анное со здоровьем, %

Виды поведения					
Алкоголизация			Курение		
Прева- ленс	Усилия	Успеш- ность	Прева- ленс	Усилия	Успеш- ность
56	–	–	28	–	–
–	–	–	–	15	–
60	–	–	29	–	–
71	–	–	30	–	–
–	–	–	48	–	–
67	6	44	37	16	15
5,4	–	–	3,6	0,5	5,0

Авторы, год	Характеристика исследования
МакКихан, Кэмпбелл, Туманов, 1993	Телефонный опрос жителей Москвы в 1991 г.
Маркова, 1993	Опрос 3029-и чел., обратившихся в поликлиники Москвы, Вильнюса и Кишинева
Медик, 1991	Опрос 2270-и жителей трех городов Новгородской области
Пономарчук, 1988	Два исследования в 1986-88 гг. с охватом 1146-и чел. и 1500-т чел. в различных регионах б. СССР
Чазова с соавт., 1989	Выборочное обследование 2387-и жителей Черемушкинского района г.Москвы
	X
	m

* Округлено до целых величин. Там, где
ны интервалов

Таблица 2
(окончание)

анное со здоровьем, %

Виды поведения				
Переедание		Физическая активность		
Преваленс	Усилия	Преваленс	Усилия	Успешность
–	–	15	–	–
–	30	10	40	–
–	–	27	–	–
–	–	23	–	–
39	–	16	–	–
38	20	21	31	66
0,6	10,5	2,6	9,0	–

154

авторы приводят интервальные оценки, брались середи-

Сопоставление результатов Котласского и Зерафшанского исследований по таким видам поведения, как занятия спортом и контроль питания, показывает, что различия между выборками статистически незначительны. Это свидетельствует о культуральной однородности данных субпопуляций бывшего СССР по критериям связанного со здоровьем поведения. Напротив, сравнение данных по г.Москве и данных Alameda County Study, выполненное в исследовании МакКихана, Р.Кэмпбелла и С.В.Туманова (1993, характеристику см. табл. 2), приводит к выводу о значительных кросс-культуральных различиях, поскольку при буквальном толковании дает абсурдные результаты – преваленс основных видов связанного со здоровьем поведения выше среди москвичей, чем среди американцев, при значительно более худших субъективных и объективных показателях здоровья для Москвы.

Из видов связанного со здоровьем поведения, как показывает Котласское исследование, наибольший “риск” для здоровья ассоциирован в сознании респондентов с курением и недостаточной физической активностью. Однако гигиенический аттитюд стимулирует, прежде всего, по данным корреляционного анализа, самоконтроль питания, что обусловлено, по-видимому, действием “диетического фанатизма”. Только потом следуют физические упражнения и отказ от курения. На последнем месте, вполне консистентно с репрезентацией угрозы, находится ограничение алкоголизации. Аналогичные результаты, показавшие, что население меньше всего волнует проблемы профилактики курения и алкоголизма, были недавно получены в исследовании Л.Л.Кишляра, Р.В.Прокупца и В.К.Борца (1994; характеристику см. в табл.2).

Эти данные отражают и другую важную проблему социальной психологии здоровья – совместную встречаемость, или кластеризацию отдельных видов связанного со здоровьем поведения. Поскольку поведение, связанное со здоровьем, как-бы рутинно встроено в процесс повседнев-

ной жизни, устойчивые сочетания отдельных видов такого поведения должны отражать общий паттерн жизненной адаптации, то есть типичный способ преодоления факторов неблагоприятного окружения (McQueen, 1988). Однако в эмпирических исследованиях кластеризация отдельных видов связанного со здоровьем поведения обнаруживается крайне неустойчиво, что ставит под сомнение теоретическую обоснованность самого конструкта "здорового стиля жизни".

В американской популяции чаще прочих обнаруживается кластеризация отказа от курения и рекреационной физической активности, курения, алкоголизации и наркотизации (Anderson, 1988). Некоторые виды поведения обнаруживают, напротив, устойчивые негативные ассоциации, как, например, физическая активность и склонность к риску (Mechanick, 1985).

По данным нашего Котласского исследования чаще кластеризуются курение и алкоголизация, и вдвое реже – отказ от курения и ограничение диеты, а также ограничение диеты и алкоголизации. Отметим неконсистентность этого паттерна поведения паттерну поведения редукции риска, стимулируемому воспринятой угрозой для здоровья.

В последние десятилетия значительное внимание исследователей привлекает возможность спонтанной, то есть не обусловленной терапевтическим вмешательством редукции видов поведения, связанных с риском для здоровья. Приведем некоторые основные исследования проблемы. S.Schaehter (1982) предположил, что сложившееся мнение о трудности излечения аддиктивных состояний основано на выводах по группам людей, сформировавшихся в результате самоселекции, то есть не желающих помочь себе самим, и идущих к врачу.

Для проверки данной гипотезы автор проинтервьюировал две группы людей общим объемом 161 чел. Первая группа, опрошенная в 1978 г., состояла из студентов и сотрудников факультета психологии Колумбийского университета, вторая, опрошенная в 1980 г., – из работающих

лиц и предпринимателей, проживающих в г. Amagansett, в окрестностях Нью-Йорка. Выборка для них строилась по географическому принципу отбора производственных и торговых предприятий города.

В отношении курения исследование показало успешность оставления в 2–3 раза выше, чем в клинических выборках, при чем более 60% курильщиков, хотевших отказаться от курения, успешно выполнили свое намерение, безотносительно от "тяжести" курения. По избыточному весу доля снизивших вес и успешно его поддерживающих доходила до 70%. Помимо самоселекции Schaefer предположил в столь высокой успешности действие фактора повторности попыток. Наиболее высокой успешность была среди тех, кто никогда не обращался ко врачу по поводу названных состояний. Объяснение этой зависимости, по остроумному замечанию автора, возможно либо в терминах перверсии лиц, обращающихся за помощью, либо в терминах перверсии лиц, ее оказывающих, то есть психиатров (психиатрогении).

В отношении алкоголизации подобные данные были получены M. Plant (1979) в его исследовании профессионального риска развития алкоголизма. В трех производящих алкоголь компаниях и в двух компаниях, не производящих алкоголь, расположенных в Эдинбургском регионе, в 1975 г. изучались по 150 вновь принятых работников. Затем эти работники ежегодно реинтервьюировались в течение 3-х лет. Лица, поступившие на работу в производящие алкоголь компании, были чаще тяжело пьющими и часто меняли места работы, имели взыскания. Однако по занятости в профессиях, связанных с алкоголем, алкогольными проблемами и семейному статусу они не отличались от контрольной группы. По катamnестическим данным все обследованные были распределены на три группы: (1) стабильные, то есть оставшиеся на той же работе; (2) оставившие работу, связанную с производством алкоголя, и перешедшие на работу меньшего риска или ставшие безработными; (3) покинувшие контрольную группу и перешедшие на работу высокого риска.

В первой группе возросло количество связанных с алкоголем проблем, ее представители чаще направлялись на лечение. Во второй группе употребление алкоголя снизилось, и только у безработных осталось прежним. В третьей группе употребление алкоголя увеличилось. Таким образом, отрасли высокого риска притягивают диспропорционально большее количество лиц, уже тяжело пьющих. Статус занятости оказывается связанным с паттернами употребления алкоголя и частотой алкогольных проблем. Однако и уровень употребления, и соответствующие проблемы изменяются во времени, в частности, под влиянием производственного окружения. Некоторые "проблемные" пьяницы уменьшают употребление под социальным давлением.

В исследовании G.Vaillant a.E.Milofsky (1982) была использована контрольная группа Бостонского исследования ювенильной делинквентности, объемом 456 чел., впервые обследованных в 1940 г., и прослеженная авторами до 47-й летнего возраста. Для кумуляции данных, полученных из различных источников и различными методами, рассчитывались рейтинги трех видов - клинические, исхода и алкоголизма. По 400-м субъектам были получены полные истории употребления алкоголя, причем 110 чел. отвечали клиническим критериям злоупотребления к 37-й годам, однако к 47-и годам более чем половина из них вернулась к бессимптомному или социальному пьянству.

Факторы детства не оказывали существенного влияния на формирование аддикции. Наиболее сильными предикторами будущего алкоголизма оказались алкоголизация в родительской семье и преморбидное антисоциальное поведение. Профессиональная терапевтическая помощь тоже не оказалась сколько-нибудь существенным фактором.

Для формирования устойчивой абстиненции решающее значение имело действие следующих неспецифических факторов. (1) "Подмена" алкоголя (лекарствами, наркотиками, едой, курением, мистицизмом, молитвами, азартными играми и т.п.), причем ведущее значение принадлежало

формированию религиозной зависимости. (2). "Естественная" поведенческая модификация в случаях, когда алкоголизация приводила к немедленным негативным последствиям для индивида, таким как "медицинские" симптомы. В некоторых случаях подобную функцию выполняло принудительное наблюдение судебных органов или работодателя. (3). Обнаружение стабильного источника надежды и поддержания самооценки, типа группы анонимных алкоголиков. (4). Создание новых тесных межличностных отношений – семейных или производственных, а также вовлеченность в помощь другим.

Алкогольная абстиненция была тесно связана с социальным выздоровлением и освобождением от "психосоциальной", по выражению авторов, патологии. Таким образом, для многих больных алкоголизмом является само-ограничивающимся процессом, причем наиболее тяжелые алкоголики чаще достигали и наиболее стабильной абстиненции. Факторы, поддерживающие выздоровление, обычно неосознаваемы, тем более что в ранней стадии абстиненции зачастую отмечаются когнитивные и аффективные расстройства, нарушение функционирования в профессиональной и семейной ролях.

Эти и подобные им результаты вызывают значительный скептицизм у отечественных исследователей. С.В.Литвинцев, В.В.Нечипоренко и Е.В.Снедков (1995), анализируя зарубежные данные и материалы по советскому контингенту военнослужащих в Афганистане, приходят к заключению о возможности длительного употребления алкоголя и наркотиков на некоем особом донологическом уровне. О.Ф.Ерышев (1992) описывает психопатологическую структуру, динамику и детерминированность становления ремиссий при алкоголизме сходно с Vailiant a. Milofsky. Однако, поскольку его описание построено на материалах катамнестического исследования 184-х прошедших стационарное лечение (Ерышев, Рыбакова, Балашова, 1989), ряд неспецифических эффектов, наблюдаемых в ремиссии, расценивается им как показатель эффективности стационар-

ного лечения.

Отечественные популяционные исследования проблемы, выполненные в последние годы, показывают, что в популяции бывшего СССР тоже высока доля лиц, предпринимающих усилия и добивающихся эффекта в изменении связанного со здоровьем поведения без профессиональной помощи. В отношении алкоголизации такие данные получены в одном исследовании, в отношении курения – в двух, в отношении снижения веса – в двух, и в отношении увеличения физической активности – в четырех исследованиях.

По обобщенной оценке, для американской популяции доля самостоятельно прекративших, например, курение, составляет около четверти куривших (Ashton, Stephney, 1982), а доля эпизодически поддерживающих физическую активность – около двух третей (Martin, Dubbert, 1982). В российской же популяции доля самостоятельно прекративших курение ниже, а доля поддерживающих относительно высокую физическую активность – такая же, в сравнении с американской. По алкоголизации и контролю диеты отечественные данные недостаточны для сравнения или отсутствуют. Кросс-культуральные различия в успешности прекращения курения объясняются, по-видимому, отмеченными выше различиями в восприятии ею угрозы для здоровья.

Наши данные в отношении алкоголизации, полученные в трех исследованиях, – горнорабочих рудника “Мурунтау”, коллектива ПО “Невский завод” и петербургском популяционном, – показывают, что снижение уровня употребления без профессионального вмешательства отмечалось во всех изученных субпопуляциях, хотя и не достигало значения, отмеченного в отечественном исследовании А.И.Карташева с соавт. (1991).

Для петербургской популяции такое снижение вполне корректно объясняется переживаемым стрессом социальных изменений, что подтверждается и значительными различиями между уровнями снижения для дан-

ной популяции в период изменений и для ее части, – занятых на ПО “Невский завод”, – в период социальной стабильности. Однако почти такое же снижение наблюдалось и среди горнорабочих; как показано ранее, наиболее тяжело пьющего из всех изученных социально адаптированных контингентов. Исходя из данных Variant a. Milofsky, подобное резкое снижение может быть объяснено самой тяжестью предшествовавшей алкоголизации.

Существует достаточно жесткое различие между исследованиями связанного со здоровьем поведения, рассматривающими его как зависимую или как независимую переменную. В рамках первого направления такое поведение рассматривается как детерминированное социально-демографическими переменными, аттитюдами к здоровью и социальной включенностью, в рамках второго оно само выступает объяснением чего-то еще, например, смерти, болезни, морали или удовлетворенности жизнью (Anderson, 1988). В нашем Котласском исследовании был применен первый из названных подходов, а причинными переменными выступали социально-структурные факторы.

Особенности половых ролей приводят в современном обществе к различиям в широком наборе прекурсоров связанного со здоровьем поведения мужчин и женщин. Подобные различия могут происходить, согласно А. Kagan (1978^a), от самих отношений между полами, различий в семейных ролях и от “риска” конкретного заболевания, сопряженного с половой ролью (суициды, нежелательная беременность, венерические заболевания).

J. Waldron (1988) в своем обзоре гендерных различий в связанном со здоровьем поведении по материалам исследований, выполненных в США и Канаде, показывает, что вариация здесь обусловлена видом поведения и культуральным контекстом. Различия в курении, чаще практикуемом мужчинами, снижаются в и послевоенные десятилетия, хотя и сохраняется социальное неодобрение женского курения, ассоциирующегося с про-

мискуитетом и проституцией. Рост курения среди женщин обусловлен, возможно, увеличением их профессиональной занятости и убеждениями женщин о пригодности курения для снижения веса. Мотивация к отказу от курения сильнее у мужчин, так как женщины легче метаболизируют никотин.

Половые различия в употреблении алкоголя "сглаживаются" гораздо медленнее, чем в курении. Социальное неодобрение женской алкоголизации выражено достаточно ярко даже у подростков. Более высокая религиозность женщин также является протективным в отношении алкоголизации фактором. Работающие женщины чаще используют алкоголь для редукции депрессии и тревоги, чем домохозяйки.

Анорексия и булимия в западных странах у женщин наблюдается вдесятеро чаще, чем у мужчин, так как внешний вид выступает у женщин более важным аспектом половой роли. Таким образом, центральным фактором гендерных различий в связанном со здоровьем поведении выступает половая роль и предъявляемые к ней социальные ожидания. Прямой эффект биологических различий проявляется здесь только в модифицированном культурой виде.

В исследовании Е.С.Скворцовой и А.В.Прохорова (1992) курение оказалось менее превалентно среди учащихся девушек, по сравнению с учащимися юношами. А.В.Ляхович с соавт. (1994) выполнил сравнительную оценку половых различий в курении по материалам отечественных исследований в сопоставлении с собственными данными обследования 5087-и жителей г. Москвы. Примененная процедура позволила авторам выявить тенденцию к снижению доли курильщиков-мужчин и повышению доли курильщиков-женщин, то есть конвергенцию паттернов этого вида поведения.

Данные Котласского исследования демонстрируют описанное значение социальных ожиданий для связанного со здоровьем поведения в половой роли. Мужчины чаще демонстрируют физическую активность, а жен-

шины – контролируют диету и не курят.

Влияние семейного окружения на связанное со здоровьем поведение является предметом контекстуального направления в социально-психологических исследованиях здоровья, представленного так называемой экобихевиоральной перспективой. Ее "фокусом" выступают широкие энвайронментальные воздействия на связанное со здоровьем поведение больших сегментов популяции. В качестве источников подобных воздействий рассматриваются интерперсональное окружение, городская и индустриальная среда, политико-идеологический контекст.

Основной проблемой экобихевиорального подхода является проблема соотношения "прав" и "ответственности" за здоровье. Позиция "прав" подразумевает доступ всех граждан к высококачественному здравоохранению, несмотря на затраты. Согласно же позиции "ответственности" здоровье – дело инициативы индивида, а связанное со здоровьем поведение – результат индивидуального выбора. На индивида поэтому ложится ответственность за свое здоровье, тогда как правительственные органы должны только обеспечить свободу выбора (Winett, 1985).

В рамках экобихевиорального подхода L.Pratt (1982) выдвинул концепцию так называемой "энергезированной семьи". В основе этой концепции лежит культуральный аттитюд о том, что ответственность за здоровье принадлежит семье. В качестве критического фактора здоровья рассматривается "жизненный стиль". Он должен отвечать критериям превентивной медицины и выражаться в семейной ориентации на здоровье.

Прежде всего подобная ориентация находит свое проявление в формировании "здорового" поведения у ребенка. Семья координирует изменения, обусловленные ее жизненным циклом, с ходом исторического времени. При недостаточности такой координации социальное окружение становится угрожающим и "наказывающим". При быстрых социальных изменениях эта функция семьи выступает решающей для социальной адаптации

ее членов.

Семья, кроме того, должна адекватно реагировать на изменение концепций здоровья и осознавать свою ответственность. "Энергезированная семья" развивает у своих членов позитивные формы связанного со здоровьем поведения, лучше использует профессиональную помощь, и потому имеет более высокий уровень здоровья. Она более гибка и контактна, обеспечивает личностный рост и развитие. Место конформности и дисциплины в "энергезированной семье" занимают свобода и ответственность.

Западные эмпирические исследования слабо подтверждают эту концепцию. Как показывает D.Mechanic (1985), удивительно трудно оказалось продемонстрировать влияние матери на поведение ребенка в сфере здоровья. Не удалось также установить и влияние ответственности за свое здоровье на связанное со здоровьем поведение взрослых (ср. с исследованиями локуса контроля).

В нашей стране концепцию ответственности семьи за здоровье ее членов развивает Л.Г.Камсюк (1987). В двух исследованиях Л.В.Водогреевой, Н.Г.Андреевой и Н.В.Гладышевой (1989; 1991; характеристику см. в табл. 2) семья чаще других групп выступала референтной группой для формирования здорового образа жизни – около половины респондентов назвали ее основным источником влияния. К аналогичному выводу приходит и Н.К.Барсукова с соавт. (1996) по результатам цикла своих исследований (по-видимому, включавшего и два предыдущих).

Котласское исследование выявило в отношении данной проблемы одну сколь высоковоспроизводимую, столь и трудноинтерпретируемую зависимость. Чаще прочих ограничивают алкоголизацию лица, имеющие семью, и реже – те, у кого семья распалась вследствие развода или смерти партнера. Лица, не создавшие своей семьи, занимают по преваленсу данного вида связанного со здоровьем поведения промежуточное положение.

Снижение преваленса видов поведения, связанных с "риском" для здоровья по мере увеличения возраста ("выгорание" в модели Leventhal) присуще и российской популяции. Так, в исследовании Н.В.Дмитриевой с соавт. (1988, характеристику см. в табл. 2) названная закономерность выявилась для курения.

В Котласском исследовании связь снижения курения с возрастом оказалась линейной. Для снижения алкоголизации и физической активности данная связь отклоняется от линейной формы. И алкоголизация, и физическая активность, в целом, снижаясь с возрастом, после выхода на пенсию несколько увеличиваются по сравнению с предпенсионным возрастом. Напротив, контроль диеты с возрастом монотонно нарастает, и несколько снижается лишь после выхода на пенсию.

Социальная структура влияет на связанное со здоровьем поведение как путем научения в процессе социализации, так и путем социального контроля. Этот контроль реализуется социальной группой посредством процессов коммуникации, использования власти и применения санкций. На уровне индивида контроль сопровождается интернализацией связанных со здоровьем значений, корреспондирующих с местом индивида в социальной структуре.

Влияние социальной структуры на здоровье осуществляется на трех уровнях. (1) Интернализации связанных со здоровьем правил, то есть неспецифических паттернов превентивных действий и способов преодоления. (2) Утилизации ресурсов здоровья, то есть когнитивных и нормативных элементов поведения, прямо связанного со здоровьем ("культура здоровья"), обусловленной включенностью в социальные сети. (3) Мотивации здоровья, то есть связанных со здоровьем потребностей и стремлений индивидов и групп.

Все без исключения виды связанного со здоровьем поведения имеют заметные социально-классовые различия в направлении накопления неблагоприятного для здоровья поведения в низших классах. Это рас-

пределение вносит существенный вклад в классовый градиент здоровья (по: Noack, 1988).

Проиллюстрируем названную закономерность данными Котласского исследования. Уровень денежного дохода позитивно связан с рекреационной физической активностью и контролем диеты, а социально-профессиональная позиция негативно связана с алкоголизацией и курением. Однако в последнем случае связь не линейна. Если инженерно-технические работники и служащие действительно чаще ограничивают алкоголизацию и отказываются от курения, чем представители низкостатусных профессиональных групп, то руководители, напротив, чаще и курят, и алкоголизируются. Это, скорее всего, обусловлено повышенной стрессогенностью их профессионально-статусной позиции в организации. Курение и алкоголизация для руководства выступают, таким образом, видами стратегий преодоления стресса.

Влияние социальных перемещений на связанное со здоровьем поведение обнаруживается для такого его вида, как курение. Мигранты чаще отказываются от курения, чем уроженцы г. Коряжмы, причем мигрировавшие взрослыми чаще, чем мигрировавшие с родительской семьей в детстве. Подобное распределение отражает уровень социальной включенности индивидов. Иначе говоря, высокий уровень включенности способствует курению, что вполне соответствует изложенным теоретическим представлениям о социально-психологических механизмах инициации и поддержания этого вида поведения.

Отношение населения к профилактическим медицинским осмотрам изучалось в трех исследованиях нашего цикла – Зерафшанском, Василеостровском и контингента обратившихся в амбулаторно-поликлинические учреждения Санкт-Петербурга. Факторный анализ результатов Зерафшанского исследования показал, что отношение к профилактическим осмотрам входит в один фактор с такими индикаторами поведения в сфере здоровья, как ипохондризация, гигиеническая установка, самолечение,

обращение ко врачу при заболевании и затраты времени как причин отказа от обращения к врачу. С отрицательным знаком в этот фактор вошло обращение за медицинской помощью по неформальным каналам коммуникации.

Отсюда отношение к профилактическим осмотрам на поведенческом уровне выступает проявлением действия общего фактора – отношения к обращению за профессиональной помощью в государственные лечебно-профилактические учреждения. Следовательно, несмотря на то, что профилактические осмотры имеют для субъекта, плавным образом, превентивную ценность, отношение к ним целесообразно рассматривать в контексте отношения к медицинской помощи в целом.

Центральным звеном изучения данной проблемы является комплаенс, поскольку именно в ходе контактов с врачом индивид получает рекомендации по режиму питания, физической активности и т.п. Согласие с этими рекомендациями в основном и определяет профилактическую эффективность осмотров (Melamed, 1984).

Собственно говоря, определение профилактики как проблемы комплаенса присуще скорее бихевиоральной медицине, чем социальной психологии здоровья. В бихевиоральной медицине комплаенс выступает личностной характеристикой индивида, а усилия направлены на модификацию поведения с целью обеспечения приверженности рекомендуемым экспертами режимам (Pomerleau, Brady, 1979). В социальной психологии здоровья сам этот подход, основанный на экспертной модели коммуникации между врачом и публикой, где комплаенс выступает своего рода "волшебной пулей", вызывает критику, так как ведет к акценту больше на пациенте, чем на враче в качестве причины низкой эффективности коммуникационного взаимодействия. Индивид здесь не рассматривается как активный в отношении своего здоровья агент, чье восприятие и интерпретация угрозы являются важными факторами мотивации связанного со здоровьем поведения (Leventhal, Hirschman, 1982).

Согласно данным обзора В.Наynes (1979), актуальные характеристики состояния здоровья мало влияют на комплайенс. Среди психиатрических пациентов меньший уровень комплайенса проявляют больные шизофренией, расстройствами личности и паранойяльные. Тяжесть состояния связана с комплайенсом неустойчиво – при неврозе тревоги, алкоголизме и неспецифических соматических жалобах количество симптомов, предъявляемых пациентом, негативно связано с комплайенсом. Среди депрессивных амбулаторных пациентов комплайенс, как правило, невысок. Не влияют на комплайенс ранние переживания болезни, однако при наступлении нетрудоспособности комплайенс увеличивается. При направлении пациента к другому врачу или в другое лечебно-профилактическое учреждение вероятность обращения повышается при не продолжительности временного интервала и хорошей организации приема. Для психоневрологических пациентов имеет значение направление к конкретному врачу, а не просто в учреждение. Продолжительность посещения врача негативно связана с комплайенсом.

P.Flanders a. J.McNamara (1984) среди факторов комплайенса, негативно влияющих на эффективность лечения и профилактики, наряду с нонкомплайенсом, то есть поведением, не соответствующим врачебным рекомендациям, выделяют и сверхкомплайенс, проявляющийся в выполнении рекомендаций, даваемых различными врачами, и противоречащих друг другу. Наиболее важными причинами нонкомплайенса являются сложность рекомендуемого режима и неудовлетворительные межличностные отношения врача и больного.

Между западными и восточными культурами существуют гендерные различия в обращении за медицинской помощью. В западных культурах уровень обращений выше у женщин, тогда как в восточных – у мужчин. Это различие отмечается только по относительно легким болезненным состояниям, и связаны с восприятием мужчин как более социально ценных в восточных странах. В западных культурах женщины не только пе-

реживают большее количество симптомов и имеют более низкую самооценку здоровья, по сравнению с мужчинами, но и с большей вероятностью обращаются к врачу при одинаковом с мужчинами самовосприятии здоровья. Эта закономерность также распространяется только на легкую симптоматику, поскольку при тяжелых состояниях вероятность обращения выше для мужчин.

Существуют различные объяснения данного феномена. В частности, в США мужчины чаще сообщают, что могут игнорировать боль, а женщины чаще имеют постоянного врача и больше верят в превентивную медицину. Возможно, что более низкий уровень обращаемости мужчин обусловлен и их более жестко фиксированными ролевыми обязательствами с вытекающей отсюда нехваткой времени. Однако между работающими женщинами и домохозяйками нет различий в уровне обращений (Waldron, 1988).

В зависимости от возраста уровень комплайенса меняется, причем нонкомплайенс чаще отмечается у молодых и пожилых. В первой группе это объясняется малой ответственностью за свое здоровье, а во второй – увеличением возможностей для нонкомплайенса из-за появления хронических заболеваний, сопряженных с более частыми посещениями врача и приемом значительного количества лекарств.

Влияние социально-экономического статуса на комплайенс лучше изучено в отношении психотерапии. Пациенты низкостатусных социальных групп чаще проявляют здесь нонкомплайенс, поскольку их жалобы чаще носят соматический характер, и не воспринимаются ими как имеющие психологические источники.

Важной причиной нонкомплайенса выступает то, что несмотря на понимание влияния психологических факторов на комплайенс, врачи не используют психологически обоснованные стратегии улучшения комплайенса в практической работе с пациентами (Flanders, McNamara, 1984). Особенно отчетливо эта зависимость проявляется в отказе от предоставления пациентам необходимой им информации. Раннее исследование

проблемы L.Pratt, A.Seligman a. G. Reader (1957, repr. 1958) основывалось на теории "обмена" в отношениях "врач - больной".

Эффективный "обмен", по предположению авторов, обуславливается предварительным опытом и знаниями партнеров по коммуникации, их взаимными ожиданиями и способностью понять друг друга. Исследование охватило 240 пациентов и 89 врачей. Пациенты опрашивались об этиологии, симптомах и лечении 10-и широко распространенных болезней, а врачи - о том, что пациенты должны знать и действительно знают в отношении тех же болезней. Кроме того, изучались межличностные отношения с врачом 50-й первичных больных, поступивших на стационарное лечение.

Информированность пациентов, как показало исследование, зависела от их образования и от вида болезни, однако в любом случае была низкой, включая и информированность о своей болезни. В общении с врачом пациенты проявляли низкую активность и участие, не требовали детальной информации, а их интерес носил латентный характер. Врачи же полагали, что почти весь объем соответствующей информации должен быть известен пациентам, однако большинство не одобряло сообщение информации пациентам. Врачи проявляли тенденцию к недооценке знаний пациентов и стремились ограничить объем обсуждавшихся тем вопросами, непосредственно связанными с лечением. Пациенты же, даже высокообразованные, были недостаточно информированы, чтобы успешно обращаться с врачом. Лучше информированные пациенты проявляли более высокий уровень участия и согласия с планом лечения.

В рамках современного атрибуционного подхода показано, что представления о болезнях варьируют у профессионалов-медиков по тем же параметрам НЕМ, что и у пациентов. Теория атрибуции предсказывает, что количество оказываемой врачами помощи будет зависеть от их атрибуции способности пациента контролировать свое состояние. Чем выше уровень атрибуций врачей состояния пациента к неконтролируемым им факторам, тем больше будет объем оказываемой ему помощи. Врачи и пациенты ни-

когда не имеют одинаковых представлений о течении болезни и целях лечения, однако для исхода терапевтического процесса конгруэнтность атрибуций сторон представляется крайне важной (Marteau, 1989).

Отечественные исследования акцентируют отрицательное отношение населения к профилактическим осмотрам, хотя статистическое обобщение данных 8-й исследований показывает, что для популяции бывшего СССР характерно преобладание позитивных оценок над негативными. В тоже время позитивные оценки значительно более варьируют по субпопуляциям, чем негативные (табл. 3). Размах вариации здесь чрезвычайно велик, от 4% хотевших проходить профилактические осмотры в 6-й крупных городах бывшего СССР (Водогреева, Андреева, 1991), до 5% не прошедших осмотр в течение года в г.Риге (Попов, Соломонов, Паэгле, 1988).

Таблица 3

Отношение к профилактическим осмотрам, %*

Авторы, год	Характеристика исследования	Отношение	
		Негативное	Позитивное
Водогреева, Андреева, 1991	см. табл. 2	–	4
Журавлева соавт., 1993	см. табл. 2	46	69
Зыбцев, Должанский, 1993	Газетный опрос 616-и жителей г. Макеевки	61	–
Кишларь, Прокупец, Борц, 1994	см. табл. 2	–	76
Маркова, 1993	см. табл. 2	–	83
Пономарчук, 1988	см. табл. 2	9	–
Попов, Соломонов, Паэгле, 1988	Опрос 1222-х чел., репрезентативная выборка населения г. Риги, 1985.г	30	70
Розенфельд, Макаров, Котов, 1990	1252 работника 21-го предприятия г. Челябинск	43	–
X		38	60
m		8,7	14,3

* Округлено до целых величин. Там, где авторы приводят интервальные оценки, брались середины интервалов.

В качестве причин отказа от прохождения осмотров в 20% – 28% случаев называется "нехватка времени" (Попов, Соломонов, Паэгле, 1988; Зыбцев, 1990). Среди других причин приводятся формальность, низкая квалификация врачей, неинформированность, самолечение. От 38% (Розенфельд, Макаров, Котов, 1990) до 50% респондентов (Кишларь, Прокупец, Борщ, 1994) не получили во время осмотра необходимой информации.

Среди трех субпопуляций, изученных в нашем цикле исследований, минимальный уровень комплайенса в отношении профилактических осмотров выявился среди горнорабочих рудника "Мурунтау". По-видимому, такое отношение к осмотрам характерно для горняков. В цитированном исследовании Ф.Х.Зингера с соавт. (1989) отмечен высокий уровень отказов от прохождения осмотров для Донецкого угольного бассейна. Это может быть объяснено отмеченным выше действием фактора селекции – выбора шахтерской профессии лицами, акцентирующими ее соответствие маскулинной половой роли.

Сравнение уровней комплайенса шахтеров и населения Василеостровского района Санкт-Петербурга показывает (по сопоставимым индикаторам), что подобное различие не достигает статистической значимости. Это подтверждает предположение об относительной однородности "культуры здоровья" в популяции бывшего СССР. Василеостровское исследование продемонстрировало, кроме того, зависимость уровня комплайенса от содержания профилактической программы. Наибольший комплайенс ассоциирован с проблемами соматического здоровья, несколько меньший – с проблемами нервно-психического здоровья, и минимальный – с личными и семейными проблемами.

Мотивацию к самостоятельному обращению следует рассматривать как определяющий фактор последующего согласия с полученными во время профилактического осмотра врачебными рекомендациями. Среди контин-

гента обратившихся в амбулаторно-поликлинические учреждения Санкт-Петербурга такую мотивацию продемонстрировала только $1/7$ часть респондентов, и несколько более четверти прошли профилактический осмотр по направлению врача. Для остальных осмотр был обязательным периодическим.

Мотивация самостоятельного обращения формируется на основе субъективной репрезентации факторов здоровья, и прежде всего, на основе места среди них медицинской помощи. Как и следовало ожидать, чем большее значение придается медицине, тем выше мотивация самостоятельного прохождения профилактических осмотров.

В свою очередь, субъективная репрезентация значения медицины обусловлена опытом переживания болезненной симптоматики. Из-за селективного характера выборки данного исследования в ней оказалась высока доля лиц, имеющих опыт болезни и лечения. Так, в течение предшествовавших опросу 3-х лет наблюдались терапевтом $8/10$, а невропатологом – $7/10$ респондентов, причем в основном это был диспансеризуемый по поводу хронических заболеваний контингент.

Естественно, что чем продолжительнее было наблюдение, тем большее значение придавали медицине для поддержания своего здоровья респонденты. Однако подобная закономерность наблюдалась только при терапевтической патологии, и только при хронизированных состояниях. Для пациентов невропатолога зависимость была противоположной, то есть продолжительное лечение снижало субъективную значимость медицины для поддержания здоровья. Не распространялась данная зависимость и на случаи острой терапевтической патологии.

Другим параметром субъективной репрезентации здоровья, влияющим на прохождение профилактических осмотров, оказались межличностные отношения. Лица, атрибутирующие здоровье к межличностным отношениям, чаще проходят осмотры, причем не только по своей инициативе, но и по направлению врачей, то есть предъявляя жалобы.

В отечественной литературе приводятся противоречивые данные о влиянии на прохождение профилактических осмотров самооценки здоровья. Из двух исследований, где изучалась эта связь, в одном она была позитивной (Пономарчук, 1988), а в другом – негативной (Маркова, 1993). В нашем исследовании контингента обратившихся связь была негативной, то есть низкая самооценка здоровья способствовала прохождению осмотров.

Влияние межличностных отношений с персоналом лечебно-профилактических учреждений на комплаенс медируется состоянием здоровья. Лица, не наблюдавшиеся врачами, и имеющие высокую самооценку здоровья не склонны рассматривать межличностные отношения с персоналом как причину отказа от прохождения осмотров. Напротив, лица, имеющие даже незначительный опыт контактов с работниками здравоохранения и воспринимающие свое здоровье как неудовлетворительное, придают складывающимся в процессе общения отношениям существенное значение. Это значение проявляется в мотивации самостоятельного обращения, причем в содержательном плане подразумевает получение адекватной информации о своем здоровье.

Сходная обусловленность опытом контактов прослеживается и в отношении влияния на нонкомплаенс факторов организации осмотров. Чем больше опыт, тем чаще отказ от прохождения осмотров мотивируется их организацией, и тем реже – отношением к системе здравоохранения в целом. Данная зависимость отмечается только у пациентов невропатолога.

Для общей популяции, как показало Василеостровское исследование, на первом месте среди причин нонкомплаенса находится коррелирующая причина – “занятость”. Далее следует сомнение в ценности осмотров для сохранения здоровья. На третьем же месте находится восприятие осмотров как угрозы. Для соматического здоровья, личных и семейных проблем относительно часто выдвигается мотивировка

"отсутствия интереса", подразумевающая действие защитных механизмов личности, а для нервно-психического здоровья – страх перед возможным отсутствием конфиденциальности соответствующей информации.

Женщины, по данным исследования контингента обратившихся, чаще проходят профилактические обследования как по своей инициативе, так и по направлению врачей. Наличие семьи повышает уровень комплайенса в популяции, практически вне зависимости от содержания профилактической программы, как это показало Василеостровское исследование, причем названная зависимость проявляется больше в отношении соматического, чем психического здоровья.

В селективной выборке обратившихся увеличение возраста приводило к увеличению доли проходящих осмотры как по своей инициативе, так и по направлению врача, что отличается от данных по США. В популяционной выборке жителей Василеостровского района отмечается аналогичное повышение, носящее практически линейный характер, хотя и с незначительным снижением в пенсионном периоде жизни.

Из отдельных социальных групп наибольший уровень комплайенса в отношении профилактических осмотров в популяции, по данным Василеостровского исследования, устанавливается у неработающих инвалидов. За ними следуют работающие пенсионеры. У работающих и не имеющих пенсии по возрасту уровень комплайенса минимален, даже несмотря на наличие группы инвалидности. Следует отметить, что пенсионеры, по данным исследования контингента обратившихся, чаще прочих социальных групп и реально проходят профилактические осмотры, как по своей инициативе, так и по направлениям врачей.

Социально-статусная позиция не показала в нашем цикле исследований такого однозначного влияния на прохождение осмотров, как на другие виды связанного со здоровьем поведения. В популяции, как продемонстрировало Василеостровское исследование, максимальный комплайенс устанавливается в группе с минимальным образовательным статусом,

а промежуточный по уровню – в группе с наиболее высоким статусом. Таким образом, связь комплайенса с образовательным статусом носит криволинейный характер, причем также более ярко выраженный для соматического здоровья, чем для психического. Инверсной связи статуса с комплайенсом для психического здоровья, подобной обнаруживаемой в американских исследованиях, в данном исследовании не выявилось.

Социальная группа руководителей и здесь проявляет специфичность связанного со здоровьем поведения, по сравнению с другими высокостатусными группами. Согласно данным исследования контингента обратившихся, руководители реже представителей всех прочих социальных групп самостоятельно проходят профилактические осмотры, чаще мотивируя отказ от их прохождения неудовлетворительной организацией.

§ 3. Поведение при заболевании

Основным фактом, по выражению R.Clymer, A.Baum а. D.Krantz (1984), в поведении людей при заболевании является тот, что большая часть медицинской помощи существует независимо от формализованной системы здравоохранения. При возникновении болезненных симптомов люди пытаются их понять и этикетировать в терминах тяжести и возможной причины. Первой поведенческой фазой при осознании симптомов обычно является самолечение, включающее в себя использование непрописанных лекарств, народных средств и простых профилактических мероприятий в виде изменения в поведении.

Наиболее важные аспекты самолечения исторически включены в целостную социо-культуральную систему. Профессиональная медицинская помощь в конечном итоге выступает лишь одной из подсистем этой системы поддержания здоровья общества. Наряду с ней существуют популярная и народная системы.

Популярный сектор медицинской помощи соотносится с помощью, обеспечиваемой больным членами семьи, друзьями и другими членами

общности. Эта сеть чрезвычайно распространена, и ее использование предшествует использованию профессиональной помощи, отражая социальную инициативу в поддержании здоровья. Народные способы оздоровления включены в значительно более формализованную социальную систему, отражающую культуральное регулирование отношения к здоровью. Доверие к практикам действующих в этой сфере хилеров предполагается тоже скорее культурой, чем формальными социальными институтами, и отражает базисные культуральные убеждения.

Предпочтения формальной или неформальной помощи в основе своей определяются аттитюдами относительно здоровья. С одной стороны, люди ожидают помощи от врачей, и не убеждены что должны лечить себя сами. С другой стороны, большая часть любой популяции практикует самолечение. Влияющие на поведение в сфере обращения за помощью факторы явились предметом значительного числа исследований, выполненных в последние четыре десятилетия. Рассмотрим два ранних исследования, результаты которых во-многом предопределили последующие направления изучения проблемы.

Исследование Е.Коос (1954) было выполнено в рамках эксперимента по улучшению медицинской помощи на региональном уровне. Для исследования был выбран малый город, условно названный Регионвиллем, по 10-и индексам развития медианный для 119-и городов подобного типа. Регионвилль представлял собой достаточно замкнутую социальную общность, расположенную неподалеку от Нью-Йорка и в 300 км. от города-метрополии. Выборка исследования была географической, и осуществлялась по домовладениям. Исследование осуществлялось в течение ряда лет, и охватило от 550-и до 514-и домовладений, в каждом из которых проводилось по четыре интервью в год. Количественный анализ данных осуществлялся по социальным классам, определявшимся в соответствии с социально-профессиональной позицией. Кроме того, материалы интервью анализировались качественными методами.

Основной гипотезой исследования выступало предположение о том, что связанные со здоровьем аттитюды и поведение меняются в соответствии с изменениями в социальном окружении. Осознание симптомов в общности оказалось высоко вариабельным, и обусловленным образованием, опытом, возможностью оплаты медицинской помощи, групповыми убеждениями. Столь же вариабельным был и "порог", через который надо было "переступить", чтобы стать "больным". Основными факторами здесь выступали страх, затраты, возраст проявления состояния, чувство ургентности и прошлый опыт заболеваний.

Пренебрежение симптомами диктовалось культуральными и групповыми нормами. Признавался ли симптом заслуживающим внимания, зависело от ценности здоровья для индивида и его семьи, в сравнении с другими стремлениями и потребностями. Около четверти всех болезней в популяции не лечилось. Продолжительные болезни чаще наблюдались в низшем классе. Болезни, не приведшие к утрате трудоспособности, не лечились или лечились домашними средствами чаще прочих. К обращению за профессиональной помощью приводил только крайний дискомфорт.

В высших классах чаще имелся постоянный "семейный" врач. Собственная концепция болезни, описывающая, какие из симптомов важны для врача, была присуща скорее невротическим пациентам. Культуральные предписания и запрещения относительно обращения оказались столь многочисленны, что все их не было возможности идентифицировать, однако присутствовал один универсальный фактор – страх.

Пациенты низшего класса были чаще неудовлетворены медицинской помощью, и полагали, что врач в них не заинтересован. Больница не считалась важным местом контактов с врачом. Причинами неудовлетворенности больничной помощью в основном выступали сестринское обслуживание, питание, смена постельного белья и т.п. Все критерии качества были индивидуализированы и поверхностны, то есть большинство

пациентов не осознавало, что делает больницу "хорошей" как лечебное учреждение.

Принятие хилеров было выше в низших классах, чем в высших. К ним обращались из-за будто-бы лучшего знания ими причин болезни, выделяемого пациенту времени, "мягкости" и "симпатичности". Для обращения к хилеру одинаково были важны и обоснования для лечения, и межличностные отношения. Такое поведение пациентов при обращении чаще было невротическим, однако многие из них не отделяли хилера от других медиков. Пациенты низших классов часто переходили от врача к хилеру, и даже при неуспешности лечения демонстрировали высокую удовлетворенность, пытаясь рационализировать неудачу хилера.

Степень использования различных источников информации о здоровье сильно варьировала по отдельным семьям. Общим правилом было получение большего количества информации через личностные контакты с медиками и не-медиками, чем через средства массовой информации.

Использование медицинской помощи, как заключает Koos, следует анализировать в терминах перцепции целостной ситуации со здоровьем. Эта перцепция реально существует, и не имеет единого источника. Для каждого социального класса данная перцепция входит в его субкультуру. Материальная депривация, эмоционально обедняющая социальную жизнь, способна приводить к игнорированию состояний, предшествующих болезни. Перцепция зависит и от формального образования – более образованные ближе к современным идеям о том, что обуславливает хорошее здоровье. Наиболее важно в перцепции психологическое удовлетворение, формирующееся на основе бессознательных ожиданий. Контакты с профессионалами вызывают удовлетворение, если создают чувство безопасности, соответствующее ожиданиям.

Свое исследование Koos (1955, repr. 1958) воспроизвел в городе-"метрополи" по стратифицированной в соответствии с экономическим статусом рандомизированной выборке объемом 1 тыс. семей. Из всех ас-

пектов медицинской помощи наибольший критицизм жителей вызывало отсутствие эмоциональной теплоты в отношениях с медицинским персоналом. Использование помощи, предоставляемой профессионалами не-медиками также повышалось со снижением социального класса. Причиной использования такой помощи выступали не затраты, а обезличенность отношений с врачами. Комплаенс в отношениях с не-медиком был выше, в сравнении с любым видом медицинской помощи, поскольку медицинская помощь не удовлетворяла психологические потребности пациентов.

Исследование J.Brightman et al. (1958; Notkin et al., 1958) было проведено в 1955 г., в расположенном неподалеку от Нью-Йорка среднем по размеру городе Сиракузах. Объектом исследования явились три группы стабильно проживающего в городе населения: (1) низкостатусные семьи, находящиеся на социальной помощи (323 домохозяйства); (2) низкостатусные семьи, не нуждающиеся в социальной помощи (315 домохозяйств); (3) среднестатусные семьи занятых в одной из отраслей индустрии, с относительно высоким доходом и медицинской страховкой, предоставляемой компанией (218 домохозяйств). Исследование проводилось методом интервьюирования всех взрослых членов семей, причем использование медицинской помощи изучалось за предшествующий год (акушерско-гинекологической помощи – за пять лет).

Среди источников информации о здоровье на первом месте находились врачи и медицинские сестры. Средства массовой информации тоже являлись важным источником; газетам и книгам придавалось большее значение в среднестатусной группе, однако это была не та "угрожающая" литература, которая выпускалась органами здравоохранения. В двух других, низкостатусных группах, эта литература была значимым источником информации. "Базовых" различий в восприятии информации о здоровье между основными социальными группами не было.

В находящейся на пособии низкостатусной группе устанавливался уровень заболеваний, не приведших к обращению за помощью вдвое выше,

по сравнению с другими группами. Эти заболевания чаще имели большую продолжительность. В данной группе более чем вдвое реже имелся постоянный семейный врач. Частота посещений врача увеличивалась по мере снижения социального класса. Однако к частным врачам представители среднестатусной группы обращались вдвое чаще, чем представители низкостатусных групп. Доля обращений к хилерам во всех группах была низкой.

Обращение за медицинской помощью может рассматриваться как один из видов комплайенса, а отказ или откладывание обращения – как проявления так называемого контркомплайенса (Epstein, Ossip, 1979). Согласно анализу M.Becker а. J.Rosenstock (1984), подобное “контркомплайенсное” поведение имеет вполне рациональные основы. Первой такой основой выступает сложность терапевтических и превентивных режимов, рекомендуемых современной медициной. Однако ни одна из подобных программ не способна ни предотвратить, ни вылечить большинство болезней, ни даже редуцировать тяжесть симптоматики. Сталкиваясь со сложной комбинацией предписаний с неясной эффективностью, публика часто становится обеспокоенной, запутанной, и формирует не-реалистические надежды на медицину, что выступает второй основой контркомплайенса.

Третьей основой контркомплайенса выступает полученный к среднему возрасту собственный опыт болезней и лечения. С одной стороны, следование медицинским советам часто не давало эффекта из-за неправильного диагноза или лечения, различий в индивидуальной чувствительности к лекарствам. С другой стороны, несмотря на низкий комплаенс, субъект выздоравливал или не болел. Отсюда возникает научение и соответствующий аттитюд. Наконец, четвертой рациональной основой контркомплайенса выступают многочисленные и противоречивые сведения из различных источников информации о побочных эффектах лекарственных препаратов, лечебных и профилактических режимов.

Для связанного с болезнью поведения существует два основных типа объяснений. Первый тип объяснений, – структурно-ситуационный, – основывается на предположении о неслучайном распределении доступа к медицинской помощи в популяции. Соответствующие модели включают в себя predisposition, доступность и потребность как основные факторы реакции индивида на нарушение состояния здоровья. Дифференциация в доступе выступает функцией соотношения доступности и ресурсов, таких как деньги, соответствующие учреждения здравоохранения, транспорт, страхование. Поскольку перед лицом угрозы здоровью люди будут использовать те ресурсы, которые есть, вероятность обращения снижается по мере дефицита отдельных видов ресурсов.

Второй тип объяснения, – культуральный, – подразумевает, что восприятие симптомов индивидом формируется на ранних стадиях социализации под влиянием культурального окружения. Культурально детерминирована и мотивация обращения. Эффекты культуры могут быть специфицированы в рамках социально-психологического подхода.

Названные типы объяснений, по J.Rosenstock а. J.Kirscht (1979), объединяют в себе шесть основных видов теоретических ориентаций: (1) экономическую; (2) социально-демографическую; (3) географическую; (4) социально-психологическую; (5) социокультуральную; (6) организационную. Социокультуральная ориентация тесно связана с социально-психологической, и фактически полностью перекрывается ею, однако обе они в эмпирическом исследовании неизбежно пересекаются с другими ориентациями.

Основные положения социокультуральной/социально-психологической ориентации в ее современном понимании впервые были сформулированы J.Zola (1964; 1973, repr. 1978^a; Stoeckle, Zola, Davidson, 1963). Данный подход базируется на признании болезни формой девиантного поведения, согласно Parsons, и на результатах иссле-

дования Zola культуральных различий в восприятии и переживании болезненной симптоматики.

Решение субъекта обратиться за медицинской помощью рассматривается автором как результат действия трех групп факторов. Первая группа связана со значением симптомов для пациента. Если при остром нарушении состояния здоровья человек практически всегда обращается за помощью, то при хроническом или латентном расстройстве обращение зависит от знаний и убеждений. Основные жалобы пациентов могут сильно отличаться от клинически значимых особенностей состояния. Очень ярко это проявляется при ожирении. Для пациентов из рабочего класса причиной обращения часто становится нарушение функционирования в роли "кормильца семьи". В общем, решающим для обращения является то, расценивает ли сам пациент свои симптомы как требующие внимания врача. Отсюда типично длительное откладывание обращения при кожных заболеваниях.

Вторая группа факторов объединяет интенции пациентов и их ожидания к врачам. Обращение за медицинской помощью создает особое институционализированное социальное отношение, также подверженное влиянию культуральных факторов, изучаемых в рамках психологической антропологии. Третья группа включает в себя факторы, непосредственно влияющие на решение обратиться за помощью к врачу или хилеру. Эти факторы выполняют триггерную функцию в принятии решения, и испытывают сильное воздействие субкультуральных, социально-классовых различий. В основе различия их действия находятся различия в субъективных дефинициях "здоровья" и "болезни". В соответствии с такими дефинициями в низших классах преобладает апатия в отношении здоровья, однако она не свидетельствует о социальной дезорганизации. Девиантные виды активности у представителей низших классов, по-своему, высокоорганизованы, социальны и пронизаны регулируемыми социальными нормами и связями.

Выделяется пять триггеров (обстоятельств или условий), способствующих обращению за профессиональной помощью. (1) Интерперсональный кризис, на фоне которого нарастает внимание к симптомам. (2) Воспринятая социальная интерференция симптомов, то есть восприятие симптомов как угрозы для ценимой индивидом социальной активности. (3) Характер санкционирования, приобретающий важность из-за нежелания пациента принимать решения, то есть стремление к уходу от ответственности. (4) Воспринятая интерференция симптомов с физической или коммуникативной активностью, также создающая чувство угрозы. (5) Природа и качество симптомов – атрибутирование их причины, продолжительность и периодичность.

Отсюда следует, что восприятие и реакция на физиологические нарушения и aberrации не находятся в обязательной связи с объективной природой расстройства. Решение же об обращении за профессиональной помощью основано больше на социально-психологических переменных, чем на биолого-физиологических.

Концепция роли больного D.Mechanic (1962; 1968; 1969) имела своим источником результаты исследования автора связанного с болезнью поведения студентов, переживавших стресс. Стресс изучался на основе самоотчетов и при помощи методики гипотетических ситуаций. Высокий уровень стресса был связан со склонностью к использованию медицинской помощи. В качестве объяснения этой зависимости Mechanic предположил, что врач как социальная роль в наибольшей мере соответствует удовлетворению потребностей людей, испытывающих стресс или трудности в интерперсональных отношениях. В свою очередь, лица, склонные к обращению, быстрее диагностируются и начинают получать лечение.

В теоретическом плане Mechanic также исходил из представления о болезни как девиантной реакции, санкционируемой культуральными нормами. Обращение за медицинской помощью – одна из граней поведения

в роли больного. Такое поведение может быть рассмотрено в двух аспектах: (а) как продукт социальных и культуральных условий и (б) как часть репертуара реакций преодоления индивида. Связанное с болезнью поведение структурно сложно, поскольку включает в себя паттерны реакций, детерминированных различными социальными процессами и широким кругом промежуточных переменных. Адекватный социально-психологический уровень анализа этого вида поведения предполагает движение от изучения культуральных и макросоциальных различий к анализу индивидуальных факторов осознания болезни и принятия решения об обращении за помощью.

Теоретический анализ позволил Mechanic выделить десять возможных наборов таких факторов. (1) Очевидность, осознаваемость или перцептивная заметность симптомов. (2) Воспринимаемая серьезность симптомов, то есть настоящая и будущая связанная с ними угроза. (3) Повреждающее влияние симптомов на семейную, производственную и другую социальную активность. (4) Частота возникновения симптомов, их персистентность и рекуррентность. (5) Порог толерантности как лица, переживающего симптомы, так и лиц, их оценивающих. (6) Достаточность и пригодность информации, знаний и культурально детерминированных предпочтений оценивающих. (7) Базисные потребности, создающие "аутистичность" психологических процессов, то есть их деформирующую реальность на уровне перцепции свойства. (8) Потребности, конкурирующие с болезненными реакциями. (9) Конкурирующие интерпретации симптомов, возникающие при их осознании. (10) Пригодность имеющихся для лечения материальных ресурсов, таких как физическая доступность и психологических ресурсов.

Все описанные элементы концепции Mechanic составляют теорию связанного с болезнью поведения, которую автор определяет как единую, то есть объясняющую поведение и при физических, и при психических заболеваниях. Основное отличие этих состояний усматривается

лишь в резистентности их к определению как "болезни". Чаще же они пересекаются, хотя психические расстройства больше нарушают социально функционирование и заметнее ассоциированы со стигматизацией.

Следует отметить, что в модели Mechanic наиболее важным детерминантом обращения за помощью является характер самих симптомов, а социальные факторы признаются важными лишь для легкой симптоматики, поскольку тяжелая симптоматика не оставляет человеку альтернативы. Преувеличивать социальные влияния, указывает автор, здесь столь же плохо, как и игнорировать их.

Теория Mechanic стимулировала ряд попыток ее эмпирической верификации, как путем воспроизведения базисных данных, так и путем изучения влияющих на обращение факторов. Приведем два таких исследования. В работе B.Segal, D.Phillips а. R.Feldmesser (1967), проведенной в 1965 г., изучалось социальное окружение и эмоциональное приспособление 149-и студентов колледжа свободных искусств, расположенного изолированно от крупных городов. Отобранные по вероятностной выборке студенты оценивались по склонности к принятию роли больного. В предварительном исследовании было установлено, что психическое здоровье студентов является больше результатом, чем причиной снижения социального участия и высокой неудовлетворенности.

Основное исследование показало, что члены студенческих землячеств имеют лучшее психическое здоровье и менее склонны к принятию роли больного. Не удовлетворенные своей академической успеваемостью студенты проявляли больший уровень эмоциональных нарушений, по сравнению с удовлетворенными своей успеваемостью. Эта связь наблюдалась безотносительно от членства в землячестве. Удовлетворенные своей успеваемостью были наименее склонны принимать роль больного.

Членство в землячестве влияло на эмоциональное приспособление и принятие роли больного не прямо, а через чувство товарищеской солидарности. Главный эффект низкой солидарности и неудовлетворенности

своей успеваемостью проявлялся у плохо адаптированных студентов в обращении за медицинской помощью. Таким образом, склонность к принятию роли больного была в значительной мере обусловлена неспособностью к преодолению стресса.

В исследовании D.Robinson (1971) связанное с болезнью поведение индивида изучалось в терминах субъективных значений болезни для него и членов его семьи на материале 20-и семей, проживавших в Южном Уэльсе, и представлявших практики трех врачей за период 1967 – 68 гг. Использовались методы опроса, семантического дифференциала, личностных тестов и дневниковый. Признаками “болезни” для семей чаще всего выступали беспокойство, слабость, молчаливость и снижение аппетита по сравнению с обычным состоянием. Представители различных профессий и классов имели различающиеся представления о том, при каких симптомах следует их игнорировать, а при каких – обращаться к врачу.

При принятии решения индивиды действовали в направлении максимизации выгод и минимизации затрат по критериям воспринятой угрозы отказа от лечения и неблагоприятных последствий статуса больного. Элементы определения ситуации не задавались четко, а выступали результатом собственной активности индивида и активности членов его ближайшего социального окружения. Структурирование связанной с болезнью ситуации осуществлялось в терминах следующих четырех концептов: болезнь, пациент, врач, и “Я”.

В восприятии роли больного проявилось влияние норм среднего класса, согласно которым больной не делает того, что предписано нормами. Для рабочего же класса больной был обычным человеком. Представители среднего класса чаще воспринимали больного как зависимого и бессильного. Врача они воспринимали как доминантную фигуру, рабочие же – как равного им. Взаимоотношения “врач – больной” Robinson рас-

считывает с позиций модели социального "обмена", управляемого принципом реципрокности.

Физическая и психическая болезни не имеют существенного различия в субъективных значениях. Любая болезнь приобретает подобное значение только при сопоставлении со здоровьем. Концепция болезни как формы девиантного поведения имеет здесь ограниченное приложение, поскольку состояние болезни и легитимизированное занятие статуса больного не нарушают нормативных правил, а следовательно, и не конституируют девиантное поведение. Однако индивиду разрешается занять статус больного лишь тогда, когда значимые другие убеждены в последующем выздоровлении.

При психических заболеваниях, терминальных состояниях и старении люди используют конструкты, сходные с мифами. В них индивид ставится в положение, не соответствующее статусу больного. Так, если пожилые определяют хроническую болезнь в старости как проявление возраста, то молодые – как здоровье. На основании данных своего исследования Robinson подчеркивает важность не только ожиданий, но и внешний условий для формирования связанного с болезнью поведения.

Другой получившей широкое признание теоретической моделью, описывающей обращение медицинской помощью, является модель E. Suchman (1967, repr. 1978; Rosenblatt, Suchman, 1964^{a,b}). Эта модель, созданная в рамках социально-структурного подхода, и впоследствии получившая наименование модели социальных сетей, первоначально предназначалась для объяснения социально-классовых различий в использовании медицинской помощи. Автор исходил из того, что представители низкостатусных групп в крупных городах рекрутируются из беднейших сегментов популяции, и сохраняют тесную связь со своими этническими группами. Социальные потребности таких индивидов в своем удовлетворении тяготеют к непосредственному личностному, семейному или "народному" типу социальной структуры, поэтому бюрократическая прак-

тика современной медицины становится для них барьером при обращении за помощью.

Таким образом, главной описываемой моделью проблемой являлось отсутствие связи ожиданий и ориентаций между пациентами и медицинскими-профессионалами. Сама модель была сформулирована в виде четырех гипотез, представлявших собой факторы обращения за помощью. Это: (а) знание болезни, оценивавшееся по общему уровню информированности; (б) установки к медицинской помощи, замерявшиеся посредством шкал "скептицизма" и "заинтересованности врача в благополучии больного"; (в) склонность к принятию роли больного; (г) "патриархальность – космополитизм", – набор социо-культуральных установок, отражающих семейные ориентации на традиции и авторитаризм, сплоченность, религиозность, надежду на друзей и дружескую солидарность.

Модель была апробирована автором в ходе четырехлетнего исследования, проведенного в Вашингтонском округе Нью-Йорка, где на период сбора информации (1960–1961 гг.) проживало много мигрантов – "синих воротничков", значительно отклонявшихся в своем поведении от стандартов среднего класса и демонстрировавших признаки социальной дезорганизации. Исследование проводилось методом интервью, в два этапа, и охватило на первом этапе женщин из 2215-и семей, отобранных по вероятностной выборке, а на втором этапе – 1883 респондента, представлявших собой вероятностную выборку из базисной совокупности. Исследование показало, что "синие воротнички", по сравнению с "белыми", были менее информированы о болезни, более скептичны в своем отношении к медицинской помощи, более зависимы от болезни, и переживали больше трудностей в интернализации роли больного. Эти различия оказались более выражены для более традиционалистски ориентированных людей.

Попытки фрагментарной репликации модели на других совокупностях дали противоречивые результаты. В 1975 г. R.Geertsen (1988)

произвел полную репликацию модели на случайной выборке из 537-и глав домохозяйств мормонов, проживавших в г. Солт-Лейк Сити, штат Юта. Исследование показало неконсистентность статистических связей в индексах "патриархальности – космополитизма" и научно-медицинской ориентации. Тесные социальные связи были ассоциированы с поддерживающей ориентацией в отношении медицинской помощи. Связи в социальных группах являлись промежуточной переменной для влияния культуральных ориентаций, тогда как с использованием медицинской помощи культуральные ориентации были ассоциированы непосредственно. Личности, связанные с замкнутой и отличающейся от других социальной группой, особенно с традиционной и авторитарно ориентированной семьей, обращались за помощью чаще, если это соответствовало их культурально сформированным убеждениям, и реже, если эти убеждения содержали скептицизм и неверие в медицину.

Приведенные данные позволили Geertsen переформулировать модель Suchman. В этой формулировке субкультуральные ориентации могут проявлять различное воздействие в зависимости от природы групповых связей. Слабые или содержащие конкурирующие субкультуральные убеждения связи ослабляют реакцию. Переменные модели активируются симптомами или состоянием здоровья. Главными промежуточными переменными выступают семейный авторитет, знания о болезни и дружеская солидарность. Они влияют на связанное с болезнью поведение, определяя, будет ли состояние здоровья интерпретировано как проблема, и какие виды реакций на проблему будут выбраны.

Свою формулировку Geertsen верифицировал на данных исследований различных этнических групп, – цыган, мексикано-американцев и негров. Неконсистентность результатов устанавливалась только для мексикано-американцев, причем обусловлена она была временным периодом и методами исследований, а также популяционными характеристиками изучавшихся групп. J.Rosenstock with cowork. (Rosenstock, Kirscht,

1979; Becker, Rosenstock, 1984) указывают, что основные параметры модели Suchman хорошо описываются НВМ.

В своей уже цитировавшейся работе S.Kasl а. S.Cobb (1966 ^{a,b}) предприняли попытку анализа связанного с болезнью поведения на основе моделей Mechanic и НВМ с интерпретацией имевшихся к тому времени релевантных эмпирических данных. Для описания роли больного авторы использовали концепцию само-идентичности, обосновывая это необходимостью различения личностных и ситуационных детерминант поведения, а также возможностью включения в анализ телесного "Я"-образа как важного компонента идентичности.

Вероятность того, что индивид примет конкретный вид связанного со здоровьем или болезнью поведения выступает функцией двух основных переменных – воспринятой угрозы и ценности данного вида поведения. Поведение в роли больного возникает, когда имеются дополнительные значимые немедицинские условия. Здесь релевантны данные о прохождении людьми профилактических осмотров и процедур. Наиболее высокий уровень участия в них проявляют молодые или среднего возраста лица, с высокой стабильностью проживания, а также ветераны. Знания о болезнях оказывают мало влияния на участие. Женщины более склонны к прохождению осмотров. Образование и доход связаны с участием криволинейно. Более склонные к участию лица считают важными медицинские проблемы, а себя рассматривают как чувствительных к заболеваниям. Профилактические осмотры они расценивают как разумное и важное мероприятие, верят в эффективность современной медицины, а свое здоровье воспринимают как плохое. В целом, воспринимаемая ценность превентивных действий выступает наиболее важной переменной, опосредующей воздействие воспринятой угрозы. Легко заметить, что описываемые авторами зависимости высоко воспроизводимы, и обнаружились в нашем цикле исследований.

Эмоциональный стресс влияет на возникновение и обострение ряда болезней, но может также делать пациента чувствительным к уже существующим симптомам и прямо влиять на решение об обращении. Кластеризацию физических и психических болезней, также устанавливающуюся в нашем цикле исследований, Kasl и Cobb объясняют общей чувствительностью к симптомам и готовностью к усвоению связанного с болезнью поведения. Таким образом, дистресс может: (а) увеличивать субъективную значимость вопросов здоровья; (б) повышать чувствительность к симптомам; (в) приводить к оценке последствий болезни как более угрожающих; (г) увеличивать вероятность обращения.

В детерминации связанного с болезнью поведения доход является малозначимым фактором. Сильнее влияют факторы, модифицирующие восприятие симптомов, – социальный класс, субкультуральные ценности, возраст, пол и установки к себе. Мужчины и пожилые более оптимистичны в отношении своего здоровья, чем женщины и молодые. Более оптимистичны также представители профессий не-ручного труда.

Можно предполагать, что переменные мотивации первичного обращения и отказа от обращения различны. Уровень обращений за медицинской помощью всегда выше у женщин. Возраст позитивно связан с частотой посещений врача. Наличие семьи негативно связано с частотой посещений у мужчин, и позитивно – у женщин. Высокий уровень обращений стабилен во времени, но характеризует не семьи, а отдельных индивидов. Данные по социальному классу противоречивы, поскольку при конкретных заболеваниях классовая принадлежность не влияет на частоту посещений.

Не удастся провести четкой границы между болезнью как биологическим процессом и сопровождающим его социальным поведением. Поэтому для изучения связанного с болезнью поведения приходится использовать только частично адекватные индикаторы установления диагноза и лечения у психиатра, психолога и других специалистов. Установки к про-

фессионалам в сфере психического здоровья хуже, чем к другим медикам-специалистам, особенно у пожилых представителей низших классов.

В изучении роли больного Kasl a. Cobb предложили рассматривать не только факторы ее принятия, но и факторы оставления. В частности, в отношении прекращения психотерапии решающее значение имеет соотношение между ожиданиями пациента и терапевта. Авторитарные пациенты чаще прекращают психотерапию, однако авторитаризм всегда позитивно связан с возрастом и негативно – с образованием.

Другим релевантным источником данных являются исследования факторов выписки больных из психиатрических стационаров. Высокая вероятность выписки обусловлена наличием семьи и добровольностью госпитализации. При ряде соматогенных состояний затягивание выписки было связано с депрессией, пониженной самооценкой, высокими показателями по шкалам ипохондрии и психастении MMPI.

Конечно, все рассмотренные теоретические схемы, согласно справедливому замечанию D.Tuckett (1978), дают лишь перечень переменных для понимания решения об обращении и поведения в роли больного, поскольку не существует оценки "веса" для каждой такой переменной. Кроме того, многие идут к врачу не для того, чтобы уменьшить угрозу симптомов. Нередко действуют мотивы стремления к общению, получения советов об отношениях в семье и т.п. Пациенты из рабочего класса чаще обращаются к врачу, чтобы легитимизировать болезнь больничным листом, тогда как пациенты из среднего класса – по клиническим причинам.

Многие пациенты не склонны предъявлять свои эмоциональные проблемы в немедицинском контексте, и обращение само по себе выступает симптомом трудностей, вызванных нарушениями социальной сети. Нередко между повседневно переживаемой симптоматикой, индивидами и их паттернами отношений и деятельности складывается своего рода равновесие, не зависящее от посещений или непосещений врача.

Из исследований нашего цикла различные аспекты обращения за медицинской помощью и поведения в роли больного изучались в исследованиях коллектива Дома моделей, ПО "Невский завод", рудника "Мурунтау", контингента обратившихся в амбулаторно-поликлинические учреждения г. Санкт-Петербурга, больных пограничными нервно-психическими расстройствами Василеостровского района города, госпитализированных тяжелых психических больных, Котласском, Калужском и исследовании бездомных Ленинградской области.

Уровень раннего, то есть при первых признаках заболевания, обращения фиксировался в исследованиях контингента обратившихся в амбулаторно-поликлинические учреждения и Зерафшанском, и составил соответственно 8% и 34%. В двух отечественных исследованиях, где изучалось распределение по этому индикатору (табл. 4), получены промежуточные, по сравнению с нашими данными, значения. Различия между нашими двумя совокупностями высоко статистически значимы.

Доля же обращающихся только при клинически выраженном нарушении здоровья составила в наших двух совокупностях 71% и 64%, статистически существенно не различаясь. В трех отечественных исследованиях, где изучалось распределение по данному индикатору, эта доля колеблется от 60% до 67%. Приведенные результаты убедительно демонстрируют, что существенные социокультуральные вариации наблюдаются лишь в отношении легких состояний.

В отечественных исследованиях мотивация отказа от обращения (табл. 4) варьирует по различным причинам в диапазоне 40% - 68% (кроме "занятости"). Только в одном исследовании изучались мотивы отказа от госпитализации. Чаще всего это были отсутствие медикаментов в стационаре, недоверие и плохие межличностные отношения с врачами, питание, и реже - общее состояние и оснащение лечебного учреждения. Таким образом, оценка стационарной помощи не отличалась от выявленной в Регионвилле Koos.

Отказ от обращения в амбулаторно-поликлинические учреждения, как показывают отечественные исследования, так же связан, прежде всего, с плохими межличностными отношениями с персоналом. На втором месте находятся организационные факторы доступности помощи, а на третьем – недоверие к врачам и неуверенность в их профессиональной квалификации. В наших исследованиях контингента обратившихся и горнорабочих на первом месте были временные затраты, на втором – качество обследования и лечения. На третьем месте среди обратившихся в амбулаторно-поликлинические учреждения были межличностные отношения с персоналом, а среди горнорабочих – возможность перенесения состояния без лечения. В коллективе Дома моделей на первом месте находилось самолечение, и только на втором – затраты времени.

Статистическое сравнение мотивации отказа от обращения в этих трех совокупностях показывает, что снижение важности временных затрат значительно отличает коллектив Дома моделей, причем контроль влияния половых различий не уменьшает данную дифференциацию существенно. Кроме того, тенденция к самолечению и отвержению симптоматики больше выражена, по сравнению с двумя другими совокупностями, у горнорабочих. Они же и реже обращаются к врачу при обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся выраженным ухудшением самочувствия.

Эти данным могли бы быть интерпретированы как проявление большей “патриархальности” зерафшанской субпопуляции, по сравнению с “космополитичностью” петербуржцев, однако они неконсистентны самоотчетами горняков о более частом обращении за профессиональной помощью при первых признаках заболевания. Объяснение такой неконсистентности дают результаты факторного анализа, где один из факторов объединил обращение за помощью к представителям круга неформального общения, самолечение, слабую выраженность симптоматики и ее отвержение. С отрицательным знаком нагрузки в этот фактор вошли психотравматизация, обострение хронического заболевания, низкое качество медицинской по-

мощи, плохие межличностные отношения с врачом. Таким образом, этот фактор отражает раннее обращение только при высокой воспринятой угрозе здоровью, когда перестают восприниматься как значимые психологические барьеры на пути к обращению.

Отношение к самолечению изучалось в трех отечественных исследованиях (табл. 4). В двух из них доля лиц, использующих самолечение и применяющих непрописанные "природные" лекарственные средства, составила 13-14%, и лишь в одном достигала 65%. В Зерафшанском исследовании доля лиц, положительно относившихся к самолечению, составила только несколько более четверти выборки, хотя отношение к "природным" средствам было высоко позитивным. Следовательно, люди при заболевании действительно больше надеются на профессиональную помощь, хотя и не отрицают пользы натуропатических средств. Отмеченная вариабельность отечественных данных объясняется, по-видимому, объединением этих индикаторов в исследованиях.

Поскольку одной из наиболее существенных особенностей психологической реакции на ранние признаки заболевания является чувство неопределенности, люди пытаются редуцировать его путем консультаций у членов семьи, друзей и других посторонних лиц, не имеющих профессиональной подготовки. Эта социальная сеть образует, согласно определению Friedson, систему "консультаций непрофессионалов", обеспечивающую медицински релевантную информацию заболевшему.

G.Sanders (1982) предложил рассматривать влияние системы "консультаций непрофессионалов" с позиций теории социального сравнения Festinger. Названное влияние прослеживается в восприятии здоровья и болезни, и во-многом предопределяет переживание симптоматики. Большая сложность медицины и недоступность многих ее научных положений

Обращение за помощью пг

Авторы, год	Характерис- тика иссле- дования		
		При первых признаках ухудшения состояния	При невоз- можности избежать обращения
Гончарова, Артюхов, 1992	Опрос жите- лей г.Крас- ноярска	—	—
Зыбцев, Должанский, 1990	см. табл. 3	—	—
Пономарчук, 1988	см. табл. 2	17	60
Харитонов, Коновалов, 1995	Опрос 270-и работников кузнечного цеха Рязан- ского заво- да автоаг- регатов	13	64
Шилова, 1993 ^б	Усредненные данные по гг.Оренбур- гу и Мурма- нску,иссл. Журавлевой с соавт., См. табл. 2	—	67

и заболеваний, %*

Характеристики обращения			
К хилеру	К врачу	К непрофес- сионалу	Самолече- ние
—	29	16	65
45	—	—	—
—	—	—	—
—	—	—	14
—	30	11	13

Обращение за помощью и

Авторы, год	Характеристика исследования	При		
		Недове- рие к квали- фикации врачей	"Заня- тость"	Неудов- летвори- тельная органи- зация приема
Афсахов, 1992	Опрос 550-и жителей г. Душанбе в 1991 г.	40	-	-
Гончарова, Артюхов 1992	Опрос жителей г. Красная	-	19	-
Зыбцев, Должанский, 1990	См. табл. 3	52	-	47

* Округлено до целых

Таблица 4
(окончание)

три заболевания, %

Причины отказа от обращения				
Плохие межличностные отношения	Отсутствие медикаментов	Питание	Состояние учреждения	Аппаратура
-	-	-	-	-
59	-	-	-	-
55	68	45	44	40

ний для широкой публики делает область здоровья весьма чувствительной к социальным дефинициям. Получение профессиональной экспертной информации сопряжено с большими затратами – материальными, временными и психологическими, в виде дискомфорта от “плохих новостей”. Важным фактором обращения к непрофессионалам выступает стремление к избеганию ответственности за связанные со здоровьем решения. Такое поведение соответствует, кроме того, роли больного.

Люди охотно предоставляют подобную информацию, поскольку высказывание мнения по медицинским вопросам выполняет функцию “саморазрядки”, лестно, так как дает советчику статус “доктора”, не влечет за собой ответственности и позволяет высказывать имплицитно имеющиеся у большинства людей “теории болезней”. Согласно данным экспериментального исследования автора, выполненного на студентах и домохозяйках, консультации непрофессионалов оказывали воздействие, пропорциональное способности консультирующего поставить себя в позицию субъекта и обеспечить релевантную информацию. Основными медиаторами воздействия являлись собственно медицинские сложности состояния, его редкость или “экзотичность” и интерференция с повседневной активностью.

Воздействие социального сравнения реализуется на всех стадиях болезненного процесса, от начальных симптомов до выздоровления. На стадии появления симптомов сравнение осуществляется в невербальной форме, когда люди просто сравнивают свое состояние с референтной группой, и в вербальной, консистентной прояснению неопределенности. Механизмы социального сравнения используются в принятии решения об обращении и существенно влияют на реакции, вызванные лечением.

Современные исследования показывают, что собственно информационный компонент межличностного взаимодействия мало влияет на комплаенс. D.Tagliacozzo а. J.Kenji (1970) провели лонгитудинальное исследование 159-и пациентов Пресвитерианской больницы Св.Луки в

г.Чикаго. Исследование включало в себя от 2-х до 8-и интервью на протяжении 15-и мес. и тестирование на знание 4-х болезней. Пациенты с низким уровнем знаний чаще преждевременно прекращали лечение. Однако сами знания не объяснялись ни образованием, ни опытом болезни, ни контактами с медиками в прошлом. Обращение больше зависело от аттитюдов к помощи и социальных условий, влияющих на ее доступность.

Пациенты со значительным прошлым опытом болезни имели более благоприятные оценки медицинской помощи, были старше, имели больше знаний о болезни и были более склонны воспринимать себя как больных. Однако при таком значительном опыте знания теряли свою предиктивность. Только при отсутствии опыта знания выступали существенным мотивирующим фактором. Обращение за медицинскими советами чаще фиксировалось при ясно видимых симптомах болезни, интерферирующих с повседневной активностью и не поддающихся самолечению. Знания влияли сильнее, когда пациенты не придавали болезни серьезного значения, то есть не испытывали тревоги. Знания были более предиктивны для лечения, кроме того, если оно оплачивалось, безотносительно от уровня дохода пациентов. В целом, знания не отражали ориентацию на лечение, поскольку их влияние модифицировалось опытом и доступностью помощи.

M.Becker а. J.Rosenstock (1984) в эксперименте, направленном на оценку эффективности "убеждающей" информации, показали, что влияние знаний высоко вариабельно. Само по себе увеличение знаний не ведет к параллельному увеличению комплайенса, поскольку знания не дают главного эффекта даже в отношении аттитюдов к лечению. Тем не менее, знания оказывают интерактивный эффект, если сочетаются с высокой тревогой, благоприятными аттитюдами к лечебному учреждению и осознанием болезни как серьезной.

В ряде цитировавшихся отечественных исследований изучались источники информации о болезнях, используемые населением (Андреева, Цыганкова, 1990; Карташов с соавт., 1991; Маркова, 1993; Шилова,

1993^б, Кишпарь, Прокупец, Борщ, 1994). Все они зафиксировали преобладание средств массовой коммуникации как источника информации. Сеть "консультаций непрофессионалов" выступает таким источником для четверти респондентов, медицинская научно-популярная литература – для 53%, врачи – для 20% – 23%. В исследовании О.С.Копиной, Е.А.Суслова и Е.В.Заикина (1995) установлена связь низкой самооценки здоровья и неудовлетворенности информированием.

В нашем Зерафшанском исследовании на первом месте среди источников медицинской информации были советы профессионалов-медиков, на втором – "консультации непрофессионалов", а на третьем – медицинская литература, причем чаще специальная, чем научно-популярная. (Средства массовой коммуникации как источник информации не учитывались).

Факторный анализ показывает, что интерес к медицинской информации, вне зависимости от ее источников, объединяется изолированным (ортогональным) фактором, то есть не влияет непосредственно на связанное с болезнью поведение. Влияние процессов социального сравнения описывается здесь другим фактором, объединившим невербальное сравнение, психастенический тип акцентуации личности и употребление алкоголя и/или наркотиков. С отрицательным знаком нагрузки в данный фактор вошли обострение хронического заболевания и страх ухудшения состояния как мотивы обращения за врачебной помощью, а также обращение к хилеру. Другими словами, информация, полученная путем социального сравнения, служит мотивирующим фактором отказа от обращения к врачу или хилеру у психастенических личностей при остром нарушении здоровья, спровоцированном употреблением алкоголя и/или наркотиков, и не вызывающем серьезных опасений.

Рост интереса к нетрадиционным, альтернативным методам лечения среди населения бывшего СССР Ю.И.Полищук (1992) связывает с распространением представлений о сверхестественных и таинственных возмож-

ностях экстрасенсов, колдунов и шаманов. Среди хилеров (целителей) такого рода автор выделяет лиц недобросовестных и психически нездоровых. Действительно, по данным одного из отечественных исследований (табл. 4), опыт обращения к хилеру имела почти половина взрослого населения (Зыбцев, Должанский, 1990).

Согласно раннему описанию W.Wardwell (1952, repr. 1958), хилер занимает маргинальную профессиональную позицию, сопровождающуюся неконсистентностью ролевых ожиданий и легитимизированных санкций. Данная социальная роль относится к лишь частично институционализированым, поэтому, хотя сами хилеры воспринимают себя как врачей, общество в целом этого не признает.

B.Cobb (1954, repr. 1958) изучила 20 онкологических больных, обратившихся к хилерам на ранней стадии болезни, когда еще могло быть высоко эффективным хирургическое лечение. Автор выделила четыре группы пациентов, на чье решение об обращении основное влияние оказала стадия заболевания. (1) Ожидающие чуда и мгновенного исцеления. Обычно они обращаются на ранних стадиях заболевания, до начала ортодоксального лечения. (2) Неосознающие разницы между профессионалами и целителями. Эта категория наиболее обширна, и чаще представлена малообразованными лицами. (3) Чувствующие себя безнадежными больными, поскольку не согласны с рекомендацией хирургического лечения. (4) "Хватающиеся за соломинку", то есть действительно безнадежные больные, которым врачи это объяснили. Нередко это высокоинтеллектуальные и высокообразованные лица.

На основе своих данных Cobb сделала ряд очень точных психологических наблюдений относительно применяемой целителями терапевтической техники. Их подход позитивен, то есть основан на убеждении в своих неоспоримых лечебных возможностях. Утверждения делаются в терминах субъективных значений пациента, а следовательно, логичны для него, в отличие от профессиональной медицинской логики. Широко ис-

пользуются возможности влияния на пациента его родственников. Единственный метод для излечения многих болезней целители объясняют "стартовой кнопкой, включающей защитные силы организма". Если лечение привязано к какому-либо божественному началу, успех или неудача становятся делом религиозной веры пациента.

Само лечение осуществляется в вежливой и приятной манере, создающей симпатизирующую эмоциональную поддержку для пациента. Автор отмечает удивительную лояльность пациентов к хилерам даже при полной неэффективности лечения, объясняя ее несравненно более низкой требовательностью к ним, по сравнению с требовательностью к врачам.

В Зерафшанском исследовании отношение к хилерам измерялось на основе косвенных индикаторов, и оказалось высоко положительным. Однако обосновывалась такая оценка прежде всего низким уровнем "официальной" медицины, и только потом – использованием хилерами трансцендентальных знаний. Мало значения для респондентов имела действенность подобного лечения, авторитет лидеров общественного мнения или мода. Соответственно, и информация о болезнях, предоставляемая хилерами, занимала сугубо подчиненное положение среди других источников релевантной информации.

В факторном анализе отношение к хилерам оказалось "осевым" признаком для отдельного фактора. Кроме него в этот фактор с положительным знаком вошли паранойяльный и шизоидный типы акцентуаций личности и откладывание обращения по мотивам, связанным с гиперсоциальностью ("трудности для коллектива"), а с отрицательным знаком – синтонный тип личности, негативная оценка условий труда и низкое качество "официальной" медицины.

Таким образом, при восприятии условий труда как благоприятных и позитивной оценке "официальной" медицины, паранойяльные и шизоидные индивиды склонны обращаться к хилерам при легких состояниях, допускающих откладывание обращения к врачу. По-видимому, здесь дейст-

вительно проявляется недостаточное различия врача и хилера, осуществляющееся лишь по критерию воспринимаемой тяжести состояния.

Д.Браун и Н.Л.Русинова (1993^а, ^б) изучали такой достаточно специфичный феномен в структуре обращений за помощью как личные связи. На основании данных опроса жителей г.Санкт-Петербурга, проведенного в 1992 г., и охватившего 1500 чел., отобранных по репрезентативной комбинированной многоступенчатой выборке, авторы показывают, что неформальные связи с медицинским миром имеет почти половина взрослого населения, причем чаще это молодые представители высокостатусных социальных групп. Тем не менее почти 2/3 заболевших обращаются в свою районную поликлинику. В нашем Зерафшанском исследовании обращение по каналам личных связей при факторизации отражало негативный аттитюд ("скептицизм") к профессиональной медицинской помощи.

Два других отечественных исследования (табл. 4) показывают вдвое более низкий удельный вес первичного обращения к врачу, что, впрочем, может объясняться различиями в доступности врачебной помощи между Санкт-Петербургом и гг. Красноярском, Мурманском и Оренбургом, жители которых изучались в этих исследованиях. Из представленного теоретического анализа следует, что основной медирующей переменной влияния переживания симптоматики на обращение за профессиональной помощью выступают аттитюды к обращению. Следует, однако, заметить, что в исследовании контингента обратившихся в амбулаторно-поликлинические учреждения почти $1/5$ обратилась к врачу в целях легализации статуса больного, то есть для получения больничного листа.

В исследовании коллектива Дома моделей фиксировался аттитюд к обращению за помощью по поводу соматического заболевания, в исследовании коллектива ПО "Невский завод" – по поводу нервно-психического расстройства, а в исследовании бездомных Ленинградской области этот аттитюд дифференцировался по критерию обращения соответственно к врачу или психологу.

В исследовании бездомных уровень предпочтений обращения к врачу оказался почти в пять раз выше, чем к психологу, что отражает различия в attitudes к обращению за помощью по поводу соматического или психического заболевания в ожидаемом направлении. Однако эта зависимость не воспроизводится при сравнении attitudes к обращению в двух названных производственных коллективах. Уровень attitude к обращению за психоневрологической помощью в коллективе ПО "Невский завод" оказался почти вдвое выше, чем уровень attitude к обращению по поводу соматического заболевания в коллективе Дома моделей, причем это различие высоко статистически значимо.

Attitude к обращению за профессиональной помощью в своем формировании испытывает, как показывает исследование контингента обратившихся, влияние субъективной репрезентации факторов здоровья и общего гигиенического attitude, подобное выявленному для attitude к профилактическим осмотрам. Лица с внешней атрибуцией факторов здоровья, связывающие его с экологической ситуацией и характером питания, склонны откладывать обращение при ранних признаках заболевания. Для лиц, атрибутирующих здоровье к экологической ситуации и социально-экономическим условиям жизни, важное значение при обращении приобретают межличностные отношения с врачом. Для лиц, связывающих здоровье с функционированием системы медицинской помощи, плохие межличностные отношения с врачом, а также отсутствие постоянного врача служат существенным фактором отказа от обращения.

Общий гигиенический attitude, по данным Котласского исследования, выступает мотивирующим фактором обращения за психоневрологической помощью, но не за помощью по поводу соматического заболевания. Действительно, как показало Зерафшанское исследование, самостоятельное обращение к врачу соматического профиля с превентивными целями встречается крайне редко.

Обращение за психоневрологической помощью имеет ряд организационных аспектов, существенно влияющих на ее доступность. По данным О.П.Вертоградовой с соавт. (1992) больные, страдающие широко распространенными в популяции пограничными расстройствами депрессивного спектра, нередко отказываются от обращения к психиатрам, а обращаются к участковому терапевту, невропатологу или психотерапевту. По-видимому, подобная нозологическая группа не единична. Г.В.Логвинович и В.Ф.Лебедева (1991) показали, что из лечащихся в общесоматической поликлинике пациентов, более 60% нуждаются в лечебной или консультативной психиатрической помощи. Реально же перед обращением к врачу психоневрологического профиля пациенту необходимо пройти проходит через ряд "фильтров".

Эти "фильтры" действуют на пяти уровнях, каждый из которых охватывает определенную субпопуляцию, или страту индивидов. (1) Общая популяция. (2) Врачи первичного звена медицинской помощи. (3) Психические расстройства среди пациентов общесоматических поликлиник. (4) Психоневрологический диспансер. (5) Госпитализированные пациенты (по: Jenkins, Shepherd, 1983, модифицировано).

Только на первом уровне в качестве факторов обращения выступают симптомы, осознание своей несостоятельности, взгляды на природу болезни, советы или давление окружающих (Bebbington, Tennant, Hurry, 1985). "Фильтры" других уровней выступают результатом врачебной селекции пациентов. Охарактеризуем действие этих "фильтров" по данным нашего Василеостровского исследования.

В территориальную поликлинику пациенты обращаются преимущественно самостоятельно, и реже по направлению других учреждений соматической сети (в соотношении 4:1). Более чем 90% пациентов обращаются первоначально к участковому терапевту, 6% - к невропатологу, и лишь менее 1% - психотерапевту. Только несколько более четверти пациентов весь период лечения наблюдаются одним врачом, тогда как бо-

лее половины за это время лечатся и другими врачами. В $\frac{3}{4}$ случаев это невропатолог и в $\frac{1}{10}$ случаев – психотерапевт. Несколько более $\frac{1}{10}$ лечившихся прерывают лечение самостоятельно, а $\frac{1}{15}$ направляется в другое лечебное учреждение.

Напротив, в психоневрологический диспансер самостоятельно обращаются менее $\frac{1}{10}$ части пациентов. В $\frac{3}{4}$ случаев они направляются учреждениями общесоматической сети своего района, а 11% – 13% составляют направления общесоматической сети других районов города или другого психоневрологического учреждения. В $\frac{2}{3}$ случаев первичное обращение происходит к участковому психиатру, в $\frac{1}{3}$ – к специалисту более “узкого” психоневрологического профиля. Однако в дальнейшем доля лиц, наблюдающихся участковым психиатром, повышается до $\frac{3}{4}$. Лечится у психотерапевта здесь уже почти половина наблюдаемого контингента, причем треть получают одновременно и общепсихиатрическое, и психотерапевтическое лечение. Эффективность такого лечения относительно не высока, поскольку 28% пациентов направляются затем в клинику неврозов, а 4% – в дневной стационар. Уровень госпитализаций в другие стационары колеблется от 12% до 23%, однако повторность госпитализаций в них, включая психиатрические, ниже, чем в клинику неврозов и дневной стационар.

Соответственно, и в производственной выборке исследования ПО “Невский завод”, и в территориальной выборке Котласского исследования, наиболее высокий удельный вес среди лиц, имевших опыт лечения у специалистов психоневрологического профиля, принадлежал лечившимся у психиатра и психоневролога, причем, по данным Котласского исследования чаще в сочетании с лечением у терапевта или другого врача соматического профиля, то есть по поводу соматического заболевания хотя бы в течение короткого периода времени. Следовательно, обращение за профессиональной помощью, даже если после прохождения всех “фильтров” оно приводит к продолжительному и/или повторному психиат-

рическому лечению, инициально мотивируется в популяции, прежде всего, воспринимаемым нарушением соматического здоровья.

Отечественные данные о влиянии самооценки здоровья на обращение за медицинской помощью, подобно данным о ее влиянии на самостоятельное прохождение профилактических осмотров, противоречивы. Так, в исследовании А.Н.Каракатяна (1990) к большей обращаемости приводила низкая самооценка здоровья, а в исследовании Д.Н.Лоранского с соавт. (1980) – высокая. В нашем исследовании бездомных Ленинградской области высокая самооценка здоровья была ассоциирована с низкой обращаемостью. В Зерафшанском исследовании высокая самооценка здоровья вошла в тот же фактор, что и высокая значимость образа жизни для поддержания здоровья и гигиенический аттитюд. С отрицательным знаком нагрузки в этот фактор вошли ипохондризация, самолечение при помощи каких-либо “природных” средств и акцентуация личности.

Данные исследования коллектива Дома моделей позволяют конкретизировать приведенные результаты. При высокой самооценке здоровья респонденты чаще демонстрируют отвержение симптомов или полагаются на самолечение. Низкая самооценка здоровья чаще ассоциирована с хроническим заболеванием, а откладывание обращения мотивируется “затратами времени”. Только для лиц с низкой самооценкой здоровья вследствие наличия хронического заболевания подтверждаются, таким образом, данные Д.Н.Лоранского с соавт., где для этих лиц была выявлена аналогичная мотивация откладывания обращения.

Влияние стресса на обращение за профессиональной помощью не рассматривалось в отечественных исследованиях, поскольку все они выполнены в рамках медицинской модели болезни. Вместе с тем, многие полученные в них результаты могут быть реинтерпретированы в рамках биопсихосоциальной модели. Так, в исследовании Р.К.Назырова (1992) высокий уровень невротичности сопровождался более частым самостоятельным использованием “природных” лекарств и более редким обращени-

ем этих субъектов к альтернативным источникам помощи, по сравнению с популяцией в целом.

Из шести отечественных исследований, где изучалось психическое здоровье студентов (табл. 5), в четырех был установлен очень высокий преваленс неврозов и декомпенсированных расстройств личности. Данные нашего Василеостровского исследования убедительно подтверждают этот вывод. Среди студентов, по сравнению с другими группами населения, значительно выше уровень неврозов и неврозоподобных состояний с неврастенической или конверсионной симптоматикой, острым и подострым течением, несмотря на сравнительно низкий уровень хронической психотравматизации. Можно, следовательно, говорить о повышенной чувствительности данной группы к расстройствам невротического регистра.

По результатам других отечественных исследований проблемы видно, что основными источниками стресса для студентов являются трудности учебного процесса, а не факторы социальной включенности. Воспринимаемые трудности обучения тесно ассоциированы с обращением за медицинской помощью и принятием роли больного. Однако если стресс ассоциирован со снижением социальной включенности, это снижение достигает такой степени, что влечет за собой этикетирование пациента как страдающего шизофренией. Конечно, как в приведенных отечественных работах, так и в нашем исследовании обращает на себя внимание высокий уровень диагностики состояний органической и конституциональной природы среди студентов.

Исследование коллектива ПО "Невский завод" показало, что уровень нервно-психической дезадаптации по-разному влияет на формирование attitudes к обращению за помощью, и на само обращение. Для attitudes эта связь криволинейна, то есть высокий уровень комплайенса устанавливается для высокого уровня адаптации и выраженной дезадаптации. Минимален комплайенс при легких формах дезадаптации. Напротив,

Нервно-психическое здоровье

Авторы, год	Характеристика исследования
Андреева, 1973	Опрос 3-х тыс. студентов 4-х ВУЗов г.Ленинграда
Ланеев, Михайлов, 1974	Опрос и клиническое наблюдение 285-и студентов в динамике за время обучения
Михайлов, Рожанец, 1974	Заболеваемость по обращаемости и психологическое обследование 1223-х студентов двух ВУЗов г.Москвы
Красик, Положий, 1981	Психиатрическая заболеваемость по обращаемости 30-и тыс. студентов 6-и ВУЗов г.Томска

студентов

Основные результаты
Основные трудности адаптации связаны с организацией обучения и самостоятельной работой, но не с нормами студенческой среды. У иногородних студентов – трудности адаптации к городскому образу жизни, влияющие на академическую успеваемость.
Удовлетворенность положением в ВУЗе у здоровых была выше, чем у страдавших шизофренией, личностными расстройствами и олигофренией. Здоровые лучше адаптировались к условиям обучения.
Высокий удельный вес неврозов и психопатий. Эти состояния негативно влияли на академическую успеваемость.
Высокий удельный вес неврозов и психопатий, особенно на гуманитарных факультетах. Преобладание шизофрении на физико-математических факультетах. Минимальная заболеваемость – у студентов технических специальностей.

Таблица 5
(окончание)

Нервно-психическое здоровье студентов

Авторы, год	Характеристика исследования	Основные результаты
Воловик, 1983	Студенты, проходившие лечение на отделении внебольничной психиатрии института им.В.М.Бехтерева в 1970-81гг.	Преобладание больных шизофренией. Высокий удельный вес неврозов и неврозоподобных состояний при органическом поражении ЦНС. Астенические и астеноипохондрические состояния на фоне гиперфатигации. Основная причина обращения - трудности в учебе.
Тогунов, 1986	Причины академических отпусков 181-го студента двух ВУЗов г.Владимира	Основные причины - неврозы и неврозоподобные состояния вследствие черепно-мозговой травмы.

на реальное обращение уровень дезадаптации влияет линейно и позитивно, то есть чем выше дезадаптация, тем выше и обращаемость. Отсюда и связь аттитюда с реальным обращением не носит линейного характера, хотя и не отклоняется от указанной тенденции – рост дезадаптированности приводит к росту обращаемости, но отнюдь не всегда.

Выше уже была показана связь нервно-психической дезадаптации с самооценкой здоровья, которые оказались объединены в одном факторе, отражающем неподверженность стрессу и личностную резистентность в Зерафшанском исследовании. Лог-линейный анализ результатов исследования коллектива Дома моделей показывает, что сама по себе нервно-психическая напряженность действует на обращаемость независимо от самооценки здоровья. Однако если такая напряженность при снижении личностной резистентности к стрессу приводит к дезадаптации, то, в соответствии с результатами дисперсионного анализа, она на 91% определяет блокирование действия любых мотивов откладывания обращения.

Поэтому факторами обращения могут выступать характеристики воспринимаемого как неблагоприятное производственного окружения – санитарно-гигиенические и социально-психологические. Групповые нормы, выступающие здесь в функции стандартов продуктивности работника (Свенцицкий, 1982), практически не являются источником негативных санкций для отсутствия на работе по причине заболевания. И в коллективе Дома моделей, и в коллективе рудника "Мурунтау" лишь около $1/10$ респондентов указывают на групповое давление как фактор отказа от обращения.

В обоих этих высокостроченных коллективах данный фактор был наиболее редким, причем статистических различий в его представленности между коллективами не выявляется. Подобное слабое влияние групповых норм объясняется, по-видимому тем, что, как показывают результаты исследования коллектива Дома моделей, они не столько формируются самим коллективом, сколько складываются под воздействием позиции

руководителя, а следовательно, испытывают влияние т.н. самооправдательных аттитюдов работников.

Влияние семьи, согласно данным исследования В.Д.Соколова (1982), в обращении за медицинской помощью практически не прослеживается или, возможно, опосредуется индивидуальными (у автора – субъективными) факторами. Наше исследование коллектива Дома моделей также показывает отсутствие кластеризации состояния здоровья членов семьи респондента и его готовности к принятию роли больного. Напротив, корреляционная связь носит здесь негативный характер, хотя и слаба. Подобная зависимость может объясняться защитной тенденцией к отвержению симптоматики при повседневном контакте с больными членами семьи.

М.Н.Петров и Н.Р.Вовин (1989) провели двухлетнее исследование 630-и пациентов, обратившихся несвоевременно, и 393-х пациентов, отказавшихся от госпитализации, выделенных из 5859-и больных, направленных на стационарное лечение. Отказ от обращения чаще наблюдался при высоких уровнях тревоги и анозогнозии, то есть отвержения симптоматики. Однако действие этих факторов прослеживалось только при слабой выраженности симптомов, и редуцировалось при нарастании тяжести состояния.

Рассмотрим наши данные о принятии роли больного у амбулаторных и госпитализированных пациентов, используя индикаторы стойкой утраты трудоспособности, легитимизированной переводом на группу инвалидности. Как показывают результаты Василеостровского исследования, среди амбулаторных пациентов преобладает группа с длительным сроком наблюдения и лечения. Для половины пациентов этот срок составляет от полугода до 3-х лет, для четверти – до 10-и лет, а для $\frac{1}{5}$ – свыше 10-и лет.

Стойкая же утрата трудоспособности среди них наблюдается лишь в 7% случаев, причем обусловлена она, главным образом, расстрой-

ством, определенным врачами-экспертами как соматическое. Сопоставим группы работающих и неработающих, то есть полностью идентифицировавшихся с ролью больного инвалидов по их клинико-психопатологическим характеристикам. У не работающих инвалидов не устанавливается большей хронизации состояния по сравнению с работающими, однако их состояние чаще носит характер невротического или неврозоподобного при сосудистом заболевании головного мозга, чаще сопровождается общевротическими, обсессивно-фобическими или ипохондрическими жалобами. В соматической сфере их жалобы чаще имеют конверсионный или симптоматический характер. Уровень же хронической психотравматизации у них ниже, чем у работающих инвалидов.

Отсюда можно заключить, что идентификация с ролью больного у лиц с пониженной резистентностью к воздействию стресса выступает реакцией, способствующей разрешению хронической стрессогенной ситуации, и мало обусловлена собственно медицинскими характеристиками болезненного состояния.

Госпитализация способствует принятию и фиксации роли больного. Для помещения больных в дневной стационар эта связь линейна, то есть чем чаще пациенты проходят такое лечение, тем выше идентификация с ролью. Для госпитализаций в психиатрическую больницу названная связь отклоняется от линейной – высокий уровень идентификации часто наступает после одной – двух госпитализаций. Это объясняется действием для пациентов психиатрических стационаров других факторов принятия роли больного, по сравнению с амбулаторными пациентами.

Рассмотрим "экстремальную" группу психиатрических пациентов – госпитализированных на особо беспокойное отделение городской психиатрической больницы. Доля инвалидов среди них составляет уже 60%, причем для всех инвалидность установлена по психическому заболеванию. Дисперсионный анализ показывает, что уровень идентификации с ролью больного, устанавливаемый по легитимизированной степени утраты

трудоспособности, определяется здесь только одним фактором – длительностью заболевания, отражающей прогрессивность болезненного процесса. Таким образом, для тяжелых заболеваний принятие роли больного обусловлено не столько действием внешних, в том числе и социально-психологических факторов, сколько внутренней динамикой патологического состояния.

Общие закономерности влияния социально-структурных факторов на связанное с болезнью поведение, выявленные в западных исследованиях, таковы (по: Rosenstock, Kirscht, 1979). Чаще обращаются женщины с высоким социально-экономическим статусом. Увеличение возраста способствует принятию роли больного. Практически эти закономерности совпадают с выявляемыми для превентивного поведения.

В отечественных исследованиях влияние пола на связанное с болезнью поведение изучалось в ряде рассмотренных ранее исследований. Женщины более склонны к самолечению (Боярский, Чернова, 1993), но это не препятствует их более частому обращению при первых признаках заболевания (Петров, Вовин, 1989) и психологических трудностях (Романова, 1992). Они более критично оценивают систему здравоохранения (Татарников с соавт., 1990). Мужчины же чаще обращаются за помощью (Пономарчук, 1988) при тяжелых заболеваниях, приводящих к немедленной госпитализации (Петров, Вовин, 1989).

Согласно данным наших исследований, – коллектива Дома моделей и Василеостровского, – женщины чаще обращаются к врачу при первых признаках заболевания, самостоятельно или по направлению лечебно-профилактических учреждений общесоматической сети. В исследовании контингента обратившихся мужчины соответственно чаще обращались за помощью при выраженных проявлениях болезни. В отличие от мужчин, обращение женщин было чаще обусловлено неэффективностью самолечения.

Отказ от обращения мужчины чаще мотивировали затратами времени, то есть ролевым давлением, а женщины – неудовлетворительными

межличностными отношениями с персоналом лечебных учреждений. Ролевое давление было наиболее значимым фактором как для лиц, имеющих семью, так и для лиц, никогда ее не имевших, в отличие от тех, у кого семья распалась. В отношении количества детей влияние ролевого давления парадоксально – чем больше детей в семье, тем реже откладывается обращение при первых признаках заболевания. Здесь можно предполагать влияние как культуральных предписаний к родительской роли, так и связанного с ней стресса, поскольку данная зависимость ослабляется в многодетных семьях и не проявляется при тяжелых заболеваниях.

Легитимизация роли больного у женщин, по данным Василеостровского исследования, чаще обусловлена соматической симптоматикой, а у мужчин – нарушениями социального поведения, этикетизируемыми как психическое расстройство. Отсутствие социальной поддержки со стороны семьи выступает существенным фактором принятия роли больного.

S.-T.Cheng (1992) изучил две подвыборки одиноких пожилых женщин из региона г.Сан-Франциско, общим объемом 227 чел., проживающих в геронтологических интернатах с использованием методов корреляционного, путевого, дискриминантного и регрессионного анализа. В первой подвыборке устанавливалось увеличение числа проблем со здоровьем с увеличением возраста. С посещениями врача коррелировали снижение повседневной активности, дистресс одиночества, соматизация жалоб, число хронических болезней и актуальный стресс. На повседневную активность сильнее влияли хронические заболевания, на соматизацию – дистресс одиночества. Использование медицинской помощи более всего определялось дистрессом одиночества.

Во второй подвыборке дистресс одиночества и плохое здоровье вместе влияли на соматизацию, а та, в свою очередь, определяла частоту посещения врача. В общем, дистресс одиночества, в сочетании с другими факторами, определял до 40% вариации в посещениях врача. Из

них 25% обуславливалось переменными состояниями здоровья, а 15% – психосоциальными переменными.

В отечественных исследованиях также устанавливается влияние возраста на характеристики обращения за медицинской помощью. В исследовании М.Н.Петрова и Н.Р.Вовина (1989) с повышением возраста увеличивалась частота ранних обращений. В исследовании В.Н.Зыбцева и И.З.Должанского (1990) представители старшей возрастной группы, наряду с молодежью, выше оценивали уровень медицинской помощи.

В нашем Калужском исследовании доля обратившихся за амбулаторно-поликлинической помощью в старших возрастных группах превышала долю лиц старшего возраста в популяции. Для молодых возрастов названное соотношение было обратным. В возрастной группе старше 60-и лет наблюдалось некоторое снижение обращаемости. Среди госпитализированных, то есть страдавших более тяжелыми заболеваниями контингентов, соотношение возрастных групп не отклонялось от общепопуляционного. Таким образом, рост обращаемости за медицинской помощью с возрастом отмечается лишь для относительно легких состояний.

Данные Василеостровского исследования показывают, что действительно с возрастом увеличивается удельный вес самостоятельных обращений в территориальную поликлинику, хотя в младшей возрастной группе 19 – 25 лет здесь тоже отмечается некоторый подъем. В среднем же возрасте обращение чаще инициируется направлением врачей других лечебных учреждений общесоматической сети.

В психоневрологический диспансер, напротив, чаще самостоятельно обращаются лица молодого и среднего возраста, тогда как для пожилых такое обращение, как и направление из других учреждений, мало характерно. Причинами откладывания обращения для лиц пожилого возраста, как показывают результаты исследования контингента обратившихся в амбулаторно-поликлинические учреждения, реже выступают факторы ролевой перегрузки, но чаще – отвержение симптоматики.

Отвержение соматической симптоматики с возрастом по-видимому способствует осознанию расстройства как нервно-психического, поскольку, согласно данным исследования ПО "Невский завод", с увеличением возраста становится более позитивным аттитюд к психоневрологической помощи и параллельно повышается уровень реального обращения. Отклонение от данной зависимости отмечается лишь в младшей возрастной группе. И аттитюд к обращению, и само обращение имеют более высокие показатели в подростковом возрасте, чем в ранней взрослости. В целом связь возраста с обращением за психоневрологической помощью носила в этом исследовании практически функциональный характер.

Обращает на себя внимание неконсистентность данных о самостоятельном обращении за психоневрологической помощью с увеличением возраста между работающей субпопуляцией и субпопуляцией, лечаемой врачами психоневрологического профиля. Эта неконсистентность объясняется действием "фильтров". Как показывают результаты Василеостровского исследования, пациенты с общеневротическими, неврастеническими, ипохондрическими и обсессивно-фобическими жалобами, носящими конверсионный характер или включенными в структуру психосоматического заболевания с подострым или хроническим течением, направляются в поликлиники к невропатологу, а иногда, в зависимости от предполагаемой этиологии соматического расстройства, к психотерапевту. Чем в более старшем возрасте обращаются подобные пациенты, тем легче легитимизируется их статус больного, а следовательно, как показано выше, и разрешается стрессогенная ситуация, что приводит к отказу от обращения за психоневрологической помощью в диспансер.

В психоневрологическом диспансере действие "фильтров" таково. Участковым психиатром лечатся, прежде всего, больные соматическими или хроническими инфекционными заболеваниями, органическими и травматическими поражениями головного мозга, а также состояниями психического регистра, сопровождающимися общеневротическим или истери-

ческим симптомокомплексом, либо с острым, либо с хроническим течением, чаще без соматических жалоб или с жалобами конверсионного характера. Часть пациентов получают психотерапевтическое лечение. Это, прежде всего, больные неврозами, сосудистыми заболеваниями головного мозга и неврозоподобными состояниями на фоне соматического или хронического инфекционного заболевания, с моторными, обсессивно-фобическими или неврастеническими проявлениями, подострым течением и соматизацией.

Затем часть пациентов с органическим, травматическим или сосудистым заболеванием головного мозга, а также страдающих психосоматическими заболеваниями, возвращается для продолжения лечения в территориальную поликлинику. Другая часть, с более тяжелыми состояниями, госпитализируется в психиатрическую больницу, где, как показывает исследование контингента тяжелых психически больных, увеличение возраста, связанное с ростом повторности госпитализаций, совершенно также как в территориальной поликлинике, способствует легитимизации статуса больного. Оценивая полученные результаты, необходимо отметить, что трудно представить себе более затратный и неэффективный способ помощи пожилым пациентам в преодолении связанных со стрессом проблем психического здоровья, чем легитимизация роли больного.

Влияние социально-классовой позиции на использование медицинской помощи – одна из наиболее интенсивно разрабатываемых проблем в социальной психологии здоровья. Большинство рассмотренных теоретических моделей связанного со здоровьем поведения имели исходным пунктом своей разработки наблюдающиеся здесь различия. Рассмотрим некоторые исследования. S.Graham (1957, repr. 1958) изучал методом опроса по репрезентативной территориальной выборке использование медицинской помощи в 1951 г. жителями графства Butler, штат Пенсильвания. Обращение к врачу чаще устанавливалось в высших классах, но

различия были крайне незначительными. По показателям госпитализации классовых различий не обнаружилось.

В исследовании K.Dunnell, A.Catwright a. M.O'Brien (Dunnell, Catwright, 1972; Catwright, O'Brien, 1976, repr. 1978), проведенном по выборке объемом 1412 чел., основанной на избирательных списках, в Англии, Уэльсе и Шотландии в 1969 г., пациенты из среднего класса обладали большим объемом знаний, необходимых для эффективной коммуникации с врачом. Они воспринимали себя как более "проблемных", были более склонны обсуждать свои проблемы с врачом, удовлетворены отношениями с ним, но и более критичны. Продолжительность консультаций у них была выше, чем у пациентов из рабочего класса. Последние были менее критичны, испытывали трудности в объяснении своих проблем, хотя и были знакомы с врачом более продолжительное время.

Основываясь на данных этого исследования, а также результатах анализа состояния государственной системы здравоохранения Великобритании, Т.Hart (1971) сформулировал закон инверсной медицинской помощи. Согласно названному закону, характеристики хорошей медицинской помощи имеют тенденцию варьировать инверсно по отношению к потребностям обслуживаемой популяции. Группы с более высоким доходом в большей мере используют медицинскую помощь, в том числе психиатрическую и психотерапевтическую. Учреждения первичной помощи, размещенные в индустриальных и шахтерских районах, оказались нежизнеспособными из-за врачебной перегрузки и соответствующего оттока врачей. Оставшиеся врачи дисквалифицировались и заболевали алкоголизмом.

Стагнация здравоохранения в Великобритании не может быть, тем не менее, преодолена рыночными механизмами. Стандарты среднего класса в отношении медицинской помощи включают в себя время, удобство, свободу выбора и приватность. Конечно, это не более чем "фестончики", так как качество работы государственного здравоохранения по медицинским критериям не ниже, чем качество частных медицин-

ских услуг. Однако разделить медицинскую помощь на "фестончики" и необходимость невозможно. Все пациенты ценят обе эти стороны помощи, а их отсутствие заставляет врача презирать и себя и пациента. Равенство в медицинском обслуживании – иллюзия, однако внедрение рыночных принципов приводит к еще большему неравенству.

Универсальность сформулированного Hart закона хорошо иллюстрируют данные отечественных исследований. Ю.А.Юношев с соавт. (1991) провели газетный опрос 1272-х жителей Ростовской области, и установили, что максимальная неудовлетворенность медицинской помощью наблюдалась у инженерно-технических работников, средняя – у служащих, а минимальная – у рабочих и пенсионеров. Выявленные различия авторы объяснили различиями в требованиях к здравоохранению представителей этих социальных групп.

Данная зависимость высоко воспроизводима. Инженерно-технические работники чаще прочих социальных групп обращаются за помощью (Романова, 1992), однако с увеличением образования оценка качества помощи снижается (Зыбцев, Должанский, 1990). Соответственно, более высокие оценки помощи дают не работающие и рабочие (Татарников с соавт., 1990). Работающие предпенсионного возраста обращаются за помощью реже других групп (Петров, Вовин, 1989).

Согласно данным нашего Калужского исследования, более высокий уровень обращаемости за амбулаторно-поликлинической помощью отмечается среди работающих, по сравнению с неработающими, а из работающих – у высокостатусных групп, то есть инженерно-технических работников и служащих. В отношении уровня госпитализаций такой отчетливой зависимости нет – чаще госпитализируются служащие и промышленные рабочие.

Василеостровское исследование показывает, что влияние образования на самостоятельное обращение не линейно. Наиболее часто самостоятельно обращаются за медицинской помощью лица с низким образова-

тельным статусом, и несколько реже – лица с высоким образовательным статусом. Среднеобразованные контингенты обращаются самостоятельно реже прочих, но чаще направляются на лечение другими лечебными учреждениями общесоматической сети. Только представители высокообразованной группы направляются в поликлинику врачами психоневрологического профиля.

Аттитюды к психоневрологической помощи, как позволяют заключить результаты исследования коллектива ПО “Невский завод”, также зависят от образования не линейно, однако форма зависимости здесь другая. Низкообразованная группа демонстрирует наиболее позитивный аттитюд, а внутри групп средне- и высокообразованных лиц чем выше образование, тем более этот аттитюд негативен, при общей тенденции нарастания негативности с увеличением образования. Реальное же обращение за психоневрологической помощью по форме своей связи с образованием не отличается от самостоятельного обращения за помощью по поводу соматического заболевания.

Самостоятельное обращение в психоневрологический диспансер определяется образованием в соответствии с данными об аттитюдах к психоневрологической помощи, но не в соответствии с данными о реальном обращении. Это объясняется существованием других источников психоневрологической помощи, помимо диспансера, что и отражает реальное обращение. Аттитюд же, по-видимому, формируется под влиянием представлений о диспансерном психиатрическом обслуживании.

Обращение в психоневрологический диспансер широко детерминировано другими индикаторами социально-экономического статуса. Работающие обращаются сюда реже, чем неработающие. Пенсионеры чаще направляются другими лечебными учреждениями. Из работающих самостоятельно чаще обращаются специалисты и руководители. Рабочие же чаще направляются другими психоневрологическими, а служащие – общесоматическими

лечебными учреждениями. Для самостоятельно обращающихся характерен средний уровень материальной обеспеченности.

Это более интенсивное использование психоневрологической помощи представителями высокостатусных социальных групп отчасти объясняется особенностями их обращения в территориальные поликлиники. В исследовании коллектива Дома моделей выявилась более выраженная у руководителей, по сравнению и с инженерно-техническими работниками, и с рабочими, тенденция к откладыванию обращения.

Данные исследования контингента обратившихся также показывают, что руководители чаще рядовых работников склонны не обращаться за помощью при ранних признаках заболевания, и обращаются только при выраженных расстройствах здоровья. Однако затраты времени, то есть ролевое давление, имеет для них меньшее значение. Пенсионеры же меньше прочих склонны откладывать обращение и обычно не испытывают ролевого давления. Таким образом, основной причиной откладывания обращения у руководителей следует полагать высокий уровень организационной включенности. Для всех работников умственного труда большее значение имеют, по сравнению с работниками физического труда, межличностные отношения с персоналом учреждения.

Утяжеление состояния вследствие откладывания обращения приводит, естественно, к более частому первичному обращению в специализированное психоневрологическое учреждение. Не исключено также, что щадящая психологическая атмосфера диспансера более соответствует эмоциональным потребностям представителей высокостатусных групп, чем обстановка в территориальной поликлинике.

Несмотря на это, представители высокостатусных социальных групп проявляют, как показывают данные Василеостровского исследования, значительно менее выраженную тенденцию к идентификации с ролью больного, чем представители низкостатусных групп. Согласно J.Rosenstock (1969), это объясняется большей важностью здоровья в

высокостатусных группах. Лица с низким статусом предпочитают немедленные выгоды, предоставляемые группой инвалидности. Для них более характерно и чувство беспомощности, вызванное экономической депривацией, и входящее составным элементом в "культуру бедности".

Калужское исследование показывает влияние на обращаемость и территориальных социальных перемещений. Доля мигрантов среди обращающихся за амбулаторно-поликлинической помощью значимо выше, чем в популяции в целом, тогда как среди госпитализированных – значимо ниже. Следовательно, мигранты обращаются за медицинской помощью при более легких расстройствах, чем коренное население. Это может свидетельствовать как о более высокой подверженности мигрантов стрессу, так и о более низком уровне ресурсов резистентности в этой группе.

Легко заметить, что для субпопуляций бывшего СССР наши данные хорошо подтверждают центральные элементы моделей связанного с болезнью поведения – Rosenstock а. Kirscht, Suchman и Mechanic, хотя и с известными ограничениями. Хуже подтверждается модель Leventhal, что может объясняться ее преимущественной ориентацией на клинические данные.

Рост использования психотропных средств в течение последних десятилетий отмечается в популяциях всех развитых стран. Особенно это касается препаратов группы бензодиазепинов, и в меньшей степени – антидепрессантов. Среди факторов, обуславливающих данный рост, чаще всего называют популяризацию информации по вопросам психического здоровья, в результате чего люди используют психотропные средства для само-лечения в качестве альтернативы обращения за медицинской помощью.

В амбулаторной врачебной практике увеличилась доля эмоциональных расстройств и клинически неопределенных жалоб, воспринимаемых врачами как показание к назначению психотропных средств. Эти препараты стали рассматриваться как эффективный инструмент дополнительной

симптоматической терапии при тревоге и депрессии в структуре психосоматических расстройств. Значительное влияние на распространенность использования психотропных средств оказывает и деятельность фармацевтической индустрии (Cooperstock, 1979).

Вместе с тем, использование психотропных средств выступает, благодаря их прямому фармакологическому действию, эффективным способом преодоления стресса. Так, бензодиазепины, наиболее широко используемые для редукции стресса и тревоги, дают эффект и у непсихиатрических пациентов, как это показано для хирургических больных (Wesnes, Warburton, 1983). Редуцируя "немедленное" действие стресса путем изменения восприятия угрозы, способностей к преодолению и результатов соответствующих усилий индивида, анксиолитики могут редуцировать реальные способности к преодолению. В результате личностные сложности и на когнитивном, и на поведенческом уровне могут парадоксально нарастать.

Реакция личности на психотропные средства испытывает на себе влияние не только их прямого фармакологического эффекта, но и ряда психологических эффектов (Сох, 1978). Из них в отечественной литературе рассматривается лишь плацебо-эффект. Здесь мы рассмотрим другие психологические эффекты, релевантные социально-психологическому уровню анализа использования психотропных препаратов.

В формировании отношения к использованию важное значение имеют приписываемые лекарствам адверсивные (побочные) эффекты. M.Reidenberg a. D.Lowenthal (1968) опросили 385 чел. – студентов-медиков и персонала клиники университета Temple о симптомах, ощущавшихся в течение 3-х предшествовавших опросу суток. Кроме того, фиксировались заболевания и получаемое за это время лечение. Лечившиеся были элиминированы. Многие симптомы, рассматривавшиеся как побочные действия лекарств, имелись и у здоровых субъектов, вообще не получавших никакого лечения. Частота симптомов зависела от характера

ближайшего социального окружения, физического здоровья и эмоционального состояния субъектов. Б.Д. Карвасарский, В.А. Ташлыков и А.П. Федоров (1986) показывают, что подобная симптоматика может наблюдаться как реакция пациента на неудовлетворительные межличностные взаимоотношения с врачом, вплоть до восприятия седативного средства как стимулирующего, и наоборот.

Некоторые психологические эффекты психотропных средств могут быть концептуализированы в терминах теории научения. Лекарства выступают здесь в качестве дискриминативного стимула, подкрепляющего исходы поведения. Таким действием обладают, в основном, социально неприемлемые фармакологические агенты (алкоголь, марихуана). Ряд лекарств могут действовать и как потенцирующие поведение переменные, то есть как факторы, модифицирующие значение исходов поведения для его контроля. Такое действие имеют анальгетики, транквилизаторы и барбитураты. Они влияют на поведение, купируя восприятие его исходов как неблагоприятных и повышая эффективность позитивного подкрепления. Тем самым снимается конфликт между наградой и наказанием.

Транквилизаторы растормаживают подавленное по какой-то причине поведение, усиливая враждебность. Поэтому, если прописывать бензодиазепины по потребности, их потребление возрастает в ситуациях интенсивной социальной интеракции. Действие анальгетиков включает в себя и дискриминативный стимул, и потенцирующую переменную (Whitehead, Blackwell, 1979).

Использование лекарств в популяции было основным предметом рассматривавшегося британского исследования K. Dunnell и A. Cartwright (1972). К наиболее часто употребляемым препаратам относились анальгетики, желудочно-кишечные средства, кожные мази и антисептики. Частота использования непрописанных и прописанных лекарств различалась. Среди первых часто были еще и антипиретики, а среди вторых – воздействующие на центральную нервную систему. Использо-

ние непрописанных лекарств соответствовало наиболее частым для популяции симптомам, а принимавшие эти лекарства реже обращались к врачам. При наличии симптомов люди часто принимали и прописанные, и непрописанные лекарства, либо не принимали никаких. Однако принимавшие прописанные лекарства реже принимали непрописанные. При состояниях депрессии и тревоги правилом был прием прописанных лекарств.

Информированность о болезнях не влияла ни на обращаемость, ни на прием лекарств. Прием прописанных лекарств был связан с доверием к врачу. Вера же во врачей была различной при различных болезненных состояниях. Из личностных свойств с приемом лекарств был связан лишь невротизм; – чем он был выше, тем выше был и уровень приема, однако действие невротизма опосредовалось симптоматикой.

За двухнедельный предшествующий опросу период седататики использовали 10%, антидепрессанты – 1% и другие психотропные средства – также 1% респондентов. Использование психотропных средств было связано, прежде всего, с бессонницей и неопределенными жалобами со стороны нервной системы, и только в 16% случаев – со специфическими собственно психическими расстройствами. Прием лекарств зачастую выполнял функции, выходящие за пределы их фармакологического эффекта, и скорее был обусловлен идентификацией с ролью больного. Большинство непрописанных лекарств, особенно витаминных и тонизирующих препаратов, рекомендовалось членами ближайшего социального окружения.

Исследование охватило также 326 врачей общей практики, информация о которых была получена из территориальных органов здравоохранения. Для получения данных от врачей использовался метод почтового опроса. Согласно взглядам врачей, от половины до четверти обращений, инициированных пациентами, не нужны. Необходимыми врачи чаще считали обращения по поводу депрессии, упорных головных болей, абсцессов, острых ЛОР-заболеваний, тогда как сами пациенты – по поводу бессонницы или тяжелой простуды. Часто и в различных формах врачами реко-

мендовалось самолечение. Молодые врачи давали подобные рекомендации чаще, чем пожилые.

Таким образом, устанавливались различия в ролевой перцепции врачей и пациентов. Долговременное повторяющееся прописывание одних и тех же лекарств, особенно по инициативе пациентов, являлось симптомом неудовлетворительных межличностных отношений в системе "врач – больной". Отношения с врачом при помощи выписки лекарств продолжались, но в неадекватной обезличенной форме.

Национальное американское исследование использования психотропных средств G.Mellinger et al. (1974) в своей концептуальной части основывалось на данных исследования авторов в г.Окленд, штат Калифорния (Uhlenhuth et al., 1974). Программа исследования включала в себя изучение приема транквилизаторов и седатиков (барбитуратов) в течение года, предшествовавшего опросу. Доля лиц, использовавших эти препараты, составила 1/5 часть опрошенных. Она нарастала вместе с увеличением проблем со здоровьем, причем устанавливалась тенденция использовать транквилизаторы по назначению, то есть при состояниях психологического дистресса.

Факторный анализ показал, что использование транквилизаторов и седатиков возрастало при увеличении соматической симптоматики и при тревоге. Увеличение использования транквилизаторов было связано со степенью нарушения функционирования в какой-либо основной социальной роли, хотя и меньше, чем с соматической симптоматикой. Исследование выявило сильную связь между психологическим дистрессом и уровнем использования прописанных лекарств, то есть применение их как средства преодоления.

Лица, использовавшие прописанные транквилизаторы и седатики, чаще применяли и снотворные, а также стимуляторы. Не использовавшие психотропные средства чаще применяли соматотропные препараты. Еда и алкоголь служили своеобразной альтернативой употреблению лекарств.

Женщины, употреблявшие прописанные транквилизаторы, употребляли чаще кофе, чай и алкоголь, тогда как мужчины больше ели. Употребление транквилизаторов всегда снижало у мужчин уровень употребления алкоголя, то есть алкоголизация являлась, по-существу, формой самолечения (Mellinger et al., 1978).

Национальное исследование проводилось по ступенчатой районированной выборке домохозяйств, методом интервью, и охватило 2552-х чел. Методики исследования валидизировались в 3-х экспериментальных и 3-х контрольных группах размером от 121-го до 199-и чел. На основе полученных данных корректировались показатели инцидента и преваленса использования.

В течение года 31% выборки использовал прописанные психотропные средства, а еще 12% – непрописанные. Наиболее высокий уровень употребления психотропных препаратов отмечался в группе молодых мужчин. Это отражает высокий уровень дистресса и частые жизненные кризисы в молодости. Действительно, жизненные кризисы были связаны с использованием прописанных лекарств только при высоком уровне переживаемого дистресса.

Аттитюды в отношении лекарств были таковы. Большинство респондентов проявляли убежденность в их высокой действенности, но считали, что они снижают мотивацию, личностную эффективность и ответственность. "Традиционализм" в ценностных ориентациях был связан с пониманием использования психотропных средств, особенно транквилизаторов, как "слабости". Лица, реально использовавшие транквилизаторы, чаще относились к ним негативно, и не рассматривали их как панацею.

Обсуждая полученные данные, авторы отмечают, что предположения о вредном психологическом воздействии длительного использования психотропных средств коренятся в протестантской этике, так как традиционные ценности требуют, чтобы человек полагался только на себя, был способен к самоконтролю и сам преодолевал свои проблемы

(“фармакологический кальвинизм”). В целом, результаты исследования подтвердили скорее медицинскую модель болезни, чем модель болезни как формы социальной девиации. Тем не менее паттерны поведения по использованию психотропных средств оказываются сильно детерминированными культуральными ценностями.

Исследование B.Svarstad (1983), охватившее методом почтового опроса по пошаговой вероятностной выборке 762 чел., репрезентировавших жителей трех графств штата Висконсин, было направлено на проверку гипотезы о том, что жизненный стресс и психологический дистресс выполняют функцию непосредственного триггера в использовании непрописанных лекарств. Анализируя данные Mellinger with cowork., автор обращает внимание на отказ большинства лиц, переживающих психологический дистресс, от обращения за медицинской помощью, употребления психотропных препаратов и алкоголя.

По результатам исследования, к наиболее часто используемым в популяции непрописанным средствам относились анальгетики, витамины и антациды, а к наиболее редко используемым – стимуляторы и седатики, употреблявшиеся в 1% – 2% случаев. Именно использование наиболее часто применяемых препаратов, а не психотропных средств было связано с уровнем переживаемого стресса. Поэтому лучшими предикторами использования оказались соматические проявления тревоги и депрессии, особенно для анальгетиков. На уровень использования непрописанных лекарств влияли также attitudes к медицинской помощи. Множественный регрессионный анализ показал, что эти переменные, вместе с числом хронических заболеваний и социально-демографическими факторами, объясняют 20% вариаций в употреблении лекарств без назначения врача.

Исследование M.Fichter et al. (1989) охватило 3 городских поселения различного типа в Верхней Баварии по лонгитудинальному плану, и проводилось в 1980–86 гг. Изучалось использование только прописанных лекарств, за периоды предшествовавших опросам месяца. Из

всех психоактивных препаратов в анализируемой авторами II волне исследования наиболее часто использовались транквилизаторы, а наиболее редко – антидепрессанты и нейролептики. Уровень использования обуславливался тяжестью симптоматики, причем не только психиатрической, но и соматической. Второй важнейшей детерминантой использования всех групп психотропных средств оказалась деморализация.

Согласно обзору P.Williams (1979), во всех западных исследованиях более высокий уровень использования психотропных средств отмечается у женщин. Этот уровень нарастает с возрастом, по-видимому, из-за снотворного действия данных лекарств. Наиболее высокий уровень употребления отмечается в среднем классе, однако жены рабочих используют психотропные препараты дольше. В приведенных более поздних исследованиях эти соотношения неизменно сохраняются.

Рассматривавшиеся выше отечественные исследования позволяют оценить уровень использования лекарств в российской популяции как составляющий 38% – 45%, причем доля непрописанных лекарств доходит до 65% (Водогреева, Андреева, Гладышева, 1989; Пономарчук, 1988). Из них 14% составляют снотворные препараты (Медик, 1991). Легко заметить, что эти цифры значительно превышают установленные в западных исследованиях. В психоневрологических диспансерах назначение психофармакологических препаратов значительно преобладает над психотерапевтическим лечением, охватывающем лишь 9% пациентов (Румянцева с соавт., 1989).

Наше Зерафшанское исследование показало резко негативный attitude к лекарственным препаратам, существующий в этой преимущественно мужской субпопуляции, состоящей, главным образом, из низкостатусных мигрантов, с присущей им “традиционалистской” и “патриархальной” ориентацией в отношении медицинской помощи. В Васи-леостровском исследовании, где не обнаружилось статистически существенных различий в характере терапии между поликлиниками и диспансе-

ром, врачами наиболее часто назначались транквилизаторы и адаптогены (биологические стимуляторы). Более 40% пациентов проходили психотерапевтическое лечение, что впятеро выше данных Г.М.Румянцевой с соавт. для г.Москвы.

В лечении часто сочетались транквилизаторы, адаптогены, психотерапия и физиотерапия. Относительно редко назначались ноотропы, "большие" нейролептики и антидепрессанты, как в качестве основного лечения, так и в качестве компонента комбинированной терапии.

Основное влияние на выбор врачами терапии оказывал переживаемый пациентом стресс и соматизация расстройства. Чем в большей степени, по оценке врачей, состояние пациентов определялось переживаемым стрессом, тем чаще им прописывались психотропные препараты, кроме ноотропов, "больших" нейролептиков и антидепрессантов, и реже – соматотропные препараты. Транквилизаторы, "большие" нейролептики, психотерапия и физиотерапия чаще назначались, когда у расстройства не было соматической основы. Если же неврозоподобные жалобы сопровождали соматическое заболевание, чаще прописывались биостимуляторы, ноотропы и соматотропные средства.

Ясно, что при прописывании лекарств врачи исходят из медицинской модели заболевания, что и обусловило идентичность паттерна использования лекарств в нашем исследовании с паттерном, выявленном Mellinger with cowork. Следует, однако, отметить более выраженный консерватизм врачей в нашем исследовании по отношению к использованию психотропных средств в комплексной терапии соматических заболеваний.

Василеостровское исследование показало также зависимость назначаемой терапии от социально-классовой позиции пациента. Транквилизаторы, нейролептики, антидепрессанты и ноотропы использовались тем чаще, чем ниже был образовательный уровень пациентов, а соматотропные средства – и при высоком, и при низком образовании. Однако

соматотропная терапия чаще применялась для пациентов с высоким уровнем материальной обеспеченности. Такая же связь отмечается и для "малых" нейролептиков. Транквилизаторы и антидепрессанты чаще прописывались представителям среднеобеспеченной группы.

Адаптогены, соматотропные средства и ноотропы использовались чаще прочих средств при лечении руководителей и студентов, а транквилизаторы, антидепрессанты и психотерапия – при лечении служащих без высшего образования и рабочих предприятий сферы обслуживания, причем психотерапия – также и при лечении специалистов с высшим образованием. Следовательно, и в отношении использования психотропных средств, и в отношении использования психотерапии отмечается инверсия социально-классовых различий, систематически фиксируемых западными исследованиями.

Глава 4. Социально-психологические проблемы разработки и реализации профилактических программ

Состояние профилактики в сфере здоровья в нашей стране сегодня таково. В последние десятилетия произошло, как показывают О.А.Фокина и Л.Я.Любарская (1989), смещение осознаваемых официальными органами задач профилактики от "санитарного просвещения" к выработке практических умений и навыков, выполнению рекомендаций врачей в отношении здоровья. Проанализировав 542 страницы текстов на данную тему, авторы обнаружили около 50-и определений данного вида социальной деятельности, из которых наиболее отвечающим современным требованиям, по их мнению, являются формирование здорового образа жизни и гигиеническое воспитание.

Однако понимание этого "здорового образа жизни" следует, по оценке И.А.Гундарова и С.В.Матвеева (1994), "казарменной модели", то есть не учитывает социальной активности индивида. Н.Ф.Кошелев, Л.П.Терентьев и С.А.Лопатин (1989) проанализировали литературу и официальные документы по "гигиеническому воспитанию", и установили, что основным его содержанием является противоэпидемическая санитарная пропаганда. Как остроумно замечают авторы, ее суть – "будь чистым – будешь здоровым". Однако в современных условиях можно быть очень чистым и тем не менее очень больным.

Я.С.Миндлин Л.Е.Сырцова (1987) в зависимости от задач выделяют и социальную, медицинскую и некую "смешанную" социально-медицинскую профилактику, то есть исключают из профилактики психологию. В.П.Петленко и В.А.Ананьев (1992), напротив, включают психогигиену и психопрофилактику в предмет психологии, но связывают их лишь с собственно психическими расстройствами, составляющими предмет психиатрии.

В области психического здоровья сегодня выделяются три основные превентивные стратегии: первичной, вторичной и третичной профилактики. Первичная профилактика направлена на укрепление психического здоровья и благополучия, на уменьшение случаев возникновения психических расстройств в популяции. Она адресуется исключительно к психологическим переменным и эффектам. Однако в силу единства психического и физического здоровья ряд мер, таких например, как диета или отказ от курения, улучшают здоровье в целом.

Первичная профилактика имеет две главные цели: (а) повышение человеческой компетентности, ресурсов и навыков преодоления; (б) редукция источников стресса. Следует отметить, что до сих пор не удастся эмпирически продемонстрировать связь высокой оценки психического здоровья с низкой вероятностью развития психического заболевания, хотя практический опыт подтверждает данную связь.

Вторичная профилактика состоит в раннем выявлении расстройств, быстром оказании помощи и эффективном лечении, что позволяет сократить период нарушенной трудоспособности. Этот вид профилактики направлен, таким образом, на предварительно идентифицированные "группы риска". Третичная профилактика охватывает уже болеющих, и имеет своей основной целью снижение уровня дефицитарных состояний в популяции (по: Caplan, 1970; Cowen, 1983; Freudenberg, 1979).

Предметом социальной психологии здоровья является первичная и третичная профилактика, поскольку вторичной профилактикой занимается скорее медицина (Baranowski, Nader, 1985). Здесь проявляется и более общая тенденция смещения интересов социальных психологов от "популяций высокого риска" к "ситуациям высокого риска" (Albino, 1983).

Для реализации рассмотренных превентивных стратегий используются следующие основные методы: обучения, консультирования и кризис-

ного вмешательства, психотерапии и тренинга. Обучение имеет общие принципы и формы как в отношении психического, так и в отношении соматического здоровья. Предположение об эффективности обучения основывается на трех основных доводах. (1) Обучение способно модифицировать убеждения, а отсюда и поведение индивидов и групп, связанное со снижением заболеваемости и смертности. (2) Обучение помогает людям более полно использовать ресурсы, предоставляемые системой здравоохранения. (3) Обучение делает людей более компетентными в широком круге проблем, косвенно влияющих на здоровье, например, в сферах родительства, сексуальной жизни и т.п.

В основе этих доводов лежит представление о здоровье, сложившееся в рамках медицинской модели болезни, где профессионал выполняет функции эксперта. В отношении конкретного заболевания данная модель ничего не говорит о конкретной "точке", к которой должно прилагаться обучение. Например, для депрессивных состояний подобное обучение возможно о противорецидивной лекарственной терапии, либо о психосоциальных факторах депрессий, лежащих в сфере межличностных отношений, либо о социетальных факторах, провоцирующих заболевание, типа экономической рецессии и утраты работы.

Поэтому содержание обучения основывается чаще на социальных ценностях, чем на фактах, выявленных в эмпирических исследованиях расстройств. К тому же, поскольку профилактика в области психического здоровья включает в себя практически все силы, влияющие на течение жизни человека, относительно очень большого числа факторов просто нет релевантной задачам обучения эмпирической информации. В социальных группах индивиды приобретают устойчивые убеждения о том, что нужно "думать" и "правильно делать" в отношении своего здоровья. Эти убеждения происходят отнюдь не от недостатка информации, и имеют значительное "моральное", или нормативное воздействие, которое не-

возможно устранить лишь путем обучения (Freudenberg, 1979; Tuckett, 1979).

В основе большинства современных подходов к консультированию лежит теория жизненного кризиса G.Caplan. Консультацию Caplan (1970) определяет как процесс взаимодействия двух личностей – являющегося специалистом консультанта и консультируемого, обращающегося с просьбой о помощи в решении проблемы, относительно которой он испытывает трудности, и которую рассматривает как сферу специальной компетенции (р. 19).

В отличие от психотерапии, где пациент осознает боль или дискомфорт как проявления болезни, и где он сообщает о своих мыслях, скрытых воспоминаниях и чувствах, консультируемый (клиент) устанавливает с консультантом отношения, направленные на решение проблем. Первичная цель консультации – возрастание эффективности клиента в социальном окружении, а не лечение. Улучшение психологического благополучия клиента возможно как вторичный эффект консультации. Автор выделяет четыре типа консультаций. (1) Центрированная на клиенте консультация случая. Она фокусируется на помощи отдельному клиенту в решении текущих проблем, хотя такое решение может затем распространяться и на будущие проблемы. (2) Центрированная на ситуации консультация случая. Она фокусируется на прояснении и коррекции дефектов социального функционирования консультируемого, вызывающих трудности. В основе потребности в такой консультации лежат недостатки знаний, умений, объективности или уверенности в себе. (3) Центрированная на программе административная консультация. Она фокусируется на проблемах социальной организации, и имеет основной своей целью помощь в разрешении текущих проблем планирования, организации и реализации организационной политики, включая кадровую. (4) Центрированная на ситуации административная консультация. Она фокусируется на

производственных трудностях, и направлена на умения, необходимые для решения этих проблем. Это длительная консультация, подразумевающая работу как с индивидами, так и с группами.

Консультация осуществляется как часть программ психического здоровья, и может иметь различную "философию", наихудшая из которых – психоаналитически ориентированная психотерапия. Рассмотрим современные теоретические основы консультирования, происходящие из собственно социально-психологических теоретических моделей.

"Прививка" стресса J.Janis (1983) включает в себя дачу реципиенту некоторой заранее подготовленной информации в целях повышения толерантности к стрессогенным случаям для предупреждения патогенного отвержения и укрепления приверженности к адаптивным действиям. Уровень индуцируемого стресса не достигает при "прививке" повреждающего уровня. В сфере производства "прививка" снижает стресс, наступающий после принятия решений, и минимизирует тенденцию к отмене решений при неизбежных негативных побочных последствиях.

Наиболее важный эффект подготовительной информации заключается в воспринятом контроле над неблагоприятным событием. В программах снижения веса, прекращения курения или алкоголизации такой вид коммуникации способствует поддержанию терапевтического контакта и предупреждает нарушение адаптации при наступлении субъективно дискомфортных последствий следования программе. Сходная техника была применена и G.Carlan для подготовки волонтеров американского Корпуса Мира (1964) и сестер общественного здравоохранения (1970). Ее эффективность автор связывал с "капитализацией" текущих переживаний для помощи в преодолении будущих трудностей, и с антиципирующим руководством.

C.Parkes (1982) видит основу развития превентивной психиатрии в теории "привязанности-потери" I.Bowlby (1980), будто бы описываю-

щей всю совокупность факторов психического здоровья. Небезопасная привязанность в детстве генерирует два типа поведения – отвергающее и “прилепляющееся”. Оба они персистируют во взрослости, причем первое результирует в компульсивной самоуверенности, а второе – в стремлении во всем полагаться на других. И тот и другой тип поведения в конечном итоге приводит к социальной изоляции.

Характер детской привязанности детерминирует и последующие реакции на социальные изменения. Если привязанность не нарушена, формируется достаточная личностная автономия, способствующая созданию адекватной внутренней картины мира. Небезопасная привязанность нарушает способность личности к преодолению, что при социальных изменениях выступает фактором преципитации психических расстройств. Высоко травматичными становятся и нормативные транзисии, сопровождающиеся потерей фигуры привязанности.

В ходе транзисии личность способна переобучиться воспринимать внешний мир, однако при усвоенных паттернах небезопасной привязанности такое научение приводит к патологическим исходам в виде отвержения и хронического горя. Для консультирования подобных состояний пригоден метод конфронтации, создающей клиенту постоянную эмоциональную поддержку. Кроме того, неадекватными реакциями на утрату выступают употребление лекарств, алкоголя и табака, депрессивные жалобы и обращение за медицинской помощью. Согласно обзору автора, из 8-и исследований, где изучалась эффективность метода конфронтации при подобных состояниях, в 5-и были получены позитивные результаты. Поддержка со стороны консультанта служит здесь своего рода эквивалентом семейной поддержки.

Авторы модели ролевого напряжения R.Kahn а. R.Quinn (1970) в рамках первичной профилактики предлагают меры, направленные на фокальную личность, на роль, и на социальную систему, в которую вклю-

чены личность и роль. Соответственно, это селекция и ротация кадров, изменения в ролевом наборе и ресурсах, централизация и децентрализация управленческих структур. Вторичная профилактика направлена на "проблемную личность". Подобные личности идентифицируются специалистами в области психического здоровья по признакам абсентеизма, несчастных случаев на производстве, конфликтности в межличностных отношениях, посещения врачей. Вмешательство же осуществляется специалистами в области организационной психологии.

А.Аntonovsky (1987) развивает применительно к индустриальным организациям предложенный им салютогенный подход. Преодоление производственного стресса тем эффективнее, чем выше уровень чувства когерентности, поскольку благодаря ему происходит "трансформация беспорядка в порядок". Обладание подобными ресурсами резистентности трансформируется в хорошее здоровье. Отсюда следуют и рекомендации по созданию осмысленности, управляемости и понятности индустриального окружения для работающих.

Преобладающими же ориентациями в консультировании остаются три. (1) Собственно психогигиеническая консультация чаще основывается на психодинамической традиции. (2) Бихевиоральная ориентация используется в виде перенесения техник поведенческой модификации в ситуации реальной жизни. Путем консультации клиент научается желаемому поведению. (3) Организационная психология применяется, когда объектами консультирования становятся управленцы. Эта ориентация подразумевает направленность на повышение эффективности производства и удовлетворенности трудом, снижение алкоголизации и абсентеизма. В отличие от психотерапии, в консультировании принята более эклектичная модель психического, характеризующаяся более выраженной ориентацией на социальную психологию.

Кризисное вмешательство представляет собой особую форму консультации, осуществляемой в период переживания индивидом острого стресса, когда наиболее высоко стремление к поиску поддержки. Для вмешательства характерна большая гибкость технических приемов и организационных форм. Социальные нормы взаимоотношений пациента и терапевта обычно "стираются" в процессе вмешательства. Оценка состояния клиента в клинко-диагностических категориях при вмешательстве признается неприемлемой (Phares, 1979).

Школы психотерапии, в отличие от консультирования, прямо соотносятся с теориями личности, что делает их количество практически равным числу направлений в психологии (обзор ведущих направлений см., напр.: Ванникова, 1985). В рамках почти каждого ведущего психотерапевтического подхода развивается и некоторый тип групповой терапии, параллельный индивидуальным методам. Тренинг же выступает своего рода "терапией для нормальных". Тенинг и групповую психотерапию объединяет общность используемых техник, однако тренинг ориентирован больше на группу, тогда как терапия – на индивида (Kahn T., Cameron, Giffen, 1975).

В отечественной науке представлены различные теоретические ориентации в консультировании и тренинге. В здравоохранении практика консультирования оказалась почти неотличимой от психотерапии, так как применяется к тем или иным группам этикетированных пациентов, институционализированных в психиатрические учреждения (Немчин, Марьяненко, Цыцарев, 1989), не исключая и кризисное вмешательство (Конончук, Семенова-Тянь-Шанская, Константинова, 1982). Ближе к мировой практике находится консультирование в индустриальных организациях (Бендас, Рыбалов, 1984).

Л.А.Петровская (1982) развивает подход к тренингу на основе экзистенциально-гуманистической ориентации, инкорпорируя некоторые

положения педагогической системы В.А.Сухомлинского. Основной целью процедуры тренинга здесь выступает развитие группы посредством оптимизации процессов межличностного общения. В.П.Захаров (1988; Захаров с соавт., 1989) разрабатывает бихевиорально-ориентированный подход к тренингу. Целями тренинговой процедуры являются совершенствование навыков делового партнерского общения, и социальное развитие личности. В подходе Ю.Н.Емельянова (1983, 1984, 1985) процедура тренинга объединена с обучением. Работа подобных учебно-тренировочных группы имеет своей целью повышение эффективности руководства в организациях.

Центральным для социальной психологии здоровья в ее практических приложениях является концепт общности. Идеология превентивного вмешательства возникла на основе эпидемиологической модели психических расстройств. Согласно этой модели выделяются следующие группы факторов здоровья членов общности: "хозяина", среды и индивидуального поведения. Факторы "хозяина" являются конституциональными, включают в себя пол, возраст, генетический набор и личностные особенности индивида, образующие предрасположенность. Факторы данной группы практически не могут быть изменены профилактическими акциями. Энвайронментальные (средовые) факторы представлены климато-географическими и санитарно-гигиеническими условиями жизни, факторами образования, занятости, социально-классовой принадлежности и социетальной ситуации. Факторы индивидуального поведения находятся под контролем самого человека. Предполагается, что эффективные превентивные действия могут быть предприняты в отношении двух последних групп факторов (Cust, 1979).

Другим идеологическим основанием превентивного вмешательства является клиническая модель развития. В рамках этой модели развитие индивида, происходящее по линиям физического, неврологического и

когнитивного созревания, результирует в различных видах межличностных отношений и социального опыта, объясняющих вариации в функционировании от нормы к патологии. Развитие проходит стадии: (1) достижения гомеостаза; (2) формирования привязанности; (3) соматопсихологической дифференциации; (4) организации на поведенческом уровне активной интернализации; (5) репрезентации внешнего мира, создающей способность индивида к сотрудничеству с другими. Болезненная симптоматика развивается тогда, когда какая-либо из стадий не завершена в силу внутренних или внешних социальных воздействий. Каждая стадия детерминирует свою степень адаптации или маладаптации, что определяет риск возникновения расстройства на следующей стадии (Greenspan, 1986).

Отсюда основной задачей профилактики выступает обеспечение необходимых для развития внешних условий. Неудачи в решении "задач", встающих на каждой из стадий развития, не всегда должны рассматриваться как результат болезни, так как часто являются неудачами социальной системы в обеспечении необходимых для развития ресурсов. Соответственно, снижение инцидента расстройств в общностях может быть достигнуто путем вмешательства, направленного на условия развития ребенка.

Концепция позитивного психического здоровья позволила распространить этот подход на многие области жизни. Здоровье стало пониматься как совокупность видов поведения и ресурсов, необходимых индивиду для преодоления жизненных проблем (Rappaport, 1977). Целью психологического вмешательства становится тогда достижение высокой эффективности индивида внутри социальной системы, конкретно – внутри общности с ее социальными нормами (Colann, 1970).

Определение эпидемиологической модели и модели развития как идеологий здесь представляется вполне конкретным, поскольку на их

основе в США в начале 60-х годов возникло широкое общественное движение за психическое здоровье. В отечественной науке оно было расценено как "антипсихиатрическое", вульгарно-социологическое, левацкое и экстремистское (Рохлин, 1977), хотя на самом деле детерминировалось социальным развитием американского общества и изменением базисных концепций в психологии и психиатрии.

Действительно, медицинская модель в рамках данного подхода отвергается из-за ее способа концептуализации жизненных проблем как физической болезни, а также из-за акцента на повреждении, но не на превентивной стратегии. Аналогично и подход с позиций образования, по-существу, противоположен подходу с позиций здоровья общностей, поскольку неадекватен задаче снижения риска заболевания (Colann, 1970; Rappaport, 1977).

Сегодня цели профилактики рассматриваются даже шире, чем психическое здоровье общностей. Вместе с тем, знаний о факторах здоровья, необходимых для создания эффективных программ, накоплено совершенно недостаточно, что фактически привело к смещению центра усилий от профилактики конкретных расстройств к общему укреплению здоровья индивида. В основе такого смещения лежит предположение об "автоматическом" превентивном эффекте связанного со здоровьем поведения. Эмпирически же это предположение подтверждено пока лишь в единичных случаях (Price, Bader, Ketterer, 1980).

Из рассмотренных формулировок целей вытекает, что превентивное вмешательство может программироваться и осуществляться на трех уровнях – индивида, социальной организации и общности в целом. На индивидуальном уровне модель развития реализуется в профилактических программах, направленных на лиц, находящихся в различных стадиях жизненного цикла – детей, подростков и взрослых (Hamburg, Elliott, Parron, 1982). Рассмотрим бихевиорально ориентированный и психодина-

мически ориентированный подходы к программам для детей, разработанным в рамках социальной психологии.

G.Patterson, J.Cobb a. R.Ray (1973, repr. 1974; Patterson, Cobb, 1973) изучали техники контроля агрессивного поведения мальчиков в семьях. Исходя из основных положений теории социального научения, авторы предположили, что агрессия провоцируется контролируемыми стимулами и сопровождающим поведение подкреплением. Позитивное подкрепление агрессии создается культуральным окружением, а негативное подкрепление возникает при отсутствии затормаживающих факторов. Индивиды, этикетированные как "девианты", способны переносить высокие уровни действия затормаживающих факторов. Члены проблемных семей имеют более высокий уровень негативной интеракции, чем члены неп проблемных семей.

Исследование было осуществлено методом наблюдения в 32-х семьях с 43-я проблемными и 26-и семьях с 45-ю неп проблемными мальчиками. У четверти проблемных детей диагностировалась минимальная мозговая дисфункция, психотиков и олигофренов среди них не было. В каждой семье проводилось 6-10 сеансов наблюдения, и 26 сеансов отражали динамику вмешательства. В неп проблемных семьях действительно обнаруживался более низкий уровень негативной интеракции. Однако в характере стимулов, контролирующих негативные реакции, различий между проблемными и неп проблемными семьями не устанавливалось. Кластерный анализ выявил два типа негативных реакций - "социальную агрессию" и "враждебность". Значимыми агентами, вызывающими оба типа реакций, в семьях являлись женщины, чаще всего матери. "Социальная агрессия" чаще направлялась на сиблингов, "враждебность" - на взрослых женщин. Отцы не являлись агентами ни для одного из основных типов негативных реакций.

Затем родители 30-и проблемных мальчиков приняли участие в стандартизированной тренинговой программе, с последующим наблюдением в течение 12-и месяцев. Программа включала в себя "контракт" между родителями и детьми, с изоляцией ребенка от положительного подкрепления в случаях девиантного поведения. Программа позволила почти наполовину снизить негативные виды поведения у мальчиков. Отсюда авторы заключают, что ближайшее социальное окружение – более подходящая цель для программ вмешательства, чем сам девиантный ребенок.

J.Reid, P.Taplin a. R.Lorber (1981) прослеживают связь насилия к детям, уровня их агрессивности и воздействия стресса на материале 88-и семей, переживавших дистресс, из которых в 27-и фиксировалось избиение детей, с контрольной группой объемом также 27 семей. Поведение оценивалось по 29-и категориям во время наблюдения при посещении семей. Результаты обрабатывались методом дисперсионного анализа.

Различия между основной и контрольной группами выявлялись по характеристикам поведения детей и матерей, но не отцов. В семьях с насилием отмечался вообще высокий уровень негативных видов поведения. В семьях с дистрессом был выше уровень агрессии у детей по отношению к родителям. Конфликты между родителями и детьми повышали уровень дистресса и насилия. Для семей с насилием был характерен более высокий общий уровень физической и вербальной агрессии. Негативное поведение детей выступало, таким образом, лишь частью общесемейного паттерна поведения.

Матери из этих семей прошли курс поведенческого тренинга, после чего отмечались позитивные изменения как в их собственном дисциплинарном поведении, так и в поведении детей, но не отцов. Вмешательство, однако, затруднялось социальной изоляцией и экономической депривацией семей, алкоголизацией их взрослых членов.

Е. Mueller а. D. Cohen (1986) применяли к детям в период "малой латентности", то есть возраста одного – двух лет, терапию с использованием сверстников. Исходя из психодинамической ориентации, авторы выделяют такие функции групп сверстников, как физический и эмоциональный отход от дома, сепарацию тревоги из-за остаточного Эдипова комплекса и рост "социального сознания". В период латентности устанавливаются новые отношения привязанности, параллельные расширению эмоциональных связей вне семьи. Технически этот вид терапии представляет собой совместное лечение двух детей одним терапевтом.

Обширный и высоко методически совершенный проект в области первичной психопрофилактики для детей школьного возраста был реализован в США под руководством Е. Cowen (Cowen et al., 1975). Проект охватил 17 школ региона Rochester, расположенных в одном городском и трех сельских школьных округах. В проекте участвовали школьные психологи, социальные работники и специально обученные женщины среднего возраста с выраженным "рефлексом помощи". Содержание проекта составили две основные процедуры: (1) скрининг для раннего выявления детей с проблемами, затрудняющими адаптацию в начальной школе; (2) помогающее вмешательство.

Скрининг проводился в первые месяцы школьного обучения по батаре психологических тестов. Параллельно по стандартизованным методикам опрашивались учителя и родители. Для выявленных проблемных детей вырабатывался план помощи. В 1969–73 гг. проект охватил 11% учащихся отобранных школ, причем в течение каждого года с каждым из детей происходило 30 – 35 контактов. Исследовательскую часть проекта составили около 50-и самостоятельных эмпирических исследований.

Исследования продемонстрировали очень высокую распространенность и ярко выраженные негативные последствия школьной дезадаптации. Раннее вмешательство оказалось высоко эффективным с точки зре-

ния профилактики делинквентности, аддикции и госпитализации в психиатрические больницы. Было также показано, что клинические представления, согласно которым лечение автоматически снимает подобные проблемы, совершенно недостаточны для эффективных превентивных действий. В общем же, на ранней стадии все охваченные программой дети показали значительное улучшение показателей здоровья, учебы и адаптации по сравнению с контрольными группами интактных и повышенно ранимых детей.

Поскольку проект продолжался 17 лет, полученные эмпирические данные позволили оценить и отдаленные исходы вмешательства. К 1973 году оказалось, что контрольные группы демонстрируют большее улучшение, чем группа, в которой осуществлялось вмешательство. В этой группе, по-видимому, недостаточно развивались навыки преодоления. Методически, однако, оценка отдаленных эффектов вмешательства оказалась наиболее слабым звеном проекта.

Программы вмешательства в подростковом возрасте ориентированы, прежде всего, на предупреждение усвоения видов поведения, негативно влияющих на здоровье. В экспериментальной работе R.Evans (1980) 750-и учащимся в течение 4-х дней представлялись четыре вида видеозаписей по тематике последствий курения, после чего испытуемые отвечали на вопросы, связанные с атрибутированием мотивации к сопротивлению давлению и решением о сопротивлении давлению.

В лонгитудинальном исследовании замерялись зависимые переменные – информированность, аттитюды, интенции, сообщаемое и реальное поведение. При использовании обратной связи в экспериментальной группе оценки уровня начала курения были значительно ниже, чем в контрольной. Затем эти результаты были воспроизведены на группе объемом 4500 учащихся. Дополнительное исследование показало, что прекращение курения также может быть достигнуто использованием обратной

связи. Некоторое влияние оказывают и компании по борьбе с курением, причем сообщения, генерирующие низкий уровень страха и акцентирующие непосредственные негативные эффекты, более успешны, чем сообщения, вызывающие высокий страх и акцентирующие отдаленные эффекты. В дальнейшем было показано (Leventhal, Cleary, 1980), что подобные программы только откладывают начало курения, но не редуцируют его инцидент. Использование групп сверстников способно здесь резко повысить эффективность вмешательства (Hamburg, 1980).

Программы к тому же являются и достаточно культурально специфичными. В.В.Гульдман, О.Л.Романова и И.В.Иванникова (1990) рассматривают опыт использования американской программы "Ваше здоровье - 2000" (описание см.: Хомик, 1989) в одной из московских школ. Наибольшие затруднения у детей вызвал основанный на социально-психологическом подходе тренинг избегания курения. Индивидуализированность и демократичность, предусмотренные программой, пришли в противоречие с традиционными представлениями о коллективизме и дисциплине, присущими российской школе, и ритуально воплощенными в характере взаимодействия учителя с учениками.

В сфере психического здоровья подростков возможны два различных подхода к вмешательству: развитие компетентности и профилактика дисфункции. Соответствующие программы могут быть направлены на всех подростков или только на группу риска, реализовываться в семье или в школе. Согласно A.Kazdin (1993), подобные программы чаще дают положительный эффект, чем отрицательный. Неэффективность многих программ обусловлена, прежде всего, недостаточностью компонентов информирования и обучения, а также неадекватными тренингом персонала.

Сегодня идентифицированы отнюдь не все факторы риска и протективные факторы, влияющие на состояние здоровья в подростковом возрасте, что серьезно препятствует разработке программ, направленных

на отдаленные цели. Однако и достижение кратковременных целей бывает полезно, так как помогает подростку пройти период повышенной ранимости.

Для психотерапевтической помощи подросткам используется более 250-и техник, эффективность которых не поддается корректной оценке. Выполненный Kazdin обзор более чем 300-т исследований эффективности позволил автору заключить, что психотерапия все-таки лучше, чем полное отсутствие лечения. Само отнесение того или иного вида вмешательства к профилактике или лечению зависит от принятого концептуального подхода. С точки зрения психического здоровья в подростковом возрасте подобное различие вообще нецелесообразно, поскольку трудно идентифицировать все группы риска и необходимый им объем вмешательства. Отсюда обосновано применение мультикомпонентных программ, влияющих на многие виды поведения и условий окружения.

Автор выступает против подхода к программам, названного им "мифом универсальности", согласно которому данное конкретное вмешательство будет одинаково влиять на всех участников программы. В действительности существенными модераторами влияния выступают возраст и стадия развития подростка, родители, культуральные и социально-экономические факторы. В нашей стране Э.Г.Эйдемиллер и В.В.Юстицкий (1982) применяли дифференцированный психокоррекционный подход к подросткам, находившимся в лечебных и воспитательных учреждениях гг. Ленинграда и Вильнюса, в зависимости от патохарактерологического радикала.

В известной мере альтернативой модели развития выступает модель транзаций, предложенная Felner with cowork. (Felner, Farber, Primavera, 1983; Felner, 1984). Превентивный подход в этой модели связан с полным периодом изменений, в течение которого индивид прилагает усилия к адаптации. Ключевым аспектом модели является иденти-

фикация типа изменений. Индивид здесь рассматривается как активный субъект разрешения адаптационных задач, а условия окружения выполняют функции ресурсов преодоления. Само изменение рассматривается как ролевой процесс, сопровождающийся реорганизацией и реконструкцией сетей социального взаимодействия и поддержки.

Определенные жизненные события являются скорее преципитирующими факторами, или маркерами транзиторных процессов, чем ограниченными во времени случаями. Стресс в жизненных транзитах выступает не столько результатом разрушения сложившихся паттернов поведения и взаимодействия, сколько результатом неудачи в решении адаптационных задач.

Параметрами модели, используемыми в превентивных программах, являются, таким образом, личностные навыки преодоления и ресурсы окружения. В. Hamburg (1980) сообщает о высокой эффективности программы антиципаторного тренинга преодоления транзита от начальной к средней школе, реализованной в Palo Alto, и предусматривавшей развитие навыков интерперсональной коммуникации, переработки информации и принятия решений.

Модель транзитов, первоначально базировавшаяся на исследованиях стресса в детстве и подростковости, в дальнейшем была распространена, подобно модели развития, и на взрослых. Так, были разработаны программы предвосхищающего руководства для выхода на пенсию, потери родных и даже для последствий хирургического вмешательства (Freudenberg, 1979). Легко заметить, что в отличие от модели развития, модель транзитов не является независимой от эпидемиологической модели, а напротив, выступает результатом ее дальнейшей разработки. Это порождает проблему приложимости полученных в рамках моделей эмпирических данных к практике психотерапии или коррекционного вмешательства. Т. Prendergast (1977), например, полагает, что данные, по-

лученные при помощи статистической техники, да еще основанные на перцепции ребенка, не являются непосредственно пригодными для клинической практики.

Попытку интегрировать подобные данные в клиническую оценку у взрослых предпринял J.McWhinney (1972). В структуру клинического диагноза автор предложил ввести параллельную таксономию болезней таксономии поведения пациента. В процессе контакта с больным врач должен устанавливать уровни толерантности к симптомам, тревоги и "проблем жизни", предъявляемых как симптомы. Собственно таксономия включает потерю, конфликт, изменения, плохое приспособление, стресс, изоляцию и фрустрацию ожиданий. Свой подход McWhinney именует эпидемиологией клинической практики.

Отечественные авторы занимают, в основном, позицию допустимости прямого переноса результатов, полученных эпидемиологическими методами, в практику вмешательства. Так, Н.А.Сирота и В.М.Ялтонский (1994) предлагают непосредственное использование в профилактической программе для подростков транзактной модели стресса R.Lazarus. С.Н.Ениколопов и Д.Н.Хломов (1986) для организации комплекса психокоррекционных воздействий на больных нервно-психическими заболеваниями рекомендуют применение методики изучения жизненных событий.

Одним из наиболее успешных и хорошо разработанных подходов к повышению уровня социальной адаптации взрослого является тренинг социальных навыков, предложенный P.Trower, B.Bryant a. M.Argyle (1978). Этот подход базируется на идее, что некоторые формы психических расстройств имеют своей причиной или эскалерируют из-за утраты личностью социальной компетентности. В основе подхода лежит разработанная авторами теоретическая модель социальных навыков, в соответствии с которой человек рассматривается как преследующий цели, дей-

ствующий согласно правилам, и наблюдающий результаты своего поведения вследствие обратной связи от окружающих.

Цели формируются на основе базисных потребностей и организованы иерархически. Отдаленные цели контролируются планами поведения, а кратковременные цели привычны, и потому преимущественно бессознательны. Условием правильной коммуникации является адекватная перцепция и ее "трансляция" в поведение. Перцепцией и завершается коммуникационный акт, так как при ее помощи реализуется обратная связь. Нарушение в любой из "точек" описанного цикла ведет к расширяющейся спирали случаев несоответствующих действий, на основе негативной обратной связи приводящих к нарастанию тревоги и социальной изоляции.

Авторы осуществили поэлементный анализ повседневного социального поведения по группам вербальных и невербальных элементов. Также анализировались типичные ситуации социальной интеракции, с учетом культуральных и субкультуральных вариаций. Тренинговая программа была реализована на пациентах психиатрического отделения соматического стационара, находившихся там в течение 6-и мес. с диагнозами невроза или личностного расстройства. Оценка пациентов осуществлялась клиническим и экспериментально-психологическим методами, двумя психиатрами и двумя психологами. Эффективность тренинга определялась на основе опроса, теста поведения в социальных ситуациях и рейтинговой шкалы. В общем, она не отличалась от эффективности других тренинговых процедур, то есть обеспечивался кратковременный позитивный эффект с клиническим улучшением при отсутствии возможности генерализации оценки улучшения на реальные жизненные ситуации.

Модель социальных навыков рассматривается авторами как альтернативная клиничко-психиатрической теории, поскольку проявления психического расстройства интерпретируются в ней как социально неумелое поведение, не отвечающее ни одному из конвенциональных психиатриче-

ских диагнозов. Действительно, по результатам оценки не удалось разделить эффектов типа тренинговой процедуры и клинического типа (диагноза) пациента.

Значение самоконтроля в сохранении и поддержании психического здоровья давно привлекает к себе внимание как отечественных, так и зарубежных исследователей (Никифоров, 1989). В основе самоконтроля лежат общие принципы организации человеческого поведения. Поэтому самоконтроль выступает поведенческим следствием манипуляции окружением в соответствии с принципами научения, приводящего к изменению некоторых специфичных форм поведения.

Вместе с тем, самоконтроль не является качественной характеристикой таких специфичных форм поведения, но скорее выступает социальной этикеткой, прилагаемой в зависимости от личностных и культуральных характеристик субъекта. Критериями подобного этикетирования выступают требуемые от человека усилия, социальная приемлемость и желательность данной формы поведения, предполагаемая, с точки зрения неблагоприятных немедленных последствий усилий, жертва. Наибольшее применение техника самоконтроля нашла в бихевиоральной медицине, где она используется в качестве основного или дополнительного терапевтического метода, а также для профилактики поведенческих нарушений (Mahoney, Arnkoff, 1979).

Рассмотрим некоторые подходы к превентивному вмешательству, направленному на редукцию риска из-за связанного со здоровьем поведения во взрослом возрасте. Для модификации "курительного" поведения используются пять основных подходов: (а) групповой; (б) образовательный; (в) фармакологический; (г) с использованием гипноза; (д) поведенческий (обзор программ см.: Александрова, Александров, 1994). Из них последний признается сегодня наиболее эффективным, и включает в себя большой набор техник (систематическая десенситизация, управ-

ление подкреплением, стимульный контроль и т.п.). Созданы "пакеты" техник поведенческой модификации, охватывающие самоконтроль, стимульный контроль и развитие заменяющих курение навыков (Bernstein, Glasgow, 1979; Best, Bloch, 1979).

Поскольку на уровень алкоголизации в общностях сильнее всего влияют неконтролируемые факторы, в центре внимания исследователей продолжают оставаться проблемы лечения и модификации поведения лиц, уже тяжело пьющих (Sellers, Cappel, Marshman 1979; Nathan, 1985). Наряду с этим получает развитие так называемый "дезапргегативный" подход, основанный на социально-психологической концепции алкогольной зависимости R.Room (1973).

Для одной части тяжело пьющих данный подход подразумевает, учитывая "самоограничивающийся" характер заболевания, выработку прагматичных социальных аттитюдов в их ближайшем социальном окружении, исключающих применение оценочных или моральных критериев. Это позволяет редуцировать "подкрепляющую" социальную реакцию на пьянство. Для другой части тяжело пьющих используются естественно возникающие методы профилактики, то есть обычные усилия индивидов, семей и других социальных групп, направленные на связанные с алкоголизацией проблемы. При этом широко применяются как техники самоконтроля, так и техники внешнего социального контроля, с учетом культуральных норм, присущих конкретной общности. Противоалкогольная пропаганда, акцентируемая отечественными исследователями (напр., Бойко, Немировский, 1989), исходящими из медицинской модели алкоголизации, оценивается сегодня как преследующая амбициозные и недостижимые цели внедрения "высоких этических норм" в культуре, глубоко амбивалентно относящейся к употреблению алкоголя (Yates, Hebblethwaite, 1985).

Для модификации поведения, связанного с перееданием, используется три основных вида техник: (1) скрытая десенсилизация; (2) опе-

рантное обуславливание; (3) самоконтроль. Из них наиболее успешным является самоконтроль, часто дополняемый другими поведенческими техниками. Медикаментозные техники иногда дают столь же хорошие результаты. В группах самопомощи высоко эффективным оказалось социальное давление группы в комбинации с информированием и диетой.

Отсюда было предположено влияние социальной поддержки на успешность поддержания сниженного веса. Исследования не дают здесь однозначных результатов, что может объясняться различиями механизма влияния поддержки на разных стадиях изменения паттерна питания. В отношении снижения веса, по-видимому, недостаточно используется информирование, из-за чего в популяции столь широко распространены представления об эффективности диеты.

Значение физической активности, напротив, недооценивается населением. Предполагается, что низкая физическая активность может выступать этиологическим фактором избыточного веса, а высокая активность способна быть профилактическим фактором. В исследованиях часто не обнаруживается различий в уровне физической активности лиц, страдающих и не страдающих избыточным весом, однако здесь сохраняется вероятность "вклада" низкой физической активности в поддержание избыточного веса. Некоторые успешные программы снижения веса, например, реализованная в Швеции, включает в себя диету и комплекс физических упражнений (Ley, 1980; Melamed, 1984; Striegel-Moore, Rodin, 1985; Stunkard, 1979).

Программы физической активности могут реализовываться в различном социальном окружении. S.Keir (1980) анализирует четыре таких программы, осуществленные в Канаде: движение за высокое физической соответствие требованиям рынка труда; самоконтроль соответствия; физической пригодности государственных чиновников; контроля окружения с предъявлением требований к физической активности. Анализ показал

высокую кратковременную эффективность программ, однако для длительного поддержания активности требовалось давление со стороны окружения. Только очень немногие люди продолжали поддерживать высокую активность без требований и условий окружения.

Как показывают H.Leventhal, T.Prohaska a. R.Hirschman (1985), для всех программ вмешательства на индивидуальном уровне необходимы следующие условия эффективности: интенсивность использования процедуры, самоинициация и самоконтроль, терапевтическая ориентация, комбинация различных процедур. Для поддержания поведенческих изменений эффективным оказывается только тренинг навыков.

L.Breslow a. A.Somers (1977) предложили мониторинговую процедуру контроля здоровья индивида в течение жизненного цикла, основанную на интеграции клинической и эпидемиологической моделей болезни. В этой процедуре критерии здоровья специфицируются по известным факторам риска для 10-и периодов жизненного цикла. Для каждого периода сформулированы свои "цели здоровья" и объем профессионального обслуживания, соответствующий этим целям.

Авторы справедливо указывают, что при таком высоко обоснованном результатами исследований превентивном подходе неразрешенной проблемой остается участие субъектов, так как сохраняется нонкомплайенс. Предлагаемая система обслуживания к тому же несовместима с рыночным принципом свободной оплаты профессиональных услуг. Выход здесь Breslow a. Somers видят в централизованном финансировании здравоохранения и повышении ответственности людей за свое здоровье.

В литературе часто высказываются предложения относительно использования семейных групп для формирования поведения, направленного на редукцию риска. Предполагается, что изменение поведенческих паттернов в семье как группе будет более устойчивым и стабильным во времени. Подтверждающие данное предположение результаты получены

только для факторов риска коронарной болезни сердца. Для других видов связанного со здоровьем поведения убедительных подтверждений с позиций теории социального научения нет (Sallis, Nader, 1988). Для подростков, по-видимому, подобный эффект достижим при использовании методов семейной психотерапии (Эйдемиллер, Юстицкий, 1990).

Особый класс программ, реализуемых на уровне индивида, представляют программы, ориентированные на некоторые целевые группы в общности. Примером таких программ может служить терапевтическое вмешательство при семейных проблемах, а также консультирование вдов и разведенных, когда консультант помогает приспособиться к одиночеству, преодолеть чувство утраты идентичности и связанную с установлением новой идентичностью тревогу.

Данных для оценки эффективности подобного вмешательства сегодня недостаточно. Идея консультирования, например, развода, в отличие от утраты, до последнего времени вызывала отрицательное отношение в профессиональных кругах. Лишь сравнительно недавно подобный вид консультирования стал развиваться в форме посредничества (медиации). Если терапия направлена на решение прошлых проблем пациента, то медиация – на решение будущих проблем, которые возникнут у пациента после развода. Считается, что программы для лиц, перенесших потерю, значительно более эффективны, чем программы для разводящихся (Bloom, Asher, White, 1978; Erickson, Erickson, 1988; Schaffer, 1981). Программы помощи представителям некоторых других целевых контингентов, таких как бездомные (см.: Flynn, 1985) или беженцы и мигранты (обзор см.: Сидоров, Борисова, 1994), отличаются от рассмотренных большим акцентом на общелечебных и психиатрических мерах.

Несмотря на то, что индустриальные организации явились первой сферой приложения консультирования, целостный подход к профилактической работе в индустрии стал складываться лишь начиная с 40-х годов

нынешнего столетия. Первые такие программы были реализованы применительно к алкоголизму. Причиной акцента на алкогольные проблемы явилась не только очевидность связанных с алкоголизацией экономических потерь, но и особое удобство индустриальных организаций как места осуществления профилактических мер при алкоголизме (Foote, Erfurt, 1980).

Действительно, раннее выявление и создание мотивации для лечения у алкоголиков в индустрии имеет ряд преимуществ. (1) Руководство индустриальных организаций высоко заинтересовано в подобных программах. (2) В индустриальном окружении легче сформировать мотивацию для лечения, поскольку алкоголизм интерферирует с производительностью. (3) Все работающие алкоголики могут быть обеспечены адекватной помощью. (4) Для обеспечения этой помощи могут быть использованы массовые методы (VonWiegand, 1972).

Эволюция представлений об алкоголизме от медицинской к социокультуральной модели привела к формированию подхода "беспокоящего работника", согласно которому руководители обучаются идентификации алкоголиков в производственном окружении, и, избегая этикетирования, направляют их за профессиональной помощью на добровольной основе (Archer, 1977^a; Keller, 1974, repr. 1979). Хотя основной акцент в мотивации обращения здесь делается на пропаганду, эффективность подобных программ достигает 70%, то есть достаточно высока. Центральной проблемой реализации программ являются потенциальные негативные последствия стигматизации работника как алкоголика (Hore, 1977).

Поскольку видимым признакам алкоголизма на работе предшествует длительный период рекреационного использования алкоголя, в настоящее время получает признание более жесткий подход, заключающийся в полном запрещении употребления алкоголя и подкреплении несовместимых с аддиктивным поведением социальных стандартов как части

“организационной политики” компаний. Употребление предлагается устанавливать при помощи биохимических тестов, конечно, не разглашая их результатов, и добиваясь добровольного сотрудничества алкоголизирующихся (Reid, Murphy, Reynolds, 1990).

В 60-х годах сформировать осознание возможностей индустриального окружения как места реализации более широкого круга превентивных мер. Основной акцент в программах делается на скрининге, то есть раннем выявлении лиц с эмоциональными нарушениями. Для скрининга предлагалось использовать медицинские записи, данные отделов кадров, опросники, интервью с руководителями. С выявленными подобным образом работниками проводилось глубинное интервью, по результатам которого консультант определял внутриличностные, производственные и внепроизводственные проблемы работника. Заключительным этапом работы выступало “управление проблемами”, когда консультант решал, какое вмешательство необходимо, и направлял работника в соответствующие агентства или к специалистам, вплоть до госпитализации (Ross, 1963).

Благодаря получившей широкий резонанс работе B.Seamonds (1982) внимание исследователей привлек тот факт, что периодические медицинские осмотры могут иметь в качестве одного из психологических эффектов снижение уровня переживаемого стресса, что проявилось в исследовании, в частности, в снижении уровня абсентеизма. Сам факт интереса компании к здоровью работников выступал стимулом к развитию навыков преодоления. Достаточно рано было высказано и предположение о косвенном, но существенном влиянии на психическое здоровье работающих программ индустриального развития. Экономическое развитие, вызывающее необходимость роста и интенсификации промышленного производства, делает для менеджеров неизбежным программирование организационных изменений. Эти изменения, однако, должны соответствовать удовлетворению потребностей работников в самоактуализации, личностном росте и

развитии, а следовательно, и способствовать сохранению и укреплению психического здоровья (Myers, 1967).

Необходимо подчеркнуть, что превентивные меры при таком подходе не являются стандартными. Напротив, акцентировалась уникальность организационных условий и способов вмешательства, специфичность потребностей в помощи не только для отдельных организаций, но и для их элементов (Kahn, Quinn, 1970; Eaton, Hostetter, Hostetter, 1970). Превентивные программы были направлены на модификацию эмоционального климата и улучшение интерперсональных отношений. Основной "центр тяжести" приходился на обучение руководителей, профсоюзных работников и промышленных врачей. К концу этого второго этапа развития программ индустриальной профилактики их главная цель стала концептуализироваться как индустриальный стресс.

L.Warshaw (1979) выделил три уровня вмешательства в индустриальных организациях: индивида, производственной бригады и организации в целом. Существовавшие уже тогда десятки тысяч программ автор подразделил по соответствию двум прототипам на клинические, то есть основанные на медицинской модели заболевания, и организационные, то есть основанные на социологической модели организации. Первые акцентируются, с точки зрения основных целей организации, на индивидуальной производительности, тогда как вторые – на функциональной эффективности организации в целом.

Клинические программы, помимо собственно медицинских проблем, нередко включают в себя текучесть и расстановку кадров, консультирование карьеры. Эти программы содержат следующие основные элементы: (а) выявление при обращении, направлении, или путем скрининга; (б) диагностическую оценку, учитывающую преципитирующие и аггравирующие факторы; (в) кратковременную поддерживающую психотерапию или консультирование на рабочем месте; (г) направление к специалистам; (д)

реабилитационные мероприятия; (е) в сфере первичной профилактики – обучение, в сфере вторичной профилактики – развитие навыков преодоления.

Организационные программы направлены на всю субпопуляцию работающих в организации и, по сравнению с клиническими, направлены на более широкий круг задач. Это: (а) разработка критериев для продвижения; (б) механизмы установления и поддержания производственной дисциплины; (в) тренинг руководителей; (г) процессы коммуникации в организации. Такие программы основываются на результатах исследований аттитюдов и удовлетворенности, а по проблемам алкоголизма, наркотизации, жизненного цикла и семьи тесно связаны с клиническими программами.

В качестве самостоятельного вида программ Warshaw выделяет превентивные программы, непосредственно направленные на элиминирование или контроль стресса в индустриальном окружении. Их главными элементами являются: (а) установление благоприятного эмоционального климата; (б) образование и создание мотивации для здорового стиля жизни; (в) специальные подпрограммы для групп повышенного риска; (г) коррекция и модификация ситуаций высокого риска (например, конфликтов).

Анализ Warshaw, по-существу, показывает уже все ключевые элементы современных индустриальных программ, получивших наименование программ помощи работающим, EAP's (Employee Assistance Programmes), – и представляющих собой третий этап развития превентивных программ в индустрии. EAP – это программа, использующая политику компании и организационные процедуры для идентификации и реагирования по поводу личностных или эмоциональных проблем работающих, когда данные проблемы прямо или косвенно влияют на производительность. EAP обеспечивает консультирование, информирование и/или направление на соответ-

ствующее лечение, продолжающийся контакт и наблюдение за динамикой состояния индивида. Главной составляющей эффективных EAP`s является процесс консультирования (MacLeod, 1985).

Существуют различные подходы к категоризации EAP`s. Так, P.Clark (1975) предлагает различать программы на основе ролевой модели взаимодействия между консультантом и клиентом. Автор выделяет четыре типа ролевого взаимодействия в процессе консультирования: (1) "сотрудничество - диалог"; (2) экспертный подход; (3) делегирование (то есть "делайте сами") и (4) инженерный, то есть технология выполнения.

Следующей переменной вмешательства является его фокус. Он может быть единичным или множественным, различаться по глубине вмешательства в жизненный цикл и аттитюды работников, в различной мере использовать когнитивные процессы, быть больше или меньше формализованным и включать различные наборы проблем. Наконец, может различаться контекст вмешательства, по параметрам: ожиданий клиента, характера проблем, ресурсов, имеющихся исследовательских данных, распределения власти в организации и социетальных паттернов разрешения конфликтов. Успешность вмешательства определяется соответствием типа ролевого взаимодействия консультанта и клиента фокусу и контексту вмешательства.

C. deWolff (1985) категоризирует подходы к вмешательству на организационном уровне по основным источникам индустриального стресса. Отсюда ведущими направлениями вмешательства становятся: (1) создание соответствия личности и окружения; (2) обеспечение социальной поддержки; (3) редукция неопределенности в производственном окружении и (4) развитие навыков преодоления. Основными типами вмешательства являются: структурирование работы и организации, подбор и расстановка кадров, практика руководства, планирование карьеры, перио-

дические медицинские осмотры, мониторинг абсентеизма, подготовка к выходу на пенсию, организационные изменения и обучение преодолению.

Автор подчеркивает ограниченность возможностей применения всех этих типов вмешательства для снижения напряжения, так как люди различаются по чувствительности, а проблемы – по серьезности. Эффективность мер трудно оценить из-за постепенности и незаметности изменений в состоянии здоровья. Обеспечение же социальной поддержки, как показывают D.Williams и J.House (1985), во многом зависит от факторов организационной структуры. Стабильная социальная интеракция “встраивается” в общую структуру организации, и при организационных изменениях обеспечивает параллельное нарастание поддержки и редукцию стресса. Соответствующие меры должны быть ориентированы на производственную группу. Поддержка со стороны руководителя важна для подчиненных с позиций укрепления их здоровья, но с позиций целей организации она важна и для повышения общей организационной эффективности.

Одной из широко распространенных и получивших всестороннюю эмпирическую оценку программ сохранения и укрепления здоровья на рабочем месте является программа, первоначально разработанная для высшего управленческого персонала сети предприятий компании Jonson и Jonson, и получившая название “Жить ради жизни”. К 1985-у году по этой программе занимались 25 тыс. чел. в 43-х организациях, расположенных в разных странах. Программа была направлена на изменение стиля жизни, и включала следующие подцели: (1) улучшение физического развития работающих; (2) рациональное питание и контроль веса; (3) управление стрессом; (4) отказ от курения; (5) расширение знаний о здоровье; (6) контроль артериального давления; (7) снижение алкоголизации; (8) правильное использование медицинской помощи.

Организационно программа реализовывалась по этапам презентации работникам, отбора лидеров мнений и индивидуальной работы с ними,

семинара по здоровому образу жизни и создания здоровой производственной сферы. Предусматривалась эпидемиологическая оценка результатов, включая аттитюды участников программы (Wilbur, Hartwell, Piserchia, 1986). Оценка показала, что при использовании программы снизились затраты, связанные с нетрудоспособностью, а также уровень абсентеизма. Облегчался рост трудовой морали и производительности, отмечалось рекрутирование рабочей силы, складывалось позитивное общественное отношение к организации. Очень важной для успешности программы оказалась ее оценка работающими, устанавливавшаяся при помощи фокус-групп. Эта оценка определялась соответствием программы потребностями участвующих. Для их определения, помимо оценки риска, сведений о заболеваемости и обращении за медицинской помощью, была предложена процедура "аудита" рабочего места. "Аудит" позволяет соотнести потребности занятых с имеющимися ресурсами, определить цель ("миссию") программы, рассчитать время и бюджет, и осуществить "рыночный" подход к реализации программы, основанный на информированности и психологической включенности участников (Mason, 1991).

J.Fielding (1991) проанализировал результаты уже по 31200 чел., участвовавших в программе с 1979-го по 1987-й год. Из всех видов связанного со здоровьем поведения существенное снижение было получено только по курению. Наибольший экономический эффект дало снижение уровня госпитализации. Снижение абсентеизма было достигнуто только для работников, находящихся на повременной, но не на сдельной оплате.

Другой пример подобной программы приводит M.Naditch (1986). Программа также была начата в 1979 г., с 3-х месячной подготовительной стадией, включавшей интенсивную коммуникацию. Предварительно составлялись "профили" высокого риска на производстве. Фокусами программы являлись: (1) прекращение курения; (2) контроль веса; (3) фи-

зическая пригодность к выполняемой работе; (4) управление стрессом. Содержание программы заключалось в информировании рабочих и управленцев, скрининге, оценке "вредностей", курсах поведенческой модификации для каждого раздела программы и улучшении условий труда.

Программа охватила 22 тыс. работающих на предприятиях, расположенных в 14-и американских городах, причем на каждом предприятии в программе участвовало 65% - 95% занятых. Для отказавшихся участвовать была разработана специальная программа. Эмпирическая оценка результатов показала существенное снижение затрат, вызванных заболеваемостью.

В целом, как показывают рассмотренные примеры, несмотря на высокий уровень унификации компонентов программ, успешность их применения во многом определяется возможностью адаптации программы к конкретным организационным условиям, вплоть до особенностей отдельных социально-производственных групп и рабочих мест. Другим общим условием успешности является психологическое "принятие" программы работниками.

На сопротивление, оказываемое в организациях реализации профилактических программ, указывали еще ранние авторы. Так, R.Fredgold (1965) в качестве причин подобного сопротивления называет эмоциональное отвержение, страх неизвестного, сложность или "ненаучность" в глазах представителей технических дисциплин психологических подходов, общее сопротивление инновациям и страх перед психическими болезнями. Нередко, однако, забывается, что индустриальные менеджеры сами выступают инициаторами программ. Большинство организаций являются открытыми системами, а поэтому влияют на другие и подвергаются влиянию других социальных групп или систем. Изменения постоянно продуцируются внутри - и внеорганизационными факторами, а успех любой организации в приспособлении к изменениям во многом определяется ее

здоровьем, то есть способностью изменяться так, чтобы осуществлять оптимальные решения в ситуации противоречия между тенденцией к равновесию и необходимостью роста (Wolf, Bruhn, Goodell, 1978).

Резистентность организаций к изменениям, подчеркивает R.Kahn (1981), основывается на том, что утрата стабильности подрывает их способность к выживанию. Особенно организации резистентны к видам изменений, влияющим на здоровье работающих. Например, автономия и участие рабочих в групп в управлении вызывает у менеджеров страх утраты власти, расширение и обогащение труда воспринимается как угроза специализированными группами работающих. Организации формируют ряд механизмов, обеспечивающих стабильность. К ним относятся селекция и подготовка персонала, инерционные управленческие технологии, взаимозависимость подразделений, из-за которой изменения в одной части организации "гасятся" в другой ее части.

Эффективность программ, как убедительно демонстрирует анализ J.Fielding (1986, 1991), основанный на трех систематических исследованиях в штатах Калифорния, Колорадо, Миннесота, Род-Айленд и Техас, охвативших 1358 рабочих мест, если оценивается по субъективным аттитюдам работающих, всегда высока, то есть выгоды превышают затраты. Однако лишь в 25% программ использовались формализованные методы оценки. Чаще цели и методы программы не эксплицитировались, а результаты представлялись так, что не позволяли оценить достижение целей, причем план оценки не допускал количественного анализа. Программы распространены в больших и средних компаниях, значительно варьируют по своей конфигурации, модусам действия, применяемым техникам и уровню участия работающих. Устанавливалась тенденция к всестороннему охвату программами связанных со здоровьем проблем работников.

Оценка одной из таких программ на основе экспериментального и квази-экспериментального планов с применением дисперсионного анализа за годовой период показала рост продуктивности по самооценке участников, но в психологическом самочувствии, переживаемом рабочем давлении и удовлетворенности существенных изменений не отмечалось. В отношении других программ, где использовались менее строгие критерии оценки, было показано снижение уровня воспринимаемого стресса по индикаторам враждебности, депрессии и тревоги, но влияния на объективные показатели производительности не устанавливалось.

Исходя из результатов своего анализа Fielding формулирует десять неразрешенных научных проблем в оценке эффективности программ.

- (1) Связанные с реализацией плана оценки эффективности (рандомизация, контроль).
- (2) Специфика влияющей на здоровье "культуры корпорации".
- (3) Влияние организационной политики в сфере здоровья.
- (4) Стратегия рекрутирования участников программы.
- (5) Различия в "целевых" группах.
- (6) Измерение индивидуальной продуктивности.
- (7) Влияние состояния здоровья работающих на реальные экономические потери.
- (8) "Выпадение" занятых на малых предприятиях.
- (9) Эквивалентность и взаимозаменяемость программ.
- (10) Концептуализация представления о "здоровом работнике".

Общее количество программ на американских предприятиях растет постоянно, за исключением периодов экономических рецессий. Решающим фактором использования программ выступает отношение менеджеров, однако они не требуют академически строгой оценки их эффективности.

А. McLeod (1985) выделил основные элементы эффективных EAP's, основываясь на примере трех успешных программ, реализованных в компаниях Bell Telephone, Kennecott Copper и United Air Lines, независимо в исследовании 2-х компаний в Детройте и обзоре 22-х EAP's. Такими элементами являлись: (1) отсутствие дискриминации обратившихся за

помощью; (2) помощь со стороны руководителей рабочим в осознании проблем; (3) поддержка профсоюзами; (4) использование профессиональной диагностики; (5) широкий объем предоставляемой помощи; (6) стандартизованная оценка результатов; (7) акцент на добровольности обращения; (8) соответствующая медицинская помощь; (9) доступность и пригодность для всех работающих. Автор также обращает внимание на крайне неопределенные оценки эффективности программ. Даже уровни заболеваемости варьировали в зависимости скорее от либеральности организационной политики, чем от характера проводимых мер по ее снижению. Уровень обращаемости вообще не удалось поставить в какую-либо связь с реализуемой программой.

R.Kahn (1981, pp. 168–184) отрицает пригодность экспериментальных планов для оценки эффективности программ в индустрии. Их место должна занять, по мнению автора, более гибкая методология, обеспечивающая обратную связь. Такую методологию Kahn видит в “клинических пробах” по реальному постепенному изменению организаций, с последующей оценкой эффективности каждого вмешательства.

Центральным звеном EAP`s остаются программы управления стрессом. Большинство подобных программ направлено на редукцию риска коронарной болезни сердца, однако другие заболевания, например, язвенная болезнь или мигрень, имеют сходные с коронарной болезнью факторы риска. Кроме того, программы управления стрессом дают ряд предполагаемых “непрямых” выгод – улучшение имиджа корпорации, привлечение высококвалифицированных работников и т.п. Используемые здесь техники чаще всего релаксационные, медитативные, либо включающие в себя биологическую обратную связь или когнитивно-бихевиоральный тренинг (Fielding, 1986).

По результатам анализа программ управления стрессом в 164-х компаниях K.Pelletier а. R.Lutz (1988, repr. 1991) заключают, что

клинические представления об эффективности названных техник не могут быть распространены на рабочее место. Из 9-и "точных" исследований эффективности EAP's, где в 8-и исследованиях был обнаружен позитивный эффект, ни в одном не было оценено управления стрессом. В 19-и исследованиях эффективности программ управления стрессом преобладали позитивные эффекты, но обнаруживались они крайне неконсистентно. Причиной этой неконсистентности могут быть неспецифические эффекты, вызванные просто вниманием к работникам, а также недоучет контекстуальных факторов, таких как свобода выбора.

Чаще устанавливалось снижение уровня субъективно переживаемого дистресса, редукция же соматических жалоб наступала не всегда и было кратковременной. Еще реже повышалась удовлетворенность трудом, а в одном случае даже повысилась неудовлетворенность. Подобные исходы авторы объясняют отсутствием попыток модификации самой работы, что приводит к ситуации "здоровых людей в нездоровом месте".

Ключевыми элементами наиболее эффективных, как по экономическим критериям, так и по критериям здоровья, программ были: (1) направленность на индивидов и группы высокого "риска"; (2) профессиональная оценка медицинского и психологического статуса с соответствующим определением показаний для необходимой помощи; (3) релевантное направление или лечение мотивированных лиц; (4) симптоматическая ориентация лечения; (5) получение катамнестических данных.

Психотерапия оказалась наиболее действенной формой помощи, особенно в сочетании с качественным медицинским обслуживанием. В производственном окружении использовалась краткосрочная психотерапия (принцип "терапевтической экономии" по Kutash, 1973, основанный на использовании "ценной реакции" позитивных эффектов терапии), представляющая повышенные требования к терапевтическим отношениям. Сочетание психотерапии с обучением оказалось малоеффективным, тогда как

сочетание ее с медицинским вмешательством позволило снизить обращаемость и связанные с ней затраты почти на 90%.

Подходы к управлению стрессом в рабочих профессиях и среди руководителей традиционно различаются. Для рабочих наиболее разумным решением представляется переустройство рабочего места с использованием данных эргономического анализа, улучшение питания, расширение контроля и т.п., а релаксационные техники используются преимущественно в целях редукции мышечного напряжения. Для высококвалифицированных рабочих акцент делается на обогащении труда. У руководителей акцент, напротив, делается на индивидуальных стратегиях преодоления или устранении неадаптивных реакций при помощи бихевиоральных техник (Sharit, Salvendy, 1982).

L.Murphy (1985) приводит результаты анализа 21-го исследования эффективности программ управления стрессом. Только одно из них было выполнено на рабочих. Автор приводит две причины столь низкого внимания к проблеме стресса у рабочих. (1) Из-за физических и химических "вредностей" стресс не представляется приоритетной областью вмешательства; чаще используется подход обогащения труда. (2) Профсоюзы негативно относятся к программам редукции стресса, так как эти программы фокусированы на изменении работника, а не условий труда.

Действительно, в экономической системе развитых стран Запада профсоюзы видят свои задачи, прежде всего, в росте стандартов жизни рабочих, акцентируя оплату и физические условия труда, хотя проявляют интерес и к психологическому самочувствию работников (Warr, Wall, 1975). J.Singer et al. (1986) осуществили трехэтапное исследование отношения к программам управления стрессом со стороны корпораций и профсоюзов. На первом этапе был проведен телефонный опрос, охвативший 217 организаций и индивидов, представлявших корпорации и профсоюзы. По материалам опроса были отобраны 63 программы, относительно

которых проводился почтовый опрос, направленный на определение их характеристик. Второй почтовый опрос охватывал только профсоюзы, и имел целью получение информации о производственном стрессе и стратегиях борьбы с ним. Анализ данных выполнялся качественными методами.

Профсоюзы чаще акцентировали структурные изменения в организациях, а не индивидуальные изменения в стиле жизни работающих. Подход с позиций изменения восприятия стрессоров профсоюзы отвергали, а жалобы рабочих рассматривались ими как признак опасности условий труда для здоровья. Улучшения же в здоровье вследствие управление стрессом их не удовлетворяли, если не сопровождались повышением контроля и предсказуемости производственного окружения. Автономия и участие в управлении выступали для профсоюзов основными факторами, редуцирующими стресс. Кроме того, подчеркивалась важность для здоровья психологической атмосферы.

Корпорации же предпочитали подход "беспокоящего работника", акцентируя значение для здоровья индивидуального жизненного стиля. Стресс они предпочитали определять в терминах нереалистичных ожиданий. Управление стрессом в корпорациях понималось чаще как достижение соответствия личности и профессиональной роли. Таким образом, различия в понимании стресса определяли и различия в подходах к его редукции, причем каждый подход был по-своему односторонен.

Значительное число объяснительных моделей и исследований в области влияния на рабочих подхода с позиций обогащения труда стимулировала работа C.Hulin a. M.Blood (1968). Приведем результаты одного из недавних исследований проблемы. M.Campion a. C.McClelland (1993) проверяли четыре теоретические модели влияния обогащения труда на психологическое благополучие работающих: (1) мотивационную; (2) классического "индустриального менеджмента"; (3) эргономическую и (4) перцептивно-моторную. При этом расширение и обогащение труда

рассматривались как единый концепт, практически неразделимый в экспериментальной процедуре. Исследование проводилось в пяти подразделениях крупной финансовой компании. Первоначально (в 1988 г.) организация работы была изменена в рамках механистической ("индустриального менеджмента") и мотивационной моделей. Через два года (в 1990 г.) было проведено расширение производственных задач. Исследование охватило 178 рядовых работников и 80 менеджеров. Сбор данных осуществлялся методом фокус-групп.

Эффекты расширения знаний оказались неэквивалентными эффектам расширения задач. При расширении задач проявилась большая психическая нагрузка, увеличилось количество ошибок, стала ниже результативность труда в целом. Основным механизмом действия оказалось здесь повышение мотивации. Наибольшие выгоды проявились при расширении знаний. У работников отмечались рост удовлетворенности, снижение числа ошибок и психической перегрузки. За время проведения модификации работы предпочтения мотивационного устройства среди работников снизились, тогда как предпочтения механистического устройства возросли. Эргономическая и перцептивно-моторная модели оказались мало релевантными конкретным особенностям изучавшегося вида трудовой деятельности.

Основными видами программ управления стрессом для руководителей являются организация свободного времени, профилактика алкоголизации, консультирование карьеры, поддержание хорошего физического состояния, развитие коммуникационных навыков и сетей социальной поддержки, участие в принятии решений, изменение ролевых функций (по: Burke, Weir, 1980). Приведем пример программы развития навыков преодоления у руководителей, хорошо эмпирически обоснованной и получившей высокую оценку в литературе.

Программа J.Granwell-Ward (1987) основывается на материалах глубинного клинического интервью с двумястами менеджерами, представляя собой 11 "шагов" по управлению переживаемым стрессом. На первых "шагах" менеджер должен идентифицировать свой тип реакций на чрезмерный стресс. Здесь, помимо известных типов А и В, выделяются типы: добросовестный, ненапористый, яркий и тревожный. Далее менеджер оценивает свою резистентность к стрессу, включая уровень развития отдельных видов поведения, связанного со здоровьем, и повышающего резистентность. После этого сообщается некоторый объем информации о стрессе в соответствии с современными научными представлениями.

На основе полученной информации менеджер может выделить основные источники стресса в своей работе и установить связь между стрессом и имеющимися симптомами напряжения. Далее даются основные представления о стратегиях и технических приемах управления стрессом, показывается, как они могут использоваться в целях оптимизации уровня стресса. Описываются следующие 10 стратегий преодоления: (1) пересмотр отношения к работе; (2) развитие навыков саморегуляции; (3) совершенствование управления своим эмоциональным состоянием; (4) управление отношениями с другими; (5) совершенствование подхода к решению проблем; (6) физическое развитие; (7) формирование позитивного взгляда на жизнь; (8) техники редукции негативных эффектов стресса; (9) адекватная реакция на изменения; (10) получение при необходимости помощи со стороны.

Программа включает в себя принципы оценки эффективности каждой стратегии и рекомендации по индивидуализации их использования. Важно отметить, что в этом разделе программа основана на навыках планирования, развиваемых у менеджеров в процессе их основной профессиональной деятельности.

C.Cooper (1981, 1987), основываясь на результатах исследования менеджеров в 10-и странах Западной Европы, показавшего существенное повреждающее влияние производственного давления на семейное функционирование, предлагает включение в программы управления стрессом семьи. Такие программы направлены на преодоление разрыва между домом и работой, и имеют целью развитие семейной поддержки, особенно в ситуации "двухкарьерных" семей.

Все рассмотренные подходы к формированию EAP's до недавнего времени исходили из имплицитного предположения об универсальности принципов их применения в различном культуральном окружении. C.Faucheux, G.Amado a. A.Laurent (1982) впервые обратили внимание на различия подходов организационного развития, возникшего в Великобритании в рамках концепции социо-технических систем и получившего широкое признание в Скандинавии (подробнее см.: Levi, 1981), и подхода качества рабочей жизни, развитого в США. Если европейский подход утилизировал психоаналитическую ориентацию с интеграцией в нее социологических и антропологических взглядов, то американский подход основывался на кооперации с профсоюзами с акцентом на включение рабочих в процессы принятия решений.

Обобщив результаты 160-и оценочных исследований по организационному развитию, выполненных в период 1959-1975 гг., авторы делают вывод о его низкой эффективности по критериям удовлетворенности работников, устойчивости изменений, влияния на оптимизацию организационного функционирования и успешности используемых тренинговых процедур. Для подхода качества рабочей жизни достаточной информационной базы, позволяющей оценить его эффективность, не было. Поэтому действие культуральных факторов авторы обсуждают лишь в отношении причин возникновения различий в подходах, связывая их с особенностями в культурального контекста.

Попытки внедрения программ организационного развития в странах латинской культуры, – Италии, Франции и Бразилии, – оказались неудачными. Причиной культурального отторжения программ была, прежде всего, меньшая способность бюрократии этих стран к открытости, доверию и рациональному выражению чувств. В управлении преобладали глубоко укоренившиеся традиции опоры на классовую структуру и сильную централизацию власти, низкая толерантность к неопределенности. Процессы внешних изменений в организации преобладали над процессами внутренних изменений, а принятие решений было высоко бюрократизировано и формализовано. Неопределенность использовалась для закулисных игр в целях установления контроля, информация скрывалась, что вообще делало невозможным открытый менеджмент.

Сопротивление менеджеров внедрению программ было не столько эмоциональным, сколько представляло собой выражение совсем другого теоретического подхода к организации, развитию и изменению, методам управления и вмешательства. Поэтому, например, во Франции был развит альтернативный подход "стратегического анализа", использовавший психоанализ, кибернетическую модель обратной связи, центрированную на клиенте терапию и марксистскую социологию. Изменения в нем анализируются с позиций клинического понимания индивида. Организации выступают инструментом "мягкого" насилия по отношению к работникам и, в отличие от германских стран, не рассматриваются как первичный источник социальных изменений. Исходя из результатов своего анализа, авторы подчеркивают, что стратегии организационных изменений не могут быть эффективными, если не соотносятся с широким социо-культуральным контекстом.

На целесообразность объединения индустриальных программ с программами, реализуемыми в общности, указывали еще L.Warshaw а. В.-J.Phillips (1970), выделившие собственно внутривзаводские програм-

мы и программы внезаводские, но охватывающие работников предприятия. A.Foote and J.Erfurt (1980), основываясь на таком, более широком подходе к EAP's, описывают следующие три системы: А - программы реализовываются и контролируются профсоюзами; В - традиционные программы корпораций; С - используются также лечебные и профилактические ресурсы общности.

G.Collings (1985), обобщив опыт Нью-Йоркской телефонной компании, выдвигает для системы типа С ряд принципов интегративного вмешательства. (1) Сочетание стандартизованного вмешательства с его индивидуализацией. (2) Интегральное управление. (3) Минимизация затрат при максимизации выгод. (4) Наличие общей информационной базы. На основе этих принципов строится система управления, имеющая три уровня "реагирования". I. Помощь при острых нарушениях как медицинского, так и психологического характера. II. Помощь на уровне семьи в течение всего жизненного цикла индивида, направленная на повышение общего психологического благополучия. III. Выявление в общей популяции групп "риска" и реализация по отношению к ним мер вторичной профилактики. Подобная система позволяет обеспечить симультанное и гибкое использование адекватных видов психологического и медицинского вмешательства с максимальным эффектом.

R.Carleton (1991) формулирует принцип так называемого "билатерального планирования", в соответствии с которым превентивные программы в школах, общностях и организациях объединяются. Рабочее место рассматривается как компонент социальной и поведенческой экологии индивида, а соответствующие индустриальные программы доступны и для членов семей работающих. Это новый, четвертый этап развития профилактических программ.

В нашей стране профилактическая помощь занятым планируется не на основе программ, а скорее на основе организационных структур. С

использованием существующих структур медицинской помощи занятым о реализации мер первичной и вторичной психопрофилактики сообщают: на Московском автозаводе ЗИЛ – Г.Г.Беляева (1987), в объединении “Макеевуголь” – А.Е.Табачников (1991). Создаются и специализированные структуры, такие как кабинет психотерапии на рыболовецкой базе “Азчеррыба” в Севастополе (Колтуновская, 1977), психотерапевтическая служба в крупном научно-производственном объединении г.Свердловска (Ворошилов, Трифонов, Карнаух, 1990), лечебно-оздоровительный комплекс и физкультурно-оздоровительные центры в объединении “Ленинградский металлический завод” (Ветров, Перфильев, Мануйлов, 1989), кабинет психоэмоциональной разгрузки в ГУМ’е (Гомельская с соавт., 1991). Все авторы говорят о высокой эффективности проводившихся мероприятий, опираясь на качественные суждения и клинические оценки.

В наших исследованиях коллективов Дома моделей, Котласского ЦБК и рудника “Мурунтау” были получены данные, использованные руководством для программ организационных изменений, направленных на сохранение и укрепление здоровья работающих. В ПО “Невский завод” под руководством С.Б.Семичева была реализована трехгодичная программа, включавшая в себя двухшаговую скрининговую процедуру, краткосрочную психотерапию и аутогенную тренировку для групп “риска”, повышение физического соответствия для руководителей, и проводившаяся в тесном взаимодействии с медицинской службой объединения.

Поскольку разработка и реализация этих программ пришлось на период резкого нарастания кризисных явлений в экономике бывшего СССР, о какой-либо оценке их эффективности говорить не приходится. И.В.Липсиц, В.К.Кашин и Д.Ю.Никологорский (1996) провели опрос руководителей 167-и текстильных, химических и машиностроительных предприятий России об экономической ситуации на 1993 год. Большинство

опрошенных, несмотря на форму собственности предприятия, оценили ситуацию как неустойчивую и отражающую структурный кризис.

В этих условиях стали преобладать, особенно в машиностроении, авторитарные процедуры принятия решений, то есть стратегия отечественных предприятий не отличалась от используемых западными компаниями при рецессиях. Соответственно и сокращение затрат в первую очередь затронуло социальные программы, несмотря на усилия многих руководителей сохранить социальную направленность организационной политики.

О сопротивлении руководителей и общественных организаций отечественных предприятий использованию программ сохранения и укрепления здоровья свидетельствуют данные, полученные В.В.Бойко, Д.Э.Немировским и В.В.Турыгиным (1991) на Ленинградском прядильно-ниточном комбинате "Красная нить". Действенный способ расширения использования программ авторы усматривают в развитии производственной демократии.

В.Я.Семке и Б.С.Положий (1990) разработали организационную структуру первичной и вторичной профилактики нервно-психических расстройств для крупного промышленного города (г.Томск). Она построена на сочетании территориального и популяционного принципов, и включает в себя подструктуры: внедиспансерной психиатрической помощи, состоящей из служб на базе территориальных поликлиник, городской психогигиенической консультации и Центра пограничных расстройств; помощи различным целевым контингентам – работающим, студентам, морякам и пр.

Современные программы профилактики, предназначенные для общностей в целом, имеют в своей основе три ведущих теоретических модели: (а) модель "принятия – диффузии", (б) модель "коммуникации – поведенческих изменений" и (в) модель социального маркетинга (по:

Farquhar, Maccoby, Solomon, 1884). Модель "принятия - диффузии" первоначально строилась на результатах исследований вызывающей страх коммуникации. S.Sutton (1982), основываясь на данных 35-и исследований, выполненных по этой проблеме в 1953-80 гг., показывает, что нарастание страха вполне консистентно связано с нарастанием принятия рекомендуемых видов связанного со здоровьем поведения. Возможна U-образная форма связи страха и принятия. Воспринимаемая эффективность рекомендаций усиливает стремление воспринять рекомендуемые действия. Готовность к действиям можно повысить путем дачи детализированных инструкций.

Однако сама модель "страха - драйва" эмпирически не подтверждается. Когнитивная модель решений, предложенная в качестве альтернативной Edwards, основывается на теории субъективно ожидаемой полезности действия (SEU). В исследованиях удалось показать, что пациенты, страдающие коронарной болезнью сердца, выполняют врачебные рекомендации исходя не из страха, а из субъективной вероятности негативного исхода при невыполнении и их воспринимаемой полезности. Теория SEU была затем объединена с теорией защитной мотивации Rogers. В ней для принятия существует три критических параметра: (1) тяжесть случая, наступающего при непринятии; (2) вероятность возникновения случая; (3) эффективность рекомендуемого поведения для предотвращения этого случая. Каждый из названных параметров может инициировать когнитивный процесс, вызывающий изменения аттитюдов как проявление защитной мотивации.

Теория Rogers критиковалась за произвольную комбинацию "ключевых" переменных, определение эффективности в терминах вероятности, а переменных - в терминах причинности, постулирование простого соответствия между информацией об объективной вероятности и субъ-

ективными переменными, недоучет направленности личности. Поэтому позже она была дополнена автором моделью "диффузии".

В современном виде теория Edwards – Rogers утверждает, что коммуникационное воздействие на общность можно усилить путем "диффузии" информации через входящие в общность социальные организации. Организации способны расширить распространение соответствующих материалов и программ. В последние годы принцип "диффузии" связывается с сетевым анализом – аттитюды и виды поведения распространяются от рабочих мест к другим частям поддерживающей социальной сети общности (Carleton, 1991).

Модель "коммуникации – поведенческих изменений" исходно основывалась на представлении о том, что эффективность коммуникации обусловлена соответствием содержания сообщений некоторым потребностям людей (Брудный, 1977). Однако уже первые попытки использования средств массовой коммуникации для целей модификации связанного со здоровьем поведения дали обескураживающие результаты. Оказалось, что кампании в средствах массовой информации практически не оказывают влияния на эти виды поведения, либо данное влияние трудно использовать для эффективного улучшения здоровья общностей (Kelly, 1979).

Для дальнейшего развития модели большое значение имел теоретический анализ Н. Mendelsohn (1968). Очень низкий уровень медицинских знаний у людей с резистентностью к принятию рекомендаций автор объяснял тем, что эффект воздействия сообщений не сводится к простой экспозиции. Реципиенты селективно воспринимают информацию, соответствующую сложившимся ранее убеждениям, интересам и предпочтениям. Несоответствующая им информация часто просто забывается. Существует ряд факторов предиспозиции к принятию рекомендаций, опосредующих действие коммуникативной ситуации. Это личностные особенности, социально-экономический статус, предварительно имевшийся опыт, привычки,

место в неформальной коммуникационной сети, индивидуальная мотивация.

В своих реакциях на сообщения средств массовой коммуникации человек предстает сложным существом, частично рациональным, частично иррациональным, иногда реагирующим на внутренние стимулы, иногда – на внешние, а чаще и на те и на другие одновременно. Этот сложный человек функционирует в сложной социальной ситуации, которую он различно субъективно определяет в зависимости от множества факторов. Перцепции в сфере здоровья имеют корни и базисные дефиниции в культуре. При осознании индивидом угрозы он будет действовать на основе культурально обусловленных ценностей, аттитюдов и убеждений, которые сильнее влияют на поведение, чем любые “авторитетные” сообщения.

На проблемы здоровья люди реагируют символически, причем символы являются просто производными от культуры значениями, формирующимися при взаимодействии внутри реальных и референтных групп. Различия в символах приводят к различиям в действиях. В области здоровья аттитюды и убеждения очень туманны, здоровье существует в сознании людей скрыто, подобно материнству или лояльности. Значения власти или физической привлекательности для людей гораздо более важны, чем значения здоровья. Очень мало данных за то, что в своем поведении человек первично мотивирован выживанием. Люди не интересуются фактами о здоровье, поэтому сообщения средств массовой информации скорее являются агентом подкрепления того, что люди уже думают и делают, чем агентом изменений.

Позиция Mendelson нашла свое дальнейшее развитие в представлениях о том, что сообщение может ассоциироваться с процессом социального научения только благодаря значению, приобретаемому им в конкретном культуральном контексте. Основой понимания сообщения выступает интерактивная природа коммуникационного процесса, обеспечиваю-

шая обратную связь. Поэтому идеальным "кольцом" для эффективной передачи сообщений является только коммуникация "лицом к лицу". Все другие каналы передачи имеют множество технических ограничений для понимания, обусловленных действием промежуточных факторов коммуникатора, аудитории и самого сообщения. Поскольку сообщения средств массовой коммуникации являются только одним из видов получаемой людьми информации, массовая информация выступает не более чем частью общего культурального окружения индивида. Отсюда здоровье – социально и политически конструируемая категория в той же степени, что и индивидуально переживаемая.

Современное понимание влияний кампаний в средствах массовой коммуникации на связанное со здоровьем поведение может быть определено как "двухфазный поток информации". Массовая информация создает определенный "климат мнений", распределяющийся в социальном окружении. Индивид интернализует эти мнения позже, в процессе межличностного общения (McGron, Budd, 1979).

Модель убеждающего воздействия сообщений средств массовой коммуникации W.McGuire (1980), являющаяся сегодня основной в исследованиях их эффективности, исходит из широких историко-культуральных представлений о значении информации для современной западной цивилизации, вместе с тем достаточно жестко операционализируя собственно социально-психологические детерминанты убеждающего воздействия. Теоретической основой модели явились теории когнитивного диссонанса, социального научения, Эго-защиты, а также исследования по вызывающей страх коммуникации и бихевиоральной модификации. Функционирование средств массовой коммуникации рассматривается автором как один из многих типов ситуаций социального воздействия.

Влияние сообщений описывается матрицей коммуникации – убеждения. На "входе" матрицы находятся убеждающее воздействие, содержание

сообщения, его источник, само сообщение (форма), канал передачи, реципиент и цель. Входные параметры анализируются по схеме – кто сообщает, что сообщает, путь прохождения сообщения, кому сообщает и цель изменения, которого необходимо достигнуть сообщением. "Выход" матрицы содержит переменные процесса эффективного воздействия по следующим "шагам": подверженность коммуникационному воздействию, привлечение внимания к нему, понимание содержания, принятие целей и удержание позиции принятия, действия на основе принятия, и наконец, когнитивно-поведенческая консолидация с поддержанием принятой позиции.

Из этой матрицы вытекает план социально-психологического обеспечения эффективной кампании, направленной на общность. (1) Анализ реального социального окружения с определением целей. (2) Аксиологический анализ, то есть установление ценностей, присущих данной общности. (3) Описание социокультурального контекста. (4) Предварительное "картирование" психологической матрицы. (5) Селекция тематики сообщений. (6) Конструирование убеждающей коммуникации. (7) Оценка эффективности кампании. Особое значение в модели придается выявлению факторов резистентности к убеждающему воздействию. Это ценности, индуцирующее резистентность эмоциональное состояние, высокий образовательный уровень, ассоциированный с критичностью и самодостаточностью, а также резистентность из-за прошлого воздействия используемого в сообщении материала.

Отдельные элементы модели McGuire находят хорошее подтверждение данными лабораторных экспериментов. Приведем пример исследования, где изучалось влияние личностных переменных на принятие. S.Millman (1968) предположила, что высокий уровень тревожности субъекта способствует его стремлению "отгородиться" от сообщения, а редукция тревоги будет сопровождаться комплайенсом. У 48-и студентов колледжа инициировалась острая тревога и фиксировалась способность к

пониманию сообщения при высоком и низком уровне помех. Для лиц с низким уровнем хронической тревоги введение острой тревоги увеличивало убедительность сообщения, а для лиц с высоким уровнем хронической тревоги – снижало. Наиболее легкое изменение убеждений наступало при среднем уровне тревоги. Сложность восприятия сообщения не влияла на изменение убеждений, то есть функции понимания в изменении убеждений исследование не выявило.

Конечно, подобные данные мало что говорят об эффективности убеждающей коммуникации в естественном окружении. Стэнфордское исследование трех городов N.Maccoby а. J.Alexander (1980) было направлено на изменение стиля жизни в направлении снижения действия факторов риска сердечно-сосудистой патологии. Центром исследовательской части проекта являлась фиксация изменений в информированности, attitudes и поведении вследствие кампании. Оценки риска брались из данных лонгитудинального исследования общности Framingham.

Для оценки влияния метода кампании использовался квази-экспериментальный план, – изучалась сравнительная эффективность влияния интерперсональной коммуникации и групповой психотерапии. Для исследования были выбраны три малых изолированных калифорнийских города, сходных по социально-экономическому и этническому составу жителей, хозяйственной активности. В городе Gilroy использовались только средства массовой коммуникации, в городе Watsonville, кроме того, интенсивное инструктирование группы риска, а город Tracy выступал в качестве контроля. В 1972 г. были построены базовые выборки объемом по 550 взрослых жителей, отобранных по территориально-вероятностному принципу. В течение года осуществлялась кампания в средствах массовой информации с последующими ежегодными замерами в течение 3-х лет. Групповые занятия и инструктирование проводились в течение 10-и недель.

Общее улучшение отмечалось в обоих экспериментальных городах – повысилась информированность, изменилась диета. Однако курение снизилось лишь при сочетанном с кампанией использовании инструктирования. Особенно наглядные изменения произошли в группе риска. Следовательно, использование только средств массовой коммуникации было эффективным не для всех видов поведения. Это объясняется характером влияния кампаний – массовая коммуникация обеспечивала инициальное моделирование желательного поведения, тогда как навыки изменения поведения лучше воспринимались при наличии обратной связи.

Стэнфордское исследование вызвало широкий резонанс в литературе. В известной мере итогом этого обсуждения явился анализ H.Leventhal а. R.Hirschman (1982). В исследовании не удалось выявить полную картину восприятия и передачи сообщений, осталась не выясненной связь участников с ориентированными на здоровье группами, не специфицировалось прямое и не прямое влияние сообщений, остался открытым вопрос о связи изменений в медицинских параметрах здоровья с изменениями в поведении. Анализ хорошо демонстрирует всю сложность однозначной оценки эффективности влияния массовой коммуникации на связанное со здоровьем поведение. Поэтому В.Kelly (1979), например, рекомендует перед тем, как планировать кампанию в средствах массовой информации, спросить себя, можно ли ожидать от нее результатов, можно ли будет их оценить, и нельзя ли достигнуть тех же результатов без кампании.

Модель социального маркетинга интегрирует ряд современных теорий и принципов изменения поведения в сфере здоровья, представляя собой своего рода концептуальную рамку, состоящую из четырех основных компонентов или рыночных инструментов.

(1) Продукт. Это программа, связанное со здоровьем поведение, аттитюды и убеждения, некоторые идеи или дополнительные виды пове-

дения для обеспечения приверженности программе. Теоретическим обоснованием данного компонента могут служить модели "диффузии", самоэффективности и предсказуемости исхода принятия продукта согласно A. Bandura (1973), стадий изменения поведения Prochaska и DiClemente.

(2) Выгода (или вознаграждение). Под ней подразумеваются психологические или социальные усилия, возможности или денежные затраты, связанное с принятием и использованием продукта. Выгода должна обеспечиваться минимальными усилиями и затратами. Теоретической моделью данной стадии является подход Bandura в рамках теории социального научения.

(3) Место, то есть распределение продукта. Оно связывает рыночный подход и традиционный подход общественного здравоохранения. Ключевым фактором здесь является легкость доступа потребителя к продукту.

(4) Продвижение. Под этим подразумевается информирование целевой группы о продукте и убеждение в необходимости его использования. Здесь находят свое приложение различные коммуникационные стратегии, основанные на теориях: разумного действия Ajzen и Fishbein, НВМ, защитной мотивации Rogers, параллельных реакций Leventhal, а также теориях преодоления.

Кроме того, имеются дополнительные переменные: позиция, показывающая уникальную рыночную "нишу" продукта, и политика, описывающая общий социально-экономический климат, облегчающий или затрудняющий маркетинговый процесс. Все переменные модели взаимосвязаны так, что изменения в одной переменной вызывают изменения в других. Переменная позиции строится с учетом культуральных особенностей и стадий жизненного цикла представителей целевой группы (по: Winett, 1995).

В отечественной литературе рассматривались только две последние из приведенных основных теоретических моделей. Исследования эффективности сообщений средств массовой информации, согласно данным обзора В.Н.Бузина и Г.Т.Холмогоровой (1991), носят в отечественной науке сугубо неэкспериментальный характер, и имеют своим основным содержанием доказательства важности пропаганды здорового образа жизни. Их результаты не допускают сопоставления с западными из-за резких различий в методологическом и исследовательском уровнях. В обзоре Г.Т.Холмогоровой и Н.В.Гладышевой (1991) описываются основные элементы модели социального маркетинга и рассматриваются некоторые реализованные на ее основе программы.

Ориентация на формирование связанных со здоровьем убеждений, аттитюдов и видов поведения в общности, хотя и является сегодня ведущей, не единственная. Другая ориентация заключается в использовании механизмов социальной поддержки. В.Gottlieb (1985) обосновывает правомерность выделения этой ориентации материалами анализа программ мотивирования алкоголиков к лечению, улучшения аффективного состояния больных шизофренией, находящихся в общности, и поддержки через сверстников детей, переживающих транзигию развода родителей. Все эти программы исходили из признания критического значения первичного социального контекста для здоровья и психологического благополучия индивида.

На основе формализованной оценки 39-и других программ автор выделяет две цели использования социальной поддержки: (а) структурирование социальных сетей по сходству кризисов или трудностей прохождения транзигий развития; (б) создание условий для процесса социального сравнения, обеспечивающего вентиляцию негативных чувств и валидизацию новой социальной идентичности, способствующей снижению оценки угрозы.

Группы, в зависимости от характера жизненного события, были кратковременными или постоянными, направленными на первичную профилактику или оптимизацию поддерживающей сети, использовавшими самопомощь или привлекавшими профессионалов. В общем, универсально приемлемых форм помощи не было, поскольку такие формы различались в отдельных локальных культурах.

Несмотря на широкое использование в оценке эффективности поддержки методически строгих экспериментальных и квази-экспериментальных планов, эта эффективность остается высоко проблематичной. C.Kiesler (1985) анализирует применительно к использованию в превентивных программах состояние исследований социальной поддержки по оценке гипотез буферной и главного эффекта, а также возможностей социальной поддержки снизить психиатрическую симптоматику или заменить активное лечение при заболеваниях или переживании стрессогенных событий, и приходит к выводу о малой научной обоснованности подобных программ. К тому же, как справедливо замечает автор, позитивные эффекты поддержки могут обуславливаться ее сугубо информационным влиянием.

Третьей, и наиболее традиционной ориентацией в подходе к воздействию на здоровье общностей, является представляемая J.Groen (1971). В ее основе лежит борьба с бедностью, улучшение санитарного состояния поселений и школьного образования, с переносом акцента в оказании помощи с индивида на семью и производство.

Своеобразный подход "психотерапии общностей" развивает K.Clark (1970). На основе личного опыта психотерапевтической работы в Гарлеме и проведенного там в 1962–64 гг. исследования отношений индивидов с общностью, автор выдвигает положение о циркулярной связи индивидуальной и социальной патологии, понимаемой в рамках психодинамических концепций. Для построения несегрегированного общества методом

“социальной психотерапии” следует преодолеть, согласно Clark, расовые страхи, тревогу, враждебность и амбивалентность, присущие как чернокожему, так и белому населению.

Все многообразие реализуемых в общностях профилактических программ можно представить, как предлагает S.Colann (1970), в виде единой базовой модели. Эта модель включает в себя цели, место, возможности, помогающих лиц и реципиентов помощи, а также ее специфические характеристики. Конкретные программы классифицируются по своему предмету на связанные: с лицами, оказывающими помощь; с обслуживанием; с реципиентами помощи; с локализацией и случаями.

Современные программы инкорпорируют, конечно, в пределах базовой модели, различные элементы всех трех рассмотренных основных ориентаций. Соответствующие примеры описаны в отечественной литературе. Проект “Северная Карелия”, направленный на профилактику сердечно-сосудистой патологии, и реализованный в Финляндии, рассматривает А.К.Демин (1991; подробнее, а также другие финские превентивные проекты см.: Kalimo, 1988). О.С.Копина и А.Макалистер (1995) анализируют содержание программы “За Ваше здоровье”, осуществленной в г.Игл Пасс, штат Техас, где был использован оригинальный подход продвижения ролевых моделей – “поведенческая журналистика”.

Управление территориальными программами, в отличие от помощи, оказываемой на основе самостоятельного обращения пациентов или клиентов, осуществляется не из какого-то административного органа (Price, Bader, Ketterer, 1980), а в рамках так называемой модели обслуживания, подразумевающей широкий социальный контекст здоровья и болезни. В отличие от медико-клинической модели обращения, исходя из модели обслуживания предоставляется значительно больший объем услуг, эти услуги в большей мере ориентированы на потребности всех структурных элементов общности, более доступны, осуществляются при уча-

стии общности и носят продолжающийся, а не разовый характер (Albino, 1983; Rappaport, 1977).

Приведем конкретный пример реализации модели в Великобритании. J.Ashton (1988) описывает программу, осуществленную в графстве Mersey, и включавшую три основных компонента. (1) Описание окружения. (2) Рост "сознания" на основе непосредственных контактов профессионалов с членами общности по месту их проживания и работы – "автобусный проект". (3) Позитивные модели здорового образа жизни, предъявлявшиеся для преодоления "британского негативизма к инновациям".

Программа содержала следующие приоритетные темы: планирование семьи; предупреждение венерических заболеваний; антенатальный генетический скрининг; увеличение числа привитых детей; предупреждение несчастных случаев; уход за зубами; связанное со здоровьем поведение, отчетливо влияющее на смертность (диета, физическая активность, управление стрессом, курение, алкоголизация, использование непрописанных лекарственных средств); контроль артериального давления; раннее выявление опухолей; снижение уровня инвалидизации в пожилом возрасте; создание психологического комфорта при приближении смерти; позитивное здоровье молодежи.

Изучение людей и социального контекста осуществлялось по направлению знаний о питании при покупке продуктов питания в одном из универсамов г.Ливерпуля. Выбор продуктов определялся широким кругом факторов – знаниями и аттитюдами, доходом, географическим расположением жилья и транспортом, ассортиментом, социально-экономическим статусом и субкультуральными особенностями.

Основными принципами в реализации программы были: (а) "делать что-то для людей там, где они находятся" – центрированное на людях укрепление здоровья; (б) партнерство, для чего осуществлялась работа

с женскими группами здоровья и организациями безработных. По этим принципам Ashton проводит "водораздел" между моделью обслуживания и основанном на патернализме "медико-центрированным империализмом". Использование ресурсов общности для сохранения и укрепления здоровья ее членов автор предлагает осуществлять с учетом стадий развития общности, аналогично жизненному циклу индивида, с увеличивающимся участием индивидов и групп, используя техники психотерапии, исследований рынка и коммуникаций.

Для нашей страны в сложившейся исторической ситуации особое значение приобретают программы помощи в условиях экономической рецессии. Н. Brenner (1973) в своей посвященной влиянию экономических рецессий на уровень психиатрической госпитализации работе показывает, что государственные психиатрические больницы при нехватке ресурсов помощи меняют тактику выписки пациентов, причем большую вероятность выписки имеют пациенты при состояниях, где нельзя ожидать высокой эффективности больничного лечения. Алкоголики, эпилептики, слабоумные и дефективные больные выписываются как выздоровевшие. Однако в периоды экономических спадов пациенты выписываются в ситуацию значительных материальных и социальных трудностей, что повышает вероятность повторных госпитализаций и способствует накоплению дезадаптированных лиц в общности.

Одновременно по механизмам "провокации" и "вскрытия" увеличивается доля заболевших первично. Как пишут R. Catalano и D. Dooly (1979, 1980), экономические изменения выступают здесь в качестве одного из экологических факторов расстройств, так что затраты на изменения можно выразить в терминах психического здоровья популяции. Авторы формулируют две возможные профилактические стратегии, пригодные при экономических спадах: (а) "проактивной" первичной профилактики, предполагающей контролируемость и предотвращение повреждающего

воздействия вредного агента; (б) "реактивной" первичной и вторичной профилактики, предусматривающей меры по развитию реакций преодоления.

При любой из названных стратегий вмешательство может реализовываться на всех трех рассмотренных ранее уровнях – индивида, социальных организаций и общности. Наиболее эффективная проактивная профилактика возможна на региональном уровне. На уровне организаций несвоевременное обеспечение помощи занятым ведет к резкому последующему повышению социальных затрат. На уровне индивида применяются как общие, так и специфичные программы. К последним относятся программы, построенные на принципах "прививки стресса".

Продолжающееся применение профилактических программ позволило выявить и сопровождающие их негативные эффекты, совсем не вытекающие из медицинской модели тех заболеваний, на предупреждение которых они были первоначально направлены. Согласно обзору И.А.Гундарова и Р.Г.Оганова (1989), выявляются прямые и косвенные негативные последствия превентивных программ. К первым относятся: увеличение и "перекачка" смертности из одной нозологической группы в другую (например, при снижении смертности от инфаркта миокарда в общностях увеличивается число завершенных суицидов); соответствующее повышение общей заболеваемости; ухудшение качества жизни; торможение других, часто более эффективных, естественных профилактических процессов. Ко вторым авторы относят включение в программы лиц, для которых они бесполезны, материальные затраты на них, а также замещение в результате программ менее опасных факторов "риска" на более опасные и ограничение поиска альтернативных профилактических подходов.

Использование людьми различных видов помощи, как показывают данные двух американских исследований мнений о психическом здоровье, подвержено влиянию исторического тренда. За двадцатилетний период

доля американцев, обращающихся за помощью при жизненном кризисе или дистрессе, возросла почти вдвое, составив свыше четверти взрослой части популяции, при некотором снижении самопомощи. Большинство же людей использовало различные неформальные источники помощи. Женщины стали шире использовать сети социальной поддержки. Многие люди начали рассматривать консультацию скорее как способ повысить свой личностный потенциал, а не как способ снижения дистресса. При кризисах 4/10 обращающихся использовали одновременно и формальные (официальные), и неформальные источники помощи (Veroff, Kulka, Donovan, 1981).

Одновременно расширялся набор различных видов альтернативной помощи допускающих такое неформальное обращение, что первоначально было вызвано "участвующей демократией" 60-х годов. Организованные в общностях Центры психического здоровья, предназначенные для помощи людям через изменение их окружения, не смогли решить эту задачу, так как осуществляли свою деятельность в рамках медицинской модели болезни. В рамках этой модели, между тем, любые профилактические действия, вплоть до генетического консультирования, начинают выполнять функции социального контроля (Zola, 1972, repr. 1978).

Альтернативные виды помощи адресуются к "целостной личности в целостном окружении", и основываются на подходе к здоровью, который можно определить как холистический, интегральный или гуманистический. Здесь используются такие техники, как медитация, массаж, акупунктура, гомеопатия, хиропрактика, гербалайф и т.п., наряду с новейшими техниками самопомощи, биологической обратной связи, консультирования по проблемам жизненного стиля. Акцент делается на диете, физической активности и прочих естественных оздоровительных практиках.

Альтернативная помощь потребовала новых организационных форм, таких как "горячие линии", "дома на полпути", дома для избиваемых женщин и других жертв насилия, "свободные клиники". На основе этих организационных структур стали осуществляться программы, ориентированные уже на потребности общностей в целом: консультаций для больных алкоголизмом, представителей этнических меньшинств, учителей и пр. Параллельно используемые в этих структурах техники стали применяться государственными учреждениями и частнопрактикующими врачами.

Исследования показывают довольно высокую эффективность альтернативной помощи, однако основы этой эффективности не вполне понятны, так как объяснения обычно ищутся на нейрохимическом уровне анализа. Частично подобная эффективность может быть объяснена некоторыми общими особенностями деятельности учреждений альтернативной помощи.

- (1) На человеческие проблемы они реагируют как на переживания, а не как на болезни.
- (2) Они легко доступны, и минимизируют время ожидания и бюрократические препятствия для обращения.
- (3) Помощь обратившимся оказывается с участием семей и общности.
- (4) Используют профессионалов, но первичная помощь оказывается непрофессионалами.
- (5) Требуют активного участия клиента в терапевтическом процессе.
- (6) Обеспечивают создание сети социальной поддержки для клиентов и персонала.
- (7) Гибко меняют тактику помощи в зависимости от потребностей клиента.
- (8) Могут обеспечить помощь на уровне, соответствующем уровню традиционных видов, а нередко и выше.
- (9) В конечном счете, экономически более выгодны для клиента.
- (10) Стремятся помочь самостоятельным усилиям клиента по преодолению (Gordon J., 1979).

Роль врача в реализации превентивных мер первоначально стала обсуждаться применительно к индустриальному окружению, где возникли исторически первые профилактические программы. Ранние подходы предусматривали расширение деятельности промышленного врача путем утили-

зации, наряду с медицинской моделью, психодинамического подхода и принципов групповой динамики в работе с индустриальным персоналом (Kearns, 1973). Реализацию мер на уровне организации в целом предполагалось возложить на работников отделов кадров. Их считалось необходимым обучить психологии и социологии, чтобы привлекать к процессу переговоров с профсоюзами, организации участия рабочих в управлении и т.п. (Lupton, 1964).

Довольно быстро выявилась малая реалистичность мер, основанных на расширении ролевых функций промышленного врача и менеджера по персоналу, вследствие чего центр тяжести в реализации профилактических программ был перенесен на промышленного психиатра. В его ролевые функции входило обследование пациентов, направленных другими врачами медсанчасти предприятия, консультирование представителей групп повышенного "риска", особенно управленцев, участие в профилактических медицинских осмотрах, наблюдение за выписавшимися из стационара и вернувшимися на работу пациентами, помощь врачам соматического профиля в анализе состояний психосоматической природы, лечение алкоголизма, а также участие в разрешении трудовых конфликтов и в профессиональном отборе (McLean A., Taylor G., 1958).

В общностях акценты расставлялись прямо противоположным образом, то есть не психиатры "помогали" врачам общего профиля, а врачи общего профиля включались в реализацию собственно психиатрических мероприятий. Врач описывался как одна из центральных лидерских фигур, поддерживающих тесные отношения с другими лидерами, подобно шаману в примитивном племени. Он хорошо знает общность, семьи и индивидов, что облегчает задачу идентификации душевнобольных, особенно если психическое расстройство маскируется соматическим заболеванием.

Врач общего профиля может успешно лечить большинство психически больных, как фармакологическими, так и психотерапевтическими

средствами. Он направляет больных к психиатру или в социальные агентства, работает с выписанными хронизированными психиатрическими пациентами. Кроме того, врач общего профиля участвует в программах обучения по проблемам психического здоровья, осуществляет психиатрическую работу в школе, проводит дискуссионные поддерживающие группы и т.п. Для решения этих задач предполагалась специальная психиатрическая подготовка врачей общего профиля (Sheeley, 1964).

Традиционное отношение "врач – больной" инкорпорировалось в модель обслуживания, и рассматривалось в ее рамках как самостоятельный компонент стиля обслуживания (Rappaport, 1977). Разрабатывались социально-психологические техники повышения комплаенса, типа "терапевтического контракта", когда пациент оставляет врачу в залог определенную сумму денег, которая не возвращается при невыполнении врачебных рекомендаций (Ташльков, 1991; Becker, Rosenstock, 1984; Epstein, Ossip, 1979).

Все это, однако, практически не повлияло на то, как врачи лечат и руководят пациентами (Flanders, McNamara, 1984). Причины подобной резистентности врачей к социально-психологическим знаниям и рекомендациям хорошо показывает анализ Mechanic (1978), выполненный им применительно к роли психиатра. Реально практический врач-психиатр выполняет много ролей, важнейшими из которых являются три: (а) ученый-клиницист; (б) врач; (в) агент бюрократической организации. Задачи в каждой из этих ролей различны, и многие из них выходят далеко за пределы диагностики и лечения. По ряду проблем, встающих перед психиатром, отсутствуют релевантные научные знания, что влияет на его аттитюды, ценности и культуральную ориентацию. Сами врачи не дифференцируют эти влияния

При решении диагностических задач социальных вопросов возникает не меньше, чем медицинских. Поэтому для практического врача ос-

новное направление деятельности заключается не в установлении диагноза, а в помощи пациенту, для чего нужно, прежде всего, идентифицировать проблему. Отсюда повседневная психиатрическая практика очень мало зависит от научно подтвержденных теорий, а диагноз мало связан с видением пациента.

Такие вполне респектабельные социально-психологические теории, как, например, символический интеракционизм, слишком слабо подтверждаются эмпирически, и, применительно к этой теории, соотносятся только с одной, бюрократической ролью психиатра. Даже медицинская модель болезни не способна быть ориентиром в решении многих стоящих перед психиатром проблем, поэтому в реальности психиатры используют скорее модель развития в ее различных модификациях, от психоанализа до нейрофизиологического созревания.

Тем не менее, значительная часть обращающихся в лечебно-профилактические учреждения соматического профиля пациентов нуждается в профессиональной помощи по поводу психологических проблем. В Великобритании для этого в общую врачебную практику включается психолог. В российской системе здравоохранения данной профессиональной роли соответствует психотерапевт амбулаторно-поликлинического учреждения (см.: Тупицын, 1992).

Приведем результаты анализа роли психолога в общей врачебной практике, выполненного для Великобритании J. McPherson (1989). Включенность психологов в общую практику постоянно растет. Клинические оценки свидетельствуют, что соответственно снижается прописывание психотропных средств, достигается положительная динамика состояния пациентов. Однако контролируемые исследования дают противоречивые результаты. Либо различий по эффективности между лечением с использованием психолога и без него нет, либо такие различия пропадают в течение года. Два методически тщательно выполненных исследования

продемонстрировали эффект участия психолога продолжительностью до полугода. Сами врачи общей практики показывали высокую удовлетворенность результатами привлечения психолога.

Пациенты с психологическими проблемами в общей практике, в отличие от общепринятого мнения, значительно отличаются от основного контингента психически больных, что подтверждается и малой долей направленных к психиатру (ср. с результатами нашего Василеостровского исследования). Анализ показал, что для данной группы пациентов модель болезни в меньшей мере соответствует состоянию, чем модель неэффективного преодоления жизненных трудностей. Участие психолога отражает тенденцию смещения помощи в направлении общности и ее превентивную направленность, что делает психолога "экспертом по психическому здоровью общностей".

V.Pendergrass (1974) провела почтовый опрос 187-и консультирующих психологов всех крупных городов Юго-Востока США, зарегистрированных в региональном отделении Психологической Ассоциации. Почти три четверти из них были мужчинами, предпочитавшими работу в институтах или академическую карьеру, но не реализовавшими свои профессиональные притязания. Основным обслуживаемым контингентом оказались лица, направляемые врачами, остеопатами или государственными агентствами. Семейное консультирование осуществляли чаще психологи-женщины. Психологов-мужчин в консультативной работе чаще привлекала возможность самореализации, независимость и доход, а женщин – желание работать и возможность самореализации. Исходная гипотеза автора о предпочтительном статусе женщин-психологов в консультативной работе не подтвердилась.

Исследование по аналогичной методике, охватившее 120 психологов, преимущественно из крупных городов России, недавно было проведено Д.Ниссим-Сабатом и Е.В.Щедринной (1995). Почти три четверти оп-

рошенных составили женщины. На кафедрах ВУЗ`ов же работали преимущественно мужчины, женщины преобладали среди школьных психологов. Только единицы указали на свое участие в медико-психологическом обслуживании населения, хотя 86% давали отдельные неформальные консультации по проблемам психического здоровья.

На потенциальные возможности привлечения к реализации превентивных программ частнопрактикующих психиатров указывает Н.Blank (1964). Переход психиатров в частную практику вызывается, прежде всего, низкой оплатой и резкой неудовлетворенностью организацией труда в государственном здравоохранении, а также "пересечением" (интерференцией) профессиональной деятельности с деятельностью непрофессионалов и политиков. Однако большинство частнопрактикующих психиатров сохраняет интерес к работе в общности, проводя большой объем неоплачиваемой работы.

Доля пациентов частнопрактикующих психиатров в общности крайне невелика. Лишь 15% семей на время проведения Blank своего анализа могли в США оплачивать частную психиатрическую помощь сколько-нибудь длительное время. Отсюда ведущим видом психиатрической помощи выступают программы, финансируемые на уровне общностей.

Практически аналогичные данные получены и в нашей стране. В исследовании В.Н.Зыбцева и И.З.Должанского (1990) наибольшую долю сторонников бесплатной медицинской помощи составляли медицинские работники. В.В.Деларю, С.В.Клаучек и И.В.Гонжал (1993) проанализировали состав пациентов психотерапевта в одном из медицинских кооперативов г.Волгограда за 1989-91 гг. Только 10% из них обращались ранее к психотерапевтам или психоневрологам государственных учреждений, что говорит о значительном отличии обратившихся в кооператив от основного контингента нуждающихся в психиатрической помощи.

В.Нulka (1979) изучала комплайенс у пациентов с сердечной недостаточностью и сахарным диабетом при посещении врачей частной практики, отобранных по стратифицированной вероятностной выборке, и амбулаторных отделений 3-х крупных государственных больниц одного из крупных городов штата Индиана. Характеристики комплайенса по 46-и врачам и 357-и пациентам были получены в течение 2-х недель и через 6 мес. после первичного посещения при повторных визитах на дому. Уровень комплайенса всегда был выше в частной практике, причем особенно – с постоянным лечащим врачом.

Ряд проблем превентивного вмешательства в семьях G.Caplan (1964) связывает с профессиональной ролью педиатра. Для охраны психического здоровья детей педиатры должны стремиться к сохранению целостности семьи, осуществлять помощь в сфере внутрисемейных interpersonal отношений, наблюдать и лечить ребенка в случаях сепарации, психиатрических осложнений соматических заболеваний, вторичной интеллектуальной регрессии и задержки развития.

Педиатр способен эффективно взаимодействовать со священниками, педагогами и психологами-консультантами для оказания помощи семье и ребенку при кризисах. Защита психического здоровья детей требует от педиатра активного участия в централизованном планировании социальной политики на уровне общности. Психиатр же привлекается в качестве консультанта. Медико-психологическое консультирование по проблемам развития ребенка, осуществляемое на основе методов бихевиоральной терапии, в настоящее время выделяется в особую отрасль научной и практической работы психологов – педиатрическую психологию (Walker, 1979).

Рассмотрим пример программы, реально осуществляемой в г.Санкт-Петербурге в сфере помощи больным алкоголизмом. Данная программа представляет значительный интерес с точки зрения проблематики соци-

альной психологии здоровья по ряду причин. Прежде всего, это лежащая в ее основе техника "целебного зарок", основанная на получившем благодаря средствам массовой информации чрезвычайно широкую известность в нашей стране методе кодирования от алкоголизма А.Р.Довженко. "Кодирование" является высоко типичной хилерской практикой, имеющей все присущие данным "методам" черты, выделенные В.Cobb.

В авторской модификации "кодирования" Г.И.Григорьева оно дополнено эстетическим и религиозным воздействием на пациента, что придает данной хилерской технике, получившей название "метода целебного зарок", связь с достаточно глубокими историческими корнями. В дооктябрьский период в Санкт-Петербурге, наряду с широкой сетью врачебных амбулаторий, оказывавших помощь больным алкоголизмом (Шерешевский, 1977), существовало "лечение методом зарок", осуществлявшееся добровольными религиозными организациями. Между этими двумя видами амбулаторной помощи существовал резкий "водораздел", и с 1889 г. все учреждения, практиковавшие "зарок", были переданы в ведение Синода (Юдин, 1951, с. 337).

Сам Г.И.Григорьев является профессиональным врачом-психиатром-наркологом, также как и сотрудники практикующего "зарок" учреждения – "Международного института резервных возможностей человека" (МИРВЧ). Название учреждения вполне отражает теоретическую основу "метода" – холистический подход. Наряду с "зароком" врачи МИРВЧ используют в работе с пациентами релаксационные техники (аутогенную тренировку) и элементы динамического наблюдения. Таким образом, "целебный зарок" следует рассматривать скорее как альтернативный метод помощи при алкоголизме в структуре традиционных ее видов, чем основу действительно альтернативной помощи.

Поскольку финансирование МИРВЧ осуществляется за счет оплаты лечения пациентами, "целебный зарок" представляет собой также и вид

частной психиатрической помощи. Процедура "принятия зарок" сочетает в себе коммуникацию "лицом к лицу" с массовым характером убеждающего воздействия на аудиторию. Средства массовой информации предоставляют множество ролевых моделей успешного избавления от пьянства посредством подобных методов. Наконец, "целебный зарок" направлен на тяжело пьющую часть взрослой популяции, то есть лиц, которые, как показано ранее, отреагировали на стресс социальных изменений увеличением потребления алкоголя с катастрофическими последствиями для здоровья.

Возможность использования альтернативных терапевтических методов при оказании помощи больным алкоголизмом обусловлена высокой резистентностью данного заболевания к любым методам вмешательства. Еще В.М.Бехтерев (1912, репр. 1988) обращал внимание на неопределенность показаний к использованию различных методов психотерапии при алкоголизме. Согласно современным представлениям, лечение – не главный фактор в достижении устойчивой и качественной ремиссии, поскольку ограниченные во времени и "мягкие" формы вмешательства дают здесь такие же результаты, как протрагированные и экстенсивные методы.

Удастся выявить только три фактора, существенно влияющих на достижение устойчивых ремиссий при алкоголизме: семейное функционирование, навыки преодоления и уровень переживаемого стресса. По самоотчетам больных, находящихся в длительной ремиссии, основными доводами для отказа от алкоголизации у них были: состояние физического здоровья; неформальный контроль со стороны сети социальной поддержки, главным образом, семьи; изменение работы или других существенных жизненных обстоятельств (Saunders, 1985).

Оценка эффективности вмешательства при алкоголизме обычно рассматривается так, как будто соответствующее исследование проводится по экспериментальному плану "до – после". На самом же деле из-за преобладающего влияния на успешность лечения неконтролируемых факто-

ров подобное предположение никогда не оправдывается. Традиционное использование контрольной группы здесь мало полезно, поскольку на больных алкоголизмом, даже в ремиссии, действует ряд факторов, которым не подвержена общая популяция. Как показало одно из ранних исследований, выполненное W.Lipscomb, где изучалась адаптация больных алкоголизмом после лечения, среди них отмечалась более высокая заболеваемость и смертность, чем в общей популяции, без каких-либо отличий от нее по полу, образованию, религии, семейному статусу и профессии (Gordon G. et al., 1968).

Поэтому все современные исследования эффективности вмешательства при алкоголизме, не исключая и наше, дают достаточно неопределенные и апологетичные результаты (см.: Strang, Bradely, Stockwell, 1989). Ориентировочную, но достаточно надежную оценку эффективности можно дать на основе "правила трети". Согласно этому правилу, 1/3 больных алкоголизмом реагирует на лечение очень хорошо, еще 1/3 - удовлетворительно, и 1/3 - не реагирует вовсе. Это правило не распространяется на соматические нарушения при алкогольной болезни (McLean P., 1983).

Заметим, что "целебный зарок", как и другие основанные на "кодировании" техники, требуют от пациента предварительного, хотя и кратковременного, воздержания от употребления алкоголя. Поэтому более корректно рассматривать их как метод упрочения и повышения качества ремиссий, то есть как метод третичной профилактики, а не лечения в узком медицинском смысле этого слова. Оценка эффективности с необходимостью включает в себя здесь и срок "кодирования", который выступает предметом договоренности между врачом и пациентом, то есть своеобразным видом "терапевтического контракта".

В нашей катamnестической группе, использованной для оценки эффективности вмешательства, подавляющее большинство ($3/4$) обратившихся

выбирали длительный срок кодирования – свыше 3 лет 6 мес., и столько же находилось в ремиссии высокого качества. Однако лишь у трети продолжительность ремиссии достигала срока “контракта”, хотя у $2/5$ она была не менее 2-х лет.

Сопоставление продолжительности ремиссии со сроком “контракта” показывает, что до 64% больных при продолжительном “контракте” находятся в столь же продолжительной ремиссии. По “осевому” симптому алкогольной болезни, – патологическому влечению к алкоголю, – уровень ремиссий составляет 68%. “Срывы” же наступают в подавляющем числе случаев на ранних сроках после “принятия зарока”. Следовательно, вмешательство посредством “зарока” по крайней мере не менее эффективно, чем традиционная психотерапия алкоголизма.

Как указывают M.Weiss а. A.Kleinamn (1988), в медико-плюралистическом окружении необходимо отчетливое осознание следующих альтернатив: (а) хилер полезен и его надо поддерживать; (б) хилер “токсичен” и его нужно скомпрометировать; (в) хилер не помогает, но и не приносит вреда, и его можно терпеть или игнорировать. Результаты нашей катамнестической оценки позволяют рассматривать Г.И.Григорьева как представителя первой из названных альтернатив.

Конечно, установленная высокая эффективность “целебного зарока” может быть следствием действия факторов селекции. Селекция неизбежно проявляется в исследованиях эффективности вмешательства, поскольку формирование леченных групп всегда происходит неслучайно (Копанев, Власов, 1989). “Скос” выборки здесь результирует в так называемой ошибке спецификации, происходящей от само-селекции индивидов или факторов, действующих аналогично само-селекции (Heskman, 1979).

Подобная ошибка спецификации не может быть обусловлена клиническим состоянием обратившихся, поскольку по симптоматике алкоголь-

ной болезни они оказались неотличимы от обычного амбулаторного контингента больных алкоголизмом. Самостоятельность обращения как фактор эффективности лечения специально изучалась в работе J.Archer (1977^b). Более половины исследуемой группы уже лечились ранее. Все были направлены недобровольно, при помощи техники "конструктивной конфронтации" или под угрозой потери работы. Однако только четверть из них выражала негативное отношение к лечению. Недобровольность обращения не являлась, таким образом, препятствием для эффективного лечения.

В нашем исследовании большинство пациентов обратилось за помощью либо самостоятельно, либо при социальном давлении, причем социальное давление преобладало над самостоятельным принятием решения об обращении. Сравнение этих больных с больными пограничными расстройствами, обратившимися в амбулаторно-поликлинические учреждения Василеостровского района города, показывает, что больные алкоголизмом обращались самостоятельно реже, причем это различие высоко статистически значимо. Следовательно, действие факторов само-селекции выражено среди них существенно слабее, чем среди пациентов с пограничными состояниями.

В тоже время самостоятельное обращение действительно повышало продолжительность ремиссий. Около $\frac{1}{5}$ части пациентов получали средства для оплаты помощи от членов ближайшего социального окружения, что негативно влияло на продолжительность ремиссий, поскольку, по-видимому, отражало социальное давление. Приведенные данные практически исключают влияние фактора само-селекции при обращении на результаты оценки эффективности вмешательства.

Другим потенциальным фактором селекции служит социальная стабильность обратившихся. Действительно, среди пациентов свыше $\frac{3}{4}$ состояли в браке причем в половине случаев имели связанные с семьей

жизненные планы. Однако такой же уровень семейных связей наблюдался в выборке бездомных Ленинградской области а уровень связанных с семьей жизненных планов у бездомных был даже выше.

Для сравнения укажем, что для социально стабильного контингента с высоким уровнем алкоголизации, – горнорабочих рудника “Мурунтау”, – отмечается наиболее высокий уровень сохранности семейных связей, при промежуточном уровне связанных с семьей антиципаций, по сравнению с этими двумя контингентами. Влияние семьи на поддержание ремиссий при алкоголизме достаточно противоречиво. Высокий уровень семейных интересов и жизненных планов способствует упрочению ремиссии, однако само по себе наличие семьи зачастую действует в противоположном направлении, что обусловлено особым характером внутрисемейных отношений, складывающихся в “алкогольной семье”.

Сходная картина наблюдается и в отношении производственной стабильности. Для незанятых увеличение продолжительности незанятости является сильным предиктором укорочения ремиссии, однако средняя продолжительность ремиссий у них значимо выше, по сравнению с работающими. Подобная парадоксальная зависимость может быть объяснена существованием на рабочем месте алкогольного окружения, наличие которого способствует укорочению ремиссии. Таким образом, обратившиеся в МИРВЧ пациенты не были и более “социально стабильными алкоголиками”.

Единственный реально действующий фактор селекции, определяющий обращение больных алкоголизмом к частнопрактикующим врачам, выявляют результаты нашего петербургского популяционного исследования. Корреляционный анализ демонстрирует, что при развернутой симптоматике алкогольной болезни пациенты избегают обращения в учреждения государственной наркологической сети, если не имеют достаточно высокого денежного дохода.

В государственной психиатрической сети лечатся почти исключительно пациенты с осложненным алкоголизмом. К частнопрактикующим же врачам обращаются больные с высоким уровнем и давностью алкоголизации, то есть с большей тяжестью состояния, но не имеющие высокого денежного дохода. Следовательно, реальным фактором селекции здесь выступает меньшая затратность альтернативной помощи для пациента, по сравнению с "бесплатной" государственной медициной.

Рассмотрим факторы эффективности техники "целебного зарока", исходя из принципов когнитивно-бихевиорального подхода. В общем виде данный подход подразумевает влияние имплицитных терапевтических экспектаций пациента на формирование и упрочение ремиссий (Wilson, 1978). Критическими элементами вмешательства выступают вера пациента, эмпативность и genuinity терапевта. Неспецифические факторы - необходимое, но недостаточное условие эффективности, поскольку пациент должен чувствовать и свою ответственность за исход.

Мотивация алкоголика к лечению рассматривается как сложный конструкт, формирующийся в результате взаимодействия между окружением, ожиданиями и используемой моделью вмешательства. В действительности пациент имеет не вполне позитивные ожидания в отношении результата и амбивалентные представления о желаемом исходе лечения.

В рамках когнитивно-бихевиорального подхода показано, что вмешательство, основанное на прямом руководстве к действиям, при алкоголизме более результативно для изменения аттитюдов и поведения, чем чисто вербальное, особенно если оно комбинируется с когнитивным реструктурированием. Когнитивное реструктурирование основано на следующем принципе подхода - индивиды реагируют на окружение не непосредственно, а в соответствии с собственной когнитивной интерпретацией. Отсюда изменения в аттитюдах и убеждениях приводят к изменению в поведении (Ivanevich, Matteson, 1989; Rollnick, 1985).

Предыдущий опыт лечения, в соответствии с гипотезой S.Schaehter, может повышать вероятность успешного исхода вмешательства (фактор "повторности попыток"). От 11% до 28% пациентов, в зависимости от организационной формы лечения, обращались ранее за помощью по поводу алкоголизма в различные государственные и негосударственные учреждения. Некоторая, хотя и небольшая их часть, лечилась посредством косвенных психотерапевтических приемов, таких как вливание "торпеды" (4%) или имплантация препарата "Эспераль" (8%).

Предыдущий опыт лечения, вне зависимости от его организационной формы, негативно влиял на продолжительность ремиссий, возникавших после "принятия зарока", что объясняется, по-видимому, утратой веры в возможность достижения желаемого результата. Исключение составляет лишь предыдущий опыт госпитализации в психиатрический стационар, способствующий упрочению ремиссий. Так же действовал и опыт использования названных психотерапевтических приемов. Следовательно, в отношении некоторых форм и видов помощи действие фактора повторности действительно устанавливается.

Воспринимаемое ухудшение физического здоровья, сопровождающееся, чаще всего, жалобами со стороны нервной и сердечно-сосудистой систем, которое пациенты связывают с алкоголизацией, выступает существенным фактором мотивации трезвости. Чем сильнее выражено такое ухудшение, отражающееся в изменении самооценки здоровья, тем более продолжительна достигнутая ремиссия.

Общий аттитюд к помощи методом "зарока", в силу его отмеченной выше амбивалентности, целесообразно рассматривать как состоящий, как минимум, из двух компонентов - аттитюда к результатам лечения, то есть к трезвости, и аттитюда к лечению именно данным методом. При обращении аттитюд к результатам лечения, в общем, выражен более

отчетливо, чем аттитюд именно к "зароку", хотя это различие не достигает уровня статистической значимости.

Продолжительность достигнутой ремиссии испытывает на себе влияние только аттитюда к результатам лечения, то есть больные, более стремящиеся к трезвости, способны поддерживать абстиненцию и более длительное время. Воспринимаемое же качество ремиссии испытывает на себе влияние еще и аттитюда к самому "целебному зароку". Оценка полученной помощи высоко позитивна, и обусловлена, прежде всего, восприятием лечебного учреждения в целом. Интересно, что подобная позитивная оценка стимулирует распространение информации об учреждении по сетям неформальной коммуникации. По сравнению с оценкой лечебного учреждения оценка самого метода, и даже лечащего врача занимает подчиненное место. Другими словами, основной причиной обращения в МИРВЧ служат не столько предпочтения в выборе врача и способа помощи, сколько неудовлетворенность деятельностью других учреждений наркологического профиля, имеющих в городе.

Когнитивный компонент оценки полученной помощи выступает существенным фактором упрочения ремиссий – чем более позитивна оценка, тем продолжительнее ремиссия, при таком же подчиненном значении и личности врача, и метода помощи. Изменения в когнитивной сфере пациентов являлись неотъемлемой характеристикой качественной ремиссии. У подавляющего большинства из получивших помощь наблюдались позитивные изменения Я-образа и воспринимаемых межличностных отношений в производственном окружении, причем чем выше было качество ремиссии, тем отчетливее были и когнитивные изменения.

В структуре интересов преобладали интересы материальные, семейные, спортивные и реже – профессиональные. Однако в ремиссиях, воспринимавшихся пациентами как высококачественные, на первый план выходили аутистические (коллекционирование), религиозные, философ-

ские и художественные интересы, по существу, отражающие замещающую аддикцию.

В оценке эффективности рассматриваемой техники вмешательства особого внимания заслуживает группа пациентов, оказавшихся резистентными к "зароку", что проявилось в "срыве" ремиссии. Следует отметить, что у большинства из этих пациентов в состоянии ремиссии сохранилось патологическое влечение к алкоголю. "Срыв" ремиссии сопровождался, чаще всего, жалобами со стороны нервной системы, то есть являлся, как и постулирует когнитивно-бихевиоральный подход, реакцией на стресс. Соответственно, эффект "пусковой кнопки" имел в своей основе вторичное ("психологическое"), а не первичное ("биологическое") влечение к алкоголю.

Сами больные неудачу лечения, напротив, чаще атрибутировали к биологическим причинам, и несколько реже – к психотравмирующим обстоятельствам, локализованным в микросоциальном окружении. В этом проявляется типичная для алкогольной болезни фундаментальная ошибка атрибуции. Сопоставление атрибуции неудачи со сроками, на которых наступил "срыв", показывает, что биологические факторы оказывают основное влияние на ранних сроках ремиссии, тогда как микросоциальные – на поздних.

Следовательно, основным фактором резистентности к вмешательству оказался выраженный биологический компонент влечения к алкоголю, что наблюдается при злокачественном течении алкогольной болезни (чаще всего при наследственном алкоголизме). Примечательно, что при "срыве" ремиссии больные более чем вдвое чаще предпочитали повторно обратиться в МИРВЧ, чем в любое другое профильное учреждение.

Результаты оценки влияния личностных факторов на эффективность вмешательства показывают, что в этом отношении техника "целебного зарока" не отличается от других подходов к лечению алкоголизма. У

женщин качество достигаемых при помощи "зарока" ремиссий ниже, чем у мужчин, так как женщины больше, по сравнению с ними, ориентированы на индивидуальную психотерапию (Birchmore, Walderman, 1975, repr. 1979). С увеличением возраста качество ремиссий повышается из-за неспецифического эффекта "выгорания" алкогольной симптоматики.

Среди работников физического труда более высокая социально-статусная позиция, в общем, является предиктором большей эффективности вмешательства, что обусловлено, по-видимому, концентрацией отягощающих течение алкогольной болезни факторов в низкостатусных группах. Однако эта закономерность не распространяется на работников умственного труда. Высококатусная их страта занимает по реакции на вмешательство промежуточное положение, но низкостатусная страта так же наиболее резистентна к "зароку", как и у работников физического труда.

Влияние криминального опыта, или кластеризации противоправного и алкогольного поведения, на продолжительность ремиссии значимо, но неустойчиво. В исследовании D. Puttman изучались 187 пьяниц-правонарушителей, отобранных по систематической выборке из содержащихся в течение года в Рочестерской тюрьме Нью-Йорка. Первичные данные были получены методами клинического интервью, медицинского обследования и лабораторных тестов. По сравнению с общей популяцией среди обследованных было больше мигрантов, лиц, утративших семейные связи, с низким профессионально-образовательным статусом. Их алкогольные группы предъявляли к ним ожидания, не соответствующие жизненному опыту обычного взрослого. Большинство испытывало трудности в подростковой социализации, а во взрослости выполняло только "вторичные" социальные роли (Gordon G. et al., 1968). Таким образом, криминализация сопряжена со многими личностными переменными, опосредующими влияние терапевтического вмешательства.

Столь же неустойчиво, хотя и значимо, влияние на эффективность вмешательства психастенических черт характера, часто обсуждаемых в этой связи в клинической литературе по алкоголизму. Как справедливо указывают J.Henderson, S.Hall и H.Lipton (1979), личностно-характерологические черты столь слабо влияют на эффективность лечения при алкоголизме, что подобные вариации не имеют прогностической ценности. Напротив, такая психологическая переменная, как зависимость (пассивность), высоко благоприятна для успеха лечения. Действительно, пассивность в нашем исследовании выступала сильным предиктором позитивного исхода "принятия зарока", причем на качество ремиссии влияние пассивности было еще более выраженным, чем на продолжительность.

Таким же сильным предиктором исхода вмешательства был и клинический тип вторичных личностных изменений, наступающих в результате заболевания. S.Rollnick (1985) сообщает о попытке формирования навыков преодоления у тяжелых и социально нестабильных пьяниц в "домах на полпути" г.Торонто методом, отличным от директивного коммуникационного воздействия, а именно основанном на принципах социального научения тренингом. Попытка оказалась неудачной из-за повреждения у тяжелых пьяниц когнитивных функций.

В нашем исследовании явления алкогольной деградации личности оказались наиболее негативно влияющими на исход, превосходя по силе воздействия на укорочение ремиссий даже психопатизацию и собственно психоорганический синдром. Данная зависимость еще раз подтверждает, что в основе модификации алкогольного поведения путем "целебного зарока" лежит когнитивное реструктурирование.

Дискриминатный анализ показывает различия в факторах, определяющих продолжительность и качество ремиссий, достигнутых в результате применения "целебного зарока". Выраженность синдрома зависимо-

сти, определяемая по числу физиологических, субъективных и поведенческих проявлений (Hodgson, Stockwell, 1985), сильнее влияет на параметр продолжительности ремиссий в сторону их укорочения. Широко понимаемые личностные факторы дают более существенный "вклад" в качество ремиссий. Однако и для качества ремиссий, и для их продолжительности универсальное значение имеет социальное давление.

В завершение рассмотрения эффективности метода "целебного за-рока" необходимо ответить на вопрос о его специфичности. Иначе говоря, не является ли любая хилерская техника столь же успешной в третичной профилактике алкоголизма? W.Madsen (1964) изучал эффективность помощи, оказываемой местными целителями, - *curanderos*, - в графстве Hidalgo штата Техас, три четверти популяции которого составляют мексиканцы.

Социо-культуральное окружение, в котором действует *curandero*, автор описывает так. Мексиканцы, - жители графства, - "движутся" в направлении аккультурации, то есть принятия англо-американского паттерна поведения. Это создает угрозу социальным и культуральным традициям, вызывает стресс и высокий уровень тревоги. Теснота взаимодействия испанской и английской групп населения нарастает. При этом мексиканцы убеждены, что их эксплуатируют, а их труд недооплачивается. Они хотят получать выгоды от материальных достижений англо-американского общества, но не стремятся к аффилиации этой группой. Консервативная мексиканская культура прочно связана со своими деревенскими корнями.

"Нормальность" в мексиканской культуре рассматривается как некий баланс первоэлементов. Болезнь выступает наказанием, при котором национальные ценности должны способствовать восстановлению баланса. Семья обеспечивает высокий уровень координации деятельности своих

членов. Семейные роли хорошо определены, а религиозная вера подкрепляет консервативные ценности.

Одной из причин обращения к curanderos является наглядная успешность их лечения. Другая причина, – недоверие к врачам, – обусловлена нетерпимостью врачей к “предрассудкам”, холодными и неличностными отношениями, воспринимающимися как отсутствие заинтересованности в проблемах пациентов. Метод целителя основан на том, что он как-бы осознает “божью волю”. В этом направлении ритуализирована и оплата лечения. К curandero обращаются по поводу неопределенных психосоматических жалоб и состояний, связанных с тревогой, отражающих, по-существу, социо-культуральный кризис, проявляющийся в конфликте мексиканских и американских ценностей. Curanderos знают об этом, и стремятся вернуть пациентов к традиционным ценностям и социальным отношениям.

Однако эффективность лечения curanderos алкоголизма была по западным стандартам крайне низка. Причиной этого, по заключению Madsen, являлась народная концепция алкоголизма. Он не воспринимался как болезнь, а алкоголизация имела важное значение в концепте мужской половой роли – “мачизма”. Абстиненция подрывает представления о мужественности и разрушает интерперсональные связи. Любые институционализированные формы помощи воспринимались поэтому как угроза семье и обществу. Автор описывает только один случай успешного вмешательства curandero, когда пациент дал обет оставить алкоголизацию, если выздоровеет жена, находившаяся в тяжелом состоянии. В этом случае “жертва” рассматривалась как признак мужественности в большей мере, чем пьянство.

Основываясь на анализе Madsen, можно сделать вывод, что высокая эффективность метода “целебного зорка” при оказании помощи больным алкоголизмом обусловлена, прежде всего, релевантностью дан-

ной техники культуральным особенностям российской популяции. В более узком профессиональном понимании здесь точнее говорить, вслед за W.-S.Tsend a. J.McDermott (1981, pp. 267 - 268), о культурально релевантном выборе терапевтической модальности, то есть сочетания теоретической ориентации (директивного убеждающего воздействия) и стратегии вмешательства (использования больших групп с индивидуализацией последующего наблюдения).

На протяжении всей истории своего существования медицина сохраняет дуальную природу, объединяя эмпирические знания об эффективных процедурах с верой в магическое воздействие. Этой дуальной природе соответствует понимание медицины как науки и как искусства. Искусство медицины направлено на выделение практически важных характеристик жизнедеятельности людей, которые не могут быть полностью осознаны и контролируемы в рамках собственно медицинской науки (Dubos, 1968, pp. 53, 66). Исследование эффективности метода "целебного зорока", завершающее рассматриваемый в нашей работе цикл, особенно наглядно иллюстрирует содержание социальной психологии здоровья - науки, по определению H.Friedman a. M.DiMatteo (1989), об искусстве медицины.

Заключение

В диссертационной работе показывается, как на фоне изменения паттернов патологии в современном мире фокус теоретического медицинского мышления сместился от патоцентрической к саноцентрической парадигме здоровья. Соответственно, и рассмотрение психологических проблем здоровья из сферы клинико-психиатрического знания перешло в сферу психологии. Саноцентрическая парадигма ставит в центр научного рассмотрения поведение личности, связанное со здоровьем и болезнью. Отсюда социально-психологическая проблематика выделяется из общей области психологии здоровья как наиболее важная для решения практических задач современной медицины.

Рассмотрение теоретических моделей, разработанных в социальной психологии здоровья, сопровождается в работе критическим анализом результатов отечественных и западных исследований, позволяющих оценить эвристические возможности моделей. Собственные данные позволили заполнить некоторые имеющиеся здесь пробелы.

Результаты представленного в диссертационной работе цикла эмпирических социально-психологических исследований здоровья позволяют сформулировать следующие основные 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 ори-

ентации "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 подтверждается, 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 поло-ролевую 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 низко-статусных групп.

6. Представители высокостатусных групп придают больше значения межличностным отношениям с персоналом лечебных учреждений, проявляя аттитюд 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" аттитюда, однако подобные социокультуральные воздействия существенны только при клинически легких болезненных состояниях.

9. Обращение за альтернативной помощью происходит не столько из-за веры населения в трансцендентальные 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 зорка", 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.

Тяжёлые повреждающие здоровье населения процессы, протекающие в российском обществе, выдвигают социально-психологическую проблематику здоровья на первый план задач отечественной науки. Представляется, что содержащиеся в диссертации теоретические и эмпирические данные могут послужить основой как для развития этого исследовательского направления, так и для разработки эффективных профилактических программ в стране.

Литература

1. Абрамов В.А. Нравственность и презумпция психического здоровья (По поводу статьи В.А.Тихоненко и Г.М.Румянцевой) .// Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1992. т. 92. вып. 2. сс. 130 – 132.
- 2.Авдеев А.А. Проблемы изучения структуры самосохранительного поведения.// Социальные проблемы здоровья и продолжительности жизни./ Под ред.: И.В.Журавлевой, Л.С.Шиловой. М. ИС АН СССР. 1989. сс. 25 – 30.
- 3.Александрова В.Ю. Психологические условия возникновения и распространения курения у подростков.// Социальные проблемы здоровья и продолжительности жизни./ Под ред.: И.В.Журавлевой, Л.С.Шиловой. М. ИС АН СССР. 1989. сс. 87 – 96.
4. Александрова В.Ю., Александров А.А. Профилактика курения среди различных групп населения.// Здравоохранение Российской Федерации. 1994. № 4. сс. 18 – 21.
5. Александровский Ю.А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация (пограничные нервно-психические расстройства) . М. Наука. 1976. – 272 с.
- 6.Александровский Ю.А., Собчик Л.Н. Доболезненные формы эмоциональной напряженности (дифиниция, диагностика, пути предупреждения и коррекции) .// Предболезнь и факторы повышенного риска в психоневрологии: Сборник научных трудов./ Под ред.: С.Б.Семичова, Н.В.Конончук, А.П.Колдобинского. Л. НИИ им. В.М.Бехтерева. 1986. сс. 22 – 27.
- 7.Андреева Д.А. О понятии адаптации. Исследование адаптации студентов к условиям учебы в ВУЗе.// Человек и общество: Проблемы интеллектуального и культурного развития студенчества./ Под ред.:

Б.Г.Ананьева, М.Д.Дворяшиной, В.Т.Лисовского. Л. Изд-во ЛГУ. 1973. сс. 62 – 69.

8. Андреева Н.Г., Цыганкова И.В. Потребность населения в информации по проблеме здорового образа жизни.// Советское здравоохранение. 1990. № 2. сс. 50 – 53.

9.Афсахов И.А. Отношение человека к здоровью.// Социологические исследования. 1992. № 6. сс. 102 – 103.

10.Барсукова Н.К., Лоранский Д.Н., Водогреева Л.В., Ледовских Н.В. Медико-социальные аспекты формирования здоровья в современных условиях.// Здравоохранение Российской Федерации. 1996. № 1. сс. 30 – 33.

11.Белицкая Е.Я. Проблемы социальной гигиены. Л. Медицина. 1970. – 399 с.

12. Белов В.П. Исторические и социально-психологические факторы социальной психиатрии.// Актуальные вопросы социальной и судебной психиатрии. (Сборник научных трудов) ./ Под ред.: Г.В.Морозова. М. ВНИИОиСП им. В.П.Сербского. 1978. сс. 3 – 12.

13. Беляева Г.Г. Профилактика нервно-психических расстройств и укрепление здоровья промышленных рабочих.// Советское здравоохранение. 1987. № 3. сс. 11 – 15.

14. Бендас Т.В., Рыбалов В.А. Психологическое консультирование в трудовых коллективах.// Современные проблемы прикладной социологии в трудовых коллективах. Тезисы докладов. Л. ЛГУ. 1984. сс. 118 – 119.

15. Березанцев А.Ю., Ильин Н.М. Особенности формирования защитных форм поведения у лиц с психической дезадаптацией.// Проблемы синдрообразования в психиатрической клинике: Сборник научных трудов./ Под ред.: Ф.И.Случевского. Л. Лен. сан.-гиг. мед. ин-т. 1987. сс. 92 – 95.

16. Бехтерев В.М. Вопросы алкоголизма и меры борьбы с его развитием.// Классики русской медицины о действии алкоголя и алкоголизме: Избранные труды./Сост.: В.С.Воробьев. М. Медицина. 1988. сс. 69 – 85.

17. Блейхер В.М., Фельдман Н.Б. Особенности личностной акцентуации как фактора предрасположения к некоторым психосоматическим заболеваниям.// Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1988. т. 88. вып. 3. сс. 101 – 104.

18. Бойко В.В., Немировский Д.Э. Методические аспекты пропаганды трезвого образа жизни.// Советское здравоохранение. 1989. № 7. сс. 21 – 24.

19. Бойко В.В., Немировский Д.Э., Турыгин В.В. Изучение факторов здорового образа жизни на промышленном предприятии.// Советское здравоохранение. 1991. № 7. сс. 43 – 47.

20. Боярский А.П., Чернова Т.В. Общественное мнение о состоянии индивидуального здоровья и качестве медицинской помощи.// Здравоохранение Российской Федерации. 1993. № 7. сс. 5 – 7.

21. Браун Дж.В., Русинова Н.Л. Личные связи в системе здравоохранения и "карьера болезни".// Социологические исследования. 1993^а. № 3. сс. 30 – 36.

22. Браун Дж.В., Русинова Н.Л. Социальные характеристики здоровья населения Петербурга.// Качество населения Санкт-Петербурга./ Под ред.: Б.М.Фирсова, С.И.Голода, Н.Л.Русиновой. СПб. СПбФ ИС РАН. 1993^б. сс. 137 – 148.

23. Брудный А.А. К теории коммуникативного воздействия.// Теоретические и методологические проблемы социальной психологии./ Под ред.: Г.М.Андреевой, Н.Н.Богомоловой. М. Изд-во МГУ. 1977. сс. 32 – 49.

24. Будилова Е.А. Социально-психологические проблемы в русской науке: Вторая половина XIX – начало XX века. М. Наука. 1983. – 232 с.

25. Бузин В.Н., Холмогорова Г.Т. Обучение здоровому образу жизни и средства массовой информации.// Советское здравоохранение. 1991. № 12. сс. 41 – 45.

26. Буркин М.М., Ротштейн В.Г. Проблема репрезентативности при эпидемиологических исследованиях в психиатрии.// Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1991. т. 91. вып. 11. сс. 7 – 11.

27. Былкина Н.Д. Алекситимия (аналитический обзор зарубежных исследований).// Вестник Московского университета. Сер. 14. Психология. 1995. № 1. сс. 43 – 53.

28. Ванникова Н.Р. Социально-психологические проблемы психотерапевтического движения в США.// Социальная психология и общественная практика./ Под ред.: Е.В.Шороховой, В.П.Левкович. М. Наука. 1985. сс. 113 – 126.

29. Вассерман Л.И., Беребин М.А., Косенков Н.И. О системном подходе к оценке психической адаптации.// Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. 1994. № 3. сс. 16 – 26.

30. Вертоградова О.П., Поляков С.Э., Степанов И.Л., Довженко Т.В., Лессер А.Г. Структура пограничных расстройств депрессивного спектра.// Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1992. т. 92. вып. 1. сс. 103 – 106.

31. Ветров М.Ю., Перфильев В.В., Мануйлов Г.М. Лечебно-оздоровительный комплекс и физкультурно-оздоровительные центры на промышленном предприятии.// Советское здравоохранение. 1989. № 7. сс. 6 – 10.

32. Водогреева Л.В., Андреева Н.Г. Влияние микросоциального окружения на отношение к курению.// Здоровоохранение Российской Федерации. 1991. № 1. сс. 18 – 20.

33. Водогреева Л.В., Андреева Н.Г., Гладышева Н.В. Отношение лиц с высшим образованием к своему здоровью.// Советское здравоохранение. 1989. № 11. сс. 31 – 34.

34. Водопьянова Н.Е., Ходырева Н.В. Психология здоровья.// Вестник Ленинградского университета. Сер. 6. 1991. вып. 4. № 27. сс. 50 – 58.

35. Воловик В.М. Некоторые особенности нервно-психической патологии у студентов и проблемы психопрофилактики в ВУЗах.// Психогигиена и психопрофилактика: Сборник научных трудов./ Под ред.: В.К.Мягер. В.П.Козлова, Н.В.Семеновой-Тян-Шанской. Л. НИИ им. В.М.Бехтерева. 1983. сс. 49 – 53.

36. Ворошилов С.И., Трифонов Б.А., Карнаух И.И. Структура, эффективность и перспективы развития службы профилактической промышленной психиатрии.// VI Всероссийский съезд психиатров. 24 – 26 окт. 90 г. г.Томск. Тезисы докладов./ Под ред.: В.В.Ковалева. М. 1990. т. 1. сс. 21 – 23.

37. Воскресенский Б.А. Клиническая психиатрия и клинический метод.// Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. 1991. № 3. сс. 88 – 91.

38.Ганзен В.А. Системное мышление.// Вестник Санкт-Петербургского Университета. Сер. 6. 1992. вып. 1. № 6. сс. 78 – 84.

39.Гиляровский В.А. Советская психиатрия за сорок лет.// Клиническая медицина. 1957. № 10. сс. 43 – 51.

40.Голдберг Л.Р., Шмелев А.Г. Межкультурное исследование лексики личностных черт: "большая пятерка" факторов в английском и рус-

ском языках.// Психологический журнал. 1993. т. 14. № 4. сс. 32 – 39.

41.Гончарова Г.Н., Артюхов И.П. Совершенствование управления медицинской помощью на основе социологического исследования.// Здравоохранение Российской Федерации. 1991. № 7. сс. 29 – 30.

42.Горинов В.В. Понятие психического здоровья и критерии судебно-психиатрических экспертных оценок.// Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. 1993. № 3. сс. 164 – 170.

43.Губачев Ю.М., Ананьев В.А., Симаненков В.И. Личностно-типологический подход к изучению язвенной болезни желудочно-кишечного тракта.// Психологический журнал. 1988. т. 9. № 2. сс. 77 – 85.

44.Гульдман В.В., Романова О.Л., Иванникова И.В. Проблемы использования зарубежных программ антинаркотического обучения в советской школе.// Вопросы психологии. 1990. № 6. сс. 63 – 67.

45. Гундаров И.А., Матвеева С.В. Принципы индивидуальной профилактики основных неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья в условиях кризиса общества.// Здравоохранение Российской Федерации. 1994. № 3. сс. 18 – 21.

46. Гундаров И.А., Оганов Р.Г. О предупреждении возможных негативных последствий профилактических мероприятий. // Советское здравоохранение. 1989. № 1. сс. 17 – 23.

47. Гурович И.Я., Зайцев Д.А., Прейс В.Б. Эпидемиология психических заболеваний и потребность в различных видах психиатрической помощи.// Эпидемиология нервных и психических болезней: Тезисы научно-практической конференции./ Под ред.: В.М.Банщикова. М. МЗ РСФСР. 1979. сс. 21 – 23.

48. Даниленко О.И. Душевное здоровье как культурно-исторический феномен.// Психологический журнал. 1988. т. 9. № 2. сс. 108 – 117.
49. Деларю В.В., Клаучек С.В., Гонжал И.В. Анализ работы психотерапевта в медицинском кооперативе.// Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1993. т. 93. вып. 6. сс. 89 – 90.
50. Демин А.К. Некоторые вопросы реализации профилактической программы "Проект Северная Карелия" в Финляндии.// Здравоохранение Российской Федерации. 1991. № 4. сс. 27 – 31.
51. Денисов И.Н. Пути перестройки неврологии, психиатрии и наркологии на современном этапе.// Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1989. т. 89. вып. 5. сс. 3 – 10.
52. Дмитриева Л.Л. Методика формализованной оценки невротических проявлений.// Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1990. т. 90. вып. 5. сс. 77 – 80.
53. Дубовиц Д. Эпидемиология психических заболеваний. // Здравоохранение: Международный журнал. 1971. № 4. сс. 403 – 413.
54. Емельянов Ю.Н. Активное социально-психологическое обучение. Л. Изд-во ЛГУ. 1985. – 167 с.
55. Емельянов Ю.Н. Активные методы социально-психологической подготовки руководителей.// Социально-психологические проблемы производственного коллектива./ Под ред.: Е.В.Шороховой, Е.С.Кузьмина, О.И.Зотовой, В.Е.Семенова. М. Наука. 1983. сс. 231 – 237.
56. Емельянов Ю.Н. Разработка целевых программ социально-психологического обучения специалистов.// Современные проблемы прикладной социологии в трудовых коллективах. Тезисы докладов. Л. ЛГУ. 1984. сс. 320 – 321.

57. Емельянова Г.Ф., Васильева С.В. Автоматизированный скрининг невротических расстройств при массовых профилактических обследованиях.// Советское здравоохранение. 1990. № 2. сс. 54 – 56.

58. Ениколопов С.Н., Хломов Д.Н. Исследование жизненных событий личности при разработке мер психологической коррекции больных нервно-психическими заболеваниями.// Научная конференция "Реабилитация больных нервно-психическими заболеваниями и алкоголизмом" (25 – 26 ноября 1986 г.): Тезисы докладов./ Под ред.: М.М.Кабанова. Л. НИИ им. В.М.Бехтерева. 1986. сс. 195 – 196.

59. Ересько Д.Б. Исследование феномена алекситимии в клинике неврозов.// Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. 1993. № 4. сс. 123 – 126.

60. Ерышев О.Ф. Факторы, способствующие стабилизации ремиссий при алкоголизме.// Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. 1992. № 3. сс. 5 – 15.

61. Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г., Балашова Т.Н. Клинико-психологические особенности ремиссий при алкоголизме.// Психологические исследования и психотерапия в наркологии: Сборник научных трудов./ Под ред.: Б.М.Гузикова, О.Ф.Ерышева, В.М.Зобнева. Л. НИИ им. В.М.Бехтерева. 1989. сс. 16 – 32.

62. Жариков Н.М. Роль социально-культуральных и средовых факторов в полиморфизме эндогенных психических расстройств.// Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1990. т. 90. вып. 12. сс. 100 – 103.

63. Жариков Н.М. Эпидемиологические исследования в психиатрии. М. Медицина. 1977. – 73 с.

64. Журавлева И.В. Отношение к здоровью как элемент самосохранительного поведения.// Отношение населения к здоровью./ Под ред.: И.В.Журавлевой. М. ИС РАН. 1993. сс. 29 – 34.

65. Задорожнюк И.Е., Новиков О.В. Курение или здоровье – выбор за вами. (Обзор зарубежной литературы по психологическим проблемам табакокурения). // Психологический журнал. 1991. т. 12. № 3. сс. 68 – 74.
66. Запускалов С.В., Положий Б.С. Новые подходы к динамической оценке психического здоровья. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. 1991. № 2. сс. 20 – 25.
67. Захаров А.И. Неврозы у детей и подростков: Анамнез, этиология и патогенез. Л. Медицина. 1988. – 248 с.
68. Захаров В.П., Векилова С.А., Завьялова Е.К., Сидоренко Е.В. Социально-психологический тренинг как фактор социального развития личности. // Психологическое обеспечение социального развития человека: Межвузовский сборник. (Экспериментальная и прикладная психология вып. 13). / Под ред.: А.А.Крылова. Л. Изд-во ЛГУ. 1989. сс. 80 – 84.
69. Зингер Ф.Х., Кальянов А.В., Суханов В.В., Ластеков Д.О., Стычинская Н.А., Седова Н.Т., Шварцбург М.М., Гладчук Е.А., Батура Л.Т., Лукашев Г.А. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности горнорабочих угольных шахт. // Советское здравоохранение. МЗ СССР. 1989. № 8. сс. 30 – 34.
70. Зорин Н.А. Кризис клинической психиатрии: истоки и попытки преодоления. (Философско-методологический аспект). // Философские науки. 1989. № 8. сс. 42 – 52.
71. Зыбцев В.Н., Должанский И.З. Проблемы здравоохранения глазами читателей. // Социологические исследования. 1990. № 10. сс. 138 – 140.
72. Изуткин А.М., Петленко В.П., Царегородцев Г.И. Социология медицины. Киев. Здоров'я. 1981. – 184 с.

73. Ильин Е.П. Некоторые психологические аспекты массовой физической культуры.// Психологический журнал. 1987. т. 8. № 3. сс. 21 – 32.
74. Исаев Д.Н. Психологический стресс и психосоматические расстройства в детском возрасте: Лекции. СПб. Петербургский педиатр. мед. ин-т. 1994. – 80 с.
75. Исаев Д.Н. Роль современных психогенных и неблагоприятных социальных факторов в генезе психосоматических расстройств у детей.// Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. 1991. № 1. сс. 59 – 67.
76. Каган В.Е. Внутренняя картина здоровья – термин или концепция?// Вопросы психологии. 1993. № 1. сс. 86 – 88.
77. Камсюк Л.Г. Социально-гигиенические проблемы семьи.// Советское здравоохранение. 1987. № 3. сс. 20 – 25.
78. Каракатян А.Н. Особенности формирования отношения к своему здоровью работниц промышленности и сельского хозяйства.// Советское здравоохранение. 1990. № 1. сс. 44 – 46.
79. Карвасарский Б.Д., Простомолотов В.Ф. Невротические расстройства внутренних органов. Кишинев. Штиинца. 1988. – 166 с.
80. Карвасарский Б.Д., Ташлыков В.А., Федоров А.П. Соотношение психотерапии и фармакотерапии при лечении неврозов.// Профилактика и противорецидивная терапия психических заболеваний: Сборник научных трудов./ Под ред.: Р.Я. Вовина, Л.С.Свердлова. Л. НИИ им. В.М.Бехтерева. 1981. сс. 117 – 122.
81. Карташов А.И., Бузин В.В., Глазунов И.С., Абольян Л.В. Результаты апробации базового опросника СИНДИ по оценке развития профилактической программы.// Советское здравоохранение. 1991. № 3. сс. 45 – 49.

82. Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г. Психология больного. Л. Медицина. 1980. – 184 с.
83. Кербиков О.В. Избранные труды. М. Медицина. 1971. – 312 с.
84. Кисилев А.С., Сочнева З.Г. Закономерности начала, течения и исходов основных психических заболеваний (статистическое исследование). Рига. Зинатне. 1988. – 236 с.
85. Китаев П.М. О некоторых проблемах целостного понимания человека. // Вестник Санкт-Петербургского университета. Сер. 6. 1992. вып. 1. № 6. сс. 122 – 125.
86. Китаев-Смык Л.А. Проблемы интеграции психологии и медицины. // Психологический журнал. 1988. т. 9. № 5. сс. 85 – 96.
87. Кишларь Л.Л., Прокупец Р.В., Борщ В.К. Информированность сельского и городского населения по вопросам здорового образа жизни. // Здравоохранение Российской Федерации. 1994. № 2. сс. 27 – 29.
88. Ковалев В.В., Гурович И.Я. О внедиспансерном разделе психиатрической помощи. // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1987. т. LXXXVII. № 9. сс. 1410 – 1417.
89. Козловская Г.В., Кремнева Л.Ф. Эпидемиология психических заболеваний у взрослых и детей: Научный обзор. М. ВНИИМ. 1981. вып. 2. – 194 с.
90. Колтуновская З.А. К вопросу охраны нервно-психического здоровья населения. // Вопросы психиатрии и психотерапии. (Краткие тезисы докладов). Тамбов. 1977. сс. 375 – 376.
91. Конончук Н.В., Семнова-Тян-Шанская Н.В., Константинова О.Ю. Краткосрочная интенсивная психотерапия в кризисных ситуациях. // Исследования механизмов и эффективности психотерапии при нервно-психических заболеваниях: Республиканский сборник научных трудов. / Под ред.: В.Е. Рожнова, Б.Д. Карвасарского. Л. НИИ им. В.М. Бехтерева. 1982. сс. 75 – 79.

92. Копанев В.И., Власов В.В. Факторы непреднамеренного отбора в эпидемиологических исследованиях.// Советское здравоохранение. 1989. № 12. сс. 22 – 26.

93. Копина О.С. Современное состояние изучения и модификации поведения типа "А" в профилактической кардиологии. // Социальные проблемы здоровья и продолжительности жизни./ Под ред.: И.В.Журавлевой, Л.С.Шиловой. М. ИС АН СССР. 1989. сс. 57 – 69.

94. Копина О.С., Макалистер А. Подходы к изменению поведения населения в медицинских профилактических программах в США.// Вопросы психологии. 1995. № 5. сс. 128 – 141.

95. Копина О.С., Суслова Е.А., Заикин Е.В. Психоземotionalное напряжение у населения района, загрязненного радионуклеидами.// Здравоохранение Российской Федерации. 1994. № 5. сс. 12 – 14.

96. Корнилова Т.В., Шуранова О.И. Корреляционные исследования: пути приближения к причинному анализу.// Вестник Московского университета. Сер. 14. Психология. 1987. № 4. сс. 58 – 69.

97. Котов В.П., Мальцева М.М. Дискуссионные аспекты понятия "душевное заболевание" в современной психиатрии.// Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1989. т. 89. вып. 5. сс. 145 – 148.

98. Кошелев Н.Ф., Терентьев Л.П., Лопатин С.А. Проблемы гигиенического воспитания в системе медицинского обеспечения войск.// Военно-медицинский журнал. 1989. № 12. сс. 47 – 50.

99. Красик Е.Д., Положий Б.С. Эпидемиологические и организационные аспекты дифференцированной психиатрической помощи студентам.// Реабилитация больных психозами./ Под ред.: М.М.Кабанова, К.В.Корабельникова, Р.А.Зачепицкого. Л. НИИ им. В.М.Бехтерева. 1981. сс. 132 – 137.

100. Красненков В.Л., Дербенев Д.П., Козлова Т.Д. Некоторые вопросы изучения образа жизни и отношения к своему здоровью работников птицефабрик.// Здравоохранение Российской Федерации. 1986. № 1. сс. 7 – 10.

101. Кузьмин Е.С. Предмет социальной психологии.// Социальная психология: История, теория, эмпирические исследования./ Под ред.: Е.С.Кузьмина, В.Е.Семенова. Л. Изд-во ЛГУ. 1979. сс. 47 – 74.

102. Ланеев А.И., Михайлов А.Н. Социальные и психологические аспекты адаптации студентов в ВУЗе в зависимости от их психического здоровья.// Социальная среда и здоровье подрастающего поколения. М. 1974. сс. 61 – 63.

103. Левин В. Психологический анализ понятия душевной болезни.// Психологический журнал. 1988. т. 9. № 3. сс. 148.

104. Либерман М.Н. Опыт выявления больных с психическими расстройствами в населении.// Эпидемиология нервных и психических болезней: Тезисы научно-практической конференции./ Под ред.: В.М.Банщикова. М. МЗ РСФСР. 1979. сс. 164 – 165.

105.Липсиц И.В., Кашин В.К., Никологорский Д.Ю. Российская промышленность в интерьере кризиса.// Социологические исследования. 1996. № 1. сс. 24 – 36.

106.Лисицин Ю.П. Здоровье населения и современные теории медицины: Критический анализ. 2-е изд. М. Медицина. 1982. – 328 с.

107.Литвинцев С.В., Нечипоренко В.В., Снедков Е.В. Аддиктивное поведение военнослужащих в боевых условиях.// Военно-медицинский журнал. 1995. № 11. сс. 39 – 43.

108.Логвинович Г.В., Лебедева В.Ф. Клинико-эпидемиологические основы психогигиенической помощи больным общесоматической поликлиники.// Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1991. т. 91. вып. 11. сс. 29 – 33.

109. Ломов Б.Ф. Система наук о человеке. // Психологический журнал. 1987^а. т. 8. № 1. сс. 3 – 13.

110. Ломов Б.Ф. Методологические проблемы социальной психологии. // Психологический журнал. 1987^б. т. 8. № 3. сс. 21 – 32.

111. Лоранский Д.Н., Бастрыкин С.В., Водопреева Л.В., Науменко Н.М., Медведь Л.М. Некоторые особенности проявления отношения личности к здоровью в условиях города. // Социально-гигиенические аспекты научно-технического прогресса (сборник научных трудов). / Под ред.: А.Ф.Серенко, О.А.Александровой. М. М. ВНИИ социальной гигиены и организации здравоохранения им. В.Я.Семашко. 1980. т. 2. сс. 101 – 105.

112. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. 4-е изд. М. Медицина. 1977. – 111 с.

113. Лучков В.В., Рокитянский В.Р. Понятие нормы в психологии. // Вестник Московского университета. Сер. 14. Психология. 1987. № 2. сс. 46 – 59.

114. Ляхович А.В., Шевчук А.Г., Медведь Л.М., Бобровский А.Н., Тарасова Р.Н. О борьбе с курением в различных группах населения. // Военно-медицинский журнал. 1994. № 3. сс. 49 – 52.

115. МакКихан И., Кэмпбэлл Р., Туманов С.В. Образ жизни, привычки, влияющие на здоровье москвичей и Закон о медицинском страховании 1991–1993 гг. // Социологические исследования. 1993. № 3. сс. 45 – 49.

116. Маклаков А.Г., Положенцев С.Д., Руднев Д.А. Психологические механизмы поведения типа А у молодых людей в период адаптации к длительным психоэмоциональным нагрузкам. // Психологический журнал. 1993. т. 14. № 6. сс. 86 – 95.

117.Маркова А.И. Представление посетителей поликлиник о здоровье и здоровом образе жизни.// Здравоохранение Российской Федерации. 1993. № 9. сс. 22 – 25.

118.Махнач А.В. К проблеме соотнесения динамических психических состояний и стабильных черт личности.// Психологический журнал. 1995. т. 16. № 3. сс. 35 – 43.

119.Медик В.А. Результаты изучения мнения городского населения об организации медицинской помощи и отношении к своему здоровью.// Советское здравоохранение. 1991. № 10. сс. 20 – 23.

120.Милованов Ю.С. Деформация субъективной картины жизненного пути и психическое здоровье.// Актуальные вопросы психиатрии. Материалы научной сессии./ Под ред.: В.Я.Семке. Томск. Изд-во Томского ун-та. Вып. IV. 1989. сс. 49 – 50.

121. Миндлин Я.С., Сырцова Л.Е. Современные представления о сущности, видах и эффективности профилактики.// Советское здравоохранение. 1987. № 2. сс. 8 – 13.

122. Михайлов А.Н., Рожанец Р.В. Заболеваемость студентов неврозами и психопатиями (клиническое и экспериментально-психологическое исследование).// Третий Всероссийский съезд невропатологов и психиатров: Тезисы докладов. М. 1974. т. 2. сс. 306 – 307.

123. Наджаров Р.А. Особенности развития русской и советской психиатрии.// Руководство по психиатрии./ Под ред.: Г.В.Морозова. М. Медицина. 1988. т. I. сс. 38 – 42.

124. Назыров Р.К. Уровень невротичности, особенности копинг-поведения и предпочитаемый вид медицинской помощи у здоровых жителей Западной Сибири.// Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. 1992. № 4. сс. 90 – 92.

125.Немчин Т.А., Марьяненко А.П., Цыцарев С.В. Психологическое консультирование в проблемных социальных ситуациях.// Психологиче-

ское обеспечение социального развития человека: Межвузовский сборник. (Экспериментальная и прикладная психология вып. 13). / Под ред.: А.А.Крылова. Л. Изд-во ЛГУ. 1989. сс. 84 – 90.

126.Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику: Психологическое исследование. М. Изд-во МГУ. 1987. – 168 с.

127. Ниссим-Сабат Д., Щедрина Е.В. Психологи СНГ: анкета журнала "Вопросы психологии".// Вопросы психологии. 1995. № 3. сс. 151 – 154.

128.Нуллер Ю.Л. О парадигме в психиатрии.// Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. 1991. № 4. сс. 5 – 13.

129.Ордабаева Д.А. Психологический стресс и иммунитет (обзор).// Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1989. т. 89. вып. 7. сс. 125 – 132.

130.Павленко В.Н. Деятельностный подход к проблеме нормального психического развития.// Вопросы психологии. 1993. № 3. сс. 94 – 100.

131.Перожек И.Л., Жариков Н.М. Проблема связей психической и соматической патологии.// Клиническая медицина. 1986. т. LXIV. № 7. сс. 19 – 23.

132.Петленко В.П., Ананьев В.А. Охрана и укрепление психического здоровья.// Военно-медицинский журнал. 1992. № 3. сс. 55 – 58.

133.Петров М.Н., Вовин Н.Р. Анализ случаев несвоевременного обращения больных за терапевтической помощью и отказов от госпитализации.// Советское здравоохранение. 1989. № 10. сс. 30 – 32.

134.Петровская Л.А. Теоретические и методические проблемы социально-психологического тренинга. М. Изд-во МГУ. 1982. – 168 с.

135.Пискунов В.А. О смене парадигм в медицине и здравоохранении.// Здравоохранение Российской Федерации. 1994. № 1. сс. 33 – 37.

136. Платонов К.К. О взаимодействии психиатрии и социальной психологии. // Психология и медицина: Материалы к симпозиуму. / Под ред.: В.М.Банщикова, Б.Ф.Ломова. М. МЗ РСФСР, АН СССР. 1978. сс. 388 - 392.
137. Полищук Ю.И. Здравоохранение и "Белая магия". // Советское здравоохранение. 1992. № 1. сс. 72 - 76.
138. Полищук Ю.И. О недостаточности клинического метода в психиатрии. // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. 1991. № 4. сс. 90 - 92.
139. Пономаренко В.А. Профессиональное здоровье личного состава как категория боеготовности и боеспособности войск. // Военно-медицинский журнал. 1991. № 3. сс. 54 - 57.
140. Пономарчук В.А. Между стадионом и больницей. // Социологические исследования. 1988. № 6. сс. 55 - 59.
141. Попов В.Д. Критерии выделения прикладных отраслей социальной психологии. // Теоретическая и прикладная социальная психология. / Под ред.: А.К.Уледова. М. Мысль. 1988. сс. 151 - 165.
142. Попов Г.С., Соломонов С.Л., Паэтле М.С. Мнение населения о всеобщей диспансеризации, проводимой по системе КАСМОН. // Советское здравоохранение. 1988. № 9. сс. 36 - 40.
143. Рахальский Ю.Е. Лекции по психиатрии: Учебно-методическое пособие для студентов медицинских институтов. Оренбург. Гос. мед. ин-т. 1967. - 189 с.
144. Рахманов Р.С., Жук Е.Г. Здоровый образ жизни и здоровье воинского коллектива. // Военно-медицинский журнал. 1994. № 7. сс. 45 - 47.
145. Розенфельд Л.Г., Макаров В.Б., Котов А.А. Оценка промышленными рабочими удовлетворенности медицинской помощью. // Советское здравоохранение. 1990. № 5. сс. 11 - 15.

146. Романова О.Л., Петракова Т.И. Социально-психологические механизмы усвоения детьми алкогольной традиции.// Вопросы психологии. 1992. № 5 – 6. сс. 22 – 25.
147. Романова Т.Л. Опросник "психологические затруднения".// Психологический журнал. 1992. т. 13. № 2. сс. 141 – 145.
148. Ротенберг В.С. Проблемы воспитания в свете психосоматической парадигмы.// Вопросы психологии. 1989. № 6. сс. 22 – 28.
149. Рохлин Л.Л. Некоторые методологические проблемы отношений социальной психологии и клинической психиатрии.// Психология и медицина: Материалы к симпозиуму./ Под ред.: В.М.Банщикова, Б.Ф.Ломова. М. МЗ РСФСР, АН СССР. 1978. сс. 25 – 36.
150. Рошин С.К. Использование психологии в системе социального контроля капиталистического общества.// Психологические проблемы социальной регуляции поведения./ Под ред.: Е.В.Шороховой, М.И.Бобневой. М. Наука. 1976. сс. 94 –117.
151. Румянцева Г.М., Чуркин А.А., Басов А.М., Егоров С.Ф., Грушков А.В. Анализ деятельности психоневрологических диспансеров по оказанию помощи больным с пограничными состояниями.// Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1989. т. 89. вып. 11. сс. 87 – 92.
- 152.Сахно А.В. Теоретико-методологические и медико-социальные проблемы общественного здоровья.// Автореф. дисс. ... докт. мед. наук (в форме научного доклада). М. Российский гос. мед. ун-т. 1992. – 45 с.
- 153.Свенцицкий А.Л. Социальные нормы как регуляторы поведения личности.// Промышленная социальная психология./ Под ред.: Е.С.Кузьмина, А.Л.Свенцицкого. Л. Изд-во ЛГУ. 1982. сс. 58 – 63.
- 154.Селье Т. Стресс без дистресса. Пер. с англ. М. Прогресс. 1979. – 124 с.

155. Семичов С.Б. К постановке вопроса о выделении психоневрологии среднего возраста. // Психогигиена и психопрофилактика: Сборник научных трудов. / Под ред.: В.К.Мягер. В.П.Козлова, Н.В.Семеново-Тянь-Шанской. Л. НИИ им. В.М.Бехтерева. 1983. сс. 129 – 136.

156. Семичов С.Б. Предболезненные психические расстройства. Л. Медицина. 1987. – 184 с.

157. Семичов С.Б., Случевская Н.С., Смирнова И.В. Социально-психологические факторы старения в клинике бредовых психозов инволюционного возраста. // Психосоциальные и биологические факторы в патогенезе и лечении психических расстройств позднего возраста: Республиканский сборник научных трудов. / Под ред.: А.У.Тибилевой, Е.М.Мельника. Л. НИИ им. В.М.Бехтерева. 1986. сс. 48 – 52.

158. Семке В.Я., Положий Б.С. Пограничные состояния и психическое здоровье. Томск. Изд-во Томского ун-та. 1990. – 209 с.

159. Серова Л.С. Изучение заболеваемости детей раннего возраста (методики и их сравнительная оценка). // Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Л. 1972. – 16 с.

160. Сибурина Т.А., Индейкин Е.Н., Гусева О.А., Барскова Т.Н. Современное состояние социологических исследований в медицине и здравоохранении. М. Союзмединформ. 1990. Вып. 2. – 78 с.

161. Сидоров П.И., Борисова Л.Г. Психическое здоровье беженцев и мигрантов в Европе. // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. 1994. № 1. сс. 75 – 86.

162. Силантьева Н.А. Актуальные проблемы личной жизни жителей крупного города. // Современные проблемы прикладной социологии в трудовых коллективах. Тезисы докладов. Л. ЛГУ. 1984. сс. 89 – 90.

163. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Копинг-поведение и психопрофилактика психосоциальных расстройств у подростков. // Обзорение пси-

хиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. 1994. № 1. сс. 63 – 74.

164. Скворцова Е.С., Прохоров А.В. Алкоголизация и курение среди школьников-подростков.// Здоровоохранение Российской Федерации. 1992. № 9. сс. 19 – 21.

165. Случевский Ф.И. Эмоциональные состояния как характеристики реактивности (общей "стрессорности") и синдромообразующее составляющее.// Проблемы синдромообразования в психиатрической клинике: Сборник научных трудов./ Под ред.: Ф.И.Случевского. Л. Лен. сан.-гиг. мед. ин-т. 1987. сс. 31 – 36.

166. Случевский Ф.И., Юнг А.В. Роль личности в формировании психической дезадаптации при нервно-психических расстройствах.// Предболезнь и факторы повышенного риска в психоневрологии: Сборник научных трудов./ Под ред.: С.Б.Семичова, Н.В.Конончук, А.П.Коцюбинского. Л. НИИ им. В.М.Бехтерева. 1986. сс. 57 – 59.

167.Соколов В.Д. Влияние факторов риска на заболеваемость в семье.// Здоровоохранение Российской Федерации. 1982. № 2. сс. 18 – 21.

168.Табачников А.Е. Пограничные психические расстройства у работников угольных шахт (клинико-эпидемиологический аспект).// Авто-реферат дисс. ... канд. мед. наук. М. ВНИИ общей и судебной психиатрии им. В.П.Сербского. 1991. – 19 с.

169. Татарников М.А., Кулешов Е.А., Семенов В.Ю., Тараскин В.Ф. Оценка медицинской помощи в условиях эксперимента в учреждениях здравоохранения.// Советское здравоохранение. 1990. № 12. сс. 11 – 14.

170.Ташлыкков В.А. Психология лечебного процесса. Л. Медицина. 1984. – 192 с.

171.Тимофеев Ю.Т. Некоторые вопросы психогигиены и физического здоровья личности в свете теории отношений.// Психология личности и

малых групп./ Под ред.: Е.С.Кузьмина, И.П.Волкова, А.В.Ярмоленко. Л. Изд-во ЛГУ. 1977. сс. 33 – 38.

172. Тогунов И.А. Изучение заболеваемости студентов (по данным академических отпусков).// Здравоохранение Российской Федерации. 1986. № 1. сс. 39 – 41.

173. Тулицын Ю.Я. Клинико-патогенические основы оптимизации диагностики, лечения неврозов и организации психотерапевтической помощи.// Научный доклад ... докт. мед. наук. СПб. 1992. – 48 с.

174. Федотов Д.Д. Очерки по истории отечественной психиатрии. (Вторая половина XVIII и первая половина XIX века). т. I. М. 1957. – 320 с.

175. Фокина О.А., Любарская Л.Я. О термине “санитарное просвещение” и его синонимах.// Советское здравоохранение. 1989. № 6. сс. 43 – 47.

176. Фролов Б.С., Павлов В.А., Яценко Ю.В., Сизиков М.В., Рустанович А.В., Давыдов А.Т. Результаты массового психопрофилактического обследования с использованием ЭВМ в соединении.// Военно-медицинский журнал. 1991. № 6. сс. 60 – 62.

177. Хабибуллин К.Н. Теоретические возможности и практическая ценность социологии медицины.// Тезисы научно-практической конференции “Методологические проблемы социологии медицины 16 – 17 окт. 1989 г.”/ Под ред.: К.Н.Хабибуллина. Л. Лен. сан.-гиг. мед. ин-т. 1989. сс. 4 – 6.

178. Холмогорова Т.Т., Гладышева Н.В. Применение социального маркетинга в программах оздоровления населения. (Обзор литературы).// Советское здравоохранение. 1991. № 10. сс. 46 – 50.

179. Хомик В.С. Программы предупреждения вредных привычек у школьников США.// Вопросы психологии. 1989. № 1. сс. 148 – 155.

180. Хомская Е.Д., Бudyка Е.В., Ефимова И.В. Межполушарная организация мозга и субъективная оценка здоровья.// Вестник Московского университета. Сер. 14. Психология. 1995. № 2. сс. 20 – 29.

181. Хохлов Л.К. Эпидемиологическое исследование и социальные вопросы психиатрии.// Эпидемиология нервных и психических болезней: Тезисы научно-практической конференции./ Под ред.: В.М.Банщикова. М. МЗ РСФСР. 1979. сс. 53 – 55.

182. Царегородцев Г.И. Современный пациент.// Советское здравоохранение. 1989. № 10. сс. 12 – 16.

183. Шафранская К.Д. Психологические трудности общения лиц с косметическими дефектами.// Психология межличностного познания./ Под ред.: А.А.Бодалева. М. Педагогика. 1981. сс. 212 – 221.

184. Шерешевский А.М. Организация внебольничного лечения алкоголизма в истории отечественной психиатрии.// Лечение и реабилитация больных алкоголизмом./ Под ред.: И.В.Бокий, Р.А.Зачепицкого. Л. НИИ им. В.М.Бехтерева. т. LXXXIV. 1977 сс. 95 – 101.

185. Шилова Л.С. Здоровье в системе ценностей личности.// Отношение населения к здоровью./ Под ред.: И.В.Журавлевой. М. ИС РАН. 1993^а. сс. 51 – 63.

186. Шилова Л.С. Распространенность гигиенических навыков и умений.// Отношение населения к здоровью./ Под ред.: И.В.Журавлевой. М. ИС РАН. 1993^б. сс. 159 – 168.

187. Шмелев А.Г., Похилько В.И., Козловская-Тельнова А.Ю. Репрезентативность личностных черт в сознании носителя русского языка.// Психологический журнал. 1991. т. 12. № 2. сс. 27 – 44.

188. Щумаков В.М. О некоторых методических вопросах эпидемиологических исследований в психиатрии.// Эпидемиология нервных и психических болезней: Тезисы научно-практической конференции./ Под ред.: В.М.Банщикова. М. МЗ РСФСР. 1979. сс. 56 – 58.

189. Шумаков В.М. Сравнительный анализ сомато- и психогенных факторов в клинике психогенных заболеваний и психопатий (эпидемиологические данные). // Актуальные проблемы соматопсихиатрии и психосоматики: Тезисы докладов. / Под ред.: Н.М.Жарикова. Челябинск. Всесоюзное научное общество психиатров. 1990. сс. 292 - 294.
- 190.Щедрина А.Г. Онтогенез и теория здоровья: Методологические аспекты. Новосибирск. Наука. 1989. - 136 с.
- 191.Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Психологическая коррекция делинквентного поведения у подростков с отклонениями характера. // Исследования механизмов и эффективности психотерапии при нервно-психических заболеваниях: Республиканский сборник научных трудов. / Под ред.: В.Е.Рожнова, Б.Д.Карвасарского. Л. НИИ им. В.М.Бехтерева. 1982. сс. 115 - 119.
192. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Семейная психотерапия. Л. Медицина. 1990. - 192 с.
193. Юдин Т.И. Очерки истории отечественной психиатрии. М. Медгиз. 1951. - 480 с.
194. Юношев Ю.А., Беклемищев Е.П., Чернецкий О.Е., Краевская Т.В. Изучение общественного мнения населения по проблемам перестройки здравоохранения. // Здравоохранение Российской Федерации. 1991. № 4. сс. 9 - 12.
- 195.Ялдыгина А.С. О границах и методах психиатрии и некоторых смежных с ней отраслей знания. // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1976. т. 76. вып. 4. сс. 616 - 619.
- 196.Ader R., Cohen N. Behavior and the immune system. // Handbook of behavioral medicine. / Ed. by: D.W.Gentry. NY. Guilford Press. 1984. pp. 117 - 173.

197. Adler N. Health psychology: why do some people get sick and some stay well?// Annual review of psychology. Vol. 45. 1994. pp. 229 - 259.

198. Adler N.E., Stone G.C. Social science perspectives on the health system.// Health psychology - a handbook: Theories, applications, and challenges of a psychological approach to the health care system./ Ed. by: G.C.Stone, F.Cohen, N.E.Adler. SanFrancisco. Jossey-Bass Publ. 1979. pp. 19 - 46.

199. Ahmed P.I., Kolker A., Coelho G.V. Toward a new definition of health: an overview.// Toward a new definition of health: Psychosocial dimensions./ Ed. by: P.I.Ahmed, G.V.Coelho. NY. a. L. Plenum Press. 1979. pp. 7 - 22.

200. Ajzen I., Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, New Jersey. Prentice-Hall. 1980. - VIII. 278 p.

201. Albino J.E. Health psychology and primary prevention: natural allies.// Preventive psychology: Theory, re-search and practice./ Ed. by: R.D.Felner, L.A.Jason, J.N.Moritsugu. NY. Pergamon Press. 1983. pp. 221 - 233.

202. Anderson R. The development of the concept of health behavior and its application in recent research.// Health behavior research and health promotion./ Ed. by: R.Anderson, J.Davies, I.Kickbusch, D.V.McQueen, J.Turner. Oxford. Oxford University Press. 1988. pp. 22 - 35.

203. Andreasen N.C., Endicott J., Spitzer R.L., Winokur G. The family history method using diagnostic criteria.// Archives of general psychiatry. Vol. 34. No. 10. Oct. 1977. pp. 1229 - 1235.

204. Anisman H., Sklar L.S. Psychological insults and pathology: contribution of neurochemical, hormonal and immunological mechanisms.// Health care and human behavior./ Ed. by: A. Steptoe, A. Mathews. L. Academic Press. 1984. pp. 113 - 146.

205. Antonovsky A. Health, stress, and coping. San Francisco. Jossey-Bass Publ. 1979. - IX. 255 p.

206. Antonovsky A. Health promoting factors at work: the sense of coherence.// Psychosocial factors at work and their relation to health./ Ed. by: R. Kalimo, M.A. El-Batawi. Geneva. World health organization. 1987. pp. 153 - 167.

207. Appel M.A. The usefulness of stress-reduction methods in psychological practice.// Critical issues, developments, and trends in professional psychology. Vol. 2./ Ed. by: J.R. McNamara. NY. Praeger Publ. 1984. pp. 108 - 154.

208. Appley M.H., Trumbull R. On the concept of psychological stress.// Psychological stress: Issues in research./ Ed. by: M.H. Appley, R. Trumbull. NY. Appleton-Century-Crofts. 1967. pp. 1 - 13.

209. Archer J. Occupational alcoholism: a review of issues and a guide to the literature.// Alcoholism and its treatment in industry./ Ed. by: C.J. Schramm. Baltimore a. L. Johns Hopkins University Press. 1977^a. pp. 2 - 28.

210. Archer J. Social stability, work force behavior, and job satisfaction of alcoholic and nonalcoholic blue-collar workers.// Alcoholism and its treatment in industry./ Ed. by: C.J. Schramm. Baltimore a. L. Johns Hopkins University Press. 1977^b. pp. 156 - 176.

211. Ashton H., Stepney R. Smoking: Psychology and pharmacology. L. a. NY. Tavistock Publ. 1982. - IX. 222 p.

212. Ashton J. Health promotion and the concept of community.// Health behavior research and health promotion./ Ed. by: R.Anderson, J.Davies, I.Kickbusch, D.V.McQueen, J.Turner. Oxford. Oxford University Press. 1988. pp. 183 - 194.

213.Bandura A. Social learning theory of aggression. // The control of aggression: implications from basic research./ Ed. by: J.F.Knutson. Chicago. Aldine Publ. 1973. pp. 201 - 250.

214. Baranowski T., Nader P.R. Family health behavior.// Health, illness, and families: A life-span perspective./ Ed. by: D.C.Turk, R.D.Kerns. NY. John Wiley a. Sons. 1985. pp. 51 - 80.

215.Baucom D.H., Aiken P.A. Effect of depressed mood on eating among obese and nonobese dieting and nondieting persons.// Journal of personality and social psychology. Vol. 41. No. 3. 1981. pp. 577 - 585.

216.Beatty W.H. Psychological aspects of mental health.// Mental health in a changing community./ Ed. by: R.Brockbank, D.Westby-Gibson. NY a. L. Grune a. Stratton. 1966. pp. 34 - 42.

217.Bebbington P., Hurry I., Tennant C. Recent advances in the epidemiological study of minor psychiatric disorders.// Journal of the Royal Society of medicine. Vol. 73. May 1980. pp. 315 - 317.

218. Bebbington P., Tennant C., Hurry J. Adversity, labelling, and the disease theory of depression.// Stress and stigma: explanation and evidence in the sociology of crime and illness./ Ed. by: U.E.Gerhardt, M.E.J.Wadsworth. Frankfurt. Campus Verlag. 1985. pp. 151 - 160.

219. Becker A. Life events as predisposing and precipitating factors for mental disorders: some psychological considerations.// Life events and psychiatric disorders: Controversial issues./ Ed.

by: H.Katschnig. Cambridge. Cambridge University Press. 1986. pp. 63 - 73.

220. Becker M.H., Maiman L.A., Kirscht J.P., Haefner D.P., Drachman R.H., Taylor W.D. Patient perceptions and compliance: recent studies of the Health Belief model.// Compliance in health care./ Ed. by: B.R.Haynes, W.D.Taylor, D.L.Sackett. Baltimore. Johns Hopkins University Press. 1979. pp. 78 - 109.

221. Becker M.H., Rosenstock I.M. Compliance with medical advice.// Health care and human behavior./ Ed. by: A.Stepto, A.Mathews. L. Academic Press. 1984. pp. 175 - 208.

222. Bernstein D.A., Glasgow R.E. Smoking.// Behavioral medicine: Theory and practice./ Ed. by: O.F.Pomerleau, J.P.Brady. Baltimore. Williams a. Wilkins. 1979. pp. 233 - 253.

223. Best A.J., Bloch M. Compliance in the control of cigarette smoking.// Compliance in health care./ Ed. by: B.R.Haynes, W.D.Taylor, D.L.Sackett. Baltimore. Johns Hopkins University Press 1979. pp. 202 - 222.

224. Birchmore D.F., Walderman R.L. The woman alcoholic: a review.// Alcohol problems: reviews, research and recommendations./ Ed. by: D.Robinson. L. a. Basingstoke. Macmillan Press. 1979. pp. 113 - 120.

225. Blank H.R. Community psychiatry and the psychiatrist in private practice.// Handbook of community psychiatry and community mental health./ Ed. by: L.Bellak. NY. a. L. Grune a. Stratton. 1964. pp. 300 - 318.

226. Bloom B.L., Asher S.J., White S.W. Marital disruption as a stressor: a review and analysis.// Psychological bulletin. Vol. 85. No. 4. July 1978. pp. 867 - 894.

227. Bowlby J. Attachment and loss. Vol. III. Loss: Sadness and depression. Harmondsworth, Middlesex. Penguin Books. 1980. - XV. 472 p.

228. Brady J.V., Fischman M.W. Biobehavioral principles, behavioral medicine, and the workplace.// Health and industry: A behavioral medicine perspective./ Ed. by: M.F. Catalgo, T.J. Coates. NY. John Wiley a. Sons. 1986. pp. 9 - 27.

229. Brenner M.H. Mental illness and the economy. Cambridge. Mass. Harvard University Press. 1973.- XXIV. 287p.

230. Breslow L., Somers A.R. Lifetime health - monitoring program: a practical approach to preventive medicine. // New England journal of medicine. Vol. 296. No. 11. March 17. 1977. pp. 601 - 608.

231. Brewin C.R., Andrews B., Gotlib J.H. Psychopathology and early experience: A reappraisal of retrospective reports.// Psychological bulletin. Vol. 113. No. 1. Jan. 1993. pp. 82 - 98.

232. Brightman J.J., Notkin H., Brumfield W.A., Dorsey S.M., Solomon H.S. Knowledge and utilization of health resources by public assistance recipients. I. Public health and preventive medical resources.// American journal of public health and the nation's health. Vol. 48. No. 2. Feb. 1958. pp. 188 - 199.

233. Broverman I.K., Broverman D.M., Clarkson F.E., Rosenkrantz P.S., Vogel S.R. Sex-role stereotypes and clinical judgments of mental health.// Woman: Dependent or independent variable?/ Ed. by: R.K. Unger, F.L. Denmark. NY. Psychological Dimensions. 1975. pp. 164 - 175.

234. Brown G.W. Depression: a sociological view.// An introduction to medical sociology./ Ed. by: D. Tuckett. L. Tavistock. 1978^a. pp. 225 - 234.

235. Brown G.W. Social causes of disease.// Basic readings in medical sociology./ Ed. by: D.Tuckett, J.M.Konfert. L. Tavistock. 1978^b. pp. 291 - 333.

236. Burke M.J., Brief A.P., George J.M. The role of negative affectivity in understanding relations between self-reports of stressors and strains: a comment on the applied psychology literature.// Journal of applied psychology. Vol. 78. No. 3. June 1993. pp. 402 - 412.

237. Burke R.J., Weir T. Coping with stress of managerial occupations.// Current concerns in occupational stress. / Ed. by: C.L.Cooper, R.Payne. NY a. Chichester. John Wiley a. Sons. 1980. pp. 299 - 335.

238. Cacioppo J.T., Berntson G.G. Social psychological contributions to the decade of the brain: doctrine of multilevel analysis.// American psychologist. Vol. 47. No. 8. Aug. 1992. pp. 1019 - 1028.

239. Campion M.A., McClelland C.L. Follow-up and extension of the interdisciplinary costs and benefits of enlarged jobs.// Journal of applied psychology. Vol. 78. No. 3. June 1993. pp. 339 - 351.

240. Caplan G. Principles of preventive psychiatry. NY. Basic Books. 1964^a. - X. 304 p.

241. Caplan G. The role of pediatricians in community mental health.// Handbook of community psychiatry and community mental health./ Ed. by: L.Bellak. NY. a. L. Grune a. Stratton. 1964^b. pp. 287 - 299.

242. Caplan G. The theory and practice of mental health consultation. NY a. L. Basic Books. 1970. - XIII. 397 p.

243. Caplan R.D., Cobb S., French J.R.P., VanHarrison R., Pinneau S.R. Job demands and worker health: Main effects and occupa-

tional differences. Ann Arbor. The University of Michigan. 1980. - 342 p.

244. Carleton R.A. Interfaces among community, - school,- and work-site based health-promotion programs.// Health at work./ Ed. by: S.M.Weiss, J.E.Fielding, A.Baum. Hillsdale. New Jersey. Lawrence Erlbaum Ass. Publ. 1991. pp. 155 - 158.

245. Cartwright A., O'Brien M. Social class variations in health care and in the nature of general practice consultations.// An introduction to medical sociology./ Ed. by: D.Tuckett. L. Tavistock. 1978. pp. 89 - 97.

246. Catalano R., Dooley D. Does economic change provoke or uncover behavioral disorder? A preliminary test.// Mental health and the economy./ Ed. by: L.A.Ferman, J.P.Gordus. The W.E.Upjohn Institute for employment research. 1979. pp. 321 - 346.

247. Catalano R., Dooley D. Economic change in primary prevention.// Prevention in mental health: Research, policy, and practice./ Ed. by: R.H.Price, R.F.Ketterer, B.C.Bader, J.Monahan. Beverly Hills a. L. AGE Publ. 1980. pp. 21 - 40.

248. Cheng S.-T. Loneliness-distress and physician utilization in well-elderly females.// Journal of community psychology. Vol. 20. No. 1. Jan. 1992. pp. 43 - 56.

249. Clare A.W., Carns V.E. A standartized interview to assess social maladjustment and dysfunction.// Psychosocial disorders in general practice./ Ed. by: P.Williams, A.Clare. L. a. NY. Academic Press. Grune a. Stratton. 1979. pp. 29 - 43.

250. Clark K.B. Psychotherapy, social pathology, and social change.// The psychopathology of adolescence./ Ed. by: J.Zubin, A.M.Freedman.NY a. L. American Psychopathological Association, 1970, pp. 203 - 211.

251. Clark P.A. Intervention theory: matching role, focus, and context.// The quality of working life. Vol. one. Problems, prospects and the state of the art./ Ed. by: L.Davis, A.B.Cherns. NY, L. Free Press, Collier Macmillan Publ. 1975. pp. 177 - 192.

252. Clausen J.A. A sociological perspective.// Mental health in a changing community./ Ed. by: R.Brockbank, D.Westby-Gibson. NY a. L. Grune a. Stratton. 1966. pp. 13 - 17.

253. Clymer R., Baum A., Krantz D.S. Preferences for self-care and involvement in health care.// Handbook of psychology and health. Vol. IV. Social psychological aspects of health./ Ed. by: A.Baum, J.E.Taylor, S.E.Singer. Hillsdale. Lawrence Erlbaum ass. 1984. pp. 149 - 166.

254. Cobb B. Why do people detour to quacks?// Patients, physicians and illness: Sourcebook in behavioral science and medicine./ Ed. by: E.G.Yaco. Glencoe. Ill. Free Press. 1958. pp. 283 - 287.

255. Cochrane A.L., Chapman P.J., Oldham P.D. Observers' errors in taking medical histories.// Lancet. No. 6662. May 5. 1951. pp. 1007 - 1009.

256. Cochrane R. The social creation of mental illness. L. a. NY. Longman. 1983. - 208 p.

257. Cochrane R., Sobol M. Life stresses and psychological consequences.// Psychological problems: The social context./ Ed. by: P.Feldman, J.Orford. Chichester. John Wiley a. Sons. 1980. pp. 151 - 182.

258. Cohen S. Evans G.W., Stokols D., Krantz D.S. Behavior, health, and environmental stress. NY a. L. Plenum Press. 1986. - X. 284 p.

259. Cohen S., McKay G. Social support, stress and the buffering hypothesis: a theoretical analysis.// Handbook of psychology and

health. Vol. IV. Social psychological aspects of health./ Ed. by: A.Baum, J.E.Taylor, S.E.Singer. Hillsdale. Lawrence Erlbaum ass. 1984. pp. 253 - 267.

260. Collan S.E. Community psychology and mental health: an analysis of strategies and a survey of training. // Community psychology: Perspectives in training and research./ Ed. by: I.Iscoe, C.D.Spielberger. NY. Appleton-Century-Crofts. 1970. pp. 33 - 57.

261. Collings G.H. The broader issue - health-care management at the individual and systems level.// Behavioral medicine: Work, stress and health./ Ed. by: D.W.Gentry, H.Benson, C.J. deWolff. Dordrecht. Martinus Nijhoff Publ. 1985. pp. 315 - 322.

262. Cooper B. Mental disorder as reaction: the history of a psychiatric concept.// Life events and psychiatric disorders: Controversial issues./ Ed. by: H.Katschnig. Cambridge. Cambridge University Press. 1986. pp. 1 - 32.

263. Cooper B., Shepherd M. Life change, stress and mental disorder: the ecological approach.// Modern trends in psychological medicine 2./ Ed. by: H.J.Price. L. Butter-worths. 1970. pp. 102 - 130.

264. Cooper C.L. Executive families under stress: How male and female managers can keep their pressures out of their homes. Englewood Cliffs. New Jersey. Prentice Hall. 1981. - 170 p.

265. Cooper C.L Coping with stress in organizations: the role of management.// Psychosocial factors at work and their relation to health./ Ed. by: R.Kalimo, M.A.El-Batawi. Geneva. World health organization. 1987. pp. 185 - 205.

266. Cooper H.M. The integrative research review: A systematic approach. Beverly Hills. SAGE Publ. 1984. -143 p.

267. Cooper H.M., Rosenthal R. Statistical versus traditional procedures for summarizing research findings.// Psychological bulletin. Vol. 87. No. 3. May 1980. pp. 442 - 449.

268. Cooperstock R. Some factors involved in the increased prescribing of psychotropic drugs.// Psychosocial disorders in general practice./ Ed. by: P.Williams, A.Clare. L. a. NY. Academic Press. Grune a. Stratton. 1979. pp. 161 - 174.

269. Copeland J. What is "case"? A case for what?// What is a case?: The problem of definition in psychiatric community surveys./ Ed. by: J.K.Wing, P.Bebbington, L.N.Robins. L. Grant McIntyre. 1981. pp. 9 - 11.

270. Cowen E.L. The community context.// Psychological problems: The social context./ Ed. by: P.Feldman, J.Oxford. Chichester. John Wiley a. Sons. 1980. pp. 311 - 340.

271. Cowen E.L. Primary prevention in mental health: past, present, and future.// Preventive psychology: Theory, research and practice./ Ed. by: R.D.Felner, L.A.Jason, J.N.Moritsugu. NY. Pergamon Press. 1983. pp. 11 - 25.

272. Cowen E.L., Trost M.A., Lorion R.P., Dorr D., Izzo L.D., Isaacson R. New ways in school mental health: Early defection and prevention of school maladaptation. NY. Human Sciences Press. 1975. - 396 p.

273. Cox T. Stress. L. Macmillan Press. 1978. - VIII. 200 p.

274. Cust G. A preventive medicine viewpoint.// Health education: Perspectives and choices./ Ed. by: I.Sutherland. L. George Allen a. Unwin. 1979. pp. 64 - 92.

275. Davis J.A. Education for positive mental health: A review of existing research and recommendations of future studies. Chicago. Aldine Publ. 1965. - XIII. 192 p.

276. Depue R.A., Monroe S.M. Life stress and human disorder: conceptualization and measurement of the disordered group.// Social support: theory, research and applications./ Ed. by: I.G.Sarason, B.R.Sarason. Dordrecht. Martinus Nijhoff Publ. 1985. pp. 303 - 320.

277. Depue R.A., Monroe S.M. Conceptualization and measurement of human disorder in life stress research: the problem of chronic disturbance.// Psychological bulletin. Vol. 99. No. 1. Jan. 1986. pp. 36 - 51.

278. Depue R.A., Monroe S.M., Shackman S.L. The psychobiology of human disease: implications for conceptualizing the depressive disorders.// The psychobiology of the depressive disorders: Implications for the effects of stress./ Ed. by: R.A.Depue. NY. Academic Press. 1979. pp. 3 - 20.

279. DeWolff C.J. Stress intervention at the organizational level.// Behavioral medicine: Work, stress and health./ Ed. by: D.W.Gentry, H.Benson, C.J. deWolff. Dordrecht. Martinus Nijhoff Publ. 1985. pp. 241 - 252.

280. DeWolff C.I. Methodological problems in stress studies.// The psychology of work and organization: Current trends and issues./ Ed. by: G.Debus, H.-W.Schroiff. Amsterdam - NY. Elsevier Science Publ. 1986. pp. 165 - 173.

281. Diener E. Subjective well-being.// Psychological bulletin. Vol. 95. No. 3. May 1984. pp. 542 - 575.

282. Dohrenwend B.P. Note on a program of research on alternative social psychological models of relationships between life stress and psychopathology.// Dynamics of stress./ Ed. by: M.H.Appley, R.Trumbull. NY a. L. Plenum Press. 1986. pp. 283 - 293.

283. Dohrenwend B.P., Dohrenwend B.S. The conceptualization and measurement of stressful life events: an overview of the is-

sues.// The psychobiology of the depressive disorders: Implications for the effects of stress./ Ed. by: R.A.Depue. NY. Academic Press. 1979. pp. 105 - 121.

284. Doyle G.W. What is behavioral medicine?// Social psychology and behavioral medicine./ Ed. by: J.R.Eiser. NY. John Wiley a. Sons. 1982. pp. 3 - 13.

285. Dubos R. Mirage of health: Utopias, progress, and biological change. NY. Harper a. Brothers Publ. 1959. - XV. 236 p.

286. Dubos R. Man adapting. New Haven a. L. Yale University Press. 1965. - XXII. 527 p.

287. Dubos R. Man, Medicine, and environment. NY. Frederick A. Praeger Publ. 1968. - 125 p.

288. Dannel K., Cartwright A. Medicine takers, prescribers and hoalders. London a. Boston. Routledge a. Kegan Paul. 1972. - VIII, 182 p.

289. Eaton M.T., Hostetter J., Hostetter M.A. Mental health and capacity for work.// Mental health and work organizations./ Ed. by: A.McLean. Chicago. Rand McNally Co. 1970. pp. 143 - 169.

290. Edwards J.R. The determinants and consequences of coping with stress.// Causes, coping and consequences of stress at work./ Ed. by: C.L.Cooper, R.Payne. Chichester. John Wiley a. Sons. 1989. pp. 233 - 263.

291. Egad K.J., Nakagawa K.H., Garber A., Jarrett M. The impact of psychological distress on the control of hypertension.// Journal of human stress. Vol. 9. No. 4. Dec. 1983. pp. 4 - 10.

292. Eiser C. The effects of chronic illness on children and their families.// Social psychology and behavioral medicine./ Ed. by: J.R.Eiser. NY. John Wiley a. Sons. 1982. pp. 459 - 481.

293. Eiser J.R. Addiction as attribution: cognitive processes in giving up smoking.// Social psychology and behavioral medicine./ Ed. by: J.R.Eiser. NY. John Wiley a. Sons. 1982. pp. 281 - 299.

294. Engel G.L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine.// Science. Vol. 196. No. 4286. Apr. 8. 1977. pp. 129 - 136.

295. Engel G.L. The biopsychosocial model and medical education: who are to be the teachers?// New England journal of medicine. Vol. 306. No. 13. Apr. 1. 1982. pp. 802 - 805.

296. Engelsmann F., Murphy H.B.M., Prince R., Leduc M., Demers H., Variations in responses to a symptom check- list by age, sex, income, residence and ethnicity.// Social psychiatry. Vol. 7. No. 3. Nov. 1972. pp. 150 - 156.

297. Epstein L.H., Ossip D.I. Health care delivery: a behavioral perspective.// Behavioral approaches to medicine: Application and analysis./ Ed. by: J.R.McNamara. NY. a. L. Plenum Press. 1979. pp. 9 - 32.

298. Erickson S.K., Erickson M.S. Family mediation casebook: Theory and process. NY. Brunner/Mazel Publ. 1988. - XVI. 231 p.

299. Evans R.J. Behavioral medicine: a new applied challenge to social psychologists.// Applied social psychology annual. Vol. 1./ Ed. by L.Bickman. Beverly Hills a. L. Sage Publ. 1980. pp. 279 - 305.

300. Farquhar J.W., Maccoby N., Solomon D.S. Community applications of behavioral medicine.// Handbook of behavioral medicine./ Ed. by D.W.Gentry. NY. Guilford Press. 1984. pp. 437 - 478.

301. Faucheux C., Amado G., Laurent A. Organizational development and change.// Annual review of psychology. Vol. 33. 1982. pp. 343 - 370.

302. Felner R.D. Vulnerability in childhood: a preventive framework for understanding children's efforts to cope with life stress and transitions.// Prevention of problems in childhood: Psychological research and applications./ Ed. by: M.C.Roberts, L.Peterson. NY a. Chichester. John Wiley a. Sons. 1984. pp. 133 - 169.

303. Felner R.D., Farber S.S., Primavera J. Transitions and stressful life events: a model for primary prevention.// Preventive psychology: Theory, research and practice./ Ed. by: R.D.Felner, L.A.Jason, J.N.Moritsugu. NY. Pergamon Press. 1983. pp. 199 - 215.

304. Fichter M.M., Witzke W., Leibl K., Hippus H. Psychotropic drug use in a representative community sample: the Upper Bavarian study.// Acta psychiatrica Scandinavica. Vol. 80. No. 1. July 1989. pp. 68 - 77.

305. Field D. The social definition of illness.// Basic readings in medical sociology./ Ed. by: D.Tuckett, J.M.Konfert. L. Tavistock. 1978. pp. 334 - 366.

306. Fielding J.E. Evaluations, results, and problems of work-site health promotion programs.// Health and industry: A behavioral medicine perspective./ Ed. by: M.F.Catalgo, T.J.Coates. NY. John Wiley a. Sons. 1986. pp. 373 - 396.

307. Fielding J.E. The challenges of work-place health promotion.// Health at work./ Ed. by: S.M.Weiss, J.E.Fielding, A.Baum. Hillsdale. New Jersey. Lawrence Erlbaum Ass. Publ. 1991. pp. 13 - 28.

308. Finlay-Jones R. The diagnosis of a case by a global rating method.// What is a case?: The problem of definition in psychiatric community surveys./Ed. by: J.K.Wing, P.Bebbington, L.N.Robins. L. Grant McIntyre. 1981. pp. 70 - 75.

309. Fishbein M. Social psychological analysis of smoking behavior.// Social psychology and behavioral medicine./ Ed. by: J.R.Eiser. NY. John Wiley a. Sons. 1982. pp. 179 - 197.

310. Flanders P.A., McNamara J.R. Compliance issues in medicine and psychotherapy.// Critical issues, developments, and trends in professional psychology. Vol. 2./ Ed. by: J.R.McNamara. NY. Praeger Publ. 1984. pp. 155 - 196.

311. Flynn K. The toll of deinstitutionalization.// Health care of homeless people./ Ed. by: P.W.Brickner, L.K.Scharer, B.Conanan, A.Elvy, M.Savarese. NY. Springer Publ. 1985. pp. 189 - 203.

312.Folkman S. Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis.// Journal of personality and social psychology. Vol. 46. No. 4. Apr. 1984. pp. 839 - 852.

313. Foote A., Erfurt J.C. Prevention in industrial setting: the employee assistance program.// Prevention in mental health: Research, policy, and practice./ Ed. by: R.H.Price, R.F.Ketterer, B.C.Bader, J.Monahan. Beverly Hills a. L. AGE Publ. 1980. pp. 151 - 165.

314.Frankenhaeuser M. Sex differences in reactions to psychosocial stressors and psychoactive drugs.// Society, stress, and disease. Vol. 3. The productive and reproductive age-mal/femal roles and relationships./ Ed. by: L.Levi. NY a. Toronto. Oxford University Press. 1978. pp. 135 - 140.

315. Frankenhaeuser M. A psychobiological framework for research on human stress and coping.// Dynamics of stress./ Ed. by: M.H.Appley, R.Trumbull. NY a. L.Plenum Press. 1986. pp. 101 - 115.

316. Frederiksen L., Rainwater N. Explosive behavior: a skill development approach to treatment.// Violent behavior: Social learn-

ing approaches to prediction, management and treatment./ Ed. by: R.B.Stuart. NY. Brunner/Mazel Publ. 1981. pp. 265 - 288.

317. Fredgold R.F. Human relations in modern industry. L. University Paperbacks. 1965. - 190 p.

318. Frese M. Coping as a moderator and mediator between stress at work and psychosomatic complaints.// Dynamics of stress./ Ed. by: M.H.Appley, R.Trumbull. NY a. L. Plenum Press. 1986. pp. 183 - 220.

319. Frese M. Stress at work and psychosomatic complaints: a causal interpretation.// Industrial and organizational psychology. Vol. 2./ Ed. by: C.L.Cooper. NY. A New York University Press. 1991. pp. 358 - 372.

320. Frese M., Zap D. Methodological issues in the study of work stress: objective vs subjective measurement of work stress and the question of longitudinal studies.// Causes, coping and consequences of stress at work./ Ed. by: C.L.Cooper, R.Payne. Chichester. John Wiley a. Sons. 1989. pp. 375 - 411.

321. Freudenberg R.K. Mental health education.// Health education: Perspectives and choices./ Ed. by: I.Sutherland. L. George Allen a. Unwin. 1979. pp. 156 - 177.

322. Friedman M., Rosenman R.H. The key cause - type a behavior pattern.// Stress and coping: An anthology./ Ed. by: A.Monat, R.S.Lazarus. NY. Columbia University Press. 1977. pp. 203 - 212.

323. Geersten R. Social group characteristics and health behavior.// Health behavior: Emerging research perspectives./ Ed. by: D.S.Gochman. NY a. L. Plenum Press. 1988. pp. 131 - 148.

324. Gentry D.W. Anger management and work stress: healthy and unhealthy styles.// Behavioral medicine: Work, stress and health./

Ed. by: D.W.Gentry, H.Benson, C.J. deWolff. Dordrecht. Martinus Nijhoff Publ. 1985. pp. 205 - 217.

325. Gentry D.W., Cobasa S.C.Q. Social and psychological resources mediating stress - illness relationships in humans.// Handbook of behavioral medicine./ Ed. by: D.W.Gentry. NY. Guilford Press. 1984. pp. 87 - 116.

326. Glass D.C., Singer J.E. Urban stress: Experiments on noise and social stressors. NY a. L. Academic Press. 1972. - XIII. 182 p.

327. Gochman D.S. Health behavior: plural perspectives.// Health behavior: Emerging research perspectives./ Ed. by: D.S.Gochman. NY a. L. Plenum Press. 1988. pp. 3 - 17.

328. Goldberg D. Estimating the prevalence of psychiatric disorder from the results of screening test.// What is a case?: The problem of definition in psychiatric community surveys./ Ed. by: J.K.Wing, P.Bebbington, L.N.Robins. L. Grant McIntyre. 1981. pp. 129 - 136.

329. Goldberg D.P., Blackwell B. Psychiatric illness in general practice: a detailed study using a new method of case identification.// Psychosocial disorders in general practice./ Ed. by: P.Williams, A.Clare. L. a. NY. Academic Press. Grune a. Stratton. 1979. pp. 15 - 27.

330. Gordon J.S. Mental health services: alternatives now and for the future.// Toward a new definition of health: Psychosocial dimensions./ Ed. by: P.I.Ahmed, G.V.Coelho. NY. a. L. Plenum Press. 1979. pp. 411 - 427.

331. Gore S. Social support and styles coping with stress.// Social support and health./ Ed. by: S.Cohen, L.S.Syme. Orlando. Academic Press. 1985. pp. 263 - 278.

332. Gormly J., Edelberg W. Validity in personality trait attribution.// American psychologist. Vol. 29. No. 3. March 1974. pp. 189 - 193.

333. Gottlieb B.H. Social support and community mental health.// Social support and health./ Ed. by: S.Cohen, L.S.Syme. Orlando. Academic Press. 1985. pp. 303 - 326.

334. Graham D.T., Stevenson I. Disease as response to life stress: I. The nature of the evidence.// The psychological basis of medical practice./ Ed. by: H.I.Lief, V.F.Lief, N.R.Lief. NY. Harper a. Row Publ. 1963. pp. 115 - 136.

335. Graham S. Socioeconomic status, illness, and the use of medical services.// Patients, physicians and illness: Sourcebook in behavioral science and medicine./ Ed. by: E.G.Yaco. Glencoe. Ill. Free Press. 1958. pp. 129 - 133.

336. Granwell-Ward J. Managing stress. Gower. Alder-shot. 1987. - 165 p.

337. Greeno C.G., Wing R.R. Stress-induced eating.// Psychological bulletin. Vol. 115. No. 3. May 1994. pp. 444 - 464.

338. Greenspan S.I. Psychopathology and preventive intervention in infancy: a clinical developmental research approach.// Risk in intellectual and psychosocial development./ Ed. by: D.C.Farran, J.D.McKinney. Orlando. Academic Press. 1986. pp. 129 - 167.

339. Grinker R.R. Psychosomatic concepts. NY: Jason Aronson. 1973. - XIII. 219 p.

340. Grinker R.R. Inadequacies of contemporary psychiatric diagnosis.// Psychiatric diagnosis./ Ed. by: V.M.Rakoff, H.C.Stancer, H.B.Kedward. L. Macmillan Press. 1978. pp. 69 - 83.

341. Groen J.J. Social change and psychosomatic disease.// Society, stress and disease. Vol. 1. Psychosocial environment and psy-

chromosomal diseases./ Ed. by: L.Levi. London. Oxford University Press. 1971. pp. 91 - 109.

342. Gruenberg E.M. Socially shared psychopathology.// Explorations in social psychiatry./ Ed. by: A.H.Leighton, J.A.Clausen, R.N.Wilson. NY. Basic Books. 1957 pp. 201 - 225.

343. Guze S.B. Differential diagnosis of the border-line personality syndrome.// Borderline states in psychiatry./ Ed. by: J.E.Mack. NY. Grune a. Stratton. 1975. pp. 69 - 74.

344. Hamburg B.A. Early adolescence as a life stress. // Coping and health./ Ed. by: S.Levine, H.Ursin. NY a. L. Plenum Press. 1980. pp. 121 - 143.

345. Hamburg D.A., Elliott G.R., Parron D.L. Health and behavior: Frontiers of research in the biobehavioral sciences. Washington. National Academy Press. 1982. - XIII. 359 p.

346. Harris M.R. A psychiatric perspective.// Mental health in a changing community./ Ed. by: R.Brockbank, D.Westby-Gibson. NY a. L. Grune a. Stratton. 1966. pp. 7 - 12.

347. Hart T.J. The inverse care law.// Lancet. No. 7696. Febr. 27. 1971. pp. 405 - 412.

348. Harvey P. Stress and health.// Health psychology: Processes and applications./ Ed. by: A.K.Broome. L. a. NY. Chapman a. Hall. 1989. pp. 24 - 33.

349. Haskell W.L. Exercise programs for health promotion.// Prevention in health psychology./ Ed. by: J.C.Rosen, L.I.Solomon. Hanover a. L. University Press of New England. 1985. pp. 111 - 129.

350. Haynes B.R. Determinants of compliance: the disease and the mechanics of treatment.// Compliance in health care./ Ed. by: B.R.Haynes, W.D.Taylor, D.L.Sackett. Baltimore. Johns Hopkins University Press. 1979.pp. 49 - 62.

351. Heckman J.J. Sample selection bias as a specification error.// *Econometrics*. Vol. 47. No. 1. Jan. 1979. pp. 153 - 161.

352. Heller K., Monahan J. *Psychology and community change*. Homewood. Ill. Dorsey Press. 1977. - XIX. 433 p.

353. Henderson J.B., Hall S.M., Lipton H.L. *Changing self-destructive behaviors*.// *Health psychology - a handbook: Theories, applications, and challenges of a psychological approach to the health care system*./ Ed. by: G.C.Stone, F.Cohen, N.E.Adler. San Francisco. Jossey-Bass Publ. 1979. pp. 141 - 160.

354. Henderson S. Significance of social relationships in the etiology of neurosis.// *The place of attachment in human behavior*./ Ed. by: C.M.Parkes, J. Stevenson-Hinde. L. a. NY. Tavistock Publ. 1982. pp. 205 - 231.

355. Hinkle L.E., Wolff H.C. *Health and the social environment: experimental investigations*.// *Explorations in social psychiatry*./ Ed. by: A.H.Leighton, J.A.Clausen, R.N.Wilson. NY. Basic Books. 1957. pp. 105 - 132.

356. Hinton J.W. *Psychophysiology of stress and personal coping styles*.// *Social psychophysiology and emotion: Theory and clinical applications*./ Ed. by: H.L.Wagner. Chichester. John Wiley a. Sons. 1988. pp. 175 - .

357. Hodgson R., Stockwell T. *The theoretical and empirical basis of the alcohol dependence model: a social learning perspective*.// *The misuse of alcohol: Clinical issues in dependence, treatment a. prevention*./ Ed. by: N.Heather, J.Robertson, P.Davies. L. a. Sidney. 1985. pp. 17 - 34.

358. Holmes T.H., Rahe R.H. *The social readjustment rating scale*.// *Journal of psychosomatic research*. Vol. 11. No. 4. 1967. pp. 213 - 218.

359. Hore B.D. Alcohol and alcoholism: the impact on work.// Alcoholism: new knowledge and new responses./ Ed. by: G.Edwards, M.Grant. L. Croom Helm. 1977. pp. 244 - 250.

360. House J.S. The effects of occupational stress on physical health.// Work and the quality of life: Resource paper for work in America./ Ed. by: J.O'Toole. W.E. Upjohn Institute for employment research. 1974. pp. 145 - 170.

361. House J.S., Jackman M.F. Occupational stress and health.// Toward a new definition of health: Psychosocial dimensions./ Ed. by: P.I.Ahmed, G.V.Coelho. NY. a. L. Plenum Press. 1979. pp. 135 - 158.

362. Howell M.C. What medical schools teach about women.// New England journal of medicine. Vol. 291. No. 6. Aug. 8. 1974. pp. 304 - 307.

363. Hughes D. Everyday and medical knowelige in categorizing patients.// Health care and health knowledge./ Ed. by: R.Dingwall, C.Heath, M.Reid, M.Stacey. L. Croom Helm. 1977. pp. 128 - 140.

364. Hulin C.L., Blood M.R. Job enlargement, individual differences, and worker responses.// Psychological bulletin. Vol. 69. No. 1. Jan. 1968. pp. 41 - 55.

365. Hulka B.S. Patient-clinician interactions and compliance.// Compliance in health care./Ed. by: B.R.Haynes, W.D.Taylor, D.L.Sackett. Baltimore. Johns Hopkins University Press. 1979. pp. 63 - 77.

366. Iscoe I. Community psychology and the competent community.// American psychologist. Vol. 29. No. 8. Aug. 1974. pp. 607 - 613.

367. Ivanevich J.M., Matteson M.T. Promoting the individual's health and well-being.// Causes, coping and consequences of stress

at work./ Ed. by: C.L.Cooper, R.Payne. Chichester. John Wiley a. Sons. 1989. pp. 267 - 299.

368. Janis I.L. Preventing pathogenic denial by means of stress inoculation.// The denial of stress./ Ed. by: S.Breznitz. NY. International Universities Press. 1983. pp. 35 - 76.

369. Jenkins R., Shepherd M. Mental illness and general practice.// Mental illness: changes and trends./ Ed. by: P.Bean. Chichester. John Wiley a. Sons. 1983. pp. 379 - 409.

370. Kagan A. Epidemiology and society, stress and disease.// Society, stress and disease. Vol. 1. Psychosocial environment and psychosomatic diseases./ Ed. by: L.Levi. London. Oxford University Press. 1971. pp. 36 - 48.

371.Kagan A. Pathogenic aspects of sex roles and relationships: epidemiological considerations.// Society, stress, and disease. Vol. 3. The productive and reproductive age-mal/femal roles and relationships./ Ed. by: L.Levi. NY a. Toronto. Oxford University Press. 1978^a. pp. 143 - 148.

372. Kagan A. Epidemiologist's aid to the evaluation of preventive health action.// Society, stress, and disease. Vol. 3. The productive and reproductive age-mal/femal roles and relationships./ Ed. by: L.Levi. NY a. Toronto. Oxford University Press. 1978^b. pp. 205 - 211.

373. Kahana R.J., Bibring G.L. Personality types in medical management.// Psychiatry and medical practice in a general hospital./ Ed. by: N.E.Zinberg. NY. International Universities Press. 1964. pp. 108 - 123.

374. Kahn R.L. Work and health. NY. John Wiley a. Sons. 1981. - XVI. 198 p.

375. Kahn R.L., Quinn R.P. Role stress: a framework for analysis.// Mental health and work organizations./ Ed. by: A.McLean. Chicago. Rand McNally Co. 1970. pp. 50 - 115.

376. Kahn R.L., Wolfe D.M., Quinn R.P., Snoek I.D., Rosenthal R.A. Organizational stress: Studies in role conflict and ambiguity. NY. John Wiley a. Sons. 1964. - XII. 470 p.

377. Kahn T.C., Cameron J.T., Giffen M.B. Methods and evaluation in clinical and counseling psychology. NY. Pergamon Press. 1975. - 329 p.

378. Kaplan H.B. The sociology of mental illness. New Haven. Conn. College a. University Press Publ. 1972. -220 p.

379. Kaplan R.M. Quality of life measurement.// Measurement strategies in health psychology./ Ed. by: P.Karoly. NY. John Wiley a. Sons. 1985^a. pp. 115 - 146.

380. Kaplan R.M. Social support and social health: is it time to rethink the WHO definition of health.// Social support: theory, research and applications./ Ed. by: I.G.Sarason, B.R.Sarason. Dordrecht. Martinus Nijhoff Publ. 1985^b pp. 96 - 113.

381. Kasl S.V. Work and mental health.// Work and the quality of life: Resource paper for work in America./Ed. by: J.O'Toole. W.E. Upjohn Institute for employment research. 1974. pp. 171 - 196.

382. Kasl S.V. The impact of retirement.// Current concerns in occupational stress./ Ed. by: C.L.Cooper, R.Payne. NY a. Chichester. John Wiley a. Sons. 1980. pp. 137 - 186.

383. Kasl S.V. Strategies of research on economic instability and health.// Influence of economic instability on health./ Ed. by: J.John, D.Schwefel, H.Zollner. Berlin. Springer-Verlag. 1983. pp. 338 - 370.

384. Kasl S.V., Cobb S. Health behavior, illness behavior, and sick - role behavior. I. Health and illness behavior.// Archives of environmental health. Vol. 12. No. 2. Feb. 1966^a. pp. 246 - 266.

385. Kasl S.V., Cobb S. Health behavior, illness behavior, and sick - role behavior. II. Sick - role behavior. // Archives of environmental health. Vol. 12. No. 4. Apr. 1966^b. pp. 531 - 541.

386. Kazdin A.E. Adolescent mental health: prevention and treatment programs.// American psychologist. Vol. 48. No. 2. Feb. 1993. pp. 127 - 141.

387. Kearns J.L. Stress in industry. Letchworth. Priory Press. 1973. - 160 p.

388. Keir S., Lauzon R. Physical activity in a healthy lifestyle.// Behavioral medicine: Changing health lifestyles./ Ed. by: P.O.Davidson, S.M.Davidson. NY. Brunner- Mazel. Publ. 1980. pp. 334 - 350.

389. Keller M. The troubled employee approach.// Alcohol problems: reviews, research and recommendations./ Ed. by: D.Robinson. L. a. Basingstoke. Macmillan Press. 1979. pp. 162 - 171.

390. Kelly B.A. A media role for public health compliance?// Compliance in health care./ Ed. by: B.R.Haynes, W.D.Taylor, D.L.Sackett. Baltimore. Johns Hopkins University Press. 1979. pp. 193 - 201.

391. Kenny D.A. Cross-lagged panel correlation: a test for spuriousness.// Psychological bulletin. Vol. 82. No. 6. Nov. 1975. pp. 887 - 903.

392. Kiesler C.A. Policy implications of research on social support and health.// Social support and health./ Ed. by: S.Cohen, L.S.Syme. Orlando. Academic Press. 1985. pp. 347 - 346.

393. Klein D.F. Psychopharmacology and the borderline patient.// Borderline states in psychiatry./ Ed. by: J.E.Mack. NY. Grune a. Stratton. 1975. pp. 75 - 91.

394.Komaki J.L., Jensen M. Within-group designs: an alternative to traditional control-group design.// Health and industry: A behavioral medicine perspective./ Ed. by: M.F.Catalgo, T.J.Coates. NY. John Wiley a. Sons. 1986. pp. 86 - 139.

395. Koos E.L. The health of Regionville: What the people thought and did about it. NY. Columbia University Press. 1954. - XIV. 177 p.

396. Kosa J., Robertson L.S. The social aspects of health and illness.// Poverty and health: A sociological analysis./ Ed. by: J.Kosa, A.Antonovsky, I.K.Zola. Cambridge. Mass. Harvard University Press. 1969. pp. 35 - 68.

397. Kutash S.B. Dealing with emotional disturbances in industry.// Industrial mental health and employee counseling./ Ed. by: R.L.Noland. NY. Behavioral Publications. 1973. pp. 26 - 37.

398. Laird J.D., Wagener J.J., Halal M., Szgda M. Remembering what you fell: effects of emotion on memory.// Journal of personality and social psychology. Vol. 42. No. 4. Apr. 1982. pp. 646 - 657.

399. Lane R. Sociological aspects of mental well-being.// Mental health in a changing community./ Ed. by: R.Brockbank, D.Westby-Gibson. NY a. L. Grune a. Stratton. 1966. pp. 43 - 45.

400.Lasry J.-C.M. Cross-cultural comparisons of a mental health scale.// Applied cross-cultural psychology./ Ed. by: J.W.Berry, W.J.Lonner. Amsterdam. Swets a. Zeitlinger B.V. 1975. pp. 123 - 129.

401.Lazarus R.S. Psychological stress and coping in adaptation and illness.// Psychosomatic medicine: Current trends and clinical

applications./ Ed. by: Z.J.Lipowski, D.R.Lipsitt, P.C.Whybrow. NY. Oxford University Press. 1977. pp. 14 - 26.

402.Lazarus R.S., Folkman S. Cognitive theories of stress and the issue of circularity.// Dynamics of stress./ Ed. by: M.H.Appley, R.Trumbull. NY a. L. Plenum Press. 1986. pp. 63 - 80.

403. Lefcourt H.M. Personality and locus of control. // Human helplessness: Theory and applications./ Ed. by: J.Garber, M.E.P.Seigman. NY. Academic Press. 1980. pp. 245 - 259.

404. Lefcourt H.M. Intimacy, social support, and locus of control as moderators of stress.// Social support: theory, research and applications./ Ed. by: I.G.Sarason, B.R.Sarason. Dordrecht. Martinus Nijhoff Publ. 1985. pp. 155 - 171.

405. Leigh H., Reiser M.F. The patient: Biological, psychological, and social dimensions of medical practice. 2-nd ed. NY a. L. Plenum Medical Book. 1985. - XXX. 457 p.

406. Leventhal H., Cleary P.D. The smoking problem: a review of the research and theory in behavioral risk modification.// Psychological bulletin. Vol. 88. No. 2. Sept. 1980. pp. 370 - 405.

407. Leventhal H., Hirschman R.S. Social psychology and prevention.// Social psychology of health and illness./ Ed. by: G.S.Sanders, J.Suls. Hillsdale. Lawrence Erlbaum ass. 1982. pp. 183 - 226.

408. Leventhal H., Meyer D., Nerenz D. The common sense representation of illness danger.// Contributions to medical psychology. Vol. 2./ Ed. by: S. Rachman. Oxford. Pergamon Press. 1980. pp. 7 - 30.

409. Leventhal H., Nerenz D.R. The assessment of illness cognition.// Measurement strategies in health psychology./ Ed. by: P.Karoly. NY. John Wiley a. Sons. 1985. pp. 517 - 554.

410. Leventhal H., Nerenz D.R., Steele D.J. Illness representations and coping with health threats.// Handbook of psychology and health. Vol. IV. Social psychological aspects of health./ Ed. by: A.Baum, J.E.Taylor, S.E.Singer. Hillsdale. Lawrence Erlbaum ass. 1984. pp. 219 - 252.

411. Leventhal H., Prohaska T.R., Hirschman R.S. Preventive health behavior across the life span.// Prevention in health psychology./ Ed. by: J.C.Rosen, L.I.Solomon. Hanover a. L. University Press of New England. 1985. pp. 191 - 135.

412.Levi L. Preventing work stress. Reading. Mass. Addison-Wesley Publ. 1981. - XVIII. 151 p.

413.Levi L., Rowitz L. The ecology of mental disorder. NY. Behavioral Publ. 1973. - XX. 209 p.

414. Ley P. The psychology of obesity: its causes, consequences, and control.// Contributions to medical psychology. Vol. 2./ Ed. by: S. Rachman. Oxford. Pergamon Press. 1980. pp. 181 - 213.

415.Lupton T. Industrial behaviour and personnel management. L. Institute of Personnel Management. 1964. - 59p.

416.Mabry J.H. Lay concepts of etiology.// Journal of chronic diseases. Vol. 17. No. 4. Apr. 1964. pp. 371 - 386.

417. Maccoby N., Alexander J. Use of media in life-style programs.// Behavioral medicine: Changing health life-styles./ Ed. by: P.O.Davidson, S.M.Davidson. NY. Brunner- Mazel. Publ. 1980. pp. 351 - 370.

418. MacLeod A.G.S. EAP`s and blue collar stress.// Job stress and blue collar work./ Ed. by: C.L.Cooper, M.I.Smith. Chichester. John Wiley a. Sons. 1985, pp. 185 - 193.

419. Madsen W. Value conflicts and folk psychotherapy in South Texas.// Magic, faith, and healing: Studies in primitive psychiatry today./ Ed. by: A.Kiev. NY. Free Press. 1964. pp. 420 - 440.

420. Mahoney M., Arnkoff D.B. Self-management.// Behavioral medicine: Theory and practice./ Ed. by: O.F.Pomerleau, J.P.Brady. Baltimore. Williams a. Wilkins. 1979. pp. 75 - 96.

421.Marteau T.M. Health beliefs and attributions.// Health psychology: Processes and applications./ Ed. by: A.K.Broome. L. a. NY. Chapman a. Hall. 1989. pp. 1 - 23.

422.Martin J.E., Dubbert P.M. Exercise applications and promotion in behavioral medicine: current status and future directions.// Journal of consulting and clinical psychology. Vol. 50. No. 6. Dec. 1982. pp. 1004 - 1017.

423. Mason T. Program development and design in work-site health promotion.// Health at work./ Ed. by: S.M.Weiss, J.E.Fielding, A.Baum. Hillsdale. New Jersey. Lawrence Erlbaum Ass. Publ. 1991. pp. 137 - 143.

424. Massarik F. Human experience, phenomenology, and the process of deep sharing.// Human systems development: New perspectives on people and organizations./ Ed. by: R.Tannenbaum, N.Margulies, F.Massarik a. ass. San Francisco a. L. Jossey-Bass Publ. 1985. pp. 26 - 41.

425. Matarazzo J.D. Behavioral immunogens and pathogens in health and illness.// Psychology and health. Master lecturers./ Ed. by: B.L.Hammonds, C.J.Scheirer. Washington. American Psychological Association. 1984. pp. 5 - 43.

426.McGrath J.E. A conceptual formulation for research on stress.// Social and psychological factors in stress./ Ed. by: J.E.McGrath. NY. Holt, Rinehart a Winston. 1970^a. pp. 10 - 21.

427. McGrath J.E. Major substantive issues: time, setting, and the coping process.// Social and psychological factors in stress./ Ed. by: J.E.McGrath. NY. Holt, Rinehart a. Winston. 1970^b. pp. 22 - 40.

428. McGrath J.E. Major methodological issues.// Social and psychological factors in stress./ Ed. by: J.E.McGrath. NY. Holt, Rinehart a. Winston. 1970^c. pp. 41 - 57.

429. McGrath J.E. Settings, measures, and themes: an integrative review of some research on social-psychological factors in stress.// Social and psychological factors in stress./ Ed. by: J.E.McGrath. NY. Holt, Rinehart a. Winston. 1970^d. pp. 58 - 96.

430. McGron R., Budd J. Mass communication and health education.// Health education: Perspectives and choices./ Ed. by: I.Sutherland. L. George Allen a. Unwin. 1979. pp. 199 - 216.

431. McGuire W.I. Communication and social influence process.// Psychological problems: The social context./ Ed. by: P.Feldman, J.Orford. Chichester. John Wiley a. Sons. 1980. pp. 341 - 365.

432. McLean A.A., Taylor G.C. Mental health in industry. NY. McGraw-Hill Book. 1958. - XVI. 262 p.

433. McLean P. Alcoholism.// Mental illness: changes and trends./ Ed. by: P.Bean. Chichester. John Wiley a. Sons. 1983. pp. 297 - 328.

434. McPherson I. General practice: the contribution of clinical psychology.// Health psychology: Processes and applications./ Ed. by: A.K.Broome. L. a. NY. Chapman a. Hall. 1989. pp. 277 - 294.

435. McQueen D.V. Directions for research in health behaviour related to health promotion: an overview.// Health behaviour research and health promotion./Ed. by: R.Anderson, J.Davies,

I.Kickbusch, D.V.McQueen, J.Turner. Oxford. Oxford University Press.
1988. pp. 251 - 265.

436. McWhinney J.R. Beyond diagnosis: an approach to the integration of behavioral science and clinical medicine. // New England journal of medicine. Vol. 287. No. 8. Aug. 24. 1972. pp. 384 - 387.

437. Mechanic D. The concept of illness behavior.// Journal of chronic diseases. Vol. 15. No. 2. Feb. 1962. pp. 189 - 194.

438. Mechanic D. Medical sociology: A selective view. L. a. NY. Collier-Macmillan. Free Press. 1968. - VIII. 504 p.

439. Mechanic D. Illness and cure.// Poverty and health: A sociological analysis./ Ed. by: J.Kosa, A.Antonovsky, I.K.Zola. Cambridge. Mass. Harvard University Press. 1969. pp. 191 - 214.

440. Mechanic D. Social psychological factors affecting the presentation of bodily complaints.// New England journal of medicine. Vol. 286. No.21. May 25. 1972. pp. 1132 - 1139.

441. Mechanic D. Health and behavior: perspectives on risk prevention.// Prevention in health psychology./ Ed. by: J.C.Rosen, L.I.Solomon. Hanover a. L. University Press of New England. 1985. pp. 6 - 17.

442. Melamed B.G. Health intervention: collaboration for health and science.// Psychology and health. Master lecturers./ Ed. by: B.L.Hammonds, C.J.Scheirer. Washington. American Psychological Association. 1984. pp. 45 - 119.

443. Mellinger G.D., Balter M.B., Manheimer D.I., Cisin I.H., Parry H.J. Psychic distress, life crisis, and use of psychotherapeutic medications: national household survey data.// Archives of general psychiatry. Vol. 35. No. 9. Sept. 1978. pp. 1045 - 1052.

444. Mellinger G.D., Balter M.B., Parry H.J., Manheimer D.I., Cisin I.H. An overview of psychotherapeutic drug use in the United

States.// Drug use: epidemiological and sociological approaches./Ed.by: E.Josephson, E.E.Carrol. Washington. Hemisphere Publ. 1974. pp. 333 - 366.

445.Mendelsohn H. Which shall it be: mass education or mass persuasion for health?// American journal of public health and the nation`s health. Vol. 58. No. 1. Jan. 1968. pp. 131 - 137.

446.Miller N.E. Behavioral medicine: symbiosis between laboratory and clinic.// Annual review of psychology. Vol. 34. 1983. pp. 1 - 31.

447. Miller S.M. Why having control reduces stress: if I can stop the roller coaster, I don't want to get off. // Human helplessness: Theory and applications./ Ed. by: J.Garber, M.E.P.Seligman. NY. Academic Press. 1980. pp. 71 - 95.

448. Millman S. Anxiety, comprehension, and susceptibility to social influence.// Journal of personality and social psychology. Vol. 9. No. 3. July 1968. pp. 251 - 256.

449. Mirowsky J., Ross C.E. Psychiatric diagnosis as reified measurement.// Journal of health and social behavior. Vol. 30. No. 1. March. 1989. pp. 11 - 25.

450. Morris J.N. Uses of epidemiology. 2-nd ed. Baltimore. Williams a. Wilkins. 1964. - VIII. 338 p.

451.Mueller E.C., Cohen D. Peer therapies and the little latency: a clinical perspective.// Process and outcome in peer relationships./ Ed. by: E.C.Mueller, C.R.Cooper. Orlando. Academic Press. 1986. pp. 161 - 183.

452. Murphy L.R. Individual coping strategies.// Job stress and blue collar work./ Ed. by: C.L.Cooper, M.I.Smith. Chichester. John Wiley a. Sons. 1985. pp. 225 - 239.

453. Myers J.A. Solutions from the behavioral sciences.// To work is human: mental health and the business community./ Ed. by: A.McLean. NY, L. Macmillan Co. Collier-Macmillan Ltd. 1967. pp. 82 - 102.

454. Naditch M.P. Staywell: evolution of a behavioral medicine program in industry.// Health and industry: A behavioral medicine perspective./ Ed. by: M.F.Catalgo, T.J.Coates. NY. John Wiley a. Sons. 1986. pp. 323 - 337.

455. Nathan P.E. Prevention of alcoholism: a history of failure.// Prevention in health psychology./ Ed. by: J.C.Rosen, L.I.Solomon. Hanover a. L. University Press of New England. 1985. pp. 34 - 71.

456. Notkin H., Brightman J.J., Brumfield W.A., Dorsey S.M., Solomon H.S. Knowledge and utilization of health resources by public assistance recipients. II. Reported illness and therapeutic services.// American journal of public health and the nation's health. Vol. 48. No. 3. March 1958. pp. 319 - 327.

457. O'Donnel J.A. The methodology of retrospective studies.// The epidemiology of drug dependence. Copenhagen. World Health Organization. 1973. pp. 31 - 34.

458. O'Leary K.D. The assessment of psychopathology in children.// Psychopathological disorders of childhood./ Ed. by: H.C.Quay, J.S.Werry. NY. John Wiley a. Sons. 1972. pp. 234 - 272.

459. Offer D., Sabshin M. Normality: Theoretical and clinical concepts of mental health. NY a. L. Basic Books. 1966. - XII. 253 p.

460. Parkes C.M. Attachment and the prevention of mental disorders.// The place of attachment in human behavior./ Ed. by: C.M.Parkes, J.Stevenson-Hinde. L. a. NY. Tavistock Publ. 1982. pp. 295 - 309.

461. Parkes K.R. Locus of control, cognitive appraisal, and coping in stressful episodes.// Journal of personality and social psychology. Vol. 46. No. 3. March 1984. pp. 655 - 668.

462. Parsons T. Definitions of health and illness in the light of American values and social structure.// Patients, physicians and illness: Sourcebook in behavioral science and medicine./ Ed. by: E.G.Yaco. Glencoe. Ill. Free Press. 1958. pp. 165 - 187.

463. Pasamanick B. What is mental illness and how can we measure it?// The definition and measurement of mental health./ Ed. by: S.B.Sells. U.S. Department of Health. Education and Welfare. 1968. pp. 30 - 46.

464. Patterson A.H. Methodological developments in environment-behavioral research.// Perspectives of environment and behavior: Theory, research, and applications./ Ed. by: D.Stokols. NY a. L. Plenum Press. 1977. pp. 325 - 344.

465. Patterson G.R., Cobb J. A. Stimulus control for classes of noxious behaviors.// The control of aggression: implications from basic research./ Ed. by: J.F.Knutson. Chicago. Aldine Publ. 1973. pp. 145 - 199.

466. Patterson G.R., Cobb J. A., Ray R.S. Training parents to control an aggressive child.// Violence in the family./ Ed. by: S.Steinmetz, M.A.Straus. NY a. Toronto. Dodd, Mead a. Co. 1974. pp. 308 - 314.

467. Payne R. Individual differences in the study of occupational stress.// Causes, coping and consequences of stress at work./ Ed. by: C.L.Cooper, R.Payne. Chichester. John Wiley a. Sons. 1989. pp. 207 - 232.

468. Pelletier K.R., Lutz R.W. Healthy people - healthy business: a critical review of stress management programs in the work-

place.// Health at work./ Ed. by: S.M.Weiss, J.E.Fielding, A.Baum. Hillsdale. New Jersey. Lawrence Erlbaum Ass. Publ. 1991. pp. 189 - 204.

469. Pendergrass V. Women as clinicians in private practice.// American psychologist. Vol. 29. No. 7. July 1974. pp. 533 - 535.

470. Phares E.I. Clinical Psychology: Concepts, methods, and profession. Homewood. Dorsey Press. 1979. - 609 p.

471. Pierret J. What social groups think they can do about health.// Health behaviour research and health promotion./ Ed. by: R.Anderson, J.Davies, I.Kickbusch, D.V.McQueen, J.Turner. Oxford. Oxford University Press. 1988. pp. 45 - 52.

472. Plant M.A. Occupations, drinking patterns and alcohol-related problems: conclusions from a follow-up study.// British journal of addiction to alcohol and other drugs. Vol. 74. No. 3. Sept. 1979. pp. 267 - 274.

473. Pomerleau O.F., Brady J.P. Introduction: the scope and promise of behavioral medicine.// Behavioral medicine: Theory and practice./ Ed. by: O.F.Pomerleau, J.P.Brady. Baltimore. Williams a. Wilkins. 1979. pp. XI - XXVI.

474. Powell G.E. Personality.// The scientific principles of psychopathology./ Ed. by: P.McGuffin, M.F.Shanks, R.J.Hodgson. L. Grune a. Stratton. 1984. pp. 409 - 446.

475. Pratt L. Family structure and health work: co-ping in the context of social change.// Family stress, co-ping, and social support./ Ed. by: H.J.McCubbin, A.E.Cauble, J.M.Patterson. Springfield.Ill. Charles C. Thomas Publ. 1982. pp. 73 - 89.

476. Pratt L., Seligmann A., Reader G. Physican`s views in the level of medical information among patients.// Patients, physicians

and illness: Sourcebook in behavioral science and medicine./ Ed. by: E.G.Yaco. Glencoe. Ill. Free Press. 1958. pp. 222 - 229.

477. Prendergast T.I. Parent - child relationships associated with health-related behaviors.// Family and health: An epidemiological approach./ Ed. by: B.H.Kaplan, J.C.Cassel. Chapel Hill. University of North Carolina. 1975. pp. 5 - 22.

478. Price R.H., Bader B.C., Ketterer R.F. Prevention in community mental health: the state of the art.// Prevention in mental health: Research, policy, and practice./ Ed. by: R.H.Price, R.F.Ketterer, B.C.Bader, J.Monahan. Beverly Hills a. L. AGE Publ. 1980. pp. 9 - 20.

479. Prochaska J.O., Diclemente C.O. Common processes of self-change in smoking, weight control, and psychological distress.// Coping and substance use./ Ed. by: S.Shiffman, T.A.Wills. Orlando. Academic Press. 1985. pp. 345 - 363.

480. Prokop C.K., Bradley L.A., Burish T.G., Anderson K.O., Fox J.E. Health psychology: Clinical methods and research. NY. Macmillan Publ. 1991. - XVII. 509 p.

481. Rabkin J., Struening E.L. Life events, stress, and illness.// Science. Vol. 194. No. 4269. Dec. 3. 1976. pp. 1013 - 1020.

482.Rappaport J. Community psychology: Values, research, and action. NY. Holt, Rinehart a. Winston. 1977. - XIII. 482 p.

483. Redlich F.C. The concept of health in psychiatry. // Explorations in social psychiatry./ Ed. by: A.H.Leighton, J.A.Clausen, R.N.Wilson. NY. Basic Books. 1957. pp. 138 - 158.

484. Reid J.B., Taplin P.S., Lorber R. A social interactional approach to the treatment of abuse families.// Violent behavior: Social learning approaches to prediction, management and treatment./ Ed. by: R.B.Stuart. NY. Brunner /Mazel Publ. 1981. pp. 83 - 101.

485. Reid L.D., Murphy K.R., Reynolds D.H. Drug abuse and drug testing in the workplace.// Psychology in organizations: Integrating science and practice./Ed. by: K.R.Murphy, F.E.Saal. Hillsdale. New Jersey. Lawrence Erlbaum Ass. Publ. 1990. pp. 241 - 265.

486. Reidenberg M.M., Lowenthal D.T. Adverse nondrug reactions.// New England journal of medicine. Vol. 279. No. 13. Sept. 26. 1968. pp. 678 - 679.

487. Robins L.N. Deviant children grown up: A sociological and psychiatric study of sociopathic personality. Baltimore. Williams a. Wilkins. 1966. - XIV. 351 p.

488. Robins L.N. Follow-up studies of behavior disorders in children.// Psychopathological disorders of childhood./ Ed. by: H.C.Quay, J.S.Werry. NY. John Wiley a. Sons. 1972. pp. 414 - 450.

489. Robins L.N. The methodology of prospective studies of drug abuse.// The epidemiology of drug dependence. Copenhagen. World Health Organization. 1973. pp. 26 - 30.

490. Robins L.N. Some methodological problems and research directions in the study of the effects of stress on children.// Stress, coping, and development in children./ Ed. by: N.Garmezy, M.Rutter. Baltimore. The John Hopkins University Press. 1983. pp. 335 - 346.

491. Robins L.N. Changes in conduct disorder over time.// Risk in intellectual and psychosocial development./ Ed. by: D.C.Farran, J.D.McKinney. Orlando. Academic Press. 1986. pp. 227 - 259.

492. Robinson D. The process of becoming ill. L. Routledge a. Kegan Paul. 1971. - XI. 132 p.

493. Robinson W.S. Ecological correlations and the behavior of individuals.// American sociological review. Vol. 15. No. 3. June 1950. pp. 351 - 357.

494. Roen S.R., Ottenstein D., Cooper S., Burnes A. Community adaptation as an evaluative concept in community mental health.// Archives of general psychiatry. Vol. 15. No. 1. July 1966. pp. 36 - 44.

495. Rollinck S. The value of a cognitive-behavioural approach to the treatment of problem drinkers.// The misuse of alcohol: Clinical issues in dependence, treatment a. prevention./ Ed. by: N.Heather, J.Robertson, P.Davies. L. a. Sidney. 1985. pp. 135 - 147.

496. Room R. The social psychology of drug dependence.// The epidemiology of drug dependence. Copenhagen. World Health Organization. 1973. pp. 69 - 74.

497. Rosenblatt D., Suchman E.A. Blue-collar attitudes and information toward health and illness.// Blue-collar world: Studies of the American worker./ Ed. by: A.B.Shostak, W.Comberg. Engelwood Cliffs. New Jersey. Prentice-Hall. 1964^a. pp. 324 - 333.

498. Rosenblatt D., Suchman E.A. Underutilization of medical-care services by blue-collarites.// Blue-collar world: Studies of the American worker./ Ed. by: A.B.Shostak, W.Comberg. Englewood Cliffs. New Jersey. Prentice-Hall. 1964^b. pp. 341 - 349.

499. Rosenstock I.M. Prevention of illness and maintenance of health.// Poverty and health: A sociological analysis./ Ed. by: J.Kosa, A.Antonovsky, I.K.Zola. Cambridge. Mass. Harvard University Press. 1969. pp. 168 - 190.

500. Rosenstock I.M., Kirscht J.P. Why people seek health care.// Health psychology - a handbook: Theories, applications, and challenges of a psychological approach to the health care system./ Ed. by: G.C.Stone, F.Cohen, N.E.Adler. SanFrancisco. Jossey-Bass Publ. 1979. pp. 161 - 188.

501. Rosenthal R. Combining results of independent studies.// Psychological bulletin. Vol. 85. No. 1. Jan. 1978. pp. 185 - 193.

502. Ross W.D. Mental and emotional health problems in the worker.// Archives of environmental health. Vol. 7. No. 4. Oct. 1963. pp. 473 - 476.

503. Sagan L.A. The health of nations: True causes of sickness and well-being. NY: Basic Books. 1987. - 233 p.

504. Sallis J.F., Nader P.R. Family determinants of health behavior.// Health behavior: Emerging research perspectives./ Ed. by: D.S.Gochman. NY a. L. Plenum Press. 1988. pp. 107 - 124.

505. Sanders G.S. Social comparison and perceptions of health and illness.// Social psychology of health and illness./ Ed. by: G.S.Sanders, J.Suls. Hillsdale. Lawrence Erlbaum ass. 1982. pp. 129 - 157.

506. Sarason I.G., Sarason B.R. Life changes, moderators of stress, and health.// Handbook of psychology and health. Vol. IV. Social psychological aspects of health./ Ed. by: A.Baum, J.E.Taylor, S.E.Singer. Hillsdale. Lawrence Erlbaum ass. 1984. pp. 279 - 299.

507. Sarason I.G., Sarason B.R. Social support - in-sights from assessment and experimentation.// Social support: Theory, research and applications./ Ed. by: I.G.Sarason, B.R.Sarason. Dordrecht. Martinus Nijhoff Publ. 1985. pp. 39 - 50.

508. Saunders B. Treatment does not work: some criteria of failure.// The misuse of alcohol: Clinical issues in dependence, treatment a. prevention./ Ed. by: N.Heather, J.Robertson, P.Davies. L. a. Sidney. 1985. pp. 102 - 116.

509. Schaechter S. Recidivism and self-cure of smoking and obesity.// American psychologist. Vol. 37. No. 4. Apr. 1982. pp. 436 - 444.

510. Schaffer K.F. Sex roles and human behavior. Cambridge, Mass. Winthrop Publ. 1981. - VII. 392 p.

511. Schwartz G.E. Testing the biopsychosocial model: the ultimate challenge facing behavioral medicine?// Journal of consulting and clinical psychology. Vol. 50. No. 6. Dec. 1982. pp. 1040 - 1053.

512. Schwartz G.E. Psychology of health: a new synthesis./ Ed. by: B.L.Hammonds, C.J.Scheirer. Washington. American Psychological Association. 1984. pp. 145 - 193.

513. Seamonds B.C. Stress factors and their effect on absenteeism in a corporate employee group.// Journal of occupational medicine. Vol. 24. No. 5. May 1982. pp. 393 - 397.

514. Segal B.E., Phillips D.L., Feldmesser R.A. Social integration, emotional adjustment and illness behavior. // Social forces. Vol. 46. No. 2. Dec. 1967. pp. 237 - 246.

515. Sellers E.M., Cappell H.D., Marshman J.A. Compliance in the control of alcohol abuse.// Compliance in health care./ Ed. by: B.R.Haynes, W.D.Taylor, D.L.Sackett. Baltimore. Johns Hopkins University Press. 1979. pp. 223 - 243.

516. Sexton M., McDill. Behavioral epidemiology.// Behavioral medicine: Theory and practice./ Ed. by: O.F.Pomerleau, J.P.Brady. Baltimore. Williams a. Wilkins. 1979. pp. 3 - 21.

517. Sharit J., Salvendy G. Occupational stress: re-view and reappraisal.// Human factors. Vol. 24. No. 2. Apr. 1982. pp. 129 - 162.

518. Shedler J., Martin M., Manis M. Illusion of mental health.// American psychologist. Vol. 48. No. 11. Nov. 1993. pp. 1117 - 1131.

519. Sheeley W.F. The general practioner`s contribution to community psychiatry.// Handbook of community psychiatry and commu-

nity mental health./ Ed. by: L.Bellak. NY. a. L. Grune a. Stratton. 1964. pp. 268 - 279.

520.Shiffman S. Coping with temptation to smoke.// Coping and substance use./ Ed. by: S.Shiffman, T.A.Wills. Orlando. Academic Press. 1985. pp. 223 - 248.

521. Shrout P.E., Spitzer R.L., Fleiss I.L. Quantification of agreement in psychiatric diagnosis revisited.// Archives of general psychiatry. Vol. 44. Feb. 1987. pp. 172 - 177.

522. Sifneos P.E. Short-term psychotherapy and emotional crisis. Cambridge. Harvard University Press. 1972. - 299 p.

523. Simmons L.W., Wolff H.G. Social science in medicine. NY. Russell Sage Foundation. 1954. - 254 p.

524. Singer J.A., Neale M.S., Schwartz G.E., Schwartz J. Conflicting perspectives on stress reduction in occupational settings: a systems approach to their resolution.// Health and industry: A behavioral medicine perspective./ Ed. by: M.F.Catalgo, T.J.Coates. NY. John Wiley a. Sons. 1986. pp. 162 - 192.

525. Singer J.E., Davidson L.M. Specificity and stress research.// Dynamics of stress./ Ed. by: M.H.Appley, R.Trumbull. NY a. L. Plenum Press. 1986. pp. 47 - 61.

526. Smith M.B. Competence and "mental health": problems in conceptualizing human effectiveness.// The definition and measurement of mental health./ Ed. by: S.B.Sells. U.S. Department of Health. Education and Welfare. 1968. pp. 99 - 114.

527. Snyder J.J. Health psychology and behavioral medicine. Englewoods Cliffs. New Jersey. Prentice Hall. 1989. - XV. 414 p.

528. Spitzer R.L., Endicott J., Robins E. Research diagnostic criteria: rationale and reliability.// Archives of general psychiatry. Vol. 35. No. 6. June 1978. pp. 773 - 782.

529. Stevenson I., Graham D.T. Disease as response to life stress. II. Obtaining the evidence clinically.// The psychological basis of medical practice./ Ed. by: H.I.Lief, V.F.Lief, N.R.Lief. NY. Harper a. Row Publ. 1963. pp. 137 - 153.

530. Stoeckle J.D., Zola I.K., Davidson G.E. On going to see the doctor, the contributions of the patient to the decision to seek medical aid: a selective review.// Journal of chronic diseases. Vol. 16. Sept. 1963. pp. 975 - 989.

531. Stone G.C. Psychology and the health system.// Health psychology - a handbook: Theories, applications, and challenges of a psychological approach to the health care system./ Ed. by: G.C.Stone, F.Cohen, N.E.Adler. SanFrancisco. Jossey-Bass Publ. 1979. pp. 47 - 75.

532. Strang I., Bradely B., Stockwell T. Assessment of drug and alcohol use.// The instruments of psychiatric research./ Ed. by: C.Thompson. Chichester. John Wiley a. Sons. 1989. pp. 211 - 237.

533. Streufert S., Streufert S.C. Experimentation in behavioral medicine: in search of an applicable method.// Social psychology and behavioral medicine./ Ed. by: J.R.Eiser. NY. John Wiley a. Sons. 1982. pp. 63 - 76.

534. Striegel-Moore R., Rodin J. Prevention of obesity.// Prevention in health psychology./ Ed. by: J.C.Rosen, L.I.Solomon. Hanover a. L. University Press of New England. 1985. pp. 72 - 110.

535. Stunkard A.J. Behavioral medicine and beyond: the example of obesity.// Behavioral medicine: theory and practice./ Ed. by: O.F.Pomerleau, J.P.Brady. Baltimore. Williams a. Wilkins. 1979. pp. 279 - 297.

536. Suchman E.A. An appraisal with implications for theoretical development of some epidemiological work on heart disease.// An

introduction to medical sociology./ Ed. by: D.Tuckett. L. Tavistock. 1978. pp. 22 - 26.

537. Sutton S.R. Fear-arousing communications: a critical examination of theory and research.// Social psychology and behavioral medicine./ Ed. by: J.R.Eiser. NY. John Wiley a. Sons. 1982. pp. 303 - 337.

538. Svarstad B.L. Stress and the use of nonprescription drugs: an epidemiological study.// Research in community and mental health: A research annual. Vol. 3./ Ed. by: J.R.Greenley. L. JAI Press. 1983. pp. 233 - 254.

539. Syme L.S. Sociocultural factors and disease etiology.// Handbook of behavioral medicine./ Ed. by: D.W.Gentry. NY. Guilford Press. 1984. pp. 13 - 37.

540. Tagliacozzo D.M., Kenji J. Knowledge of illness as a predictor of patient behavior.// Journal of chronic diseases. Vol. 22. No. 11. Apr. 1970. pp. 765 - 775.

541. Talaga J., Beehr T.A. Retirement: a psychological perspective.// International review of industrial and organizational psychology./Ed.by:C.L.Cooper, I.T.Robertson// Chichester. John Wiley a. Sons. 1989. pp. 185 - 211.

542. Tantom D. Elements of epidemiology.// The scientific principles of psychopathology./ Ed. by: P.McGuffin, M.F.Shanks, R.J.Hodgson. L. Grune a. Stratton. 1984. pp. 715 - 738.

543. Taylor D. Psychoanalytic contributions to the understanding of psychiatric illness.// The scientific principles of psychopathology./ Ed. by: P.McGuffin, M.F.Shanks, R.J.Hodgson. L. Grune a. Stratton. 1984. pp. 623 - 676.

544. Taylor L., Chave S. Mental health and environment. L. Longmans. 1964. - XI. 228 p.

545. Taylor S.E. The developing field of health psychology.// Handbook of psychology and health. Vol. IV. Social psychological aspects of health./ Ed. by: A.Baum, J.E.Taylor, S.E.Singer/ Hillsdale. Lawrence Erlbaum ass. 1984. pp. 1 - 22.

546. Taylor S.S., Brown J.D. Positive illusions and well-being revisited: separating fact from fiction.// Psychological bulletin. Vol. 116. No.1. July 1994. pp. 21 - 27.

547. Thoits P.A. Dimensions of life events that influence psychological distress: an evaluation and synthesis of the literature.// Psychosocial stress: Trends in theory and research./ Ed. by: H.B.Kaplan. NY. Academic Press. 1983. pp. 33 - 103.

548. Triandis H.C. Some dimensions of intercultural variation and their implications for community psychology. // Journal of community psychology. Vol. 11. No. 4. Oct. 1983. pp. 285 - 302.

549. Trower P., Bryant B., Argyle M., Marzillier J. Social skills and mental health. L. Methuen. 1978. - X. 306 p.

550. Tseng W.-S., McDermott J.F. Culture, mind and therapy: An introduction to cultural psychiatry. NY. Brunner-Mazel. Publ. 1981. - X. 304 p.

551. Tuckett D. Becoming a patient.// Basic readings in medical sociology./ Ed. by: D.Tuckett, J.M.Konfert. L. Tavistock. 1978^b. pp. 159 - 189.

552. Tuckett D. Choices for health education: a sociological view.// Health education: Perspectives and choices./ Ed. by: I.Sutherland. L. George Allen a. Unwin, 1979, pp. 39 - 63.

553. Turpin G., Lader M. Life events and mental disorder: biological theories of their mode of action.// Life events and psychi-

atric disorders: Controversial issues./ Ed. by: H.Katschnig. Cambridge. Cambridge University Press. 1986. pp. 33 - 62.

554. Turpin G., Tarrier N., Sturgeon D. Social psychophysiology and the study of biopsychosocial models of schizophrenia.// Social psychophysiology and emotion: Theory and clinical applications./ Ed. by: H.L.Wagner. Chichester. John Wiley a. Sons. 1988. pp. 251 - 272.

555.Uhlenhuth E.H., Lipman R.S., Balter M.B., Stern M. Symptom intensity and life stress in the city.// Archives of general psychiatry. Vol. 31. No. 6. Dec. 1974. pp. 759 - 764.

556. Ulrich H.J. A model of data-based sociological practice qualitative case analysis. Leiden. LJSBON. 1985. - V. 316 p.

557. Vaillant G.E., Milofsky E.S. Natural history of male alcoholism. IV. Paths to recovery.// Archives of general psychiatry. Vol. 39. No. 2. Feb. 1982. pp. 127 - 133.

558. VanDijkhuizen N. From stressors to strains: Research into their interrelationships. Lisse. Sweets a. Zeitlinger B.V. 1980. - XII, 291 p.

559. Veit C.T., Ware J.E. The structure of psychological distress and well-being in general populations.// Journal of consulting and clinical psychology. Vol. 51. No. 5. Oct. 1983. pp. 730 - 742.

560. Vernon S.W., Roberts R.E. Measuring nonspecific psychological distress and other dimensions of psychopathology.// Archives of general psychiatry. Vol. 38. No. 11. Nov. 1981. pp. 1239 - 1247.

561. Veroff J., Kulka R.A., Donovan E. Mental health in America: Patterns of help-seeking from 1957 to 1976. NY. Basic Books. 1981. - X. 352 p.

562. VonWiegand R.A. Alcoholism in industry (U.S.A.)// British journal of addiction to alcohol and other drugs. Vol. 67. No. 3. Sept. 1972. pp. 181 - 187.

563. Wakenfield J.C. The concept of mental disorder: on the boundary between biological facts and social values. // American psychologist. Vol. 47. No. 3. March 1992. pp. 373 - 388.

564. Waldron I. Gender and health-related behavior.// Health behavior: Emering research perspectives./ Ed. by: D.S.Gochman. NY a. L. Plenum Press. 1988. pp. 193 - 208.

565. Walker C.E. Behavioral intervention in a pediatric setting.// Behavioral approaches to medicine: Application and analysis./ Ed. by; J.R.McNamara. NY. a. L. Plenum Press. 1979. pp. 227 - 266.

566.Wallston B.S., Wallston K.A. Social psychological models of health behavior: an examination and integration.// Handbook of psychology and health. Vol. IV. Social psychological aspects of health./ Ed. by: A.Baum, J.E.Taylor, S.E.Singer. Hillsdale. Lawrence Erlbaum ass. 1984. pp. 23 - 53.

567. Wallston K.A., Wallston B.C. Who is responsible for your health? The construct of health locus of control.// Social psychology of health and illness./ Ed. by: G.S.Sanders, J.Suls. Hillsdale. Lawrence Erlbaum ass. 1982. pp. 65 - 95.

568. Wardwell W.J. A marginal professional role: the chiropractor.// Patients, physicians and illness: Sourcebook in behavioral science and medicine./ Ed. by: E.G.Yaco. Glencoe. Ill. Free Press. 1958. pp. 421 - 433.

569. Warr P. Work, unemployment, and mental health. NY. Oxford University Press. 1987. - XIV. 361 p.

570. Warshaw L.J. Managing stress. Reading. Mass. Addison-Wesley Publ. 1979. - XI. 212 p.

571. Warshaw L.J., Phillips B.-J.A. Mental health programs in occupational setting.// Mental health and work organizations./ Ed. by: A.McLean. Chicago. Rand McNally Co. 1970. pp. 196 - 236.

572. Weiss J.H. The current state of the concept of a psychosomatic disorder.// Psychosomatic medicine: Current trends and clinical applications./ Ed. by: Z.J.Lipowski, D.R.Lipsitt, P.C.Whybrow. NY. Oxford University Press. 1977. pp. 162 - 171.

573. Weiss M.G., Kleinman A. Depression in cross-cultural perspective: developing a culturally informed model.// Health and cross-cultural psychology: Toward applications./ Ed. by: P.R.Dasen, J.W.Berry, N.Sartorius. Beverly Hills. SAGE Publ. 1988. pp. 179 - 206.

574. Weiss S.M. Health and illness: the behavioral medicine perspective.// Emotions in health and illness: Theoretical and research foundations./ Ed. by: L.Temoshok, C.VanDyke, L.S.Zegans. NY. 1983. pp. 7 - 14.

575. Weissman M.M. The assessment of social adjustment: a review of techniques.// Archives of general psychiatry. Vol. 32. No. 3, March 1975. pp. 357 - 365.

576. Wesnes K., Warburton D.M. Stress and drugs.// Stress and fatigue in human performance./ Ed. by: R.Hockey. Chichester. John Wiley a. Sons. 1983. pp. 203 - 243.

577. Whitehead W.E., Blackwell B. Interactions between drugs and behavior therapy.// Behavioral approaches to medicine: Application and analysis./ Ed. by: J.R.McNamara. NY. a. L. Plenum Press. 1979. pp. 157 - 189.

578. Wilbur C.S., Hartwell T.D., Piserchia P.V. The Johnson a. Johnson life for life program: its organization and evaluation plan.// Health and industry: A behavioral medicine perspective./ Ed. by: M.F.Catalgo, T.J.Coates. NY. John Wiley a. Sons. 1986. pp. 338 - 350.

579. Williams D.R., House J.S. Social support and stress reduction.// Job stress and blue collar work./ Ed. by: C.L.Cooper, M.I.Smith. Chichester. John Wiley a. Sons. 1985. pp. 207 - 224.

580. Williams P. The extent of psychotropic drug prescription.// Psychosocial disorders in general practice./ Ed. by: P.Williams, A.Clare. L. a. NY. Academic Press. Grune a. Stratton. 1979. pp. 151 - 160.

581. Willmott M. The sick role and related concepts. // Health psychology: Processes and applications./ Ed. by: A.K.Broome. L. a. NY. Chapman a. Hall. 1989. pp. 57 - 73.

582. Wilson G.T. Booze, beliefs, and behavior: cognitive processes in alcohol use and abuse.// Alcoholism: New directions in behavioral research and treatment./ Ed. by: P.E.Nathan, A.G.Marlatt, T.Löberg. NY a. L. Plenum Press. 1978. pp. 315 - 339.

583. Winett R.A. Ecobehavioral assessment in health life-styles: concepts and methods.// Measurement strategies in health psychology./ Ed. by: P.Karoly. NY. John Wiley a. Sons. 1985. pp. 147 - 181.

584. Winett R.A. A framework for health promotion and disease prevention programs.// American psychologist. Vol. 50. No. 5. May 1995. pp. 341 - 350.

585. Wing J.K. The limits of standardization.// Psychiatric diagnosis./ Ed. by: V.M.Rakoff, H.C.Stancer, H.B.Kedward. L. Macmillan Press. 1978. pp. 69 - 83.

586. Wing J.K., Bebbington P., Robins L.N. Theory-testing in psychiatric epidemiology.// What is a case?: The problem of definition in psychiatric community surveys./ Ed. by: J.K.Wing, P.Bebbington, L.N.Robins. L. Grant McIntyre. 1981. pp. 1 - 8.

587. Wing J.K., Cooper J.E., Sartorius N. Measurement and classification of psychiatric symptoms: An instruction manual for

the PSE and CATEGO program. Cambridge. Cambridge University Press. 1974. - X. 234 p.

588. Wolf S. Patterns of social adjustment and disease.// Society, stress and disease. Vol. 1. Psychosocial environment and psychosomatic diseases./ Ed. by: L.Levi. London. Oxford University Press. 1971. pp. 5 - 6.

589. Wolf S., Bruhn J.G., Goodell H. Occupational health as human ecology. Springfield. Ill. Charles C.Thomas Publ. 1978. - XI. 115 p.

590. Wootton B., Seal V.G., Chambers R. Social science and social pathology. L. George Allen a. Unwin. 1959. - 400 p.

591. Yaco G.E. The social epidemiology of mental disorders: A psychiatric survey of Texas. NY. Russell Sage Foundation. 1960. - 228 p.

592. Yaco E.G. Mental illness in response to stress. //Social stress./ Ed. by: S.Levine, N.Scotch. Chicago. Aldine Publ. 1970. pp. 210 - 227.

593. Yager J., Grant I., Sweetwood H.L., Gerst M. Life event reports by psychiatric patients, nonpatients, and their partners.// Archives of general psychiatry. Vol. 38. No. 3. March 1981. pp. 343 - 347.

594.Yates F., Hebblethwaite D. Using natural resources for preventing drinking problems.// The misuse of alcohol: Clinical issues in dependence, treatment a. prevention./ Ed. by: N.Heather, J.Robertson, P.Davies. L. a. Sidney. 1985. pp. 243 - 254.

595. Zigler E., Phillips L. Psychiatric diagnosis: a critique.// Journal of abnormal and social psychology. Vol. 63. No. 3. Nov. 1961. pp. 607 - 618.

596. Zola Y.K. Illness behavior of the working class: implications and recommendations.// Blue-collar world: Studies of the American worker./ Ed.by: A.B.Shostak, W.Comberg. Engelwood Cliffs. New Jersey. Prentice-Hall. 1964. pp. 350 - 361.

597.Zola Y.K. Pathways to the doctor - from person to patient.// An introduction to medical sociology./ Ed. by: D.Tuckett. L. Tawistock. 1978^a. pp. 122 - 131.

598.Zola Y.K. Medicine as an institution of social control: the medicalizing of society.// An introduction to medical sociology./ Ed. by: D.Tuckett. L. Tawistock. 1978^b. pp. 255 - 260.

599. Zubin J. Clinical, phenomenological, and biometric assessment of psychopathology with special reference to diagnosis.// The definition and measurement of mental health./ Ed. by: S.B.Sells. U.S. Departament of Health. Education and Welfare. 1968. pp. 67 - 98.