

- Психологическая практика в сфере общественного здоровья
- Стили поведения личности в ситуации властного воздействия в служебных отношениях
- Игровая деятельность взрослых

УДК 316:6; 614.2

Психологическая практика в сфере общественного здоровья

Ю. Г. Фролова, кандидат психологических наук, доцент*

В статье рассматриваются актуальные направления и проблемы психологической практики в сфере общественного здоровья. Утверждается, что такая практика должна быть направлена на стимуляцию безопасного поведения, укрепление здоровья и благополучия населения, а также на психологическую поддержку профессионалов, занимающихся разработкой и реализацией профилактических программ. Анализируются характерные для данного вида практики проблемы этики, теории и эффективности.

The Psychological Practice in Public Health Sphere

Y. G. Fralova, PhD. in Psychology, Associate Professor

The paper considers current trends and problems of psychological practice in public health sphere. It is proved, that such practices should be directed to the stimulation of safety behavior, health promotion and subjective wellbeing, as well as psychological support of professionals engaged in developing and implementing prevention programs. Analysis of the professional issues of ethics, theory and effectiveness is presented.

Психология здоровья с момента возникновения позиционировала себя как прикладная дисциплина. Этому в немалой степени способствовали результаты эпидемиологических исследований, позволившие выделить поведенческие факторы риска в развитии хронических заболеваний. Предполагалось, что новое научное направление должно определить факторы безопасного поведения и разработать эффективные методы их контроля [1]. Однако в 1990-е гг. такая модель профилактики заболеваний начала подвергаться серьезной критике. Отмечалось, что она основана исключительно на концепции развития сердечно-сосудистой патологии, не использует опыт здоровых людей (например, долгожителей), игнорирует роль психологических и социальных факторов в обеспечении здоровья [2].

В настоящий момент значительная часть специалистов считает задачу стимуляции безопасного поведения важной, но не единственной. Конечной целью практических мероприятий должно стать повышение физического и психологического бла-

гополучия индивида. Такое благополучие не обязательно соответствует медицинским критериям здоровья [3]. Его показателями являются адаптивность, способность к саморегуляции, позитивные эмоциональные переживания. По мнению Ю. И. Мельника, эти качества составляют основу субъективного здоровья [4].

Психологическая практика в сфере здоровья ориентирована на работу не только с потребителями медицинской помощи, но и со специалистами. К сожалению, последнее направление развито в значительно меньшей степени. До сих пор недостаточно внимания уделяется психологическим факторам, определяющим степень и эффективность участия врачей, психологов, педагогов в профилактических программах. Г. Кок и Г. Шолма пишут, что некоторые теоретические модели здорового поведения вполне могут быть использованы для того, чтобы лучше понять поведение профессионалов. Например, степень вовлеченности школьных учителей в программы профилактики ВИЧ-инфекции определяется влиянием коллег, предварительной оценкой реакции учеников, воспринимаемой самоэффективностью, а также собственным отношением педагогов к сексуальному поведению. При этом

* Доцент кафедры психологии факультета философии и социальных наук БГУ.

документально зафиксированная эффективность программы не имела для них решающего значения [5]. Полученные Т. В. Меркушовой результаты позволяют сделать вывод о склонности учителей рассматривать основные факторы здорового поведения либо в контексте личностных особенностей учащихся, либо в связи с влиянием семьи и микросоциального окружения. Такая позиция приводит к росту скептицизма профессионалов в отношении собственных возможностей и к недостаточной активности в сфере профилактики заболеваний [6]. С. Дэлтон с соавторами отмечают: характерные для специалистов «нарративы здоровья» влияют на уровень их фрустрации в профессиональной деятельности. Были выделены три модели, в рамках которых обсуждалось здоровье: «индивидуальный или семейный стиль жизни», «социальная среда», «жизнь – это борьба». Показано, что ориентация на первую модель связана с более высоким уровнем фрустрации, поскольку способствует восприятию профессиональной деятельности как «сражения» с людьми, практикующими рискованное поведение [7].

Представления о целевой аудитории определяют выбираемые профессионалами методы работы. Это было показано в проведенном нами исследовании исторической динамики медицинского просвещения в СССР. Так, если в период 1917–1950 гг. типичными были оценки населения как недостаточно грамотного и осведомленного, то и методы медицинского просвещения были ориентированы на информирование с элементами развлечения и наглядных демонстраций (санитарные театры, музеи, лабораторные опыты). Как можно заметить, они в определенной степени сопоставимы с используемыми в школах дидактическими приемами. Начиная с 1960 гг., когда недостаток личной культуры и мотивации стали рассматриваться как основные причины рискованного поведения, роль указанных выше методов уменьшается, преподносимая населению информация о здоровье становится более научнообразной, в то же время добавляются тонкие методы социального осуждения [8].

Опыт профессионалов свидетельствует о необходимости ориентироваться не только на работу с «проблемными» индивидами, но и с характеристиками окружающей их среды, отмечают Р. Кросби с соавторами [9]. Если индивид принял решение отказаться от рискованного поведения, он может столкнуться с различным отношением окружающих – от безоговорочной поддержки до осуждения и противодействия. Специалисты системы здравоохранения также испытывают влияние со стороны социального окружения, которое может способствовать или препятствовать их работе. Таким образом, при планировании практических меро-

ятий необходимо учитывать социальный контекст, в котором они будут осуществляться.

Психологическое воздействие может проводиться на различных уровнях:

1) лицом к лицу (диада). Это может быть как психотерапевтическая, так и образовательная практика. Интервенции на этом уровне в наибольшей степени соответствуют запросам клиники, а не профилактики;

2) малая группа. Используются ролевые игры, групповые дискуссии, лекции, группы самопомощи. При этом группы могут быть как искусственно созданными, так и естественными. Полезность таких интервенций заключается в том, что одни члены группы могут выступать моделями для других;

3) уровень сообщества. Такие интервенции обычно включают в себя несколько компонентов: скрининг, образовательные воздействия посредством СМИ, социальный маркетинг;

4) макросоциальный уровень. Действия на этом уровне подразумевают изменения социальной политики, установление правил, регулирующих норм, например, относительно связанного со здоровьем поведения.

Существуют различные классификации практических методов психологии здоровья. Например, Л. Бернард и Э. Крупат выделяют когнитивно-бихевиоральные, эмоциогенные и соревновательно-вознаграждающие методы [10]. Однако следует отметить, что данная классификация не является полной, так как относящиеся к каждой из трех сфер техники, во-первых, отличаются значительным разнообразием, а во-вторых, направлены исключительно на изменение поведения. Российские психологи указывают на необходимость развития определенных личностных качеств, которые будут способствовать здоровью, или, по крайней мере, помогут сделать выбор в пользу здоровья в различных обстоятельствах [11].

Следует заметить, что во многих публикациях, посвященных профилактическим программам, методы исследования не эксплицируются, так что не всегда понятно, чем могли быть вызваны изменения [12].

Развиваясь как прикладная дисциплина, психология здоровья столкнулась с проблемами теоретической обоснованности, этичности и эффективности психологических воздействий. Эти проблемы активно обсуждаются психологами начиная с 1920-х гг. По мнению Л. С. Выготского, именно возникновение прикладной психологии спровоцировало первый серьезный кризис психологической науки, которая в те годы ориентировалась прежде всего на построение академических теорий [13]. Представители прикладной психологии утвержда-

ли, что теоретические концепции зачастую бесполезны для практики, и что такую практику необходимо развивать, ориентируясь на прагматические критерии. Такова, например, была позиция создателей психотехники – И. Н. Шпильрейна, С. Г. Геллерштейна и др. Предполагалось, что критерием истинности теории должна стать «*практика в ее высшей форме – научных предсказаний и конструктивных, целенаправленных изменений изучаемого объекта*» [14, с. 58]. На наш взгляд, дальнейшее развитие прикладных направлений лишь увеличило разрыв между психологической практикой и психологической теорией, а также между различными видами самой практики, например, ориентированной на объективно-манипулятивный или субъективно-понимающий подход к человеку. Оказалось, что управлять людьми как объектами крайне сложно. Будучи способными предсказать поведение человека на основе его убеждений, мы не обязательно сможем эти убеждения изменить. Таким образом, необходимо перенести фокус внимания психологов с содержания на процесс [3]. Психологическая практика нуждается в особой теории, основанной на номопрагматическом знании, которое описывает действия и их последствия при определенных условиях, – отмечает М. Перре [15]. Ф. Е. Василюк проводит разделение психотехнического и научного психологического знания по следующим критериям: адресат, ценности, субъективность или объективность познания, степень гибкости процедур исследования, личностный или безличный характер знания, соотношение предмета и метода [16]. Однако необходимо отметить, что до сих пор значительная часть психологов понимает под психологической практикой консультирование и психотерапию, а не работу в междисциплинарной команде в рамках проведения профилактических мероприятий.

В действительности многие практические направления психологии здоровья оказываются мало связанными с теориями, они либо вообще не используются, либо из них извлекаются отдельные, представляющиеся профессионалам «полезными» идеи. В некоторых случаях четкого теоретического обоснования практики вообще нет, отмечают С. Мичи и Ч. Абрахам [12]. Т. Прохазка с соавторами выделяют несколько причин, ограничивающих использование теории практиками:

- теории статичны, а практика динамична;
- теория входит в противоречие со здравым смыслом профессионалов, при этом возможности вступить в полемику по поводу теории у них есть не всегда;
- теории не учитывают социальный контекст и потребности сообщества, в котором работают практики;

– теории фокусируются на причинах поведения, а не на средствах его изменения;

– практики должны ориентироваться в своей деятельности не только на положения психологической науки, но и на задачи, которые ставят перед ними заказчики [17].

Ряд профессионалов используют обобщенные подходы к планированию и организации программ (которые основаны не столько на теории, сколько на понимании сущности интервенций). Одной из наиболее часто упоминаемых является «The PRECEDE-PROCEED model of health education» (Л. Грин, М. Крестер и др. [18]). Согласно этой модели, весь процесс интервенции состоит из семи этапов:

1. Оценка качества жизни представителей целевой группы.
2. Выделение различных факторов качества жизни по параметрам их воздействия на здоровье.
3. Поведенческая диагностика, направленная на установление характера взаимосвязи между поведением и проблемами со здоровьем.
4. Выявление наиболее важных детерминант поведения.
5. Выбор того, какие конкретно факторы станут мишенями для воздействия.
6. Применение программы, решение практических и административных проблем.
7. Оценки и измерения влияния.

Эта программа может быть использована не только для образовательных интервенций, но и для интервенций, направленных на иные, кроме рискованного поведения, мишени.

Проведенное нами в 2010 г. групповое интервью и анкетирование психологов и социальных педагогов минских школ, в чьи обязанности входит работа по профилактике употребления учащимися психоактивных веществ, показало наличие потребностей в систематизированных руководствах, содержащих описание конкретных правил и методов работы, готовый материал для групповых занятий и обобщение опыта реализации наиболее успешных проектов.

Следующая проблема, которую необходимо рассмотреть, – это проблема манипуляции в психологической практике. Ответ на вопрос о том, насколько этично и законно воздействие одного человека на другого с целью его «изменения» или «улучшения», до сих пор является предметом дискуссий. В 1920-е гг. основной социальный запрос к наукам о человеке как в СССР, так и за рубежом заключался в решении широкого круга практических задач – от отбора квалифицированных кадров до воспитания детей [19]. А. М. Эткин, анализируя развитие прикладной психологии в СССР, пишет, что новая

психология — это наука о переделке человека: «*Главным и единственно важным признается процесс развития под влиянием внешних условий ...Переделать можно все, вплоть до физиологической природы организма*» [20, с. 14]. Однако интересы заказчика и человека, являющегося объектом воздействия, не всегда совпадают. В психологии здоровья эта проблема обсуждается в нескольких аспектах: противоречие между индивидуальным и социальным благом, свободой выбора поведения и нормативностью, наукой, политикой, экономикой и моралью [21].

Одной из наиболее сложных проблем прикладной психологии здоровья является выработка адекватных критериев эффективности интервенций, и, соответственно, практической полезности тех или иных теоретических концепций. До сих пор эта проблема в отечественной науке остается малоисследованной. Заметим, что если оценивать успех профилактической программы только по критерию улучшения биологических или индексных показателей общественного здоровья, то он, возможно, проявит себя лишь через значительное время. По мнению Г. И. Царегородцева и И. А. Гундарова [22], формирование здорового образа жизни не может дать немедленную отдачу на протяжении одного поколения. При оценке программы необходимо рассматривать не столько биологические, сколько косвенные, психологические и социальные показатели общественного здоровья, которые будут способствовать успеху любого профилактического мероприятия.

Оценка программы должна проводиться совместно юристами, экономистами, педагогами, врачами, психологами и социологами. Непосредственной задачей психолога является определение:

- 1) изменений в поведении и отношении людей, а также их знаний и убеждений относительно здоровья;
- 2) степени психологической обоснованности и целесообразности методов профилактики;
- 3) отношения к профилактической программе субъектов и объектов воздействия.

Значительную сложность представляет выбор адекватной методологии оценки программы. Разработанный У. Терстоном с соавторами подход широко используется в сфере здравоохранения. Его конечной целью является построение логической модели программы, для чего необходимо:

- оценить согласованность целей и действий по их выполнению;
- определить основных специалистов, заинтересованных в оценке программы;
- выделить индикаторы успешности проекта;
- провести качественный и количественный анализ документов, имеющих отношение к про-

грамме (приказы, нормативные документы, отчеты, анкеты, планы занятий; информационно-пропагандистские материалы: листовки, визитки, плакаты, брошюры);

— провести интервью с основными участниками проекта. Качественные интервью являются особенно эффективными для изучения повседневных медицинских практик. Их результаты помогают оценить, как на деле работают заложенные в основу программы принципы [23].

Итоговая логическая модель должна связывать воедино проблемы, задачи, которые ставятся для решения данных проблем, выбранные участниками проекта средства их достижения, индикаторы успеха, полученные результаты (в том числе и непредвиденные), рекомендации. В итоге могут быть обнаружены как наиболее сильные стороны программы, так и пробелы, упущенные возможности, барьеры.

Обобщая вышесказанное, наиболее актуальными задачами развития психологической практики в сфере общественного здоровья являются:

- 1) развитие теоретических подходов к профилактике заболеваний, которые бы учитывали, наряду с индивидуально-психологическими, социально-психологические факторы поведения и отношения к здоровью, а также были бы направлены на описание динамики желательных изменений;
- 2) психологическое консультирование профессионалов, занимающихся разработкой и реализацией профилактических программ;
- 3) разработка технологий оценки эффективности психологических интервенций.

Список цитированных источников

1. Dhillon, H. S. Behavioural research in public health: problems of collaboration / H. S. Dhillon // Health Education J. — 1970. — Vol. 29, № 4.
2. Гундаров, И. А. Принципы индивидуальной профилактики основных неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья в условиях кризиса общества / И. А. Гундаров, С. В. Матвеева // Здравоохранение Рос. Федерации. — 1994. — № 3.
3. Health psychology: theory, research and practice / D. F. Marks [et al.]. — London, 2000.
4. Мельник, Ю. И. Психология здоровья / Ю. И. Мельник // Журн. прикладной психологии. — 2000. — № 3.
5. Kok, G. Using theory in psychological interventions / G. Kok, H. Schaalma // Health psychology in practice. — Oxford, 2004.
6. Меркушова, Т. В. Представления специалистов об особенностях формирования здорового образа жизни в системе образования / Т. В. Меркушова // Психологическое здоровье подрастающего поколения: проблемы и пути решения: материалы Междунар. науч.-практ. конф. — Астрахань, 2009.
7. Three ways of talking about health in communities targeted for regenerations: Interviews with community professionals / S. Dalton [et al.] // J. of Health Psychology. — 2008. — Vol. 13, № 1.

8. *Фролова, Ю. Г.* Психология и общественное здоровье: социально-психологические аспекты профилактики заболеваний / Ю. Г. Фролова. – Минск, 2010.
9. *Crosby, R. A.* Theory in health promotion practice and research / R. A. Crosby, M. C. Kegler, R. J. DiClemente // Emerging theories in health promotion practice and research. – San Francisco, 2009.
10. *Bernard, L. C.* Health psychology: Biopsychosocial factors in health and illness / L. C. Bernard, E. Krupat. – Fort Worth, 1994.
11. *Никифоров, Г. С.* Психология здоровья: учеб. пособие / Г. С. Никифоров. – СПб., 2002.
12. *Michie, S.* Interventions to change health behaviors: evidence-based or evidence-inspired? / S. Michie, Ch. Abraham // Psychology and Health. – 2004. – Vol. 19, № 1.
13. *Выготский, Л. С.* Исторический смысл психологического кризиса: методологическое исследование / Л. С. Выготский // Собр. соч.: в 6 т. – М., 1982. – Т. 1.
14. Психологическая наука в России XX столетия: проблемы теории и истории / К. А. Абульханова-Славская [и др.]; под ред. А. В. Брушлинского. – М., 1997.
15. *Перре, М.* Научно-теоретические основы клинико-психологической интервенции / М. Перре // Клиническая психология / под ред. М. Перре, У. Бауманна. – СПб., 2002.
16. *Василюк, Ф. Е.* От психологической практики к психотехнической теории / Ф. Е. Василюк // Моск. психотерапевт. журн. – 1992. – № 1.
17. *Prohaska, T.* Health behavior: from research to community practice [Electronic resource] / T. Prohaska, K. Peters, J. Warren // Handbook of social studies in health and medicine. – London: SAGE Publications, 1999. – Mode of access: http://www.sage-ereference.com/hdbk_socstudyhealth/Article_n23.html. – Date of access: 12.05.2010.
18. *Green, L. W.* Health promotion planning: an educational and ecological approach / L. W. Green, M. W. Kreuter. – New York, 2005.
19. *Шульц, Д. П.* История современной психологии / Д. П. Шульц, С. Э. Шульц. – СПб., 2002.
20. *Эткинд, А. М.* Общественная атмосфера и индивидуальный путь ученого: опыт прикладной психологии 20-х гг. / А. М. Эткинд // Вопр. психологии. – 1990. – № 5.
21. *Marks, D. F.* Freedom, responsibility and power: contrasting approaches to health psychology / D. F. Marks // J. of Health Psychology. – 2002. – Vol. 7, № 1.
22. *Царегородцев, Г. И.* Социально-медицинская профилактика / Г. И. Царегородцев, И. А. Гундаров // Вестн. Акад. мед. наук СССР. – 1990. – № 4.
23. *Thurston, W. E.* Evaluability assessment: a catalyst for program change and improvement / W. E. Thurston, J. Graham, J. Hatfield // Evaluation and The Health Professions – 2003. – Vol. 26, № 2.

Дата поступления в редакцию: 25.03.2011 г.