

УДК 159.99:371.7

Кузнецова Юлия Михайловна,

канд. психол. наук,

снс Института проблем искусственного интеллекта

Федерального исследовательского центра

«Информатика и управление» Российской академии наук

(ИПИИ ФИЦ ИУ РАН), Москва

e-mail: kuzjum@yandex.ru

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ БАРЬЕРЫ ФОРМИРОВАНИЯ САМОРЕГУЛЯЦИИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ

Аннотация. Работа посвящена проблеме смысловых барьеров, возникающих в процессе формирования здоровьесберегающего поведения. В качестве концептуальной основы анализа используются предложенные А.Н. Леонтьевым представления о закономерностях развития мотивационной сферы личности и о смысловом характере регуляции деятельности. На основе проведенного анализа предложена модель формирования саморегулируемого здоровьесберегающего поведения как одного из видов деятельности с отсроченным результатом.

Ключевые слова: здоровый образ жизни, саморегуляция, личностный смысл, психологические барьеры, деятельность с отсроченным результатом

Работа частично поддержана грантом РФФИ 18-29-22027

Yuliya M. Kuznetsova,

Ph.D. in psychology,

Senior researcher in Federal Research Center

"Computer Science and Control", Institute of artificial intelligence problems
of Russian Academy of Sciences (IAIP RAS), Moscow

e-mail: kuzjum@yandex.ru

PSYCHOLOGICAL BARRIERS TO THE FORMATION OF SELF-REGULATION OF HEALTH-SAVING BEHAVIOR

The work is devoted to the problem of mental barriers that arise in the process of formation of health-saving behavior due to the lack of personal meanings, and that reduce the effectiveness of special training programs and techniques. The conceptual basis for our analysis are the proposed by A.N. Leont'ev ideas about the principles of development of the personal motivational

system and about the contribution of personal meanings to the regulation of activity. In conclusion a model of the formation of self-regulating health-saving behavior as one of this special type of activity is proposed.

Keywords: healthy lifestyle, self-regulation, personal meaning, psychological barriers

Проблемы формирования здорового образа жизни

Под здоровым образом жизни (ЗОЖ) понимается совокупность мероприятий, направленных на профилактику болезней, укрепление и поддержание соматического здоровья, сохранение психологического и социального благополучия [13]. Реально эффективным может быть здоровьесберегающее поведение, которое обеспечивается связанной с реализацией личностных ценностей, развернутой во времени и сложной по своему операциональному составу деятельностью. Поддержание такой деятельности подразумевает высокий уровень способности к саморегуляции. В широком смысле под саморегуляцией имеется в виду подчиненность активности субъекта внутренним факторам, придающим ей избирательный, целостно-организующий, упорядочивающий характер [1]. Сформированная саморегуляция состоит в умении управлять своей целенаправленной активностью и проявляется в успешном овладении новыми видами и формами деятельности, в успешном решении нестандартных задач, в продуктивной самостоятельности и настойчивости в достижении принятой цели [4].

В приложении к ЗОЖ саморегуляция обеспечивает автономность и устойчивость систем мотивации и поведения в отношении полезных и вредных для здоровья форм активности. Благодаря формированию саморегулируемой здоровьесберегающей деятельности происходит стабилизация установки на ЗОЖ, делающая возможной гибкую адаптивность поведения в зависимости от конкретных условий и возможностей. В противоположность стабильной, ситуативная или

неустойчивая установка при столкновении человека с такими обстоятельствами, как утомление, отсутствие быстрого результата, безразличное или обесценивающее отношение со стороны окружения, отсутствие удобного доступа к специальной инфраструктуре и т.п., быстро теряет свою побудительную силу и здоровьесберегающая деятельность либо вовсе прекращается, либо вырождается в свою имитацию. Как показал метаанализ 422 работ, проведенных на более чем 82000 испытуемых, между намерением и поведением, связанным со здоровьем, существует «разрыв» что статистически выражается в низком значении (0,53) их корреляции [9].

Реальная эффективность здоровьесберегающего поведения связывается с отношением к здоровью как личностной ценности, ради реализации которой в жизни человек способен преодолевать препятствия, осуществлять выбор в ситуации конфликта мотивов, поддерживать мотивацию в течение длительного времени.

Рассматривая функционирование ценности здоровья и ЗОЖ, необходимо учитывать неоднородность строения индивидуальной ценности как таковой. В работе [5] показано, что в личностная форма ценности может характеризоваться сочетанием трех компонентов: эмоциональное отношение, рациональная оценка и способность побуждать к определенной активности. В силу различной (не только положительной, но и нулевой или отрицательной) выраженности этих компонентов, ценность, например, здоровья, может занимать в ценностном пространстве личности положение, в соответствии с которым положительное эмоциональное и рациональное отношение, которое, как правило, отмечается при прямых опросах респондентов, сочетается с отсутствием в самой структуре ценностного образования компонента, отвечающего за его действенность в плане мотивации и регуляции реального поведения.

Ценностные образования с вырожденным активирующим компонентом могут быть названы «знаемыми» по аналогии со «знаемыми» мотивами, противопоставляемыми в теории деятельности А.Н. Леонтьева мотивам «реально действующим», обладающим способностью осуществлять функции целеполагания и смыслообразования. «Знаемый мотив» может быть предметом рефлексии и обсуждения, но он дефектен по своей психологической природе, поскольку не побуждает реальной деятельности. Наиболее значимыми с точки зрения обсуждаемой проблемы оказываются два положения теории деятельности: о том, что способом формирования нового для субъекта мотива является механизм «сдвига мотива на цель», и о смысловом способе регуляции деятельности.

Первое из указанных положений позволяет моделировать процесс преобразования «знаемого» мотива в «реально действующий», возникновение которого выражается в появлении и нового для субъекта вида деятельности, реализующей этот мотив. А.Н. Леонтьев описывает данный механизм на примере формирования мотива учения. Рассматривается случай, когда ребенку, который не способен организовать себя и заняться уроками, ставят условие: он сможет пойти играть, только выполнив домашнее задание. «Ребенок начал готовить уроки под влиянием мотива, который мы специально для него создали. Но вот проходит неделя-другая, и мы видим, что ребенок сам садится за занятия, уже по собственной инициативе... он делает теперь уроки потому, что хочет получить хорошую отметку... Реально действующим мотивом, побуждающим ребенка, ... оказался теперь мотив, который прежде был для него лишь «понимаемым» [7, с. 521–522].

Условием формирования «реально действующего» мотива является переживание успешного результата той деятельности, в рамках которого этот мотив имеет возможность появиться. Такое переживание необходимо, поскольку именно оно определяет тот личностный смысл осуществляемых

действий, наличие которого обеспечивает их выделение в качестве лично значимых для человека. Относя переживание успеха к результату своей деятельности, человек начинает стремиться к ее объективной продуктивности, приобретает полезные навыки, совершенствует их. В результате складываются условия для стабилизации деятельности, для превращения ее в самостоятельную и устойчиво определяющую жизненные отношения человека [7, с. 523].

Смысловые барьеры формирования ЗОЖ и возможности их преодоления

С точки зрения описанного механизма развития мотивационной сферы личности среди особенностей, затрудняющих формирование ЗОЖ как саморегулируемого поведения, нужно выделить, во-первых, отсроченный характер результата, который имеют сохраняющие здоровья действия, и, во-вторых, психологическое содержание тех поведенческих задач, которые встают перед человеком, принявшим решение о практическом осуществлении ЗОЖ.

В согласии с принципом «сдвига мотива на цель», в методики педагогики здоровья ориентированы на ассоциирование «знаемого» мотива ЗОЖ с состоянием успеха, переживаемого в каких-либо актуально значимых видах деятельности [10]. В процессе осуществления здоровьесберегающего поведения в качестве средства достижения других мотивов собственно мотив ЗОЖ должен «пропитаться» личностными смыслами и достичь уровня автономности. Однако в реальности данная схема срabатывает далеко не всегда, поскольку развитие системы способствующих здоровью действий характеризуется отсутствием непосредственного ощутимого результата.

Эффект от тех усилий, которые необходимо предпринимать для обеспечения ЗОЖ, достаточно долгое время является латентным и отнесенным в некое (иногда неопределенное) будущее. При совершении конкретного действия (очередного посещения спортзала или отказа от высококалорийной пищи) его результат только предвосхищается, но не переживается как реальный успех. Тем самым процесс связывания с ЗОЖ смыслов, благодаря которым здоровьесбережение могло бы выделиться как самостоятельный мотив специальной деятельности, оказывается в сильной степени затруднен.

Сходная смысловая природа обнаруживается и у тех сложностей, которые возникают при попытках осуществления конкретных способствующих здоровью действий: 1) отказа от привычных форм поведения; 2) приобретения новых для человека форм поведения.

Очевидным образом ситуации отказа от привычек, укорененных в значимых для личности сферах (образ Я, лояльность родительской семье и другим референтным группам, стереотипы житейских практик и т.п.), сопровождаются не положительными, а отрицательными переживаниями. Ассоциация ЗОЖ с состоянием негативного напряжения приводит к тому, что здоровьесбережение не только не становится личностно значимой ценностью, но, наоборот, субъективно обесценивается.

Что касается вновь приобретаемых форм поведения, то, как уже было показано, их собственные результаты имеют отсроченный характер, и, в силу этого, до определенного момента также не могут принимать участия в формировании устойчивой мотивации ЗОЖ. Следствием такой смысловой инертности оказывается низкий актуальный побудительный потенциал здоровьесберегающих действий, фиксация ЗОЖ как «знаемой», но не «реально действующей», регулирующей поведение ценности.

В современной медицине похожий феномен исследуется под названием низкой комплаентности, или недостаточной приверженности

лечению. В ситуации, когда лечение предполагает длительную высокую вовлеченность самого пациента, при наличии знаний о необходимости выполнения врачебных предписаний около трети стационарных и две трети амбулаторных больных нарушают назначения или полностью игнорируют их [2]. Парадоксальным образом такой, казалось бы, мощный мотив, как поддержание или улучшение качества жизни и даже само ее сохранение, оказывается все же недостаточно сильным для того, чтобы человек в течение длительного времени каждый день совершал несложные рутинные действия: измерение давления или уровня сахара в крови, чистка зубного протеза, соблюдение схемы приема медикаментов и т.п. ([8], [3] и мн. др.). В терминах теории деятельности можно сказать, что каждое из этих действий не приносит выраженного удовлетворения, и в силу этого воспринимается как бессмысленное – не на уровне понимания (то есть рациональной оценки), а на уровне личностных смыслов, которые невозможно задать извне, а можно только «вырастить» в ходе деятельности.

Исследования феномена нарушенной комплаентности позволяют не только прояснить природу сопротивления позитивным поведенческим изменениям, но и наметить перспективы его коррекции. Современная медицинская практика показывает, что эффективной оказывается особая организация взаимодействия пациента с врачом, подразумевающая, что, устанавливая четкие клинические цели лечения заболевания, врач использует в диалоге приемы недирективного руководства: ориентация на клиента, эмпатия, избегание споров, смещение (перенаправление) сопротивления пациента, развитие у пациента Я-эффективности (чувства самостоятельности, самодостаточности и компетентности), открытая работа с противоречиями; практика показывает, что такого рода интервенции способствуют росту не только доверия к врачу, но и готовности следовать его советам [8], [11], [12].

Психологически такая система отношений призвана компенсировать отмеченный выше смысловой дефицит, возникающий в ходе формирования саморегуляции деятельности с отсроченным результатом: в ходе специально организованного общения недостаток смысловой регуляции восполняется недирективной поддержкой со стороны тех участников ситуации, чье мнение обладает для пациента реальным побуждающим потенциалом.

Заключение

Проведенный анализ позволил сформулировать основные положения модели формирования ЗОЖ как саморегулируемого поведенческого паттерна. Психологически задача появления нового вида деятельности зависит от возникновения нового мотива, способного осуществлять целеобразующую и смыслопорождающую функцию. Полноценный «реально действующий» мотив ЗОЖ, определяющий способность к осуществлению саморегулируемой деятельности, изначально образуется на основе внешнего по отношению к этой деятельности «знаемого» мотива, имеющего постороннее для ЗОЖ содержание. «Сдвиг мотива на цель» как механизм преобразования «знаемого» мотива в «реально действующий» обеспечивается накоплением личностно значимого опыта успешности в той посторонней деятельности, для которой здоровьесберегающее поведение выступает в качестве средства. Приобретение эмоционального опыта формирует систему личностных смыслов осуществляемого поведения, которая со временем выделяет потребность в его реализации в качестве самостоятельного мотива новой деятельности.

Спецификой здоровьесберегающего поведения является отсроченный характер ее результатов и дефицит позитивных смыслов, порождаемых на начальных этапах ее формирования. Опыт преодоления

сопротивления врачебным предписаниям, накопленный в современной медицине, показывает, что средством коррекции здесь может выступать особая форма взаимодействия субъекта формирующейся деятельности с авторитетными для него людьми, обеспечивающими компенсаторные поддерживающие оценки.

В заключение отметим перспективность использования при формировании ЗОЖ в качестве партнера по такому поддерживающему общению современных технических средств, действие которых основано на методах искусственного интеллекта [6].

Список литературы

1. Гунзунова Б.А. Теоретические подходы к исследованию саморегуляции произвольной активности субъекта деятельности // Вестник Бурятского государственного университета. Образование. Личность. Общество. 2010. № 5. С. 3–7.
2. Деларю В.В., Вершинин Е.Г. Комплаентность: клинический, социологический и психологический подходы к ее оценке // Вестник ВолгГМУ. 2015. Вып. 3(55). С. 100–102.
3. Донирова О.С., Рукосуева Ю.А., Вампилова А.Р., Казакова Р.Г., Алексеева И.М., Осипова Н.И. Оценка причин низкой комплаентности больных с артериальной гипертензией на амбулаторном этапе // Сибирский медицинский журнал. 2012. № 7. С. 111–113.
4. Конопкин О.А. Общая способность к саморегуляции как фактор субъективного развития // Вопросы психологии. 2004. № 2. С. 128–135.
5. Кузнецова Ю.М. Структурные и содержательные характеристики ценностных образований личности. Дисс. ...канд. психол. наук. М., 2006.
6. Кузнецова Ю.М. Основания разработки когнитивного ассистента – протектора здорового образа жизни // Тенденции и перспективы развития социотехнической среды. Материалы IV международной научно-практической конференции. Москва, 13 декабря 2018 г. / Отв. ред. И.Л. Сурат. М.: Изд-во СГУ, 2018. С. 441–452.
7. Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики. 4-е изд. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1981.

8. Марченкова Л.А., Макарова Е.В. Мотивация пациентов в достижении эффективности самоконтроля гликемии при сахарном диабете: проблемы и их решения // *Consilium Medicum*. 2017. Т. 19. № 4. С. 32–35.
9. Рассказова Е.И., Иванова Т.Ю. Мотивационные модели поведения, связанного со здоровьем: проблема «разрыва» между намерением и действием // *Психология. Журнал Высшей школы экономики*. 2015. Т. 12. № 1. С. 105–130.
10. Саркаева С.А., Сокаев Х.М. Основные направления повышения у подростков устойчивой мотивации к здоровому образу жизни // *Балтийский гуманитарный журнал*. 2018. Т. 7. № 2(23). С. 317–320.
11. Семенова Н.Д. Методика для мотивирования пациентов к психосоциальной реабилитации // *Социальная и клиническая психиатрия*. 2010. Т. 20. № 1. С. 52–63.
12. Трушкина С.В. Коммуникативные техники повышения комплаентности пациентов в практике врача // *Медицинская психология в России*. 2018. Т. 10. № 5. doi: 10.24411/2219-8245-2018-15060
13. Черникова А.А. Социально-психологические основы пропаганды ЗОЖ и профилактики рискованного поведения в студенческой среде // *Мир науки, культуры, образования*. 2016. № 2(57). С. 292–295.

References

1. Gunzunova B.A. Teoreticheskie podhody k issledovaniyu samoregulyacii proizvod'noj aktivnosti subjekta deyatel'nosti // *Vestnik Buryatskogo gosudarstvennogo universiteta. Obrazovanie. Lichnost'. Obshchestvo*. 2010. № 5. Pp. 3–7.
2. Delaryu V.V., Vershinin E.G. Komplajentnost': klinicheskij, sociologicheskij i psihologicheskij podhody k ee otsenke // *Vestnik VolgGMU*. 2015. Vyp. 3(55). Pp. 100–102.
3. Donirova O.S., Rukosueva Yu.A., Vampilova A.R., Kazakova R.G., Alekseeva I.M., Osipova N.I. Otsenka prichin nizkoj komplajentnosti bol'nyh s arterial'noj gipertenziej na ambulatornom etape // *Sibirskij medicinskij zhurnal*. 2012. № 7. Pp. 111–113.
4. Konopkin O.A. Obshchaya sposobnost' k samoregulyacii kak faktor subjektivnogo razvitiya // *Voprosy psihologii*. 2004. № 2. Pp. 128–135.
5. Kuznetsova Yu.M. Strukturnye i sodержatel'nye harakteristiki cennostnyh obrazovanij lichnosti. PhD Thesis. Moscow, 2006.

6. Kuznecova Yu.M. Osnovaniya razrabotki kognitivnogo assistenta – protektora zdorovogo obraza zhizni // Tendencii i perspektivy razvitiya sociotekhnicheskoy sredy. Materialy IV mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferentsii. Moscow, 13 dec. 2018. / I.L. Surat (Ed.). Moscow: Izd-vo SGU, 2018. Pp. 441–452.
7. Leont'ev A.N. Problemy razvitiya psihiki. Moscow: Izd-vo Mosk. un-ta, 1981.
8. Marchenkova L.A., Makarova E.V. Motivatsiya patsientov v dostizhenii effektivnosti samokontrolya glikemii pri saharnom diabete: problemy i ih resheniya // Consilium Medicum. 2017. T. 19. № 4. Pp. 32–35.
9. Rasskazova E.I., Ivanova T.Yu. Motivatsionnye modeli povedeniya, svyazannogo so zdorov'em: problema «razryva» mezhdu namereniem i dejstviem // Psihologiya. Zhurnal Vysshej shkoly ekonomiki. 2015. T. 12. № 1. Pp.105–130.
10. Sarkaeva S.A., Sokaev H.M. Osnovnye napravleniya povysheniya u podrostkov ustojchivoj motivatsii k zdorovomu obrazu zhizni // Baltijskij gumanitarnyj zhurnal. 2018. T. 7. № 2(23). Pp. 317–320.
11. Semenova N.D. Metodika dlya motivirovaniya patsientov k psihosocial'noj reabilitatsii // Social'naya i klinicheskaya psihiatriya. 2010. T. 20. № 1. Pp. 52–63.
12. Trushkina S.V. Kommunikativnye tekhniki povysheniya komplentnosti patsientov v praktike vracha // Medicinskaya psihologiya v Rossii. 2018. T. 10. № 5. doi: 10.24411/2219-8245-2018-15060
13. Chernikova A.A. Social'no-psihologicheskie osnovy propagandy ZOZH i profilaktiki riskovannogo povedeniya v studencheskoj srede // Mir nauki, kul'tury, obrazovaniya. 2016. № 2(57). Pp. 292–295.