



Практическая психология здоровья

Трансляция поведенческих исследований в практику

Редакторы: Dominika Kwasnicka, Gill ten Hoor, Keegan Knittle,
Sebastian Potthoff, Ainslea Cross, Jenny Olson

Оглавление

Предисловие	4
Психология здоровья в вашей повседневной практике	6
Как придерживаться здорового образа жизни?	10
Помогаем беременным бросить курить: передовой опыт Великобритании	13
Улучшение предоставления кратких рекомендаций по алкоголю в первичной медико-санитарной помощи: мнения с обеих сторон консультационного стола	16
Оставаться дома – оставаться в порядке	19
Прекратите быть страусом! Польза отслеживания изменений	21
Взглядна пандемию COVID-19 с точки зрения бихевиористики	23
О важности оценки стратегий совладания клиентов	26
Ваш клиент защищается? В таком случае самоутверждение может помочь	28
Стать «лучшим собой» как причина изменить образ жизни	31
Протоколы исследований “N=1” – что можно узнать из единичного случая?	33
Физическая активность в старшем возрасте: сколько достаточно?	37
Тяжёлый вопрос о весе во время консультирования	39
«Самозффективность»: установка «могу!», которая меняет жизнь	41
Истории о заботе	44
Мотивация и первые шаги к физической активности	46
Реальные интервенции позитивной психологии на работе	48

Оглавление

Разговор с пациентом: что доктор говорит совсем ясно, а пациент совсем не понимает	51
Что происходит с лекарствами, когда они попадают домой?	53
Как ставить достижимые цели?	56
Саморегулирование – от теории к практике: поддерживать стремление пациента меняться	58
Меньше сидеть и больше двигаться на работе	61
Сила воли против нездоровых искушений (замечание циника: сила воли обычно проигрывает)	63
Планирование интервенций по изменению образа жизни, основанных на теории и на доказательной базе: карта интервенций	65
Социальная поддержка и образ жизни: как перейти от желания помочь к умелой помощи	68
Очень быстрые интервенции по изменению образа жизни	70
Воображение в вашей упряжке: Как использовать силу воображения, чтобы изменить образ жизни	72
Сила планирования	75
Страх плохой советчик	77
E-health: надежды и иллюзии	79
Неужели деньги что-то меняют? Использование финансовых стимулов и сдерживающих факторов для изменения поведения в сторону здоровья	81
Возникновение привычки: отношение науки о привычках к повседневной реальности	83

Предисловие

Добро пожаловать в Practical Health Psychology



Результаты исследований в области психологии здоровья и поведенческих наук могут предложить людям, работающим в сфере здравоохранения, множество ценных идей и рекомендаций для их клинической работы. К сожалению, научные статьи, которые содержат эти данные, часто длинные и сложные для понимания, что осложняет получение полезных для практики данных. Кроме того, такие статьи, как правило, публикуются только на английском языке и могут быть недоступны широкой аудитории из-за платного доступа или географических ограничений. Блог Practical Health Psychology помогает в преодолении этих проблем, предоставляя бесплатные, легкие к восприятию, посты, основанные на доказательствах на разных языках для информирования практикующих специалистов.

С 2016 года блог Practical Health Psychology (www.practicalhealthpsychology.com) опубликовал множество коротких тематических постов и обзоров доказательств, в которых ведущие ученые в области психологии здоровья и поведенческих наук описывают современное состояние своей научной области и дают краткие практические рекомендации по применению этих результатов в повседневной практике. Эти посты охватывают широкий спектр тем и исходят от ведущих ученых, представляющих различные страны, имеющих различный опыт и происхождение. Мы хотели бы поблагодарить всех участников блога, которые на протяжении многих лет помогли сделать результаты своих исследований более заметными и легкодоступными для медицинских работников, разработчиков методик работы с пациентами и ученых по всему миру.

Блог Practical Health Psychology в настоящее время переведен на 28 языков и активно распространяется в 45 странах. Эта работа осуществляется замечательной командой национальных редакторов, которые переводят посты блога на национальные языки и распространяют записи в соответствующих соцсетях практикующих специалистов и организаторов здравоохранения. Мы бы хотели искренне поблагодарить всех нынешних и бывших национальных редакторов за их время, энтузиазм, экспертную оценку и помощь сообществу. Спасибо за обеспечение точных переводов, добавление личной точки зрения, специфичной для вашей страны, и широкое распространение записей в вашей среде. Этот блог был бы невозможен без вашей работы.

Эта электронная книга, Practical Health Psychology Том 1, содержит все публикации блога с момента его создания до конца 2020 года. Мы надеемся, что это сделает содержание блога еще более доступным для читателей и поможет открыть еще один канал распространения. Мы хотели бы поблагодарить Европейское общество психологии здоровья за покрытие расходов на эту публикацию и предоставление открытого доступа к этой электронной книге, а также за его постоянную поддержку, спонсорство и веру в миссию блога Practical Health Psychology.

Наконец, спасибо нашим читателям. Если вы еще этого не сделали, вы можете подписаться онлайн: www.practicalhealthpsychology.com, добавьте нас в Facebook и следите за нами в Twitter.

**Вот и все.
Надеемся, вам понравится.**

Присоединяйтесь к нам →
в социальных сетях



Эта книга не была бы возможна без некоторых людей, внесших вклад в развитие блога Practical Health Psychology.

С особой благодарностью:

Национальные редакторы:

- Australia: Kyra Hamilton
- Belgium: Olivier Luminet
- Bulgaria: Anna Alexandrova-Karamanova
- Canada: Nicola McCleary
- China: Yuhang Zhu and Yingqiu Wu
- Costa Rica: Benjamin Reyes Fernández
- Croatia: Ana Kraljevic
- Czech Republic: Renata Hacklova
- Denmark: Elisabeth Ginnerup-Nielsen
- England: Cathryn Pinto
- Finland: Marleena Vornanen
- France: Alexis Ruffault
- Germany/Austria/Switzerland: Theresa Pauly and Philipp Schwaninger
- Greece/Cyprus: Angelos Kassianos
- Hungary: Piroska Balog
- Indonesia: Astin Sokang
- Ireland: Eimear Morrissey
- Israel (Hebrew): Noa Vilchinsky
- Italy: Veronica Velasco
- Lithuania: Antanas-Zigmantas Gostautas
- Latvia: Kristīne Mārtinsone
- Luxembourg: Nadine Berndt
- Malaysia: Sangeeta Kaur and Anne Jamaludin and Darlina Fadil Azim
- Mexico: Tania Bermudez
- Netherlands: Anne van Dongen
- Norway: Anastasia Olympiou
- Poland: Alicja Baska and Ewa Gruszczyńska and Zuzanna Kwissa-Gajewska
- Portugal: Marta Marques, Jorge Encantado and Cristina Godhino
- Romania: Catrinel Craciun
- **Russia: Evgeny Taratukhin and Kirill Zamiatin**
- Scotland: Craig Donnachie
- Slovakia: Zuzana Dankulinová
- South Korea: JoonHo Park and Jiyoung Park
- Spanish: Alberto Aibar, Javier Sevil and Luis García-González
- Turkey: Çimen Ekici, Gülcan Garip and Selen Ozbek
- Ukraine: Elena Lutsenko and Olga Gabelkova
- United States: Alison Phillips

Поддержка от EHPS EC

- Gjalte-Jorn Peters (EHPS Web Officer)
- Rik Crutzen (EHPS Communications Officer)

Бывшие главные редакторы:

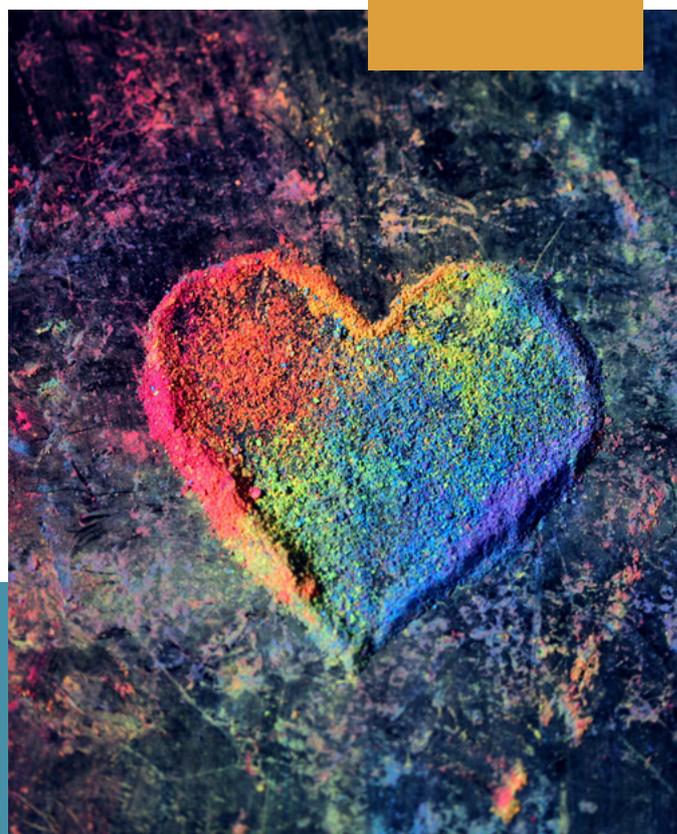
- Nelli Hankonen
- Theda Radtke

Бывшие национальные редакторы

- Germany/Austria/Switzerland: Corina Berli and Janina Luescher
- Sweden: Olga Perski

Мультимедийная команда

- Urszula Ambroży



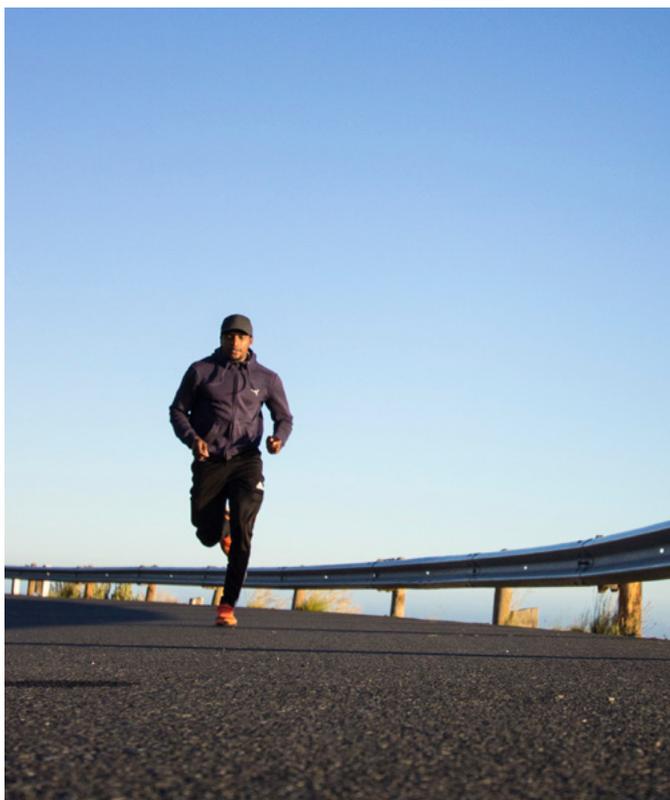
”

Психология здоровья в вашей повседневной практике

Ψ



Карен Морган, Королевский хирургический колледж Университета Перданы в Ирландской медицинской школе, Куала-Лумпур, Малайзия
и Роберт Зандерман, Университет Гронингена и Университет Здоровья и Технологий Твент, Нидерланды.



Продвигать и поддерживать здоровье, предотвращая болезни

Хотя бремя хронических болезней растёт во всём мире, многие из них предотвратимы. Эпидемиологический поиск показал, что прямая профилактика (например, снижение факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний) более эффективна, чем вторичная, для снижения сердечно-сосудистой смертности. Психология здоровья вносит огромный вклад в смысле того, как снизить факторы риска заболеваний в популяциях, обнаруживая специфические типы поведения (т.е., курение, неправильное питание, гиподинамию, медицинский скрининг) и направляя их к изменению.

Что практического в психологии здоровья?

Это молодое, быстро и динамично развивающееся направление психологии. Психологи здоровья сосредоточены на применении психологических теорий и исследований к

- продвижению и поддержанию здоровья, предотвращению болезней,
- пониманию того, как люди реагируют, совладают и восстанавливаются после болезней,
- персонализации методов лечения и вмешательств,
- к улучшению здоровья через здравоохранение и лиц принимающих решения.

Психология здоровья спрашивает: что движет связанным со здоровьем поведением и как можно поменять такое поведение? Она также изучает, как эмоции и стереотипы связаны с таким поведением и с его последствиями. Медицинские психологи, следовательно, работают во множестве разных обстоятельств и с разными группами людей. Они включают пациентов, оказывающих помощь, семьи, отдельных лиц и общества, работников здравоохранения, систему и учреждения здравоохранения. В результате, некоторые базовые понятия из области психологии здоровья имеют отношение к любому, кто работает с пациентами или способствует здоровому образу поведения в своей практике.

Медицинская психология фокусируется на психологических механизмах (например, понимании, отношении, осмыслении) и социальных влияниях, которые могут мешать изменениям или вести к установившимся паттернам нездорового поведения. Лучшее понимание таких процессов помогает найти оптимальные пути помочь людям вырваться из столь нездоровых привычных практик и, например, прекратить курить или повысить потребление фруктов. Развитие и применение электронных (eHealth) приложений стабильно увеличивается и оказание помощи через мобильные приложения или устройства даёт очень интересные возможности для психологии здоровья.



Понимать, как люди реагируют, борются и восстанавливаются после болезни

Болезнь имеет психологические эффекты, которые влияют на восстановление. Люди могут испытывать стресс, тревогу или депрессию, или бороться с влиянием болезни на их самоидентификацию. Психологи здоровья работают над лучшим пониманием того, как помочь людям в отношении со своей болезнью, изучая также сложные связи между мышлением, совладанием, исходами и важными поведенческими аспектами (например, приверженностью к лечению в разных популяциях). Психологи здоровья критически оценивают определения и оценочные инструменты ключевых болезненных форм образа жизни, например: Как измерить приверженность к препаратам? Что такое «приемлемый» уровень приверженности? Теории и модели используются для объяснения и прогнозирования связанных с заболеванием поведенческих аспектов и исходов, и формируют основу для создания вмешательств в с целью положительного влияния на образ жизни. Психологи здоровья также пытаются определить, как и с чей стороны такие вмешательства наиболее эффективны.

Персонализация лечения и вмешательств

Мы хотим понять, например, как изменение в постановке целей или в социальных навыках может вести к лучшим исходам, например, улучшенному самоконтролю или созданию социальной поддержки; такое понимание ведёт к эффекту опосредования. Эти находки важны, поскольку дают нам возможность улучшить наши вмешательства, открывая «чёрный ящик» вмешательств и показывая, какие составляющие работают эффективно и имеют влияние на исход, делая возможным влиять на них. В дополнение, очень важно знать, что и для кого работает лучше. Скажем, когнитивно-бихевиоральные методы или методы осознанности (mindfulness) помогают раковым больным в совладании с заболеванием, и мы можем увидеть, что кому-то они не помогают. Методы исследований позволяют определить, какие характеристики пациентов (например, пол, возраст, личностные черты) влияют на лучший или худший ответ на лечение. Это очень полезно для персонализации лечения.

Улучшение систем медицинской помощи и здравоохранения

Пути, по которым врачи, медсёстры и другие специалисты в области здравоохранения взаимодействуют с пациентом, могут существенно влиять на ответ пациента на лечение и на само заболевание. Как работая с пациентами, их семьями и теми, кто ухаживает, психологи здоровья работают с врачами и другими профессионалами. Психология здоровья играет важную роль в образовании профессионалов здравоохранения, способствуя пациент-центрированной помощи, которая стимулирует самопомощь, позволяя людям иметь лучший контроль над их здоровьем и помогая делать оптимальные выборы. Это включает оценку способов коммуникации работников здравоохранения и поиск путей лучшего сопряжения стиля общения с потребностями пациентов в целях улучшения помощи. Так, к примеру, в ряде стран Отделения психологии здоровья в академических клиниках обучают таким вещам студентам.



В поиске психологов здоровья

Если в вашей работе вы сталкиваетесь с описанными выше проблемами и хотите быть информированы о последних разработках в данной сфере, мы рекомендуем обратиться на наш Блог психологии здоровья. В дополнение, если нужна практическая помощь, не стесняйтесь обратиться в Отделение психологии здоровья в вашей стране и узнать, как они могут помочь. Это может быть любая помощь от ответа на короткий вопрос до совместной работы по улучшению здоровья.



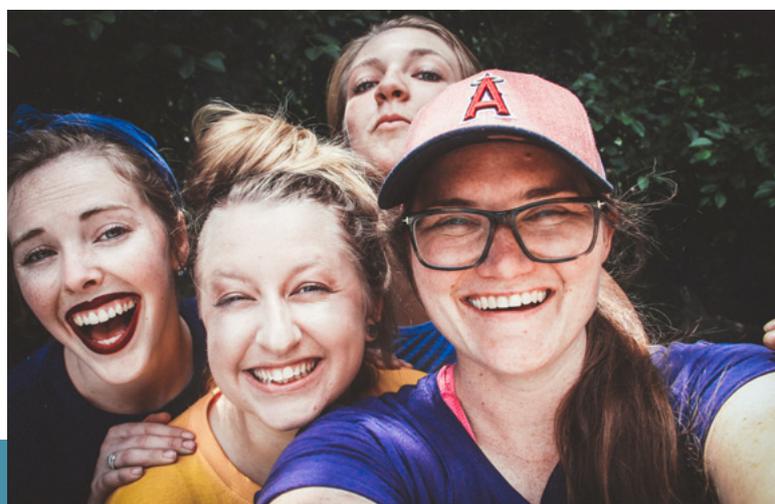
КАК ПРИДЕРЖИВАТЬСЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ?

Dominika Kwasnicka, Университет SWPS, Польша
и University of Melbourne, Австралия

Ключевая цель **программ** здоровья – способствовать длительному поддержанию положительных изменений и чтобы профессионалы здравоохранения были способны помогать пациентам улучшать исходы и поддерживать позитивные изменения образа жизни. Известно, что встать на путь здоровых изменений образа жизни непросто, и пожалуй **ещё** сложнее – придерживаться его долгое время. Вопрос, почему поддерживать так сложно, остаётся открытым для психологии.

Чтобы на него ответить, наша группа рассмотрела теории, объясняющие, как люди изменяют и затем продолжают поддерживать позитивные изменения: отказ от курения, повышение активности и другие. Мы идентифицировали **100 теорий**. Их можно обобщить в пять ключевых направлений – и это хорошая новость для профессионалов здравоохранения, потому что возможно применение данных теорий на практике.

1. Поддержание мотивации важно, когда начинается новый образ жизни, например, посещение спортивного зала, первые пробежки, правильное питание или отказ от фастфуда, либо отказ от избытка алкоголя. Неудивительно, что мотивация критически важна для установления долговременного изменения образа жизни. Мотивация **меняется** во времени, и чтобы поддерживать новый образ жизни, нужно знать как, даже при снижении мотивации. Это может быть осуществимо, если вы заранее **спланируете**, что будете делать в момент появления трудностей. Например, «в случае проливного дождя я буду заниматься дома вместо пробежки или спортзала»
2. Саморегулирование включает присмотр за тем, что вы делаете. **Отслеживание** образа жизни важно, чтобы определить необходимость изменений, а значит иметь возможность активно измениться, если потребуется. Например, чтобы узнать, нужно ли что-то делать с уровнем физической активности, следует отслеживать ежедневный уровень активности. Для этого можно использовать гаджеты с функцией счёта шагов. **Руководства** Всемирной организации здравоохранения указывают, что нужно как минимум 30 минут умеренной активности в день, и если Вы выясняете, что далеки от такого уровня, появляется возможность **спланировать** изменения, оставаться активными регулярно благодаря уточнению, когда, где и как.
3. Ресурсы важны для изменения образа жизни и включают в себя физический и психологический компонент. Например, сложно оставаться здоровым (делать упражнения, правильно питаться), когда находишься в стрессе, когда чувствуешь себя подавленным или не спал ночь. Для поддержания здоровых стереотипов поведения нужно много ресурса, то есть нужно чувствовать себя полным сил, отдохнувшим и не в стрессе. Физический ресурс тоже важен: нужно построить окружение, которое поможет здоровью. Например, мы не можем нормально питаться, если нет доступа к здоровой пище, и мы не можем принимать лекарства, если их просто нет в наличии.
4. Привычки – все говорит о привычках, и обычно люди понимают их **не совсем** так, как психологи. Для медицинского психолога **привычки** вырабатываются, когда в ответ на триггерную ситуацию человек получает желаемый результат. Вредные привычки, например, курение или еду поздним вечером, трудно изменить, поскольку они становятся естественны, органичны и о них человек не задумывается. Чтобы поддерживать здоровый образ жизни, нужно разорвать вредные привычки и сформировать полезные. Психология **даёт** много рецептов для этого. Новые хорошие привычки обычно требуют **времени**, чтобы сформироваться, как и чтобы избавиться от старых. Популярный способ развить привычку – всегда отвечать нужным образом на выбранные события и впечатления.
5. Наконец, окружение, место и люди вокруг должны поддерживать нас в здоровом поведении. Нередко при изменении образа жизни требуется **изменить** и окружающую реальность. Люди вокруг – важная часть этой **реальности**. Семья, друзья и люди, с которыми мы проводим время, влияют и на то, насколько здоровый наш образ жизни. Они могут помочь нам просто поддерживая или становясь ролевыми моделями, но могут и нести плохое влияние, например, предлагая закурить или выпить. Не нужно понимать это как запрет проводить время с друзьями, не ведущими здоровый образ жизни. Но нужно **поделиться** своим планом на улучшение здоровья и принять твёрдое решение не подвергаться давлению других. Например, отказавшись от третьего куска пирога.



Как вдохновить пациентов не только начать, но и поддерживать здоровый образ жизни?

Практические рекомендации



- **Оставаться мотивированным** – легко сказать, но непросто сделать. Спросите пациентов, почему они хотят изменить образ жизни и придерживаться его; можно упомянуть успешные случаи из практики.



- **Отслеживать** – посоветуйте пациентам самостоятельно следить, как и что они делают, например, как и когда спят, двигаются, принимают пищу, лекарства.



- **Всем нужны ресурсы** – убедитесь, что пациенты располагают психологическим и физическим ресурсом, включая нормальный сон и доступ к качественному питанию.



- **Работайте над привычками.** Наличие здоровых привычек – лучший предиктор долгосрочных изменений образа жизни. Чтобы развить их, пациенту можно создать «если-то» план, соединяющий моменты происходящего с требуемым действием, например, «если увижу кроссовки рядом с дверью, пойду прогуляюсь».



- **Среда должна поддерживать:** пациенту нужно быть погружённым в среду, которая способствует здоровым изменениям, включает ресурсы и способствующих изменениям людей. Хорошо бы проверить, насколько место проживания и место работы пациента помогают здоровому образу жизни, и если нет – как это улучшить. Пациент также может обратиться прямо к семье и друзьям за помощью в долгосрочном изменении образа жизни.



Помогаем беременным бросить курить: передовой опыт Великобритании



Феликс Нотон, Университет Восточной Англии, Великобритания

От 25 до 50% курящих женщин бросают курить после того, как обнаруживают, что беременны. Но почему остальные продолжают курить на протяжении всей беременности?

Разве они не знают, что курение во время беременности вредно?

Обычно это так. Одно из наших [исследований](#) в Великобритании, в котором участвовали беременные женщины, как мотивированные, так и немотивированные, чтобы бросить курить, пока-зало, что 99% в той или иной степени согласны с утверждением «курение во время беременности может нанести серьезный вред моему ребенку», а около 75% согласны очень или очень сильно.

Однако 12 недель спустя воздержались менее 10% из них. Хотя [попытка](#) бросить курить более вероятна у тех, кто твердо убежден во «вреде» курения во время беременности, похоже, это [не увеличивает](#) шансы на успех.

Резюме: представления о вреде курения во время беременности играют лишь второстепенную роль.

У них нет мотивации бросить курить?

В некоторых случаях это правда. Согласно нашим [исследованиям](#), на ранних сроках беременности чуть менее половины женщин сообщают

о намерении бросить курить в течение следующих 30 дней, и примерно такое же количество женщин предпринимает попытки бросить курить. По мере продолжения беременности мотивация бросить курить снижается. Удивительно, но мотивация **не увеличивает** шансы на успех самой попытки бросить курить. **То же самое** и среди небеременных курильщиц. Кроме того, **обзоры** рандомизированных контролируемых испытаний, посвященных оценке интервенций с помощью мотивационного интервью, подхода к консультированию, частично направленного на то, чтобы помочь людям повысить их мотивацию к изменению поведения, показывают, что этот подход неэффективен для прекращения беременности.

Резюме: Мотивация увеличивает шансы того, что женщина попытается бросить курить, но самой по себе ее недостаточно, чтобы довести до полного воздержания.

Они не заинтересованы в помощи, чтобы бросить курить?

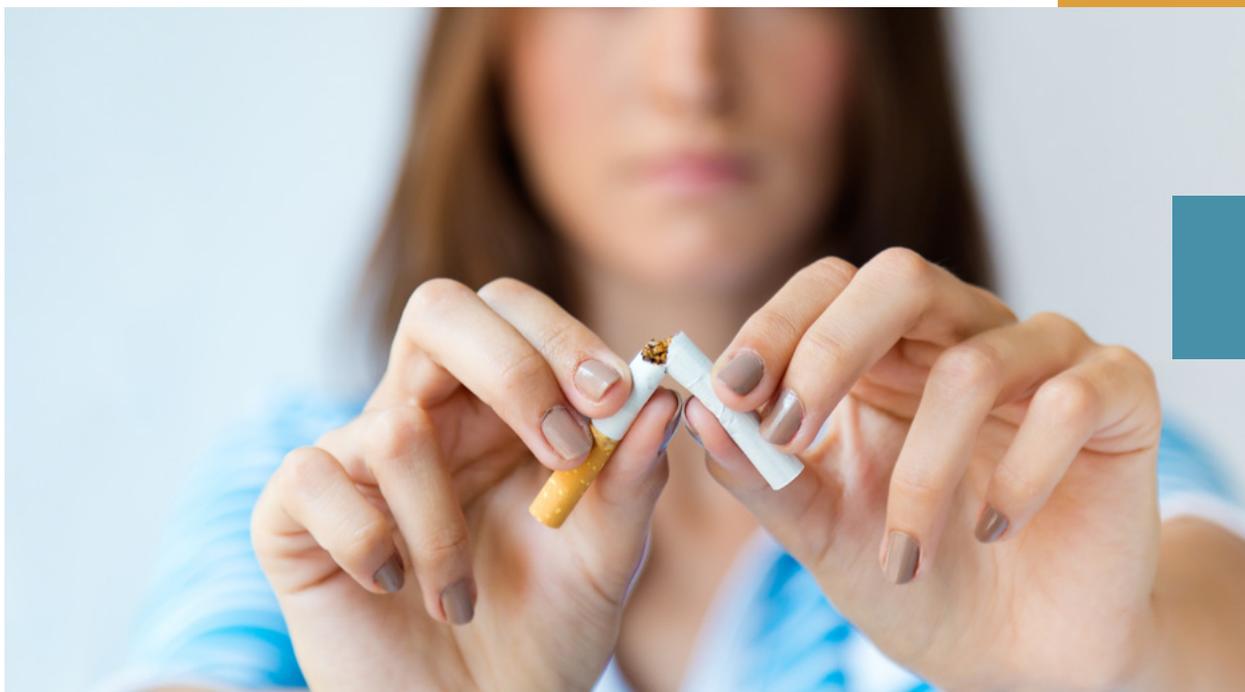
Опять же, это верно в некоторых случаях, но не во всех. Мы **обнаружили**, что около половины беременных женщин хотят помочь бросить курить на ранних сроках беременности. В отличие от мотивации, уровень интереса к поддержке сохранялся на поздних сроках беременности. Тем не менее, только около одного из десяти сообщили о том, что в любое время во время беременности получали доступ к стандартной поддержке по отказу от курения. Те, кто это сделал, сообщили, что проявляют повышенный интерес к этому на ранних сроках беременности. Обсуждение с медицинским работником вопроса об отказе от курения было

тесно связано с заинтересованностью в получении поддержки, поэтому это может быть простым способом расширить доступ к помощи.

Резюме: разговор с беременной женщиной об отказе от курения может повысить ее интерес к поддержке, что, в свою очередь, может увеличить ее шанс получить к ней доступ.

Нет эффективных способов помочь беременным?

К счастью, есть. Исследования показали, что поведенческая поддержка, структурированные советы и помощь в управлении поведенческими аспектами курения и отказа от курения (но не мотивационное интервью), независимо от того, проводятся ли они **индивидуально** или в форме **самопомощи**, на печатных или **цифровых** ресурсах, могут помочь беременным. Женщины бросают курить. Добавление никотиновой заместительной терапии (НЗТ) к поведенческой поддержке женщин с умеренной или высокой никотиновой зависимостью, вероятно, **повысит** эффективность поддержки. Однако доказательства довольно слабые, скорее всего, потому, что во многих исследованиях сообщается о плохой приверженности к НЗТ. Отчасти это связано с опасениями, что никотин вреден для ребенка. Однако обзор исследований самого высокого качества с участием десятков тысяч женщин и младенцев показал, что нет никаких доказательств вреда от использования НЗТ во время беременности. На основании этого женщины могут быть уверены, что любые риски использования НЗТ ниже по сравнению с продолжением употребления табака.



Менее известным фактором является то, что беременные женщины расщепляют никотин в своем организме в два раза быстрее, чем когда они не беременны, из-за повышенного метаболизма. Это означает, что беременным женщинам потребуется больше НЗТ, чем обычно, чтобы уменьшить тягу к еде и синдром отмены. Однако, как правило, женщины и практикующие врачи предпочитают использовать **меньше** НЗТ, чем обычно.

Другие формы доставки никотина, такие как электронные сигареты, могут быть столь же эффективны во время беременности, как и вне беременности, но в настоящее время у нас нет доказательств, подтверждающих их рекомендацию. Вред от электронных сигарет, вероятно, будет значительно меньше, чем от табака. Если беременные женщины хотят использовать электронные сигареты, чтобы помочь им бросить курить, то в Великобритании советуют **поддерживать** их в этом. Другой эффективный подход – предоставить финансовые стимулы для достижения воздержания, если они предоставляются наряду с поведенческой поддержкой. **Факты** показывают, что стимулы – самый эффективный из известных нам подходов.

Резюме: Поведенческая поддержка, особенно в сочетании с никотиновой заместительной терапией для тех, кто демонстрирует никотиновую зависимость и/или при наличии финансовых стимулов, является эффективной.

Кто больше всего нуждается в поддержке?

Отказ от курения во время беременности связан с **множеством** факторов, таких как низкий уровень образования или дохода. Но более важными с практической точки зрения факторами являются наличие партнера, который курит, и наличие средней или высокой степени никотиновой зависимости – это серьезные препятствия на пути к отказу от курения для многих женщин. Другими факторами являются депрессия и повышенный стресс во время беременности.

Резюме: Поведенческая поддержка, особенно в сочетании с никотиновой заместительной терапией для тех, кто демонстрирует никотиновую зависимость и/или при наличии финансовых стимулов, является эффективной.

Практические рекомендации

- Предоставьте женщинам, которые курят во время беременности, информацию о рисках курения для них и их ребенка и предложите всем женщинам, независимо от их мотивации бросить курить, поддержку в отказе от курения. Тем, кто отказывается, продолжайте предлагать поддержку на протяжении всей беременности.
- Предоставляйте структурированную поведенческую поддержку, будь то индивидуальная помощь или самопомощь, в печатной или цифровой форме тем, кто принимает поддержку. Но не мотивационное интервью.
- Эффективность поведенческой поддержки, вероятно, будет увеличена с предложением никотиновой заместительной терапии (НЗТ) для женщин с умеренной или высокой зависимостью от никотина. Тем не менее, женщинам следует оказывать поддержку в их эффективном использовании для максимального соблюдения режима приема и устранения любых необоснованных опасений по поводу его использования во время беременности. Если женщины хотят использовать электронные сигареты, чтобы бросить курить, это может им помочь и должно рассматриваться как подход к минимизации вреда.
- Если предлагается НЗТ, рекомендуйте женщинам использовать две формы («комбинированную терапию», например, пластыри и жевательную резинку), чтобы максимально увеличить замещение никотина для уменьшения тяги и абстинентного синдрома.
- Если позволяют ресурсы, предложите финансовые стимулы для воздержания, в зависимости от предоставления подтверждения, например, проверки дыхания с использованием монитора угарного газа (СО).

Заявление о конфликте интересов: д-р Феликс Нотон не имеет связей или финансовых отношений с какими-либо производителями никотиновой заместительной терапии или электронных сигарет.



Улучшение предоставления кратких рекомендаций по алкоголю в первичной медико-санитарной помощи: мнения с обеих сторон консультационного стола

**Эми
О’Доннелл,**
Университет
Ньюкасл,
Великобри-
тания



Уровень употребления алкоголя в последнее время снизился в некоторых частях Европы, особенно, среди **молодежи**. Однако чрезмерное употребление алкоголя остается основным фактором риска ухудшения здоровья и ранней смерти. Предоставление простых кратких рекомендаций тем, кто определен как злоупотребляющие алкоголем, может помочь **уменьшить** количество потребляемого людьми алкоголя, особенно если рекомендации исходят от врачей первичной медико-санитарной помощи: врачей общей практики (GP) или терапевтов. Краткий **совет** по алкоголю включает в себя короткий, основанный на фактических данных, структурированный разговор, который направлен на то, чтобы мотивировать и поддержать пациента подумать об изменении своего алкогольного поведе-

ния, чтобы снизить риск причинения вреда. Мы до сих пор не полностью определили ключевые составляющие этих разговоров, но предоставление персонализированной обратной связи о потреблении алкоголя пациентом и поощрение его к самоконтролю за своим потреблением алкоголя кажутся особенно эффективными частями **пакета мер**.

Однако внедрение доказательных методов лечения и вмешательств в повседневную медицинскую помощь – дело медленное и непростое. По некоторым оценкам, в среднем требуется **17 лет**, чтобы результаты исследований внедрялись в повседневную клиническую практику. После трех десятилетий исследований, более 70 рандомизированных контролируемых исследований и многочис-

ленных обзоров опубликованных исследований, краткие рекомендации по алкоголю до сих пор не доставляются в глобальных системах первичной медико-санитарной помощи. Чтобы понять, почему краткие рекомендации по алкоголю не были полностью интегрированы в систему первичной медико-санитарной помощи, нам необходимо рассмотреть множество различных **точек зрения** на проблему, включая взгляды тех, кто оказывает медицинскую помощь (клиницисты), и тех, кто её использует (пациенты).

Итак, что люди, участвующие в предоставлении и получении кратких рекомендаций по алкоголю в первичной медико-санитарной помощи, говорят нам о проблемах с которыми они сталкиваются?

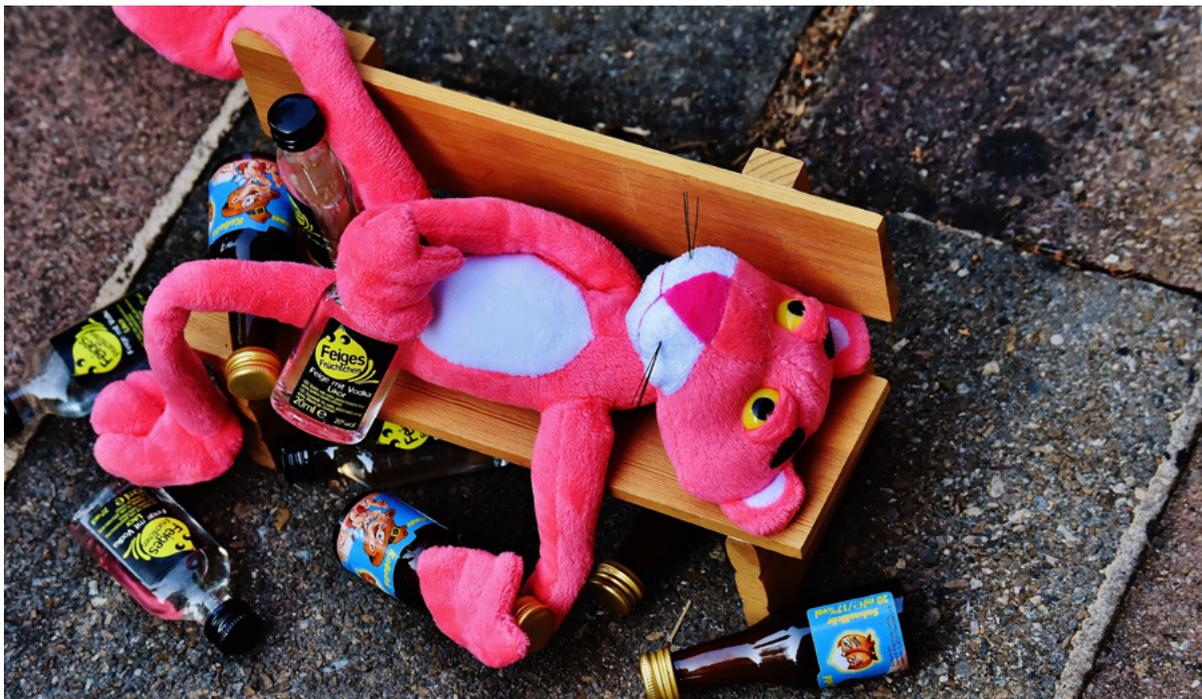
Некоторые общие проблемы, которые **поднимают** врачи, включают нехватку времени, обучения или финансовых ресурсов для того, чтобы давать своим пациентам рекомендации по алкоголю. Предоставление дополнительных выплат врачам общей практики за работу с алкоголем не обязательно является эффективной стратегией реализации. Одно недавнее исследование показало, что введение финансовых **стимулов** для получения рекомендаций по алкоголю в английских учреждениях первичной медико-санитарной помощи почти не повлияло на предоставление таких рекомендаций. Другие исследования показывают, что отношение и убеждения врачей относительно актуальности, деликатности и общей ценности обсуждения алкоголя на обычных консультациях с пациентами могут сыграть большую роль во влиянии на их практику. Например, некоторые терапевты сомневаются, что их пациенты будут восприимчивы к советам по изменению своего алкогольного поведения, особенно, у очень сильно пьющих. Отчасти это связано с отсутствием уверенности в эффективности психологических методов лечения чрезмерного употребления алкоголя, но также и с тем, что врачи общей практики обеспокоены тем, что они могут обидеть пациентов, поднимая тему употребления алкоголя.

Меньше исследований изучали точку зрения пациентов на эти вопросы. Исследования показывают, что большинство людей считают приемлемым для терапевтов или медсестер спрашивать об их употреблении алкоголя и рассматривают такие советы по образу жизни как ценную часть здравоохранения, особенно для тех, у кого есть связанные с алкоголем заболевания. Как и некоторые врачи, пациенты менее уверены,

что сильно пьющие будут открыты для разговора с клиницистами о своем потреблении алкоголя, по крайней мере, будут **не искренни**. Однако более серьезная проблема состоит в том, что многие пациенты плохо осведомлены о своем уровне употребления алкоголя. Отчасти это связано с тем, что подсчитать, сколько алкоголя на самом деле содержится в этом бокале вина или джина с тоником, довольно сложно, и можно легко потерять счет, когда вы наливаете напитки без стандартных измерений дома.

Но это также связано с тем, что для многих из нас потребление алкоголя рассматривается не с точки зрения того, насколько оно увеличивает наш риск определенных состояний и заболеваний (то есть того, как клиницисты, практикующие врачи или эпидемиологи рассматривают употребление алкоголя), а скорее с точки зрения центральной роли, которую он играет в развлечениях, удовольствиях и праздниках. Это означает, что некоторые пациенты могут неохотно осознавать, что они слишком много пьют, и/или спрашивать, почему их лечащий врач просит их сократить. В связи с этой проблемой пациенты говорят нам, что они уже применяют ряд стратегий по ограничению употребления алкоголя, но считают, что они основаны на «жизненных уроках», извлеченных из их собственных семей, друзей и социальных групп. Итак, опять же, некоторые пациенты видят ограниченную пользу в советах терапевтов или медсестер по поводу употребления алкоголя, которые могут показаться оторванными от реальной жизни.





Практические рекомендации

Итак, как мы можем использовать все эти взгляды, представления и опыт для улучшения применения кратких рекомендаций по алкоголю в первичной медико-санитарной помощи?

- Во-первых, будьте уверены, что спрашивать о питье – это нормально. Мало свидетельств того, что пациенты обидятся, если вы спросите об их привычках к употреблению алкоголя.
- Обязательно задавайте вопросы о том, «как» и «почему» пациенты на самом деле пьют, а не просто о том, «сколько». Это повысит актуальность и значимость любого совета, который вы дадите, благодаря признанию социальных и культурных ценностей, которые определяют характер употребления алкоголя пациентами.
- Затем, основываясь на том, что пациенты рассказывают вам о ситуациях, в которых они, скорее всего, будут сильно пить, помогите им разработать превентивные стратегии, специально нацеленные на эти критические моменты риска. По возможности выстраивайте эти стратегии вокруг тех так-

тик, которые многие пациенты уже считают выполнимыми и эффективными. Например, ограничивая употребление алкоголя в определенных условиях (например, дома), или с определенными социальными группами, такими как дети.

- Наконец, учитывая, что клиническое время всегда ограничено, сосредоточьтесь на предоставлении кратких рекомендаций по употреблению алкоголя пациентам, которые обращаются с состояниями, при которых существует признанная связь с пьянством, такими как высокое кровяное давление, психические расстройства или проблемы с желудком. Это поможет целенаправленно использовать драгоценные ресурсы, а также может быть более приемлемым и привлекательным для самих пациентов.

Информация о финансировании

Исследование финансировалось Школой исследований первичной медико-санитарной помощи Национального института медицинских исследований (NIHR SPICR). Точка зрения, изложенная в тексте принадлежит автору(ам) и может не соответствовать мнению NIHR, NHS или Департамента здравоохранения.



Остаться дома – оставаться в порядке



Фредерика Пикарелло и Рона Мосс-Моррис, Королевский колледж Лондона, Англия

Буквально за несколько недель по всему миру повседневная жизнь изменилась кардинально, и в нашу реальность вошла неопределённость ввиду пандемии COVID-19. За немедленной необходимостью затормозить распространение инфекции через повсеместное **изменение образа жизни** (т.е. самоизоляцию, физическое дистанцирование, карантин), влияние на психическое и физическое благополучие следует оценивать, чтобы позволить быстрые интервенции и препятствовать долгосрочным последствиям.

Экспресс-обзор показал негативное психологическое воздействие карантина с доказательствами долгосрочного воздействия. Такие факторы, как более длительный карантин, страх заразиться и озабоченность физическими симптомами, указывающими на инфекцию, разочарование, скуку, стигматизацию и практические проблемы, были определены как важные факторы, способствующие негативным психологическим последствиям карантина. В позиционном документе изложены приоритеты исследований в области психического здоровья, включая точную оценку воздействия и смягчение этих последствий в условиях пандемии. Был сформулирован позиционный **документ**, также указывающий на важность оказания поддержки людям в построении оптимальных структур для поддержания своего благополучия, что, вероятно, также будет способствовать соблюдению поведенческих рекомендаций, необходимых в ответ на COVID-19.

Предвидя это, мы – **Секция** психологии здоровья (IoPPN) Королевского колледжа Лондона – провели мероприятие с участием **общественности**, посвященное тому, как сохранить здоровье и благополучие во время пандемии COVID-19, используя теорию и данные психологии здоровья. Здесь мы сосредоточимся на четырех ключевых областях физического и психического благополучия, которые были выделены: 1) установление новых здоровых распорядков дома, 2) достижение полезного баланса в мониторинге симптомов, 3) определение новых способов общения и проведения досуга и 4) управление неопределенностью.

1) Установление нового здорового образа жизни дома

Меры, принятые для остановки вспышки COVID-19, вносят глубокие изменения в обычный распорядок дня и может быть сложно приспособиться к новому ежедневному графику и отслеживать время, когда типичные временные привязки и внешнее давление больше не присутствуют. Эти изменения также дают возможность создать новый, здоровый, распорядок дня, ключ к поддержанию физического и психического благополучия во время пандемии. Есть четкие рекомендации по активности, поведению, , питанию и употреблению **алкоголя**.

Недавний обзор **эффективных** методов, направленных на пропаганду здорового питания и физической активности, выявил, что самоконтроль в сочетании с одним или несколькими методами, такими как постановка целей, являются ключевыми способами изменения поведения. Что касается целей, также важно четко **указать**, «что» и «когда». Например, труднее **придерживаться** цели «У меня будет три дня без алкоголя», чем цели, которая гласит: «Я воздержусь от алкоголя в понедельник, вторник и четверг».

2) Достижение полезного баланса при мониторинге симптомов

Мониторинг симптомов и принятие ответных мер путем самоизоляции при появлении нового и постоянного кашля и лихорадки – еще одна мера, принятая в ответ на пандемию. В нынешних обстоятельствах очень естественно беспокоиться о соматических ощущениях и постоянно сканировать свое тело на предмет симптомов. Однако примерно 80% людей будут испытывать один или несколько **симптомов** в любой конкретный месяц, и респираторные соматические симптомы являются обычными. Повседневные соматические симптомы могут быть связаны с реакцией нашего организма на стресс. Таким образом, хотя некоторое беспокойство полезно, поскольку оно мотивирует людей следовать принятым мерам, слишком большое беспокойство может усилить симптомы и помешать нам выполнять повседневные задачи. Осведомленность о мыслях и эмоциях и переключение внимания с симптомов на другие виды деятельности могут помочь, равно как и переопределение или переосмысление симптомов (например, одышка может быть вызвана стрессом). Упражнения на **расслабление** также могут помочь при тревоге, если симптомы усугубляются **стрессом**. Это трудный баланс, так как очевидно, что также важно физически изолировать, если у вас есть реальные симптомы COVID-19, и обратиться за медицинской помощью, если они станут более серьезными.

3) Определение новых способов общения и проведения досуга

Термин «социальное дистанцирование» для описания изоляции, возможно, неудачен, поскольку нам нужно поддерживать физическую дистанцию, пытаюсь найти способы оставаться на связи в социальном плане. Социальная изоляция и одиночество связаны с **увеличением** смертности и госпитализаций. Таким образом, поддержание связи с друзьями и семьей удаленно, оставаясь дома, проводя время с членами семьи и проводя свободное время, были зарегистрированы как важные стратегии **совладания** во время карантина.

4) Управление неопределенностью

Беспокойство о будущем и неуверенность в том, когда жизнь вернется в норму, являются **обычным** явлением. Эмоции, как положительные, так и отрицательные, являются частью нормальной жизни. Беспокойство, страх и нервозность в связи с текущими обстоятельствами действительно объяснимы. Доктор Расс Харрис, всемирно известный клиницист по терапии принятия и приверженности (АСТ), собрал очень полезные **ресурсы** для разработки стратегий, которые помогут лучше управлять текущей неопределенностью. Вспомните мысль, с которой вы боролись (например, «Я не могу видеть свою семью из-за изоляции»), сосредоточьтесь на этой мысли в течение 30 секунд. Затем поместите эту мысль во фразу «У меня возникла мысль, что...» и сосредоточьтесь на ней в течение 30 секунд. Наконец, поместите свою мысль внутрь фразы «Я заметил, что у меня возникла мысль, что...» и сосредоточьтесь на ней в течение 30 секунд. С каждым шагом вы можете замечать все большее расстояние от мысли.

Практические рекомендации

- Помогите людям восстановить или разработать новый полезный распорядок дня дома, поощряя самоконтроль физической активности, малоподвижного поведения, цикла сна и бодрствования, питания и употребления алкоголя, а также используя **SMART-цели** (конкретные, измеримые, достижимые, реалистичные, своевременные), чтобы внести изменения.
- Нормализуйте негативные эмоции, такие как гнев, вина, разочарование, страх, беспокойство и грусть; как подходящий ответ на сложную и неопределенную ситуацию.
- Объясните, что важно уделять приоритетное внимание некоторым занятиям, которые приносят удовольствие и расслабляют, а не только работе и домашним делам. Это может означать изучение чего-то нового или открытие нового хобби, на которое у них обычно не было времени. В течение этого времени дома нам может потребоваться творческий подход к тому, чем могут быть эти действия, особенно, в свободное от экрана время.

Дополнительные полезные советы можно найти [здесь](#).

”

Прекратите быть страусом!

Польза отсле- живания изменений



Thomas L. Webb, департамент психологии,
Университет Шеффилд, Соединённое Королевство

Как обстоят дела со снижением количества сахара, что вы съедаете, и с потерей 10 кг веса? Скорее всего, вы точно не знаете – и даже не собираетесь знать. В подобных ситуациях люди склонны вести себя, как страусы, спрятав голову в песок и произвольно избегая и даже отказываясь от информации, которая бы помогла отслеживать изменения. Исследования **«проблемы страуса»** предполагают, что люди обычно не ведут мониторинга своего прогресса (например, измерение массы тела, чтение состава пищи на упаковках при покупке), отчасти потому, что это может быть неприятно: узнать, что весят больше, чем думали, или по-прежнему потребляют слишком много сахара.

Но теория и доказательства показывают, что отслеживать изменения полезно, чтобы выявить несоответствие между текущим и желаемым состоянием, а значит потребовать действий. Избегание же мониторинга ведёт к трудностям обнаружения необходимых действий, как и оптимального пути действий. Проблема страуса, таким образом, даёт профессионалам здравоохранения помогать людям отслеживать их прогресс и получать прибыль от результатов. Потому неудивительно, что есть доказательства пользы мониторинга прогресса в **достижении конечной цели** по целому спектру ситуаций.

Отслеживание включает текущую ситуацию (например, сколько сахара было съедено, когда и где), сравнение текущего момента с целевым или референтным (например, установленным максимумом сахара в день). Это можно делать просто на листке бумаги или в дневнике, но имеются и цифровые устройства, которые помогут людям мониторить прогресс: действительно, речь даже идёт о движении **«подсчитай себя»**. Например, наши гаджеты **автоматически** фиксируют, сколько мы сделали шагов, а часы – **сколько и как хорошо** мы спали. Можно пользоваться приложениями для проверки штрихкодов на продуктах питания и узнавать их питательные свойства. Многие из таких устройств даже позволяют установить цель и отслеживать её достижение.

Применение таких устройств позволяет выяснить, когда и как лучше действовать. Например, сканирование штрихкодов может помочь человеку, борющемуся с потреблением сахара, узнать, сколько сахара в стакане сока и миске хлопьев, а затем помочь перейти на низкосахарные альтернативы.

Мониторинг может потому создать основу для интервенций, способствующих людям в достижении целей. Более того, есть данные, что отслеживание более эффективно, если одновременно установить **цель**, относительно которой прогресс и мониторируется (так называемое «планирование если-то»).

Учитывая, что люди могут не принимать информацию, которую получают (то есть считать, что она не отражает их поведение на самом деле, а гаджет неисправен), могут помочь и психологические техники, например, **«самоутверждение»** (способствовать утверждению ценных сторон самих себя).

Практические рекомендации

Отслеживание прогресса нередко включает в себя просто способ отслеживать поведение и/или результаты (приложение или дневник), придерживаться ему. Но как указано выше, люди нередко прячут голову в песок. Потому вы можете:

- Помочь людям уточнить, что именно отслеживать. Например, если пациент пытается сбросить вес, отслеживать нужно физическую активность или потребление пищи; массу тела или окружность талии; сочетать показатели. Наши исследования **показывают**, что отслеживать нужно самое важное – то, что хочется изменить.
- Помогите пациентам объективно относиться к информации, которая становится доступной благодаря отслеживанию. Исследования **показывают**, что стратегии самоутверждения могут предотвратить защитное поведение по отношению к получаемой информации. Если вы предполагаете, что пациент может иметь защиты против отслеживаемого поведения или результатов, помогите ему просто больше любить себя, найдя ценные стороны личности, а затем уже переходите к собственно образу жизни.
- Людям может потребоваться помощь в отслеживании изменений. Выявить необходимость к действию и к мотивации – только первые шаги изменений. Хорошие послы ещё нужно **реализовать**, для этого может быть полезен план «если-то», который уточняет, когда, где и как действовать. Например, если выясняется, что пациент потребляет слишком много сахара, может помочь план «если я завтракаю, у меня будет овсянка вместо хлопьев».





”

Взгляд на пандемию COVID-19 с точки зрения бихевиорис- тики

Shane Timmons, Институт экономических и социальных исследований, Ирландия

Государственное управление по всему миру мобилизовано в попытках взять контроль над распространением нового коронавируса, но принципиально важно для успеха **поведение** отдельных людей. Мы, **отделение** исследований поведения в Дублинском Институте экономических и социальных исследований, работаем с Ирландским департаментом здравоохранения в целях научной поддержки их ответа на пандемию COVID-19. Частью нашей работы был систематический **обзор** более чем 100 научных исследований, мы начали тестировать пути оптимального **доведения** информации до общества, включая важные аспекты для практикующих психологов здоровья. В нашем обзоре мы фокусируемся на литературе, релевантной для трёх областей, формирующих основу информирования в общественном здоровье во множестве стран: гигиена рук, прикосновения к лицу и изолирование. Мы также рассматриваем более широкую литературу о том, как мотивировать помогающее поведение и эффективную коммуникацию в период кризиса.

Гигиена рук

Способы улучшить гигиену рук в подразделениях здравоохранения изучены хорошо. Есть серьёзные доказательства, что одного обучения и осведомлённости **недостаточно**, но могут быть очень эффективны небольшие изменения в окружающем пространстве. Привлечение внимания к спиртосодержащим санитайзерам (например, поместив их на виду и выделив ярко) существенно **повышает** их использование, значительно больше, чем увеличение их **количества**. Ещё усиливает пользу утверждение, что их использование есть ожидаемая норма поведения. Прямой, но вежливый вопрос (например, «вы же не прошли мимо санитайзера?») к вошедшим пациентам или гостям – простой способ довести эти нормы. Очень важно сейчас создать такие нормы, чтобы сохранить их, когда ограничения будут ослаблены.

Прикосновения к лицу

В отличие от гигиены рук, мы не нашли исследований интервенций по снижению прикосновений к лицу. Осведомлённость не выглядит, как достаточный фактор: если заставить людей постоянно думать об этом, количество прикосновений может даже **увеличиться**. В отсутствие исследованных способов практикующим специалистам можно рекомендовать основываться на общих принципах изменения поведения, как, например, **Колесо** поведенческих изменений, **Картирование** интервенций, Рамка **EAST**. Мы и **другие** исследователи рекомендовали протестировать замену прикосновений к лицу альтернативой (например, рукавом или тканью) вместо полного запрета на них.

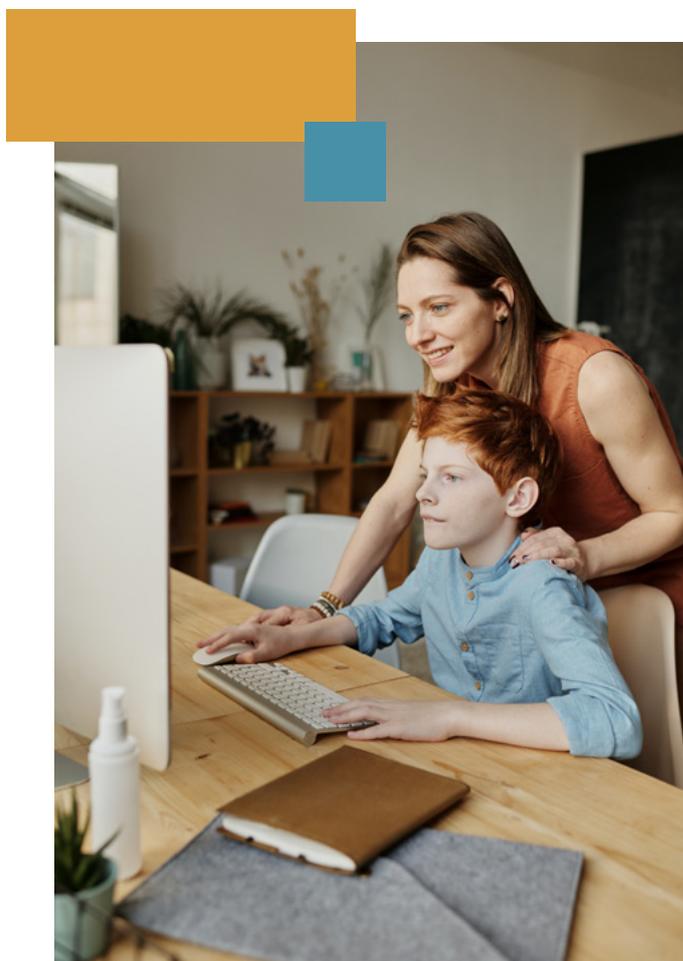
Изоляция

Самоизоляция людей с симптомами и тех, кто контактировал с инфицированными, **спасает** жизни, но может иметь негативные психологические эффекты. Социальная изоляция и одиночество влияют на благополучие сравнимо с известными **факторами** риска, включая курение. **Обзор** 24 исследований людей в карантине по поводу прошлых вспышек заболевания обнаружил риски после периода изоляции, включая более высокую частоту депрессий, в период до трёх лет после. В группе особого риска могут быть работники здравоохранения, так как негативные психологические эффекты изоляции у них могут усиливаться сопутствующим беспокойством о невозможности помогать коллегам и пациентам, быть в строю. Власти должны предоставлять дополнительные ресурсы дистанционной психологической помощи, в частности, уязвимым группам.

Способствование более эффективной самоизоляции поможет **Всемирной** организации здравоохранения и национальным системам, как **NHS** Великобритании. Это включает в себя рекомендации по совладанию, держать контакт с другими людьми по телефону и онлайн, заниматься упражнениями и поддерживать **каждодневную** активность.

Мотивировать помогающее поведение

Последствия COVID-19 не одинаковы у разных людей. Пожилые люди и страдающие сопутствующими заболеваниями имеют гораздо более высокий риск, чем молодые и здоровые. Благополучие тех, кто в группе риска, зависит не только от их собственного поведения, но и от поведения **окружающих**. Есть много хороших исследований, как способствовать кооперации, если действия для пользы индивида не обязательно полезны группе. Критически важна эффективная **коммуникация**. Идея групповой **идентичности** вроде «мы в этом все вместе» поможет вдохновить людей, как и вежливое **неодобрение** индивидуалистского поведения (например, пани-



ческой скупки товаров). В экспериментах показано, что демонстрация жертв, которые люди **приносят** ради других, усиливает помогающее поведение. А кроме того, растёт количество данных по самой COVID-19, что подчёркивание **риска** для других людей и действий ради других против распространения вируса более эффективно, чем просто информирование о способах избежать инфекции.

Коммуникация в кризисе

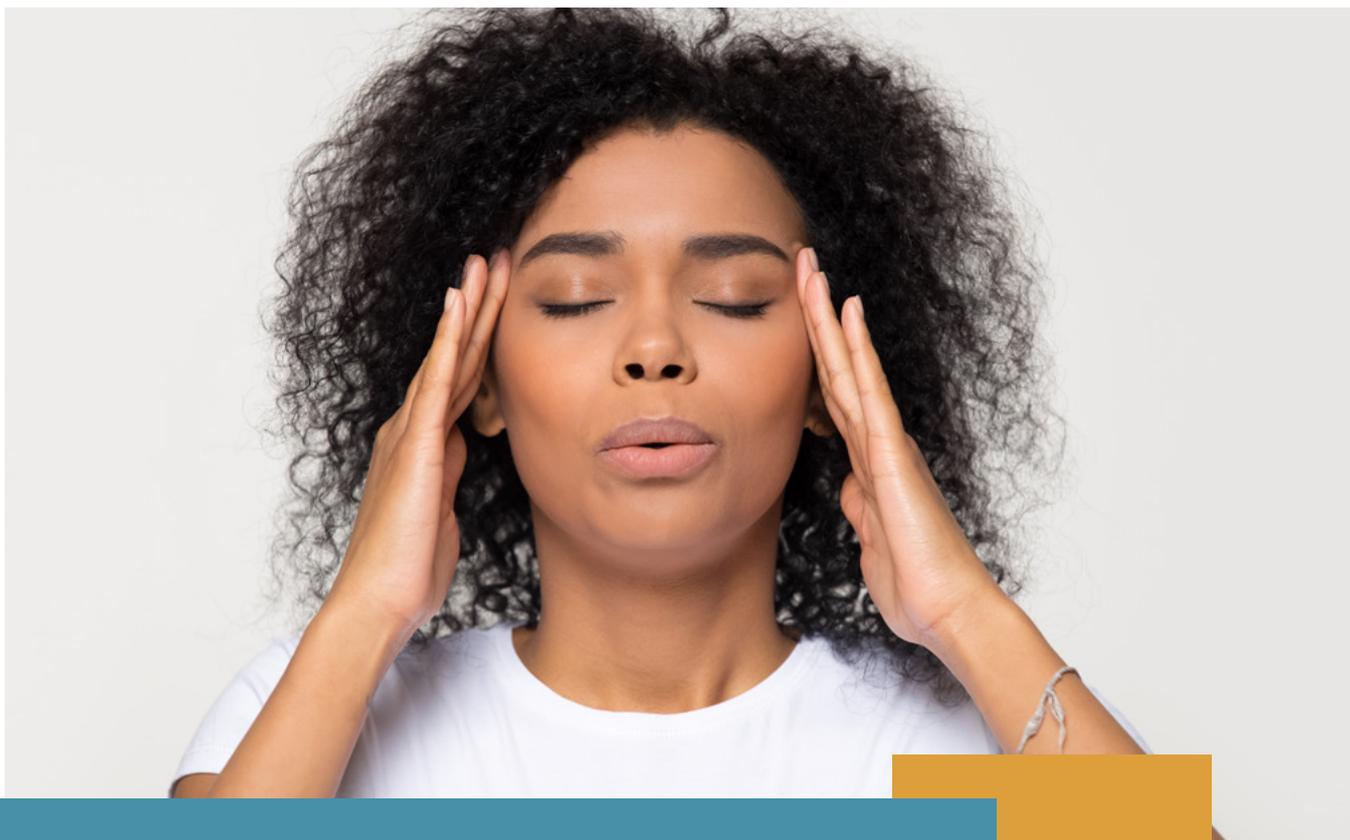
Психология коммуникации в ситуациях риска указывает на дополнительные **принципы**, которые могут быть полезны пациентам и клиентам по поводу пандемии COVID-19. Важны скорость, достоверность и честность. В **общем** практикующие специалисты могут выразить неуверенность и проявить эмпатию трудностям, с которыми люди столкнутся в кризис, в то же время подчёркивая полезность индивидуальных действий с целью **сбалансировать** тревогу и оптимизм.

Борьба с распространением COVID-19 требует участия разных наук. Теория и метод науки о **поведении** могут быть полезны. Быстрое тестирование поведенческих рекомендаций через эксперименты высокого качества будет способствовать увеличению пользы.



Практические рекомендации

- Улучшить гигиену рук можно, комбинируя привлечение внимания к санитайзерам и вежливые указания на то, что их использование – ожидаемая норма поведения.
- Просто пытаться прекратить прикосновения к лицу недостаточно – нужно изменить физическое и социальное окружение, чтобы поменять поведение, например, создавая новые нормы: прикасаться рукавом или всегда иметь кусочек ткани.
- Полезно способствовать участию людей на изоляции в социальном взаимодействии дистанционно, а также поддерживать их рутинные действия. Но дополнительная психологическая помощь всё же требуется.
- Подчёркивайте коллективную природу проблемы, с которой мы столкнулись, обращайтесь на риски для наиболее уязвимых групп, чтобы повысить помогающее поведение. И не спускайте с рук «непомогающие» действия.
- Нужно нейтрализовать тревогу оптимизмом по поводу эффективности индивидуальных действий для предотвращения распространения COVID-19.



”

О важности оценки стратегий совладания клиентов

Надя Гарнефски, Вивиан Краай, департамент клинической психологии Университета Лейдена, Нидерланды

«Роб только что узнал, что у него ВИЧ (негативное событие). Он думает, что именно он виноват в этом (самообвинение), и он сторонится встреч с друзьями (избегание). Эта ситуация опечалила его. Когда Роб сидит дома, он не может перестать думать о своих чувствах (руминация) и считает произошедшее полным крахом (катастрофизирование). Поскольку ему грустно, у него мало энергии. В результате он избегает общения ещё сильнее, что делает его ещё более грустным. Таким образом, Роб втягивается в порочный круг.»

Люди испытывают ряд сильных эмоций в ответ на негативные события в жизни. Чтобы справиться с этими эмоциями, люди могут использовать различные когнитивные и поведенческие стратегии. Этот процесс и называется совладанием, копингом (coping). **Лазарус** дал определение копингу как усилиям личности, направленные на совладание со стрессом, вызванным вредом, угрозой или вызовом. В случае Роба негативным событием стала новость о положительном ВИЧ-статусе. Может случиться множество других стрессовых событий – от отдельных, таких как смерть близкого, развод или потеря работы, до продолжительных, например, буллинга, высокой нагрузки на работе и проблем в отношениях. Таким образом, копинг применим ко всем видам жизненных стрессов.

Стратегии совладания могут быть поделены на когнитивные («что ты думаешь») и поведенческие («что ты делаешь»). Пример когнитивной стратегии совладания – самообвинение. Люди, которые используют эту копинг-стратегию, обвиняют себя в том, что им пришлось пережить (Роб обвинял себя в том, что заразился ВИЧ). Другие примеры когнитивных стратегий – руминация и катастрофизация. Руминация – это вновь и вновь повторяющееся размышление об эмоциях, мыслях и чувствах, связанных с негативным опытом. Катастрофизация означает излишнюю фокусировку на разрушительных аспектах произошедшего. Роб прибегал ко всем этим стратегиям. Другие когнитивные стратегии – это обвинение других, принятие, переориентация на более приятные вещи, планирование своих шагов, переоценка или придание событию положительного значения, и рассмотрение события в перспективе (в сравнении с другими, худшими событиями). Всего в литературе выделены **9 когнитивных** копинг-стратегий. Примером поведенческой копинг-стратегии является избегание – уход от ситуаций и социальных контактов, что также наблюдалось у Роба. Другие поведенческие стратегии совладания – это стремление отвлечься, активные действия для того, чтобы справиться с опытом, поиск социальной поддержки, и игнорирование – такое поведение, как будто ничего и не случилось. Итак, всего описано **5 поведенческих** стратегий совладания.

Для оценки когнитивных и поведенческих стратегий копинга создано и валидировано 2 инструмента – **опросник** когнитивной регуляции эмоций (CERQ) и **опросник** поведенческой регуляции эмоций (BERQ). CERQ уже переведён и валидирован на многих языках, а BERQ сейчас активно переводится.

В исследованиях, которые изучали роль когнитивных и поведенческих копинг-стратегий с помощью CERQ и BERQ, были выявлены полезные и менее полезные стратегии. Среди **когнитивных** стратегий, руминация, катастрофизирование и самообвинение оказались менее полезны,

чем позитивная переоценка, рассмотрение ситуации в перспективе и переориентация на позитивное. Относительно **поведенческих** стратегий, избегание и игнорирование менее полезны, чем стремление отвлечься, активные действия и поиск социальной поддержки. Это общие выводы; в конкретной стрессовой ситуации может наблюдаться другое.

Знание о специфических когнитивных и поведенческих стратегиях совладания клиента может помочь понять порочный круг психологических проблем и может подсказать пути для изменения дезадаптивных паттернов и выстраивания более адаптивных.

"Роб начал терапию. Терапевт оценил когнитивные и поведенческие стратегии совладания Роба и обнаружил высокие значения самообвинения, руминации, катастрофизации и избегания. Он объяснил Робу, что эти стратегии непродуктивны и могут лишь ухудшить его депрессию, запустив порочный круг. Используя когнитивно-поведенческую терапию, они начали работать над преодолением избегания и изменением негативных мыслительных паттернов. После нескольких сеансов Роб стал снова встречаться со своими друзьями и сейчас чувствует себя намного лучше."

Практические рекомендации

- Всегда оценивайте стратегии совладания клиентов. Это может дать важную информацию для терапии.
- Проведите психообразовательные занятия о том, что когнитивные и поведенческие копинг-стратегии могут быть частью порочного круга, ведущего к депрессии
- Для изменения дезадаптивных копинг-стратегий, как и для активизации поведения и изменения негативных мыслительных паттернов, можно использовать общие техники когнитивно-поведенческой терапии.



Ваш клиент защищается? В таком случае самоутвер- ждение может помочь

Питер Харрис, Иэн Хэдден, группа исследований самоутверждения Школы психологии Университета Сассекса

Вы всегда неохотно становитесь лицом к лицу с тем, что скорее игнорировали? Может быть, с вашей любовью к тому, что вредно для вас – к слишком частой еде или пропуску медицинских обследований? Вы не одни. Большинство нас считает себя в целом достаточно чувствительными и компетентными людьми. Услышать о том, что наши действия не говорят о нас, как о чувствительных и компетентных людях, может быть испытанием. В результате мы умеем хорошо сопротивляться тому, что **предпочли бы не слышать**.

К сожалению, противодействие информации о рисках для здоровья – о последствиях лишнего веса, курения или неприверженности лечению – может серьёзно влиять на здоровье и **продолжительность жизни**. Как же практикующий клиницист может помочь пациенту обратить внимание на информацию о здоровье, которую он предпочитает игнорировать? Техники самоутверждения могут помочь.

Самоутверждение помогает людям вновь поверить, что они хороши и **компетентны**. Оно помогает снизить желание защититься от информации о здоровье, которая подразумевает, что пациенты не хороши и не компетентны, принять эту информацию объективнее и сфокусироваться на её актуальности и личном значении. В свою очередь, это может побудить к исправлению ситуации. Ряд теоретических данных о самоутверждении изложен в отдельной статье.

К самоутверждению относятся и многие другие вещи, включая напоминания о совершённых добрых делах, особых талантах, сильных сторонах характера или важных социальных отношениях. Сейчас наиболее исследованной техникой самоутверждения является **утверждение ценностей**, в рамках которой люди отвечают на вопросы или пишут о своих самых важных ценностях, например щедрости или честности.

Доказательства того, что самоутверждение работает, происходят из экспериментальных **исследований**. Участники, которых побуждают к самоутверждению (зачастую только один раз), более склонны доверять информации о своём здоровье и чувствуют себя более готовыми к изменениям по сравнению с контрольной группой. **Через несколько** месяцев самоутверждение также привело к изменениям в поведении. Польза от самоутверждения обнаружилась для множества форм поведения, влияющего на здоровье – потребления алкоголя, курения, незащищённого секса, употребления жирной рыбы, загрязнённой ртутью, использования допинга, потребления овощей и фруктов, физической активности, использования зубной нити и защиты от солнца. Некоторые исследования показали, что эффект может быть наиболее выраженным среди тех, кого труднее всего вовлечь – например, среди **курящих** и **пьющих** больше всего, или среди тех, кто хочет **загореть**.

Эта работа была в основном профилактическим исследованием среди молодых людей, не являющихся пациентами, но ряд исследований проводился и в группах пациентов. Например, у пациентов на гемодиализе, которых просили вспомнить случаи, когда они проявляли доброту, в течение года наблюдалось улучшение контроля уровня **фосфатов** и повышенная приверженность рекомендациям по **потреблению** жидкости. Афроамериканские пациенты с гипертонической болезнью показали повышение приверженности к лечению после интервенций с компонентом самоутверждения.

Как мы можем использовать самоутверждение на практике? Давайте рассмотрим консультацию, во время которой нужно донести до пациента медицинскую информацию, которая может поменять его поведение: к примеру, о вреде курения или неприверженности лечению. Если есть 5-15 минут и пациент грамотен, то можно попробовать выполнить в начале консультации небольшое упражнение по **утверждению** ценностей. Можно попросить пациента написать (или приватно рассказать) о **важнейшей** ценности и о том, почему она так важна для него; или заполнить несколько шкал, созданных для напоминания пациенту о его ценностях. Когда он сделает это, нужно рассказать ему о вреде курения и неприверженности.

Если у пациента проблемы с грамотностью, для подталкивания к самоутверждению можно использовать короткий **опросник доброты**. В последнее время были разработаны и другие быстрые техники. Они включают в себя попытки свести самоутверждению к **нескольким** ключевым пунктам, использовать ценностные опросники, включать **утверждение** ценностей в медицинское сообщение, помогать людям формировать **стремление** к самоутверждению при угрозе. Однако в лучшем случае эти техники использовались в небольшом числе исследований, и нам мало известно насчёт того, насколько хорошо они работают.

Больше информации об этих техниках можно найти на страничке группы исследований самоутверждения (SARG) Университета Сассекса. Мы будем рады рассказать вам об этих и других подходах к самоутверждению.



Ключевые практические тезисы:



- **Когда я должен рассмотреть использование самоутверждения?**

Над самоутверждением следует подумать, если нужно сообщить клиенту важную информацию о здоровье, которую он, на ваш взгляд, может проигнорировать или отрицать. В таких случаях самоутверждение может повысить вероятность принятия человеком сообщения и осуществления соответствующих действий.

- **Как я могу использовать самоутверждение наилучшим образом?**

Лучше всего использовать самоутверждение при работе один-на-один или в малой группе, при условии, что временем распоряжаетесь вы. В таких случаях сообщению медицинской информации может предшествовать один из опробованных ранее методов утверждения ценностей. Смотри нашу страницу на сайте [SARG](#) с примерами англоязычных материалов, которые можно использовать.



Обсудите с клиентом, предпочитает ли он практиковать самоутверждение лично или с вами. Попробуйте побудить его самого выбрать выполнение упражнений по самоутверждению, а не просите его выполнить их. Существуют доказательства того, что действия в результате свободного выбора могут работать лучше.

- **Чего я должен остерегаться?**

Убедитесь, что ваше сообщение о здоровье убедительно. Самоутверждение должно побуждать клиентов стать более открытыми, что означает, что они с большей вероятностью примут более «сильное сообщение», в то же время с большей же вероятностью отвергая «слабое». Нужно использовать самоутверждение с теми клиентами, в отношении которых вы уверены, что без использования самоутверждения они воспримут информацию в штыки. Есть доказательства, что самоутверждение может не работать (или даже быть контрпродуктивным) в случаях, если клиент не «защищается».



Если остались сомнения
– мы [здесь](#),
чтобы помочь.



”

Стать «лучшим собой» как причина изменить образ жизни

Winifred Gebhardt, Университет Лейдена, Нидерланды

Примерно девять лет назад я внезапно стал вегетарианцем. Я читал книгу, где главный персонаж высказывался о том, что не может съесть что-либо, в чём «когда-то билось сердце». Эти слова пронзили меня. Это было ровно так, как я и сам чувствовал. Я прекратил есть мясо и рыбу сразу же и не имел более никаких сложностей придерживаться этого принципа с тех пор. Новый стиль жизни отлично совпал моим ощущением самого себя.

Напротив, в прошлом я регулярно бегал и мог легко пробежать семь километров. Но никогда не считал себя «спортивным», а если возникало препятствие для активности, например, болезнь, я тут же превращался в «постельного овоща». Теперь я не пытаюсь быть «спортивным», но стараюсь много ходить в течение дня и считаю себя «активным».

Наши действия отражают наше Я

Мой стиль «не есть животных» совпадает с моим самоощущением. Быть и вести себя как вегетарианец даёт мне положительное ощущение себя как

человека ответственного, любящего животных. Каждый раз в разговоре об этом или при отказе о мясного блюда моё Я **самоутверждается**.

Зная, что мы воспринимаем свои действия в качестве части того, кто мы есть и что мы чувствуем хорошим для своего Я, чрезвычайно полезный отправной пункт связанных со здоровьем интервенций. Например, если взять положительный взгляд со стороны нездоровой практики (употребление алкоголя после ужина как переживание себя жизнелюбом), это может помочь другой, менее вредной или даже здоровой привычке (пить иной напиток, неалкогольный, который по-прежнему послужит символом расслабленной жизни). Ключ к изменению здесь – соответствие тому типу человека, которым мы себя считаем. Это так называемая **интегрированная мотивация к изменению**, соответственно теории самодетерминации, самый близкий путь к достижению внутренней мотивации – состояния, при котором мы делаем что-либо, потому что хотим.

Часть нашего Я живёт в будущем

Мы люди – отличные путешественники во времени, мы проводим **почти половину времени, фантазируя** о будущем. В нём мы генерируем множество **возможных Себя** в будущем. **Они направляют наше воображение** и открывают цель-ориентированные возможности. Например, картина будущего Я как «бросившего» или «некурящего» существенно повышает интенцию прекратить курить, усиливает попытки бросить и помогает успеху. Курильщикам, следовательно, нужно воображать себя «будущими некурящими» до того как они реально бросят. Мы с коллегой Eline Meijer сейчас проводим исследования, в которых курильщики воображают себя такими, какими они станут, когда бросят, а также если продолжат курить. Участники пишут тексты о таких образах, подбирают визуальный материал, соответствующий им. Интервенция создаёт образы подобно такому: если я брошу, я стану «сильной умной женщиной с характером» или «уравновешенным беззаботным отцом и возлюбленным», и напротив: если я продолжу курить, я стану «кашляющей несчастной старухой» или «антисоциальным дурно пахнущим слабым страдальцем». Первой удивительной находкой было то, что большинство подобранных фото и изображений – символические по сути и не содержат нечто иллюстрирующее курение. Письменные ассоциации включают «беззаботный», «цельный» вместо «депрессивный», «безнадёжный», «торчок». Мы пока изучаем, насколько такая интервенция изменяет образ жизни, но подозреваем, что имея такие ассоциации «при себе» в моменты сложностей, например, тяги к сигарете, помогает оставаться на верном пути. Доказательная база эффективности воображаемых будущих интервенций существует для других видов **изменений образа жизни, например, бега**.

Мы стремимся к обществу, к которым чувствуем принадлежность

В повседневности устоять перед соблазном и тягой особенно сложно в некоторых ситуациях. Как бросающий курить, человек может чувствовать дефицит социализации, отдаление от друзей и близких. Можно также терять некоторые любимые занятия. Много в нашей картине Себя связано с социальными группами. Например, **большинство курящих или наркоманов** сближаются с такими же употребляющими.

Использование активных веществ – один из ключевых факторов «быть с группой». Это, напротив, связано со всеми вариантами других ценностей. Например, **молодёжь после реабилитации** может переживать своих «употребляющих каннабис» друзей по-прежнему наиболее близкими. Не-употребляющие ощущаются как менее поддерживающие их ценности, более утомляющие, не имеющие «остроумия и зрелости». Это иллюстрирует, что вызов сохранять себя частью своей социальной группы следует помещать на вершину приоритетов в нашем стремлении поддерживать здоровый образ жизни.

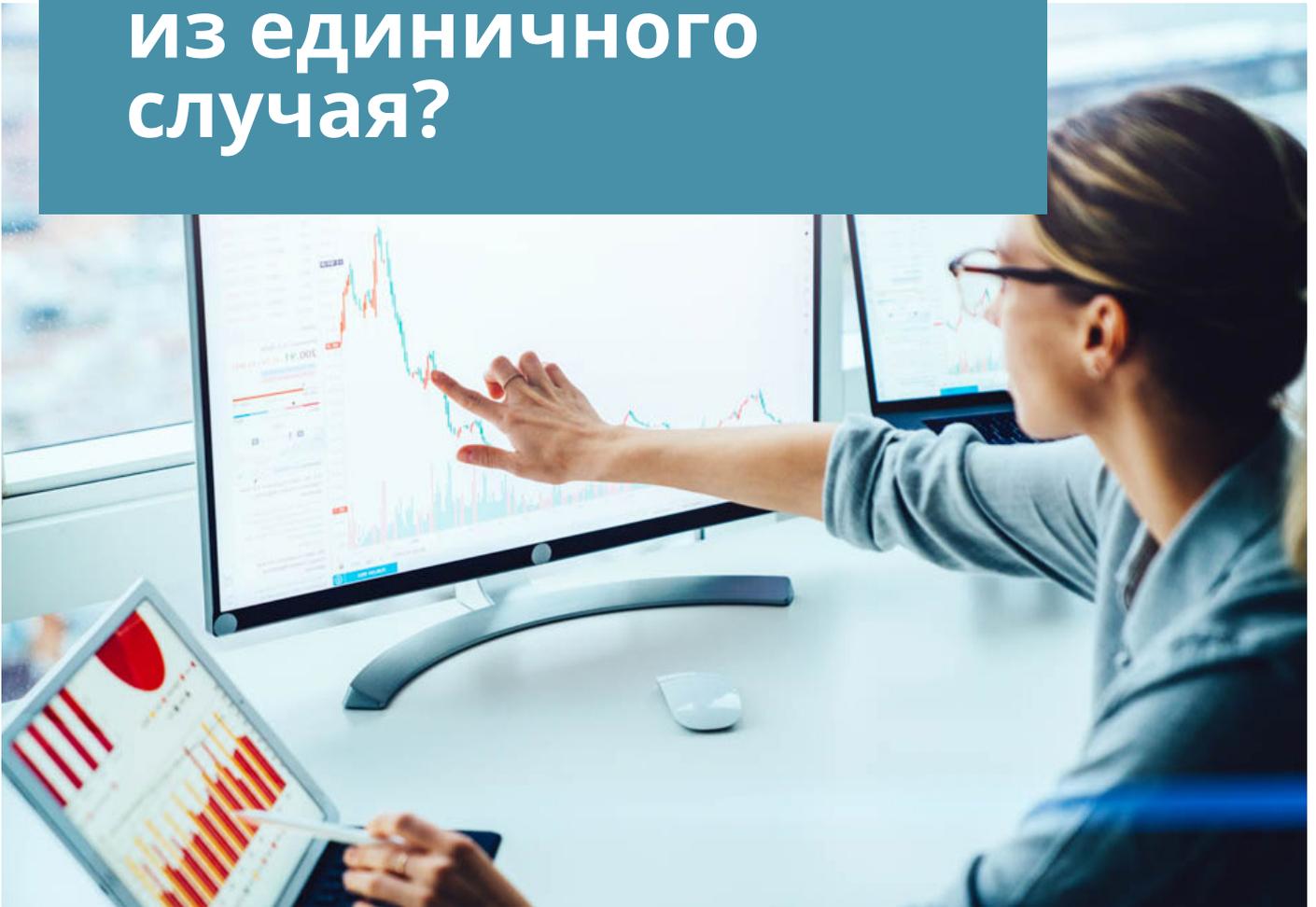
Потому для устойчивых изменений нам нужно возвращать в людях положительную репрезентацию себя, в которой они увидят своё будущее Я в новом, здоровом образе, в соответствии с собственными ценностями, как и с социальным окружением.

Практические рекомендации

- **Поведение имеет прямое влияние на переживание и картину Себя.** Нужно вдохновлять людей мыслить творчески о том, кем они могут стать, например, делая различные коллажи, «доски настроения» о своём желаемом и нежелательном будущем Я.
- **Ищите пути**, в которых взгляды на самих себя связаны с новым образом жизни и могут быть в нужный момент доступны – например, в моменты тяги и сильного желания. Например, установите созданную своими руками «доску настроения» на рабочий стол компьютера или смартфона.
- **Помогите людям внедрить свой новый образ жизни** в ценный для них социальный контекст, например, практикуя допустимые способы отказываться от принятой в группе нормы. Например, если предложен алкоголь, можно вежливо сказать: «Я действительно люблю это, но спасибо – нет (уже достаточно на сегодня)», или включить взаимодействие: «Ух ты, ты никогда не забываешь обо мне, хороший друг. Как ты держишься последнее время?»

”

Протоколы исследований “N=1” – что можно узнать из единичного случая?



Marie Johnston, Derek Johnston,
Университет Абердина, Шотландия

На практике часто возникают вопросы, связанные с единственным человеком, одной командой профессионалов здравоохранения, одним регионом и т.д. Например, может быть важно знать, как часто перекусывает человек с ожирением, а также где и когда и ухудшает ли это стресс. Или можно хотеть узнать, как часто члены одной команды работников здравоохранения пренебрегают гигиеной рук, хуже ли ситуация в случае неукomплектованности штата, могут ли информационные стенды улучшить ситуацию.

Или, например, вы изучаете причины ошибок в клинической практике, их преобладание в тех или иных коллективах, в определённых группах работников. Наконец, на уровне государства может быть ценно изучить, как новая регуляторная мера влияет на результат (запрет курения – на реальный уровень курящих).

На такие вопросы можно пытаться ответить, спрашивая людей – что они думают или знают, но важно успеть провести исследование вовремя, иначе появляются ошибки интерпретаций или люди забывают детали. Недавние технологические достижения, такие как цифровой мониторинг с использованием смартфонов упрощает отслеживание происходящего в реальности, и исследование «n=1» может позволить ответить на вопросы

Такие исследования возможны, когда проблема **повторяется** и можно видеть изменение во времени. Затем можно описать проблему, оценить динамику в зависимости от условий, оценить эффект вмешательства.

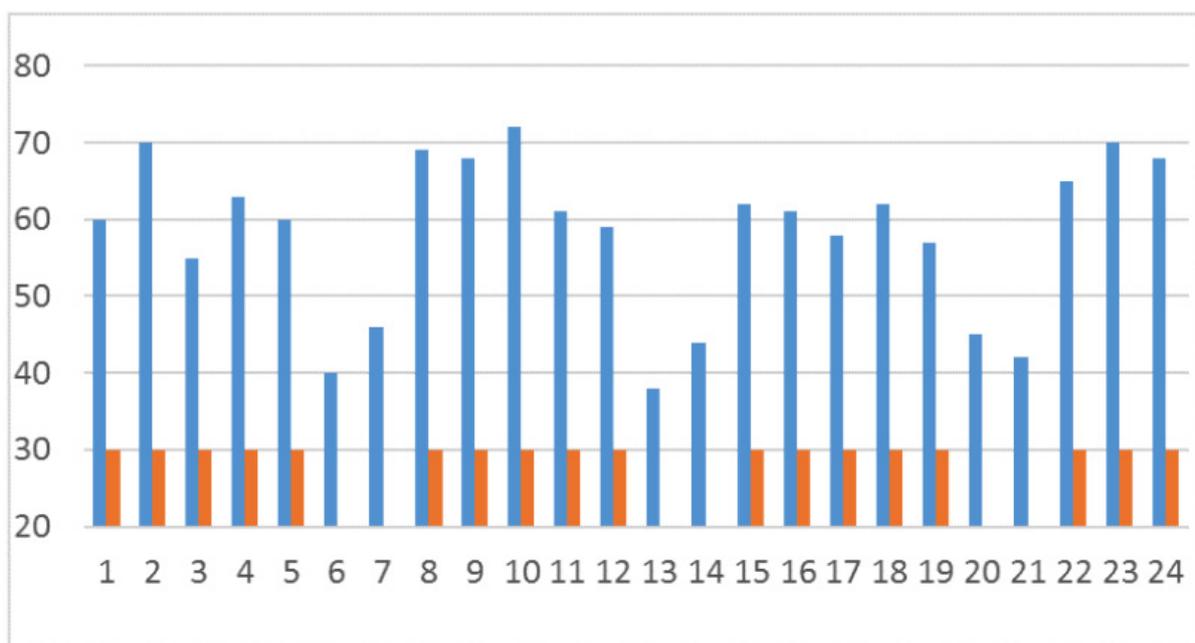
Наиболее простая оценка данных, полученных при отслеживании трендов на графике, показана на иллюстрациях. Это основной этап исследований n=1, которого может быть и достаточно. В дополнение существуют методы **статистического анализа** для таких исследований. Разрабатываются и более сложные методы (например, оценка **динамического** диапазона).

Использование исследований «n=1» для оценки проблемы

Исследование можно провести с целью оценить тяжесть или частоту определённого паттерна проблемы по времени. На рис. 1 уровни тревожности варьируются во времени, но можно увидеть паттерн. Когда параллельно фиксируются рабочие дни, видна разница между выходными и рабочими днями, указывая на тревогу на работе, но не дома. Эта информация даёт возможность выбрать оптимальное лечение для конкретного **пациента**. Например, отслеживание настроения в определённое время дня у **пациентки** в паллиативной практике показало паттерны, использованные в снижении депрессии.

Собранная в таких исследованиях информация может идти дальше простого описания проблемы и помочь объяснить то, что обнаружено. В некоторых случаях практикующий специалист может иметь теорию о том, что влияет на рассматриваемую проблему, и можно изучить, как хорошо теория **объясняет** феномены. В кейсе с паллиативной помощью оценка настроения и активности подтвердила теорию, что на настроение влияли тяжёлые мысли, а они были связаны с утренней активностью.

Рис. 1. Использование протокола «n=1» для описания проблемы: показана тревожность (синий) и рабочие дни (красный) в течение 24 дней.

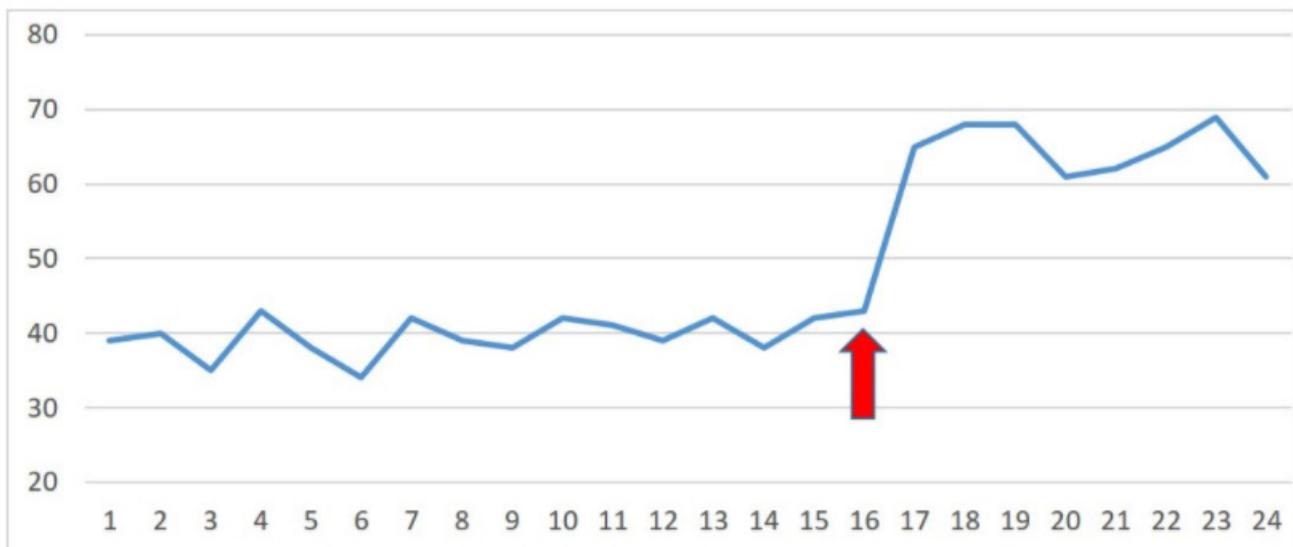


Протокол «n=1» позволяет отследить, улучшило или ухудшило состояние пациента какое-либо событие.

Проблемы ухудшаться или становиться лучше ввиду естественно происходящих или запланированных событий, как свадьба или смерть в семье, информация в медиа, закрытие фабрики, даже погода. В предполагаемой иллюстрации на рис. 2 число консультаций по поводу медицинского состояния (как грипп) значительно выросло на следующей неделе после телепрограммы о гриппе.

Такое увеличение не было связано с ростом заболеваемости – и это важно иметь в виду организаторам здравоохранения. Анализ типа «n=1» статистики в английской больнице показал влияние спортивного события: был рост кардиологических госпитализаций в связи важным футбольным матчем во время Мирового Кубка 1998.

Рис. 2. Использование протокола «n=1» для описания явления: в день в среднем 40 обращений по поводу гриппа, а после телевизионной программы (стрелка) показан рост.



Использование «n=1» для оценки желаемого эффекта от лечения

Такая методология может быть применима в разработке новых **интервенций**, включая клинические и организационные вмешательства. В предполагаемом примере на рис. 3, пациент с ожирением перекусывает около 7 раз в день; после интервенции (стрелка; например, самоконтроль за перекусами) число перекусов снижается до двух в день.

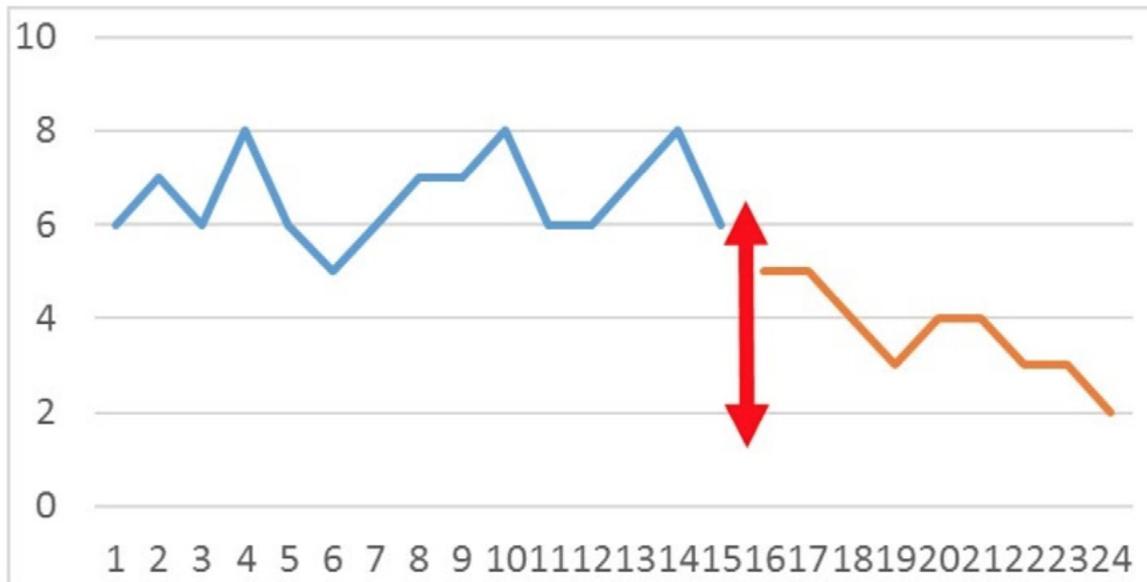
Похожие методы можно использовать для изучения **курения** по популяции и оценивать влияние регуляторных изменений, например, запрета курить в общественных местах, т.е., как политика здравоохранения реально **влияет** на курение.

Хороший пример практического применения методов «n=1» в оценке интервенций был показан практикующими специалистами в больницах района. Они оценивали проблему задержек в сообщении о нежелательных явлениях в период с 2001 по 2006 и обнаружили,

что хотя длина задержки была разной, она становилась проблемой безопасности пациентов, не показывая признаков улучшения со временем. В 2007-2008 гг. была внедрена программа для повышения качества, приведшая к уменьшению задержек в последующие годы, показав, как такая программа **улучшает** качество сообщения со временем.



Рис. 3. Использование протокола «n=1» для оценки эффекта вмешательства: первые 15 дней показана частота перекусов с началом отслеживания в день 16 (стрелка).



Сложности

Проблемой может быть сбор данных. Частое сообщение об измерениях может быть тягостно и вести к потерям данных. Современные цифровые устройства делают сбор данных значительно более удобным.

Практические рекомендации

- использовать дизайн исследований «n=1» в практических условиях
- описать и оценить паттерн
- оценить эффект интервенций или события
- оценить проблему или нечто важное, что можно оценить повторно в течение времени
- интерпретировать данные через дескриптивные методы вроде графиков или статистически
- бесплатные приложения для смартфонов доступны для сбора данных.





”

Физическая активность в старшем возрасте: сколько достаточно?

Anne Tiedemann, Университет Сиднея, Австралия

«Недостаток активности уничтожает хорошее состояние любого человеческого существа, тогда как движение и методические упражнения сохраняют и преумножают его» – Платон, 400 лет до н.э.

Давно известно, что регулярная физическая активность важна для здоровья и хорошего самочувствия. Социальная реклама и пропаганда адресованы в основном молодым людям, значительно меньше внимания уделяя тем, кому 65 и более лет. Но это как раз возраст, когда каждодневная активность критически важна.

Глобальные рекомендации ВОЗ по физической активности для здоровья указывают на то, что людям 65+ нужно заниматься умеренной–интенсивной активностью как минимум 150 минут в день или хотя бы 75 минут интенсивной активностью, либо эквивалентным их комбинированием течение всей недели. Также рекомендуется, чтобы пожилые и старики делали хотя бы трижды в неделю упражнения, улучшающие координацию,

для предотвращения падений, а также укрепляли мышцы хотя бы дважды в неделю. Несмотря на наличие ясных рекомендаций по количеству активности в связи с пользой для здоровья, примерно треть всей мировой популяции неактивна, и **наименее активны** люди старшего возраста.

Важно отметить, что делать хотя бы немного – лучше, чем не делать ничего, даже если не удаётся выполнять все рекомендации. Физическая активность включает широкий спектр действий, от структурированных упражнений до активного перемещения по городу, от занятия садом до уборки в доме. Начинать с немногого, постепенно повышать интенсивность и выбирать то, что нравится – хороший путь для начала. Тем, кто уже вовлечён в интенсивные виды активности и спорта (бег, велосипед, байдарка), возраст – не повод прекращать, если здоровье позволяет.

Падения – очень распространённая проблема в старшем возрасте. Они случаются у 1 из 3 лиц 65+ ежегодно. Они могут иметь непоправимые или очень тяжёлые последствия для человека и семьи, вести в том числе к необходимости переместиться в дом постоянного ухода. Падения не неизбежны, они могут быть предотвращены **упражнениями**, требующими баланса, как например, тандемная ходьба, повторные приседания.

Пожилые люди постоянно сталкиваются с барьерами оставаться активными, включая финансовые, физические, социальные или прямо практические. Некоторые **старики** используют электронные устройства, отслеживающие активность и напоминающие о ней.

Некоторым людям требуется больше поддержки извне, чтобы оставаться в строю и достигнуть целей активности. Коучинг по здоровью – это человекоцентрированный подход, обычно включающий мотивационное интервью и основанную на поиске решений постановку цели в качестве стратегий для изменения образа жизни. Недавний **обзор** исследований эффекта такого коучинга у лиц 60+ показал существенные улучшения в активности.

Другая стратегия – постановка **целей**. Цели стимулируют и вдохновляют, создают чувство азарта и мотивируют тратить время и энергию на достижение желаемого. Чтобы максимизировать эффективность, цели должны быть индивидуальные, **Я-ориентированные** и соответствовать критериям **SMART**: Specific, Measurable, Attainable, Relevant and Timely (специфичность, измеряемость, достижимость, соответствие и своевременность).

Социальная польза участия в физической активности нередко особенно важна для пожилых людей. Существует много вариантов в зависимости от предпочтений, включая организованные группы. Часто локальные органы самоуправления создают группы по ходьбе – способ быть активным в развлекательной и коммуникативной форме. Несколько более сложный вариант – **Парк-ран** – бесплатное еженедельное мероприятие по 5 км бега или ходьбы в более чем 1700 локациях по всему миру.

В любом возрасте сказать о физической активности можно просто: будьте как можно более активны множеством способов и как можно чаще. Делать хотя бы что-то лучше, чем не делать ничего. По шагу создаётся путь к лучшему состоянию здоровья.

Рекомендации

- Сделать физическую активность частью ежедневного плана профилактики/лечения, чтобы максимизировать здоровье и благополучие.
- Помогать пациентам видеть движение как шанс значительно улучшить здоровье, а не как неудобство, например, ходить по ступенькам вместо лифта и ходить по магазинам, а не ездить, если возможно.
- Пожилым людям, для которых физическая активность нова, нужно помочь выбрать приносящие удовольствие виды и начинать в малых дозах, повышая объём активности со временем.
- **Упражнения** стоя, которые требуют баланса, особенно важны для предотвращения падений в старшем возрасте.
- Рекомендуется постановка **целей**, использование трекеров активности и/или коучинг здоровья, чтобы помогать людям старшего возраста увеличивать и поддерживать участие в физической активности.

”

Тяжёлый вопрос о весе во время консультирования



Jane Ogden, Университет Сёррей, Соединённое Королевство

Вес – непростая проблема для обсуждения во время консультации. Многим пациентам становится не по себе от фразы «Вам следует сбросить вес» каждый раз при посещении клиники, независимо от того, пришли они с простудой, подозрением на заболевание сердца или чтобы сделать мазок. Они могут испытывать постоянное чувство стигматизации медицинским сообществом и думать, что вообще все вокруг только и **обращают внимание** на размеры их тела. И хотя для некоторых это именно так, многие даже и не рассматривают свою избыточную массу как проблему, а потому могут быть ошеломлены, оскорблены, если заходит речь. Одни люди просто не хотят слышать о подобной проблеме и просто блокируют её, думая что-то вроде «Откуда тебе знать

– ты худой/слишком молодой/слишком старый» или «наука вечно ошибается». Потому разговор об избыточном весе требует аккуратности и учёта «когда», «как» и «что» сказать такому человеку.

Когда...

Значительную часть времени люди проводят с заткнутыми ушами и имеют удивительную способность не слышать услышанное. Чтобы быть услышанным, важно найти подходящий момент, и для сообщения о массе тела хорошо использовать так называемый **«момент обучаемости»**. Такой момент может настать, например, при развитии новых симптомов, как одышка или боль в суставах; при установлении диагноза

вроде диабета или гипертонии; какого-то события или периода жизни, например, достижения «серьёзного возраста», пенсии; при наступлении жизненных трудностей, включая простой подъём по лестнице, ставший затруднительным, трудность заботы о детях или проблема с завязыванием шнурков. Такие **«моменты обучаемости»** заставляют людей «вытащить пальцы из ушей», и когда пациент вдруг предоставляет подобный момент, ловите его и поднимайте вопрос об избыточном весе.

Как...

Но следующая часть непростая! Следует ли говорить «жир», «вес», «избыток веса» или даже «ожирение»? Следует ли быть тактичным и аккуратно говорить «Не против, если мы затронем вопрос Вашего веса?». Возможно, следует быть более прямым: «Вам нужно сбросить вес». Вопрос пока открытый, но доказательная база в **«Психологии диеты»** такова: нередко профессионалы здравоохранения боятся вопроса больше, чем сами пациенты. Но они должны поднимать этот вопрос, даже когда неловко. Слово «ожирение» может немного шокировать, но и немного шока (не чересчур) может быть полезно. Каждый пациент уникален; каждый работник медицины уникален также; и каждая консультация – это динамический процесс между двумя разными людьми. Потому вопрос стоит в том, чтобы в определить нужный момент и понимать, что подойдёт данному конкретному пациенту в данный момент. Если то что, вы говорите, сказано с теплотой и эмпатией, всё должно быть хорошо. **Например,**

«Вы знаете, что из-за избыточной массы повышается артериальное давление?» может быть полезным ходом связать вес с конкретной медицинской проблемой. Или «снижение веса поможет решить проблемы со спиной» хорошо для начала, так как сразу предлагает решения. Как только диалог начал происходить, слушайте внимательно и подгоняйте то, что вы хотите сказать, к тому, что услышите. Это поможет наладить отношения, которые будут работать в будущем, возвращая обратно к проблеме и помогая решить её. Больше об этом можно найти в исследованиях о **«здоровых диалогах»** и **«делая каждый контакт значимым»**.

Что...

И что дальше? После начала, что будет происходить определяется успехом человека в снижении веса. Следующие шаги должны помочь осознать, что **избыточный вес действительно проблема**, помочь им поверить в то, что вес связан с их жизнью и действиями (то есть образом жизни, а не генетикой, гормонами, препаратами или правительством – что угодно, на что они списывают свой избыточный вес). Дальше – почувствовать силы изменить свои действия; сделать так, чтобы вам они доверяли и возвращались к вам; в итоге помочь им почувствовать себя готовыми к изменениям.

Снижение веса – долгая история. Важно поднимать вопрос об избыточном весе. Но это должно быть сделано в нужное время и нужными путями, чтобы суметь выиграть в этой долгой игре, а не закончить её едва начав.

Рекомендации



- критически важно «когда», «как» и «что» сказать
- тщательно выберите время, чтобы начать говорить о весе
- сопоставляйте свои слова с языком пациента и не бойтесь поднять вопрос о весе
- вдохновляйте пациентов видеть собственную роль в своём образе жизни по отношению к проблеме веса – но без осуждения и с соперничеством



”

«Самозффективность»: установка «могу!», которая меняет жизнь

By **Ralf Schwarzer**,
Freie Universität Berlin,
Германия и SWPS
University of Social
Sciences and Humanities,
Польша

Изменить образ жизни – желанная, но нелегко достижимая цель. Например, бросить курить, начать правильно питаться и сохранять физическую активность – всё требует мотивации, усилия и настойчивости. Хотя в этом играют роль многие психологические факторы, **самозффективность** – один из основных.



Что такое самоэффективность, что она делает?

Вы когда-нибудь пробовали отказаться от выпивки, когда ужинаете вне дома? Хотя можно верить, что не употреблять алкоголь – правильно, трудно это контролировать. Ощущение трудности этого указывает на слабую самоэффективность по отказу от алкоголя. Самоэффективность – количество самоконтроля, которое ожидается человеком от самого себя для поддержания поведения в сложных условиях. Это оптимистическая установка в собственную возможность преодолевать сложности и соответствовать новым требованиям. Если у нас есть сильная уверенность в преодолении предстоящей трудности (т.е. высокая самоэффективность), то мы с большой вероятностью будем работать в её направлении. Если мы чувствуем уверенность, что можем преодолеть предстоящую угрозу или трудность (например, экзамен), мы в большей степени готовы достигать её, нежели избегать. Напротив, при наличии сомнений (т.е. низкой самоэффективности) мы медлим. Таким образом, самоэффективность направляет изменения поведения и поддерживает оптимальное функционирование.

Что об этом говорят исследования?

В **обзорах** показано, что высокая самоэффективность предрасполагает к участию в ряде важных связанных со здоровьем видах поведения, включая отказ от курения, контроль веса, контрацепцию, контроль злоупотребления алкоголем, **потребление** фруктов и овощей, **пользование** зубной нитью, упражнения.

Кроме того, интервенционные исследования показали, что повышение самоэффективности ведёт к улучшениям в образе жизни (например, **пищевое поведение** или физическая активность). Вместе эти данные говорят, что людям нужно некоторое количество самоэффективности, чтобы следовать важным стереотипам здорового образа жизни и достигать желаемого (например, потери **веса**).

Поскольку самоэффективность важна, остаётся два ключевых вопроса: как измерить самоэффективность? Как её повысить?

Оценка уровня самоэффективности?

Принятый путь – спросить человека о его согласии с определённым утверждением. Предполагаемое правило специфического для образа жизни опроса: «Я уверен, что я могу ... (действие), даже если ... (препятствие)». Примером может быть такое утверждение: «Я уверен, что могу отказываться от десерта, даже если вся семья лакомится». Разработаны шкалы самоэффективности для измерения практически любого рода поведения. Есть короткие шкалы для оценки диеты, упражнений, использования защиты от солнца, зубной нити, о мытье рук и потреблении алкоголя – их можно найти **здесь** и **здесь**. Когда оценивается самоэффективность, важно иметь в виду, что низкий её уровень для одного варианта поведения не обязательно обозначает низкий уровень для другого. Потому самоэффективность следует оценивать в отношении каждого типа поведения, или компонента образа жизни, отдельно.

Как повысить самозффективность?

Большинство интервенций по повышению самозффективности относятся к четырём иерархически организованным **источникам информации**. Верхний – вера в себя, утверждаемая через достижения. Чтобы развивать этот элемент, вы можете вести клиента небольшими шагами, делать которые гораздо легче. Затем вы можете давать положительную обратную связь, чтобы усиливать этот опыт, вдохновлять человека так же работать со следующими шагами. Подобные пошаговые задачи полезны в клинической области, например, физиотерапии (например, последовательное усиление упражнений), в когнитивно-бихевиоральной терапии фобий.

Второй источник – живой опыт самозффективности других людей, наблюдение за ними. Когда человек видит других, похожих на себя, успешно справляющихся с ситуацией, сопоставление себя и имитация усиливают самозффективность. Представьте, что вы работаете над прекращением курения, но ваш партнёр не может бросить ввиду низкой самозффективности. Попробуйте повысить её у вашего партнёра мелкими шагами, отказавшись от собственных барьеров и попыток совладания, показывая, как вы преодолеваете трудные ситуации, выражая оптимизм и т.д. Так, через самозффективную и самовыражающую модель совладания вы можете создать различие:

вы повышаете самозффективность у другого человека, когда открыто общаетесь о преодолении сложностей и как вы преодолеваете кажущиеся непреодолимыми трудности.

Третий, менее сильный источник – вербальное сопровождение. Например, вы можете переубедить клиента, что он всё же в состоянии следовать нужной диете, так как может и умеет планировать. Или вы можете сказать человеку, что он имеет всё необходимое для успеха в любом начинании. Эти типы сопровождения могут усилить самозффективность для успешного совладания с ситуацией.

Четвёртый источник – ощущение и интерпретация физиологических изменений – в меньшей степени относится к интервенциям образа жизни. Но, однако, можно использовать это в самозффективности, готовя клиентов к потенциальному физическому дискомфорту в начале изменений образа жизни (мышечная боль после упражнений, желание закурить), что помогает предотвратить срывы на ранних стадиях.

В заключение, самозффективность – важный и способный на многое способ мышления, важный для начала и поддержания здоровых изменений образа жизни. Когда она низка, попытки повысить её могут помочь людям изменить образ жизни.

Практические рекомендации:

- **Оценивайте самозффективность.** Обсуждая возможные изменения образа жизни с пациентом или клиентом, оцените их самозффективность в отношении необходимых изменений. Примените опросник или задайте ряд вопросов об уверенности в выполнении нового вида поведения, а также о специфике трудностей.
- **Проводите вмешательства для повышения самозффективности.** Если она низка, попробуйте задействовать такие источники:
 - ▶ **Повышайте мастерство в управлении опытом.** Работайте с человеком, чтобы помочь ему структурировать усилия по изменению, так чтобы постоянно достигался пусть небольшой, но новый успех.
 - ▶ **Выявите ощутимый опыт.** Используйте обратную связь или помогите человеку выявить ролевые модели (похожие на него самого), имевшие успех в подобном же начинании.
 - ▶ **Будьте рядом.** Давайте человеку понять, что верите в его возможности и что понимаете, как ему непросто.



Истории о заботе

Irina Todorova, Health Psychology Research Center in Sofia, Болгария

Забота о любимых стариках, нередко хрупких и тяжело больных, может стать сложным опытом, одновременно благодарным и пугающим. Медицина помогает людям жить дольше, быть более здоровыми и в некоторых случаях замедляет возрастное ухудшение когнитивных функций. В **разных культурах** по-разному заботятся о старших членах семей, как и вообще различается понимание старения, деменции, ухода. Многие люди стареют дома – как члены своих социальных групп, что очень хорошо и для старика, и для более молодых членов семей. В то же время, забота о людях, теряющих здоровье, сопряжена с физическими трудностями, психологическими нагрузками, предвосхищением утраты и кроме того финансовыми трудностями.

Нарративная психология здоровья имеет своей целью понимать переживания и смыслы людей в их повседневном контексте при помощи рассказывания историй, особенно, по отношению к здоровью, болезни и связанным изменениям идентичности. Через нарратив люди могут осознать и понять неожиданные **«биографические сбои»**, создать связи между прошлым, настоящим и будущим, как и вообще отследить связь изменяющегося Я и своих отношений. Связывая отдельные события в последовательную историю, люди получают объяснение происходящего, что значит всё это вместе, и кем они стали в связи с этим. Как мы увидели в нашем исследовании заботы, нарративы помогают тем, кто заботится о других, понять лучше свои отношения с близким человеком, переопределить их со временем.

Нарративная психология здоровья подчёркивает, что эти истории многоуровневые, в них есть личный, социальный и культурный уровни, которые могут осветить разные аспекты здоровья. Нарративы пациентов, их официальных и неофициальных опекунов также подчёркиваются в медицине, включая медицинскую практику и медицинское обучение.



Забота о том, кто заботится. Исследователи и практики заинтересованы в вопросе, как поддержать опекунов. Исследования показали эффективность ряда подходов, которые можно обобщить следующим образом:

- **Обучение и тренинг** – повысить уровень знания о старении, деменции, их стадиях и симптомах;
- **Социальная поддержка** – предоставляемая наставниками в группах поддержки или онлайн, а также семьёй и друзьями;
- **Передышка** – дать возможность отдохнуть благодаря временному замещению опекуна;
- **Поддержание здоровья опекуна** – физическая активность, снижение стресса и др.

Следует также подчеркнуть важность обращения к властям для поддержки неофициальных опекунов, пациентов и их семей. Например, Массачусетский законодательный орган в ответ на обращение семей и профессионалов здравоохранения, поддержанное местным отделением Общества болезни Альцгеймера, недавно принял локальный **Акт по болезни Альцгеймера**. Этот документ будет поддерживать обучение представителей здравоохранения для диагностики и оказания помощи пациентам с деменцией и их семьям; предоставлять адекватное информирование по диагнозу; обеспечивать адекватную помощь в острых ситуациях и защиту от злоупотреблений.

Практика нарративного здоровья. Нарративные практики – человекоцентрированные, диалогические, погружённые в культурный и социальный контекст, в котором происходит опека. **Нарратив опекунов** помогает им в создании своего понимания и своих смыслов, повышает их «нарративную компетентность» – слушать и быть настроенным на историю и на переживания людей, за которыми они ухаживают.

Один из выводов мета-анализа **интервенций по улучшению** благополучия опекунов состоит в том, что наиболее эффективны интервенции, если вовлечены и пациенты тоже. Есть несколько примеров программ по рассказыванию историй. Они внедрены в местных домах заботы (например, «**работа с историей жизни**», «**работа с воспоминаниями**»). Хотя в основном они обращены к старикам, некоторые организованы, как совместные практики рассказывания историй, вовлекающие семьи и неофициальных опекунов.

Опека может быть затратной для опекуна, и это проживается через истории, которые соединяют вместе усталость и боль, углубляя отношения с любимыми. Помогать опекунам погружаться в свои истории даёт возможность зародить новый смысл и новое понимание.

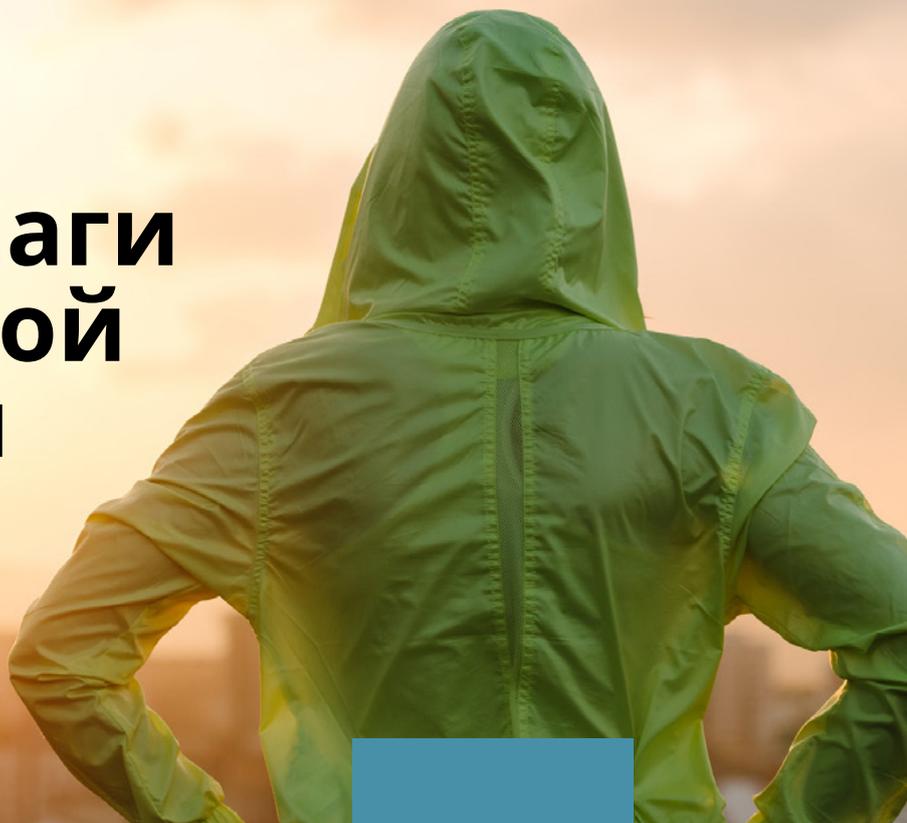
Мы предлагаем следующие рекомендации с точки зрения нарративных практик для внедрения, которые могут быть приняты опекунами в их ежедневном труде по заботе.

Практические рекомендации:

- Поощряйте (неофициальных) опекунов делиться своими историями заботы и изменений отношений с близким человеком. Задавайте открытые вопросы («расскажите о временах, когда...») и слушайте с эмпатией. Способствуйте тому, чтобы опекуны говорили с друзьями и присоединялись к группам поддержки, где люди обмениваются историями.
- Поощряйте ведение дневника опекуном, а также чтение и рефлексии о поэзии, литературных произведениях. Рефлексия помогает опекунам понимать, что происходит в их жизни; это приносит пользу **целым рядом способов**.
- Имейте в виду, что истории опекунов связаны с межличностными отношениями, и у них с их пациентами есть общее прошлое и настоящее, о которых можно говорить. Подсказывайте, как воскрешать и соединять воспоминания с человеком, о котором происходит забота (например, благодаря старым фотографиям, общим предметам и т.п.).
- Эти практики требуют времени и не всегда находят отклик у всех опекунов. Потому о них нужно говорить аккуратно и осознанно. Поскольку истории вызывают часто много эмоций, такие практики можно проводить краткими сессиями.



Мотивация и первые шаги к физической активности



Keegan Knittle, Университет Хельсинки, Финляндия

Вот вполне обычная история из первичного врачебного звена: человек, которому явно полезно повысить свою физическую активность, приходит в клинику. Мы обсуждаем его/её гиподинамию и уровень активности, но в конце человек заключает, что недостаточно мотивирован меняться. Что должен сделать врач? Как мы можем мотивировать людей хотя бы рассмотреть изменение своего образа жизни к лучшему? Или, ещё лучше, как мы можем помочь им перейти к хорошим намерениям к реальным действиям?

В консультациях с «немотивированными» пациентами врачи обычно приводят информацию о пользе физической активности. Они могут просто советовать быть более физически активным, забывая про такую вещь, как индивидуальные предпочтения человека. Хотя такое информирование имеет благие намерения, они вряд ли ведут к реальным изменениям; так, если **26 малоактивных физически лиц получают советы**

по физической активности, только один из них достигнет рекомендуемого уровня активности.

Некоторые врачи идут дальше и настаивают на изменении уровня активности, говоря такие вещи, как «вы должны изменить образ жизни», «вы должны стать более физически активны немедленно». Усиленные высказывания могут иметь обратный эффект, усугубив нежелание пациента меняться. В крайнем случае, врач может даже **запугивать** пациента, перечисляя все последствия гиподинамии. Попытки мотивировать людей страхом обычно **неэффективны**, если только сам человек не готов и не в состоянии меняться. Потому вопрос остаётся открытым: каков оптимальный путь мотивировать людей повысить их физическую активность?

В 2018 году **наша группа** опубликовала большой **мета-анализ**, в котором была попытка ответить на данный вопрос. Мы впервые рассмотрели более 100 различных интервенций по изменению физической активности, идентифицировав ту технику, которая использовалась в каждой из них. Затем мы попытались выделить, какие техники изменения образа жизни вели к повышению мотивации. Результаты показали две группы техник по изменению образа жизни, которые способны усилить мотивацию.

Первая группа состояла из техник **саморегулирования**. В нашем анализе техники саморегулирования (т.е., самоконтроль уровня активности, получение обратной связи по результатам, установление целей активности, создание «**планов действий**» и применение стратегий «решения задач» для преодоления барьеров к повышению физической активности) имели действие на мотивацию. В дополнение, интервенции с самомониторингом в паре с другой одной техникой саморегулирования повышали мотивацию больше, чем другие интервенции. Прежние исследования показали, что техники саморегулирования очень важны для изменения образа жизни (т.е., **физической активности, диеты, курения**). Потому дать возможность человеку попробовать разные техники саморегулирования может помочь и стать более активным, и стать более мотивированным.

Вторая группа состояла из техник изменения образа жизни в отношении участия в групповой активности, включая инструктирование по упражнениям, мастер-классы, возможности практиковать новые формы физической активности. Интервенции, в которых использовались такие техники, а также интервенции в группах или персонально, вели к повышению мотивации физической активности. Это может быть связано с социальной поддержкой, получаемой от инструкторов, или от возможностей соревноваться, сравнивать себя (и развлекаться) в группах. Хотя для человека погрузиться сразу в физическую активность может оказаться пугающим, есть высокая вероятность, что сделав это, он будет иметь высокую мотивированность быть более активным.

В заключение, не существует 100% эффективных путей мотивировать кого-либо быть более активным, но наши исследования предполагают, что возвращение саморегулирования и участие в группах может быть хорошим началом. Потому в следующий раз, когда вы столкнётесь с клиентом или пациентом, способным получить пользу от движения, попробуйте на практике данные ниже рекомендации. Они могут не сработать для всех, но как минимум у вас будет ещё парочка инструментов мотивировать других. Хорошего вам мотивирования!

Практические рекомендации

- **Отслеживайте.** Попросите пациентов контролировать уровни своей активности при помощи смартфона, браслета или бумажного дневника. Предложите им распечатанную форму, которая включает несколько вариантов самомониторинга, которые вы бы сами рекомендовали.
- **Оценивайте.** Посмотрите, так ли вы были активны, как хотели или как планировалось, определите те элементы активности, которые будут наиболее удобны.
- **Поставьте цели и создайте план.** Дайте пациенту возможность установить реальную цель в свете того, что он сейчас делает (относительно шагов 1 и 2), создав план по тому, когда, где и как это будет реализовано.
- **Просто делайте.** Дайте пациенту перечень разных форм активности, групповых классов, парков, секций и кружков, помогите выбрать наиболее для них интересные формы. Отметьте также, что вначале всегда тяжело, но начав, появится больше мотивации.
- **Фокус на мотивации.** Дайте пациенту понять, чувствовать себя немотивированным – нормально, и что исследования показывают на те стратегии, которые помогут быть более активными и повысить мотивацию одновременно.



”

Реальные интервенции позитивной психологии на работе

Alexandra Michel, Федеральный институт общественного здоровья и безопасности, и Университет Аннекатрин Хоппе Гумбольдт, Германия

На работе человек проводит значительное время своего бодрствования. Неудивительно потому, что снижение потребностей и повышение ресурсов (т.е., автономность, социальная поддержка, самооффективность) на работе важны, чтобы способствовать балансу работа-жизнь, благополучию и здоровью.

За последние годы в исследованиях не только были оценены пути восстановления от негативных последствий стресса на работе, но также пути увеличивать ресурсы для повышения уровня качества жизни и благополучия сотрудников на работе. Особенно интересно введение интервенций, **связанных с позитивной психологией.**

Это новое широкое направление психологии труда. В этом блоге мы обозначаем три подхода, которые могут помочь работникам повысить свои ресурсы и повысить уровень благополучия на работе.

Как я могу увидеть, испытывать и ценить больше положительных моментов в своей работе?

Когнитивные стратегии, такие как практикование оптимистического мышления и ценения положительных аспектов работы могут помочь сотрудникам создавать положительные эмоции и чувствовать себя лучше. В нашем **интервенционном** исследовании мы спрашивали людей, занимающихся уходом за больными, о позитивном и значимом событии которое произошло у них на работе. Это могло быть позитивное взаимодействие с пациентом, приятный разговор с коллегой или успех в лечении. Мы просили отразить это событие, чтобы почувствовать его вкус. Это пятиминутное упражнение было повторено в течение десяти дней подряд. После периода вмешательства сотрудники в группе интервенции имели более низкий уровень усталости и эмоционального истощения, чем в группе контроля. Особенно положительно это сказалось на тех, кому нужно было восстановление, например, чувствовавшие низкий уровень энергии.



Откуда взять энергию для работы? Польза перерывов

Нагрузки на работе могут истощать энергию сотрудников и приводить к малой вовлечённости и чувству истощения или усталости. Короткие перерывы позволяют сместить фокус с рабочих действий, чтобы поднять и поддержать уровень энергии. Мы **разработали** два коротких упражнения: симулированное вчувствование в природу (т.е., слушание звуков природы – пения птиц, волн) и мышечное расслабление. Мы классифицировали такую активность как «микроинтервенции», которые выполнимы на рабочем месте и которые дают сотрудникам возможность отдохнуть, смещая внимание с рабочих задач. В нашем **исследовании** работники случайным образом были распределены в группу «погружения в природу» или постепенного мышечного расслабления. Результаты показывают, что оба таких коротких перерыва могут быть легко введены в рабочий график, и они повышают настрой сотрудников, снижают уровень их усталости в течение 10 рабочих дней.

Как я могу отключиться от работы и найти баланс между работой и личной жизнью?

Работники, которые думают о и эмоционально вовлечены в работу и во время отдыха нередко не в состоянии отключиться от мыслей о делах. Это ведёт к смещению баланса работа–жизнь. Согласно **теории границ**, мы разработали вмешательство, которое позволит работникам найти их индивидуальный путь интегрировать или разделить обе сферы жизни. Наша онлайн-**интервенция** обучает осознанности (mindfulness) как когнитивно-эмоциональной стратегии сепарации. **Осознанность** подразумевает состояние быть в безоценочном отношении к текущим переживаниям. В нашей интервенции сотрудники рефлексировали по поводу стратегий сегментации (т.е., стратегий, подразумевавших сохранение баланса работы и частной жизни отдельно друг от друга) и обучались осознанному дыханию, которое помогало им фокусироваться на текущем моменте и отпускать неприятные и нежелательные состояния и чувства в связи с работой. Это позволяло сотрудникам фокусироваться на активности в определённой сфере жизни (например, поиграть с детьми дома) и забыть связанные с работой беспокойства. Результаты нашего **исследования** показывают, что в сравнении с группой контроля работники в группе интервенции имеют меньший уровень эмоционального истощения, негативного аффекта и обусловленных напряжением конфликтов в семье, как и более выраженное удовлетворение балансом работа-жизнь.



Заключение

Интервенции по рефлексированию положительных аспектов работы, передышки и сегментирование сфер жизни могут помочь работникам построить ресурсы и усилить чувство благополучия. Для работодателей мы видим следующие преимущества:

Эти интервенции могут быть легко внедрены в рабочий график или выполнены в вечернее время. Они могут применяться в разных профессиях и могут быть доступны на разнообразных онлайн-платформах, приложениях для смартфонов или на бумаге. Работодателям следует помнить, что в большей степени получают пользу от таких вмешательств нужные работники (т.е., имеющие большую нагрузку, эмоционально затратные задачи). Долгосрочный эффект интервенций пока не изучен. Наконец, эти индивидуальные интервенции не обязательно замещают другие более сложные действия по улучшению здоровья работников (т.е., снижение нагрузок, тимбилдинг, тренинги лидерства), направленные на целостное улучшение условий работы.

Практические рекомендации

- Подумайте о том, что шло хорошо на работе, во время ланча или после окончания работы. Например, приятный разговор с коллегой, успешная презентация, задача, о которой получали удовольствие.
- Спланируйте короткие перерывы во время рабочего дня, чтобы отвлечься и перезарядиться. Используйте их для расслабления, медитации или прогулки.
- Попробуйте отключиться от работы. Небольшие дыхательные упражнения с осознанностью помогут сфокусироваться на текущем опыте и отпустить нежелательные мысли и чувства.

”

Разговор с пациентом: что доктор говорит совсем ясно, а пациент совсем не понимает

Anne Marie Plass,
Университетский
медицинский центр
Гёттингена, Германия

Когда-то давно один дерматолог, специалист по псориазу (хроническому заболеванию кожи) в университетской клинике, пожаловался мне на то, что многие пациенты не привержены терапии, хотя с ними вместе были поставлены цели лечения и было принято совместное решение.



Совместное принятие решений определяется как «подход, в котором клиницист и пациент владеют вместе лучшей имеющейся доказательной базой, когда принимают **решения**», обычно, когда имеется два или более варианта лечения, либо если в ситуацию вовлечено несколько человек. И пациенты, и врачи вносят вклад в процесс принятия **медицинских решений**; пациентам оказывается помощь в реализации их предпочтений на основе информирования. Совместное принятие решений становится всё более распространённым в **здравоохранении**, всё больше профессионалов стараются максимально для достижения **пациентоцентрированной** помощи. Особенно, если такой подход к коммуникации способствует приверженности к лечению и доверию.

В своей сути совместное принятие решений основано на взаимном понимании и **уважении**. Врач и пациент

– партнёры в этом процессе, оба вносят вклад в принятие решений на основе своего опыта и своих представлений. Как таковой, специалист вносит вклад в виде медицинского знания и опыта, а пациент добавляет знание своего жизненного мира. Об этом, однако, легче сказать, чем сделать это. Хотя многие специалисты здравоохранения заявляют, что «уже делают», **данные опросов** пациентов показывают, что **чаще это не так**.

Дерматолог, о котором идёт речь, сделала привычкой принимать решения не за пациентов, а вместе с пациентами о том, какое лечение им больше подходит. Потому она совершенно не могла понять, почему её пациенты по-прежнему демотивированы принимать препараты как предписано, даже если терапия основана на их же предпочтениях.

Описывая, как она внедряет совместное принятие решений в повседневной практике, она говорила, что как только пациент заходит в кабинет, она информирует его о том, во время консультации они вместе будут принимать решения о терапии, вместе обсудят различные терапевтические возможности.

Иногда пациентам нужно изучить новую информацию и оценить свои собственные пожелания, прежде чем прийти к новым для них решениям. Это в особенности так, когда непонятно дальнейшее развитие их патологии, а значит, нужно задумываться о вещах, которые они никогда не испытывали. Когда им предлагается роль в принятии решений, некоторые пациенты могут быть удивлены, поражены и испытывать замешательство в том, что было бы для них лучше. Информирование пациентов о разных опциях и предложение того, что они будут принимать участие в принятии решений, заранее, может **улучшить** совместное принятие решений.

Чтобы помочь пациентам в принятии решений о подходах к терапии, которые будут соответствовать личным предпочтениям, дерматолог предлагала проценты, т.е. 10% или 20% улучшение, в качестве суждений о цели. После того, как пациент выбирал вариант процентки, дерматолог объясняла, какая терапия и какие препараты будут нужны, чтобы этой цели достичь, вовлекая пациента в принятие решений. Несмотря на это, пациенты не были привержены лечению, хотя вроде бы сами же выбирали этот вариант как наиболее предпочтительный. Я спросила у неё, уверена ли она, то они достаточно хорошо понимали значение процентов и могли в полной мере выразить свои пожелания, указывая на тот или иной желаемый исход.

Часть **трудностей** находится в привычке врачей (специалистов здравоохранения) использовать **язык**, который понятен только профессионалам. Медицинский язык сложен и существуют доказательства того, что около **половины** пациентов испытывают сложности с **пониманием**. Профессиональный жаргон и абстрактные понятия имеют тенденцию превращаться в широкий спектр интерпретаций, значительно отличающихся от того, что имел в виду врач. Более того, есть много доказательств того, что элементы оценок и шкал сами по себе – предмет серьёзной интерпретативности и потому могут **не быть способны** измерить то, что должны измерять. Люди могут указать в опроснике, что неспособны пройти пешком 500 метров, но во время расспроса окажется, что могут по часу ходить в торговом центре.

Я ответила дерматологу, что если бы была пациентом, я бы хотела иметь возможность рукопожатий или носить короткий рукав при своём заболевании, или что-то ещё. Она посмотрела на меня и засмеялась: это действительно так, но ей и в голову это не приходило. Более того, она и не задумывалась, что информирование до принятия решений может быть эффективно.

Потому жизненно важно, чтобы врачи подходили осознанно к пациентам, которых они лечат и к тому, что пациенты понимают. Это не ограничивается только грамотностью в отношении здоровья; все пациенты будут благодарны, если информация будет ясной и свободной от медицинского жаргона. Более того, критически важно для врачей говорить на привычном пациентам языке, выражаясь словами, которые бы использовали сами пациенты.

Практические рекомендации:

- Повышение вовлечённости пациентов в принятие решений может повысить приверженность терапевтическим режимам и улучшить исходы лечения.
- Всегда пытайтесь говорить словами, которые бы использовали сами пациенты, то есть, избегайте медицинского жаргона и терминологии.
- Помните, что то, что вы говорите, может быть ясно для вас, но быть неправильно понято. Всегда подтверждайте, поняли ли вас.
- Дайте пациентам время и практическую лёгкую в понимании информацию. Убедитесь, что готовы к консультациям.
- Дайте пациентам знать заранее, что от них ожидается в процессе так называемого совместного принятия решений.



Что происходит с лекарствами, когда они попадают домой?

Kerry Chamberlain, Университет Мэсси,
Окленд, Новая Зеландия

Что люди делают с лекарственными препаратами, вернувшись домой? На удивление мало исследований посвящено этому вопросу. Важно понимать, что большинство препаратов должно потребляться под контролем. Рецептурные препараты находятся под регуляцией только до момента их выписывания и приобретения, и то, что они принимаются как надо – лишь предполагается. Существует также множество безрецептурных средств (например, обезболивающих), средств альтернативной медицины (например, гомеопатических) и других менее похожих на обычные лекарства средств (пищевые добавки, пробиотики и др.). Но нужно иметь в виду, что в разных **странах** доступность средств **разнится** значительно.

Любые лекарства – это сложные **социальные** объекты, и будет ошибкой рассматривать их

просто как медицинские технологии, эффективные в лечении или облегчении заболеваний, если принимаются как предписано. Существует высокая вариабельность дозы-эффективности препаратов. Некоторые (парацетамол, например) имеют широкий терапевтический диапазон (то есть, переносятся хорошо в широком диапазоне доз), тогда как другие (левотироксин) имеют узкий диапазон (то есть, небольшая разница в дозах ведёт к серьёзным нарушениям лечения или побочным реакциям). Также у всех препаратов есть побочные эффекты разного рода, некоторые совсем незначительные, другие – опасные. Кроме того, как и сами препараты, имеющие различия в своём эффекте, люди различаются в ответе на препарат, а чувствительность меняется с **течением** времени при длительном применении.



Существуют доказательства того, что лишь половина прописанных препаратов принимаются так, как **назначено**. Это происходит ввиду ряда **причин**, включая наличие побочных эффектов, беспокойства по поводу возможной зависимости, убеждений относительно самого **заболевания**, препаратов и подходов к лечению. Потому важно понимать, как люди осмысливают лекарственные препараты в своей повседневности. Мы провели исследование 55 семей, отобранных целенаправленно в четырёх городах Новой Зеландии. Нас не интересовала приверженность, но мы просили **обсудить** их практики применения лекарств, чтобы рассмотреть все имеющиеся дома средства.

Вот некоторые важные заключения нашего исследования:

- Широкий спектр препаратов любого рода – рецептурных, безрецептурных, альтернативных – имелся во всех семьях и активно использовался в семье. Место хранения было специально организованным, общие препараты хранились в центральных местах (кухня, гостиная), а индивидуальные – в спальне, ванной комнате. Более старые препараты хранились отдельно – комод, шкаф. Такое месторасположение лекарств отражало отношения между **членами** семьи и практиками заботы внутри семьи.
- Люди оценивали и применяли препараты очень по-разному, от **отказа** до соответствия предписанию, расширения или дополнения предписания, в зависимости от вида препарата и самого заболевания.
 - ▶ Например, некоторые были однозначны в своём отношении к антибиотикам: «Я не люблю антибиотики... их нужно оставить для крайних случаев».
 - ▶ Те, кто принимал антипсихотические средства, уменьшали дозы ввиду зависимости и побочных эффектов: «Я хотел быть полноценным членом общества... чтобы чувствовать себя в порядке, вообще-то пришлось отказаться от препарата».
 - ▶ Принимавшие альтернативные препараты нередко отказывались от средств официальной медицины полностью: «Я лучше перетерплю или попробую любой альтернативный препарат».
 - ▶ Некоторые изменяли дозировки в соответствии с симптоматикой: «Мне была назначена более высокая доза, но я решил, что буду стараться держаться как можно более низкой».

- Каждодневный опыт применения препаратов определялся представлениями людей вообще о месте препаратов в обществе. Препараты могут привести к беспорядку, если страхи и тревоги, создаваемые массмедиа, дают посыл о «сверхъестественном» и неконтролируемом; но могут и способствовать порядку, если понимаются как дающие «баланс», восстанавливающие порядок и контроль. Отношение к препаратам также вовлекает этические чувства, когда они рассматриваются как «необходимое зло», требуя настороженности в приёме или когда их приём подразумевает стигматизацию и **«неморальность»** ситуации болезни, ведя к самоидентификации, требующей коррекции.

Вместо того, чтобы рассматривать повседневные практики применения лекарственных средств как иррациональные и малоинформированные, мы предполагаем, что в них есть своя логика, основанная на «обывательской **фармакологии**», когда точки зрения пациентов на препараты связаны как с их состояниями, которые обуславливают необходимость приёма, так и собственными нарративами здоровья и болезни. Такая обывательская фармакология влияет на практики применения препаратов, как это показано выше, а также указывает на недостающие сведения о **подходах** в понимании **приёма** препаратов.



Лекарства живут своей социальной жизнью в домах людей

Рекомендации:

- Практикующие психологи должны понимать, что приём препаратов – это социальная практика и работать с ней именно так, а не только с биомедицинским концептом приверженности.
- Приём препаратов может лучше быть понят, если локализован внутри определённой практики, особенно, в практиках повседневной домашней жизни. Психологи, которые занимаются работой с лекарственной приверженностью, должны обсуждать эти практики и давать рекомендации по социальной и контекстуальной динамике, влияющей на каждодневное применение препаратов пациентами.
- Психологи должны обсуждать приём препаратов открыто и сопоставлять рекомендации по приёму с представлениями пациентов об их заболевании, как они оценивают важность приёма и как приём препаратов может быть инкорпорирован в повседневность.



Как ставить достижимые цели?

Tracy Epton, Университет Манчестера,
Великобритания

Постановка целей – популярная техника

Существует много техник, используемых для достижения изменений образа жизни (93, согласно недавнему обобщению!). Постановка целей – хорошо известная техника, которую многие используют на том или ином этапе. Постановка целей используется некоторыми некоммерческими организациями (например, “Проблема алкоголя” – британская организация, предлагающая людям ставить цели по отказу от алкоголя на месяц с Января), как часть коммерческих программ по снижению веса и даже в фитнес-приложениях.

В одном недавнем обзоре были рассмотрены 384 тестирования эффективности постановки целей среди ряда различных областей, чтобы узнать, работает ли постановка целей на самом деле, какие типы целей работают лучше всего и для всех ли одинаково?

Меняет ли постановка целей образ жизни?

Постановка целей влияет на изменение целого ряда разных поведенческих типов (включая переработку мусора, спорт, обучение и здоровье), даже если используется сама по себе, без других техник по изменению образа жизни.

Что удивительно, постановка целей не обязательно работает лучше, если комбинируется с другими техниками, а это делается часто. Например, добавление обратной связи о цели (т.е., сообщение людям о текущем состоянии и/или прогрессе на пути к цели) не обязательно увеличивает эффективность. Ещё более важно, что осознание ценности достижения цели и даже просто если спросить, насколько вовлечены они в достижение, может уменьшать эффективность достижения цели.

Добавление постановки целей повышает эффективность одной техники изменения образа жизни. Вмешательства, которые включали мониторинг чьей-либо производительности без предоставления им обратной связи (например, записывать, сколько порций фруктов и овощей человек съедает за время приёма пищи) эффективнее, если ещё добавлена постановка целей.

Есть много других факторов, которые нужно иметь в виду при установлении и оценке целей, некоторые из них широко известны (например, **цели SMART**), но другие тоже следует рассматривать.

Что может повысить эффективность постановки целей по изменению образа жизни?

Есть **миф** о том, что постановка легко достижимых целей эффективнее для таких вещей, как снижение веса. Но меняется образ жизни, если поставлены трудные цели. Трудные – такие, достижение которых ожидается от небольшого количества людей, более эффективны для изменения образа жизни, чем умеренные (достижение ожидается от 15-50% людей) или лёгкие (более 50%).

Говорить людям о цели – хороший путь повысить успех в изменении образа жизни. Цели достигаются лучше, а прогресс более выражен, если о цели знают другие люди (например, сказать коллегам, что собираешься бросить курить). Действительно, **записать цель и сделать всем известной** рекомендуется и в спортивной психологии.

Работа над целью группой также помогает изменить образ жизни. Постановка большей цели всей семьёй, рабочей группой или спортивной командой, даже группой друзей, более эффективна, чем если каждый в группе поставит свою цель.

Есть некоторые факторы, не имеющие значения при постановке цели

Цели, которые сфокусированы на образе жизни (например, программы по снижению веса нередко фокусируют человека на том, чтобы съесть на более 1200 ккал в день) так же эффективны, как и цели, направленные на результат (**например, потеря определённой массы в неделю**).

Цели, основанные на улучшении относительно текущего положения (например, проходить в день на 5000 шагов больше) так же эффективны, как основанные на совершенно внешнем правиле (**например, проходить 10 000 шагов в день**).

Цели, поставленные самостоятельно, кем-либо или вместе с кем-то, одинаково эффективны. Можно также поставить больше одной цели за раз или повторять одну и ту же цель в течение периода времени – различия в эффективности нет.

Практические рекомендации

Практикующие специалисты, если помогают пациентам ставить цели, должны учитывать следующее:

Просите людей:

- **Ставить относительно сложную цель** – это может лучше двигаться к прогрессу
- **Говорить другим людям о цели** – это эффективнее, чем если всё держать в себе
- **Ставьте коллективные цели** – группа эффективнее, чем один человек.

Чего следует избегать

- Не спрашивайте человека, как сильно он привержен цели: если не привержены сильно, это привлечёт их внимание к своей низкой приверженности!



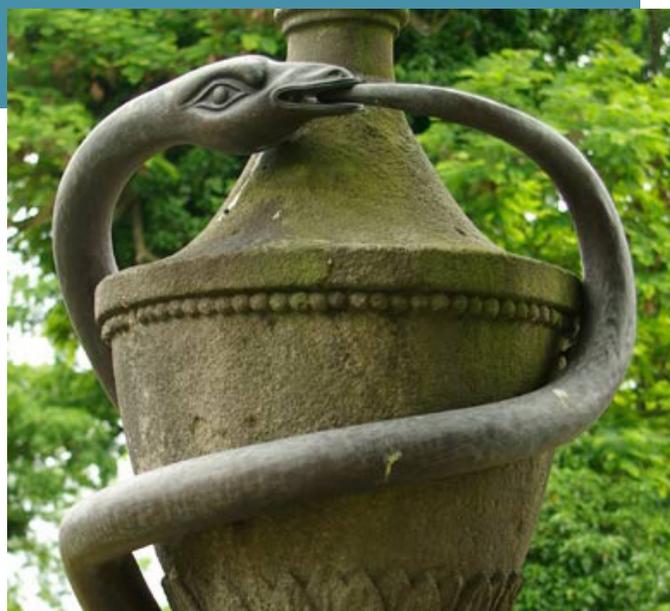
”

Саморегулирование – от теории к практике: поддерживать стремление пациента меняться

**Stan Maes и
Véronique De Gucht,**
Лейденский университет,
Нидерланды

В последние десятилетия роль самого человека в системе оказания помощи эволюционировала с “приверженности предписанной терпии”, подразумевающей повинование, в “самоконтроль”, обозначающее ответственность за контроль над своим здоровьем и своим заболеванием. В недавнее время такая идея выросла в понятие “саморегулирования”, систематический процесс, включающий установление собственных связанных со здоровьем целей и обеспечение поведения, позволяющего достичь этих целей. Чтобы проиллюстрировать продолжающийся процесс саморегулирования, мы выбрали античное изображение Оуробороса – змеи, поедаящей свой хвост.

Саморегулирование проявляет себя в трёх фазах: (1) осознание цели и постановка цели; (2) активное достижение цели и (3) закрепление цели, поддержание, либо отказ. Далее мы проиллюстрируем эти фазы на примере Джона, у которого случился сердечный приступ.



Фаза 1

В первую фазу человек осознаёт и устанавливает реалистичные и важные непосредственно для себя связанные со здоровьем изменения/цели. Например, Джона можно спросить: “Что означает восстановление лично для Вас?” – и он может ответить, что прогулки на природе с внуками для него очень важны.

В качестве первого шага Джон поэтому устанавливает цель, такую как “начать короткие прогулки неподалёку от дома”. Важно, что такие цели поставлены самостоятельно и реалистичны относительно текущего функционирования, поскольку дают ощущение личной ценности, а значит, достижимы легче, чем кем-то поставленные цели. Техники **мотивационного интервью** могут помочь персонализированной постановке целей демотивированными лицами.

Фаза 2

Во вторую фазу происходит достижение цели. В эту фазу пациента нужно преодолеть **характерный разрыв** между интенциями и непосредственно действием. С этой целью нужен специфический “план действий”, основанный на рефлексии, которая уточняет когда, где и как действовать. В нашем примере это может быть: “со следующей недели я начну ходить с моей женой за продуктами с 3 часа по понедельникам, средам и пятницам”. Планы действий подобные такому, с должной детализацией, показали эффективность в достижении целей, связанных с **физическими упражнениями, здоровым питанием** и **другими** компонентами здорового стиля жизни.

В дополнение, три регуляторных механизма играют важную роль во время достижения целей. Первый из них – обратная связь, включающая мониторинг и оценку. В нашем примере Джона можно было спросить фиксировать свои действия, чтобы видеть, достигнута ли цель. Результаты могут быть также рассмотрены вместе с Джоном, чтобы отметить достижения или проблемы.

Второй механизм включает предвосхищение и процессы мышления наперёд, включающие представления об исходах (например, что, как полагает человек, произойдёт, если действие будет предпринято) и представления о самоэффективности (например, чувствует ли человек, что действительно в сила начать действовать).



Рисунок: Круг саморегулирования

Ожидания исходов и самоэффективность обе стимулируются, если видеть успех других людей, собственный успех и иметь поддержку.





Потому клиницисты должны давать возможность контакта с другими людьми, достигшими успехов в сходных ситуациях, чтобы повысить шансы достижения целей и дать саму возможность получить поддержку в достижении. Последний механизм подразумевает активацию процессов контроля, чтобы убедиться в продолжении действия несмотря на конкурирующие цели и препятствия. Отвлечение от поставленной самостоятельно цели, например, событием в жизни, может иметь тяжёлое влияние на достижение цели. Недостаток прогресса в достижении целей (то есть, поражение) часто связано с плохим настроением. Если он возникает, Джону может потребоваться поддержка в совладании с этими эмоциями и в будущем – тогда такая ситуация сможет рассматриваться как возможность научиться чему-то.

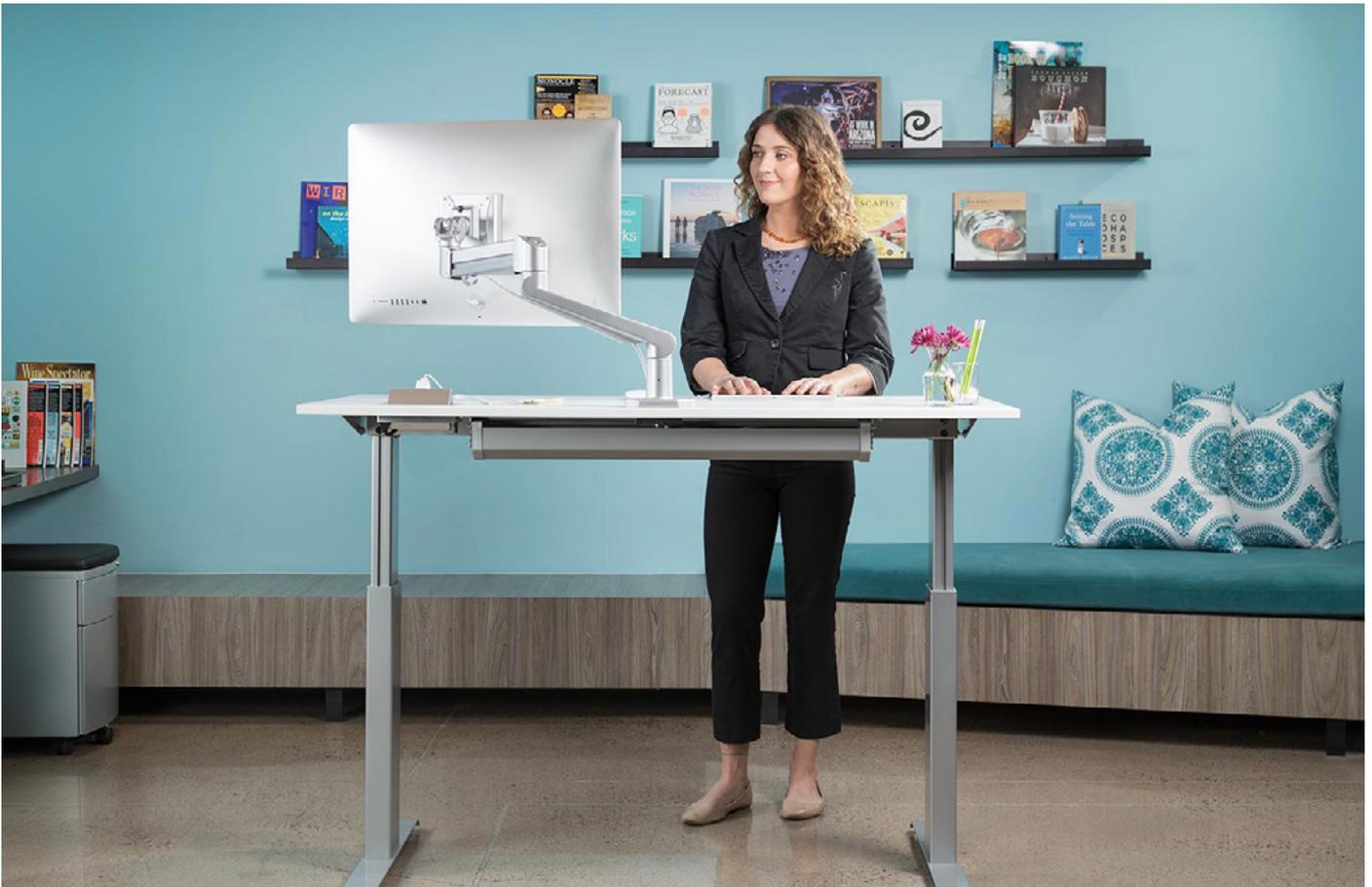
Фаза 3

В третью фазу происходит достижение, поддержание цели и разъединение с ней. Достижение цели – ещё не конец, но новое начало. Пациенты могут быть вдохновлены устанавливать новые цели, чтобы поддерживать прогресс в течение времени. Если же поставленная самостоятельно цель оказывается недостижимой, нередко важнее расстаться с ней и выбрать **более реалистичную цель**. В нашем примере Джон мог бы продолжить достижение цели по физической активности или установить новую, например, совершать короткие ежедневные прогулки с собакой. Работа на самооффективность и социальную поддержку опять-таки важные предикторы поддержания.

Множество исследований поддержали эффективность основанных саморегулировании достижениях целей по изменению образа жизни у здоровых людей и у пациентов с хроническими заболеваниями, например, **по снижению массы тела при диабете 2 типа, для физической активности у людей с артритом, по изменению образа жизни в кардиореабилитации, и для баланса активности и отдыха при синдроме хронической усталости**.

Практические рекомендации

- Поддерживайте пациента в формулировании персональных целей в изменениях, связанных тем или иным состоянием здоровья (например, “что бы Вы считали улучшением?”). Цели должны быть специфическими, важными для самого человека, не слишком лёгкими или тяжёлыми и достижимыми в конкретные временные рамки.
- Помогите составить **план действий**, спрашивая, когда, где, как и как долго пациент будет действовать относительно достижения цели.
- Попросите пациента составить “лестницу цели”, определяющую шаги, которые можно (самостоятельно) отслеживать на пути к постепенному достижению цели.
- Повысьте самооффективность пациента, показывая примеры успеха других пациентов, достигших сравнимых целей, вдохновляя пациента и подхвалявая за прогресс в достижении цели. Научите пациента, как справляться с препятствиями и срывами.
- Поддерживайте достигнутый результат и помогайте пациентам в реформулировании их целей по более управляемому пути, если в текущей форме они недостижимы.



”

Меньше
сидеть
и больше
двигаться
на работе

Stuart Biddle, Университет Южного Квинсленда, Австралия

Я пишу этот блог в день Святого Валентина! Социальная реклама в Австралии, в Блуарт, пополнилась несколькими замечательными видео, призывающими вас меньше пользоваться креслом, «порвать с вашим креслом» (как будто разрываешь отношения, см. [здесь](#)). В чём тут дело? В целом, понимая, какой работой сейчас заняты люди, мы действительно сидим слишком много и это доказанно плохо для здоровья. Например, люди едут на работу за рулём, сидят за столом большую часть дня, так же едут домой, а затем большую часть вечера сидят перед телевизором или компьютером. Потому рабочее место – первое, что нужно изменить на пути к здоровому образу жизни. Но со столь привычным типом поведения, как сидение, с сильными социальными нормами, как и дизайном окружающего пространства, способствующим меньше двигаться и больше сидеть в комфорте, как можно вообще что-то изменить?

Во-первых, нужно отметить, что просто меньше сидеть – это не единственный вариант. Мы должны

стимулировать людей больше двигаться через физическую активность, лучше в достаточно высоком темпе, средней и высокой интенсивности. Но в дополнение, важен переход от долгих периодов сидения к большему объёму лёгкой физической активности. Это может в себя включать просто встать и подойти к коллеге вместо отправки письма, ходить по ступенькам вместо лифта, или просто вовлекаться в то, что называется «переходы сидя-стоя» на рабочих совещаниях.

Что же может сработать? Мы провели систематический **обзор** техник **изменения** образа жизни, включая те, что происходят на рабочем месте. Из 38 вмешательств, что вошли в обзор, 20 были связаны с рабочим местом людей. Мы оценили как «многообещающие» 15 вмешательств (39%). Особенно обещающими были интервенции по изменению окружающего пространства (например, работать за столом типа «сидя-стоя»), по убеждению и обучению (например, семинар по влиянию на здоровье сидения и хождения во время работы). Отчасти перспективными также были интервенции по само-мониторингу (например, ведение перечня), разрешению проблем (например, проработка решений в офисе), а также по реструктурированию социального и физического окружения.



Чтобы помочь человеку меньше сидеть и больше двигаться на работе, оставаясь продуктивным и сконцентрированным, использование столов «сидя-стоя» оказалось наиболее популярным. Суть их не в том, что стоять подолгу, а в том, чтобы как можно чаще выводить из сидячего положения. Основываясь на нашем обзоре, мы можем ожидать, что такого типа столы будут популярны, потому что они ведут к изменениям в окружающем физическом пространстве. В то же время, может потребоваться проводить первичное обучение преимуществам, как и само-мониторингу. В нашем **исследовании**, где не предоставлялись подобные столы, инструмент по само-мониторингу не был принят достаточно хорошо и не был достигнут ожидаемый эффект по изменению образа жизни. Это также предполагает, что практическое внедрение подобных техник важно отслеживать, как и находить инструмент для само-мониторинга, приемлемый для участников и уместный, периодически собирая о нём обратную связь.

Практические рекомендации:

- Способствуйте тому, чтобы управляющие организацией способствовали усилиям сотрудников изменить двигательный режим (меньше сидеть, больше двигаться)
- Проводите обучение на месте по тому, чтобы меньше сидеть, больше двигаться, возможно, с само-отслеживанием и фиксацией времени сидения
- Создавайте нормы, хотя бы «социальные», которые разрешают сотрудникам меньше сидеть и стоять, но больше двигаться на совещаниях. Совещания с ходьбой также могут быть внедрены
- По возможности, сделайте столы сотрудников по типу «сидя-стоя» (sit-to-stand desk)
- Если такой стол обеспечить нельзя, создавайте причины для лишнего вставания (например, чтобы что-то взять с полки).

”

Сила воли против нездоровых искушений (замечание циника: сила воли обычно проигрывает)

Amanda Rebar,
Университет центрального Квинсленда,
Австралия



Не секрет, что люди зачастую ведут себя не так, как было бы идеально для сохранения их здоровья. Например, зная, что упражнения **полезны** для физического и ментального здоровья, далеко **не все** регулярно их выполняют. Когда человек принимает решение начать выполнять упражнения, вероятность, что он реально будет это делать, **около 50%**. Это такая же вероятность, как орёл-решка! Вы когда-нибудь задумывались, почему несмотря на самые лучшие устремления, люди упорствуют в нездоровом образе жизни? Существует точка зрения, она получает всё больше внимания и подтверждений у медицинских психологов, о том, каковы две

основные системы, влияющие на поведение и образ жизни. Эта **дуалистическая модель** даёт обновлённую точку зрения на возможность помочь людям поддерживать здоровое поведение без постоянной битвы силы воли с нездоровыми искушениями.

Существует **много разновидностей** дуалистических моделей, но основная идея состоит в том, что на образ жизни влияют две системы: одна состоит из рефлексивных процессов, а другая – из **автоматических процессов**. Рефлексивная система влияет на поведение через свободные планируемые процессы, обычно медленные и требующие силы воли. Автоматическая система влияет через неинтенциональные, спонтанные импульсы.

Хотя процессы разные, они могут вести к одинаковым исходам. Например, женщина сменила свой рацион. Возможно, её проинформировали о том, что она в группе высокого риска заболеваний сердца, и она решила, что для неё лучше изменить диету – это будет рефлексивный процесс. Напротив, она могла изменить питание просто потому, что была «не в настроении» или не испытывала «стремление» есть то же, что обычно – это будут автоматические процессы.

У автоматической системы плохая репутация. Она обычно обвиняется в том, что сама и является источником нездоровых стремлений, искушений, которые должны быть преодолены **силой воли**. Обычно мы учим людей, почему они должны изменить свой образ жизни и основываемся на этой информации, чтобы они поставили цели и создали

планы по изменению; мы старательно следим за их поведением, вырабатывая пути следования к своим планам изо дня в день. **Проблема** состоит в том, что такие стратегии изменения поведения не всегда работают, а когда работают – нередко только короткое время.

Поддержание здорового образа жизни, несомненно, потребует преодоления некоторых искушений, но есть пути, по которым мы можем пойти, чтобы не работать против их автоматической системы. Доказательства показывают, есть возможности легче сопротивляться нездоровым автоматическим посылам и даже создавать автоматические посылы в соединении с долгосрочными целями. Так же просто, как давать советы по образу жизни, мы могли бы давать силу воли в борьбе с нездоровыми искушениями и даже прекратить борьбу с ними в принципе, если такие «искушения» окажутся здоровыми.

Practical recommendations

- Предложить простые изменения ежедневных действий, которые бы помогли избегать нездоровых устремлений. Обычно есть определённые места, настроения, переживания или время дня, когда люди наиболее подвержены нездоровому поведению. Осознанность в том, что является триггером нездорового устремления ослабляет его и даёт возможность сохранить силу воли для наиболее сложных моментов.
 - ▶ Пример: Кто-то, только бросивший курить, может изменить маршрут с работы домой, где он обычно покупал пачку сигарет, например, в магазине по дороге.
- Придумать пути упрощения элементов здорового образа жизни, сделать их более приятными, чем нездоровые альтернативы.
 - ▶ Пример: Не хранить вредную пищу в доме. Будет сложнее реализовать желание поесть нездоровую пищу, если за ней нужно идти в магазин, когда здоровая пища есть дома.
- Делать здоровые варианты поведения более заметными, чем нездоровые.

Реклама работает благодаря повторению и высокой визуальности бренда. Такие же технологии могут быть применены к здоровым типам поведения.

- ▶ Пример: Если человеку трудно вспомнить о приёме лекарственного средства, посоветуйте поместить его в заметное и безопасное место (на полку с посудой в кухне вместо закрытого шкафчика), чтобы оно постоянно попадалось на глаза.
- Сделать здоровое поведение вознаграждаемым. Когда здоровое поведение приносит удовольствие, требуется меньше силы воли, а шанс, что оно будет поддерживаться долго, вырастает. Если нечто переживается как неприятное и требующее терпения, мало шансов, что оно продержится долго.
 - ▶ Пример: Если ваш ребёнок не любит паровые овощи, не заставляйте его и не подкупайте конфетой в конце еды. Напротив, попробуйте разные стратегии приготовления овощей, которые могут понравиться, чтобы ребёнку это приносило удовольствие, а не вырабатывало нежелание вообще есть овощи.



”

Планирование интервенций по изменению образа жизни, основанных на теории и на доказательной базе: карта интервенций

Gerjo Kok, Университет Маастрихта, Нидерланды; Техасский Университет в Хьюстоне, США

Существует широкий спектр кампаний и интервенций для улучшения общественного здоровья и для изменения образа жизни, но многие из них не основаны на теории или доказательной базе. Этот блог-пост посвящён краткому описанию процессов, в которые включены медицинские психологи, когда разрабатывают интервенции; в нём освещается, каким образом разработка отличается (и улучшается таким образом) от подобной работы, происходящей обычно.

Шаги

Планирование интервенций по изменению образа жизни – процесс пошаговый и зачастую включает два шага вперёд и один шаг назад. Это особенно важно, поскольку каждый шаг основан на предыдущем, и невнимание к одному может вести к ошибкам и неправильным решениям в последующем. Так называемый протокол «**картирование интервенции**»

(КИ) включает **шесть шагов разработки интервенции**, что помогает разработчику основываться на теории и доказательствах:

Шаг 1: Оценка потребности

На этом шаге группа планирования, состоящая из всех участников (включая целевую популяцию, заинтересованные стороны, экспертов, исследователей и будущих практиков) оценивает проблему. Это включает в себя выявление поведенческих и средовых причин проблемы, как и детерминант таковых. Собираемые частички можно обозначить как «логическую модель» проблемы, как (упрощённо) выглядит, например, профилактика половых инфекций и ВИЧ-инфекции у подростков, давая ясную картину соединения разных частей (на схеме).



Шаг 2: Определение целей и условий

Как только проблема и её причины ясно определены, могут быть определены и специфические исходы и цели. Это включает в себя, как детерминанты поведения индивида и факторы среды («те, кто принимает решения») должны будут измениться с целью решить проблему. Например, в приведённой логической модели, чтобы способствовать использованию презервативов, интервенция должна быть направлена на осознание риска, как и на осознаваемую эффективность презервативов в снижении риска. Интервенция также должна прямо влиять и на партнёра, если возможно, чтобы повысить взаимную самоэффективность подростков. Наконец, в зависимости от существующих социальных норм, можно фасилитировать доступ к сервисам семейного планирования.

Шаг 3: Дизайн интервенций

Создаётся доступная, внутренне стройная интервенция. Основанные на теории вмешательства и практические приложения по изменению (детерминант) образа жизни выделяются вместе с созданием программы: темы, компонентов, обзора, последовательности. КИ разделяет так называемые методики (техники) изменения образа жизни, показавшие эффективность в изменении детерминант образа жизни и/или внешних средовых факторов. Например, осознание риска может быть повышено информированием на основе сценария. Самоэффективность может быть улучшена благодаря моделированию и обратной связи. Поддержка и «лоббирование» могут повлиять на принятие решений на уровне руководителей. Все методики изменений требуют приложения к реальной практике, принимая во внимание теорию и на доказательную базу. Например, для моделирования: обучаемый идентифицируется с моделью, обучаемый обнаруживает подкрепление модели, у обучаемого достаточно самоэффективности и навыков для действий, тогда модель работает не как шаблон, а как модель совладания.

Шаг 4: Непосредственное воплощение

На этом шаге создаётся сама интервенция. Обновляется структура программы, создаются

наброски сообщений и материала, проводится претест. Для приведённого примера была разработана и внедрена голландская программа «**Долгая любовь**», которая показала неоднократно эффект в распространении защищённого секса в школах.

Шаг 5: План по внедрению

Создаётся план по внедрению программы. Определяются потенциальные пользователи, цели и условия реализации, а также изменений, создаются действия по внедрению, согласно шагам КИ. Для примера выше, интервенция была направлена на 14-15-летних школьников. Действия по внедрению имели целью распространение в школах, участие завучей и учителей, корректное внедрение учителями, и наконец, институционализацию вмешательств школьными директорами и Советами.

Шаг 6: Оценка эффективности плана

Разработка интервенции – это ещё не конец. Важно оценить, достигла ли она цели (оценка эффективности) и была ли внедрена так, как задумывалось (оценка процесса). Действия для шагов 5 и 6 должны начаться как можно раньше, в процессе планирования. Информация от этой оценки может быть использована для освежения и улучшения интервенций, движения назад и вперёд по шагам.

Общие перспективы

Планирование интервенций по изменению образа жизни всегда должно:

1. Использовать теории и доказательства как основу;
2. Принимать экологический подход к оценке и модификации проблем (здоровья);
3. Убедиться, что целевые лица в популяциях, а также другие заинтересованные лица действительно участвуют.

Лицо с проблемой здоровья – часть системы, как и потенциальное решение проблемы. Потому широкое участие на разных уровнях системы может собрать вместе больше умений, знания и опыта, тем самым определяя применимость интервенции в реальной практике и её оценку.

Центральные процессы

КИ также предлагает «центральные процессы» – ключевые действия по применению теории и доказательной базы: формулирование вопросов, мозговые штурмы, обзоры эмпирических данных, оценку и использование теорий, обнаружение и оценку необходимости новых исследований, и в итоге формулирование рабочей карты ответов.

Особенно важен процесс оценки и применения теории – проблема, для решения которой специально обучены медицинские психологи. Благодаря литературному поиску, планирование будет включать в себя теоретические аспекты и концепты, связанные с теориями. Наконец, при планировании могут быть использованы теории, с которыми разработчик уже знаком, например, теория запланированного поведения для детерминант поведения, или теории саморегуляции для изменения поведения.

Практические рекомендации

- В каждой команде, планирующей интервенции по изменению образа жизни, должен быть эксперт в науке о поведении, например, грамотный медицинский психолог.
- При разработке интервенций по изменению образа жизни, нужно использовать теорию и доказательства, применять системный подход, улучшать участие в интервенции.
- Планирование интервенций по изменению образа жизни – процесс пошаговый, в котором каждый шаг основан на предыдущем. Протокол КИ может помочь двигаться по этим шагам.
- «Центральные процессы» могут помочь медицинскому психологу найти теоретические ответы для поставленных вопросов.
- Особенно важно для планирования интервенции: определение изменяемых и важных детерминант поведения, включая теоретические данные о том, что делает методы изменения образа жизни эффективными, а также удостоверение в том, что интервенция внедрена как планировалось.

”

Социальная поддержка и образ жизни: как перейти от желания помочь к умелой помощи

Урте Шольц Университет Цюриха, Швейцария
Гертруда (Туру) Штадлер Университет Абердина,
Шотландия

Социальная поддержка кажется абсолютно положительной вещью. Что может быть плохого в желании немного помочь? Чтобы кто-нибудь готовил вам, когда вы стараетесь есть полезную и здоровую пищу, создавал уют, когда вам грустно от очередной неудачной попытки бросить курить? Такие ситуации дают чувство, что одного лишь желания помочь может быть недостаточно. Ваш партнёр, который готовит здоровую пищу, или родственник, засыпающий советами о правильном питании, создают ощущение, что знают за вас, что для вас лучше. А вы просили их помощи? Неужели они не верят в то, что вы в состоянии питаться правильно сами?

Всегда ли помощь в изменении кем-то образа жизни – хорошее дело? Этот текст имеет целью помочь практикующим специалистам давать правильные рекомендации о поиске социальной поддержки. И начать нужно с того, что такое – социальная поддержка, а что – нет.

Что такое социальная поддержка?

Социальная поддержка – помощь одного человека другому в ситуации проблемы или борьбы с чем-либо, как, например, попытки перейти на более здоровую диету. Помощь заключается в решении проблемы или хотя бы снижении стресса, ассоциированного с ней. Существует три формы поддержки, которые зачастую смешиваются: одна из них – эмоциональная поддержка, которая позволяет чувствовать себя любимым, понятым, охваченным заботой. Вторая форма – практическая помощь,

то есть, конкретные действия, например, покупка здоровой пищи. Третья форма – информационная поддержка, к примеру, советы о том, как есть больше растительной пищи. Хотя поддержка может исходить буквально от любого человека, по данным исследований, в наибольшей степени она исходит от близких, а именно, от партнёров, семьи и друзей. Важные источники поддержки для людей при проблемах со здоровьем – профессионалы в области здравоохранения, а также люди с похожими заболеваниями и состояниями.

Существует две формы поддержки, в зависимости от того, какую помощь вы ожидаете в будущем и какую вы уже получали в прошлом. Люди могут предполагать, какую помощь они бы ожидали получить от других в стрессовых ситуациях в будущем. Например, собирающийся бросать курить человек может иметь представление о той помощи, какую он бы хотел получить от других. Такой вариант называется предполагаемая поддержка. Она имеет отношение в большей степени к оптимистическому настрою, нежели непосредственно к событию помощи.



Предполагаемая поддержка может быть слегка завышенной, так как ожидания не всегда проверяются самой ситуацией проблемы. Вторым вариантом отношения к поддержке – узнать, какую помощь человек получил в своей проблеме. Это относится к ретроспективным отзывам о действительной ситуации поддержки, например, что именно помогло на прошедшей неделе питаться более здорово. Два эти вида не обязательно связаны друг с другом. Вы можете ожидать помощи от близких, но при этом можете не вспомнить о каких-то реальных действиях в недавней вашей попытке лучше питаться.

Умелая помощь в изменении образа жизни

Если взглянуть на исследования социальной поддержки в изменениях образа жизни, во многих из них получены положительные результаты. Правда, если посмотреть более внимательно, многие из них сообщают о первом из описанных типов – предполагаемой поддержке. Позитивные ожидания помощи существенно связаны с улучшением образа жизни. Вторым тип, действительная поддержка, получил гораздо меньше внимания исследователей, а имеющиеся данные неоднозначны. Неоднозначность нередко представляется исходящей из неудачи в том, чтобы реально улучшить поддержку. То есть, в целом, нельзя утверждать, что искреннее желание помочь действительно имеет результаты, когда кто-то пытается изменить образ жизни. Напротив, успешные помогающие действия, по-видимому, основаны на том,

- кто помогает (иногда поддержка друга лучше, чем супруга),
- какой пол у помогающего (женщины, по-видимому, лучшие помощники для обоих полов),
- насколько соответствует ожидание от помощи и она сама,
- в каких условиях помощь оказывается (оказание и получение помощи сбалансированы или есть перекося).

Кроме того, есть исследования, согласно которым, получение помощи может вредить. Поддержка может вести к чувству беспомощности и неспособности справиться самому. **Умелая помощь** – помощь от людей, которым доверяешь, которая соответствует потребности и способствует тому,

чтобы чувствовать себя понятым и охваченным заботой, – может быть лучшим вариантом. Умелая помощь зависит от коммуникации обеих сторон. Человек, стремящийся к изменениям, должен оценить свои потребности и четко их выразить, активно ища помощи от людей, от которых он может уверенно ожидать ответа. Оказывающий помощь должен иметь целью оправдать надежды человека в манере уважительной и отвечающей действительным нуждам.

Практические рекомендации

Что же должны делать люди для эффективной помощи кому-либо по отношению к изменениям образа жизни? Практикующие специалисты должны рекомендовать клиентам искать умелой помощи и давать знать близким людям и специалистам здравоохранения о таком желании. Чтобы эффективно помогать другим людям в их попытках изменить образ жизни, держите в голове следующие рекомендации:

- способствуйте людям, желающим что-то изменить, искать поддержки у тех, кому они доверяют и говорить с ними о том, чем они реально могли бы помочь. Иногда это может быть и желание оставить в покое!
- потренируйте с клиентами общение на тему необходимой поддержки в специфических ситуациях и тех конкретных пожеланий, которые могли бы помочь лучше помогать им. Например, практикующие специалисты могли бы использовать ролевые игры с проработкой различных сценариев прошения о помощи. Также это может включать повышение осознания того, что оказание поддержки очень индивидуально и не всегда однозначно полезно. То есть, человек может попрактиковать конструктивную обратную связь в том, чтобы помочь помогающим ему улучшить взаимодействие.
- потренируйте умение различить умелую помощь. Поскольку изменение образа жизни – процесс динамичный, и нужды могут меняться изо дня в день, потребуется адаптироваться.

”

Очень быстрые интервенции по изменению образа жизни

Стивен Саттон,
Университет
Кембриджа, Англия



Масштабные проблемы требуют масштабных решений. Борьба с «большой четвёркой» факторов образа жизни (физическая неактивность, курение табака, избыточное потребление пищи и алкоголя) требует вмешательств, которые можно расширять на значительное число людей, чтобы достигнуть в итоге существенной общественной пользы. Один из многообещающих подходов – короткие интервенции, которые бы выполнялись специалистами здравоохранения прямо в клинической ситуации. В Великобритании, например, Национальный институт совершенствования охраны здоровья **рекомендует** врачам первичного звена осуществлять целенаправленный краткий инструктаж по физической активности лицам с гиподинамией, контролируя этот вопрос на будущих визитах пациента.

Существует **доказательная база** эффективности быстрых интервенций. Но, однако, проблема интерпретации научной литературы состоит в **разночтении** понятий «краткий инструктаж (совет)» или «краткая интервенция». Так, в **одном обзоре** краткий совет или инструктаж определяется как «меньше 30 минут или в течение одной сессии (и позволяющий провести наблюдение только в случае дополнительного контакта с пациентом)». Многие из таких «быстрых» интервенций слишком долги, чтобы быть включёнными в рутинную практику первичного

звена. Поэтому в нашей работе мы сосредоточились на разработке и оценке «очень быстрых» интервенций, что значит однократных и не дольше пяти минут, относительно физической активности. Эти очень быстрые интервенции могут быть использованы в разных ситуациях оказания медицинской помощи, однако мы разработали свои конкретно для Национальной программы диспансеризации в Англии. Она включает взрослых от 40 до 74 лет, которые не стоят на учёте по заболеванию и у которых каждые 5 лет проводится проверка сосудистой системы. Большинство таких проверок проводится в первичном звене и выполняется медсёстрами или ассистентами. Через них существует идеальная возможность предоставлять очень быстрые интервенции потенциально миллионам людей.

Чтобы разработать такие **интервенции**, мы применили итеративный (связанный с повторениями) подход, сочетавший доказательства и опыт из множества источников, включая систематические обзоры, консультацию участников, качественные исследования, оценку затрат и обсуждения в команде. Мы уточнили содержание очень быстрых интервенций в понятиях **техник изменения образа жизни**. Например, наша очень быстрая интервенция, основанная **на применении пedometra**, включила девять разных техник изменения образа жизни, включая постановку Цели (образ жизни),

Планирование действий и Самоконтроль за поведением. Они были внедрены в практику через вручение участнику пedometra и графика шагов вместе с вербальной инструкцией: «Каждую неделю вы можете поставить себе цель, например, 6 тыс. шагов в день, и затем каждый день вы записываете, сколько шагов прошли и достигли ли цели». Мы также разработали трёхчасовую тренировочную сессию и руководство для врачей.

Такие основанные на техниках очень быстрые интервенции следует различать с «советами». Советы обычно включают побуждения к изменению и информацию о рисках, связанных с сохранением гиподинамии, а также о пользе от активности. Хотя это и важно, полезно также применять техники постановки цели и самоконтроля, созданные, чтобы помогать людям изменять образ жизни.

Мы показали, что уместно включать очень быстрые интервенции в программы диспансеризации и что они приемлемы для врачей и пациентов. Наши исходные данные по эффективности оказались оптимистичными. На основании данных объективных измерений активности акселерометром, связанная с **педометром очень быстрая интервенция** имеет 73% вероятность быть эффективной (т.е., повышать физическую активность относительно контроля без такой интервенции). Однако, мы протестировали её в более широком масштабе (n=1007), положительный эффект был небольшим и недостоверным по отношению к физической активности, измеренной на третий месяц. Тем не менее, экономическая оценка показала, что есть 60% вероятность эффективности по затратам для данной интервенции в долгосрочной перспективе, если сравнивать просто с диспансеризацией. Получается, что применять такую очень быструю интервенцию лучше, чем не применять ничего.

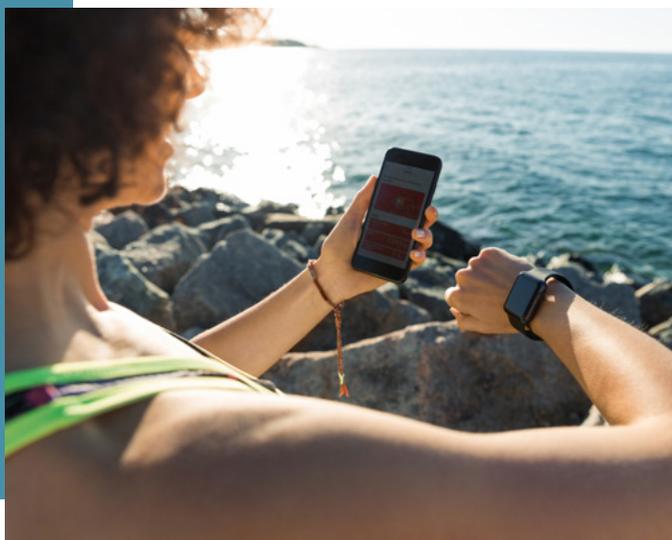
Увеличение эффективности очень быстрых интервенций возможно внедрением дополнительных в них компонентов. Сложность состоит в том, что это нужно делать без повышения стоимости.

Один из подходов состоит в соединении очень быстрых лицом-к-лицу интервенций в медицинской практике с «цифровыми» методиками, которые дают пациенту дальнейшую поддержку.

Комбинация живого контакта и цифровых методик может быть эффективнее, чем та или иная отдельно. Мы применяли такой вариант модели интервенции в работе по повышению **частоты отказа от курения** у курильщиков, в первичном звене, когда цифровая часть включала 90-дневную программу текстовых сообщений, отправляемых курильщику на мобильный телефон.

Рекомендации

- Есть доказательства эффективности быстрых интервенций по изменению таких компонентов образа жизни, как курение и физическая активность. Многие из них слишком долги, чтобы быть включёнными в рутинные консультации пациентов.
- Вместо них рассмотрите очень быстрые интервенции, то есть, не дольше пяти минут. Доказательств их эффективности меньше, но лучше применять хотя бы их, чем ничего.
- Вместо «советов» подумайте об очень быстрой интервенции, включающей один или более аспектов изменения образа жизни. Например, может быть полезно просить пациентов отслеживать своё поведение или создавать некие планы действий, фиксируя на бумаге когда, где и как они будут увеличивать свою активность или избегать соблазна перекусить.
- Направляйте пациентов в сторону полезных ресурсов (приложение для смартфона, местный кружок по ходьбе). Это просто и может повысить эффективность интервенции. Также полезно назначить визит контроля.
- Используйте каждую возможность, каждый контакт с пациентом для того, чтобы сказать что-нибудь об изменении образа жизни. Широкое распространение очень коротких интервенций среди многих врачей может оказать серьёзное влияние на общественное здоровье.





”

Воображение в вашей упряжке: Как использовать силу воображения, чтобы изменить образ жизни

Мартин С. Хаггер, Университет Кёртин, Австралия и Университет Юваскюла, Финляндия

Доминик Конрой, Лондонский Университет Биркбек, Великобритания

Что такое воображение?

Обычно люди хорошо умеют воображать вещи. Например, нередко прорабатывают будущие действия и сценарии в уме, или мечтают о притягательных возможностях. Эти воображаемые ситуации обычно неструктурированные и спонтанные.

Психологи изучили, как можно использовать нашу возможность воображать в целях **повышения достижений желаемых целей**.

Образ – общий термин, используемый психологами для описания стратегий, которые включают воображение людей, чтобы улучшить их мотивированность по отношению к целям.

Существует ряд методов создания образов. Обычно они включают самостоятельные или под руководством консультанта упражнения, в которых люди воображают, визуализируют успешное исполнение интересующего поведения или воображают чувства и эмоции, которые переживали, когда исполняли такое поведение, а также его результаты. Например, курильщик, желающий бросить, может визуализировать шаги, которые предпринимаются в случае сильного желания закурить, чтобы удержаться. Образные интервенции работают благодаря повышению мотивации в направлении исполнения поведения в будущем. Это путь к улучшению готовности успешно исполнять тип поведения и достигать цели.

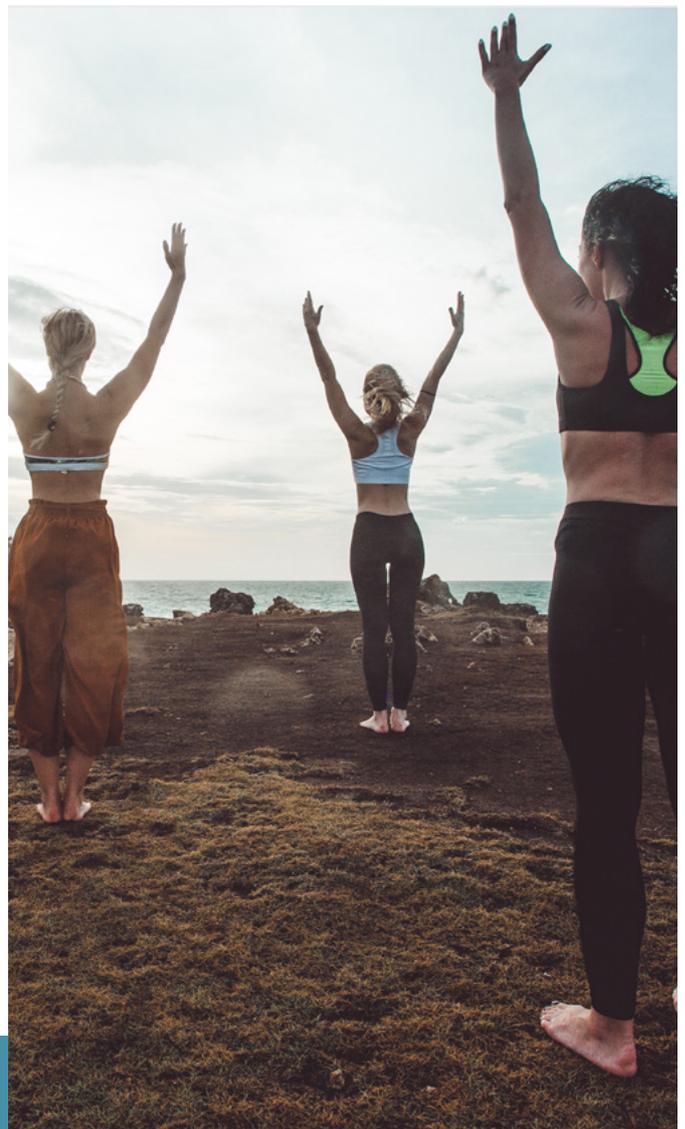
Образы могут повышать уверенность в конкретной ситуации, также известную как самоэффективность, при исполнении поведения. Более высокие уровни самоэффективности повышают мотивацию и интенцию к соучастию в поведенческом процессе в будущем, а также помогают преодолевать любые связанные барьеры и препятствия. Например, воображение успешного отказа от сладких напитков во время перерывов, а также визуализация преодоления возможных барьеров такого отказа, как например, поиск альтернатив без сахара для утоления жажды, может дать сидящему на диете большую уверенность в себе. Как результат, человек, воображающий себя выполняющим тип поведения успешно создаёт предельную ролевую модель – самого себя!

Как использовать воображение?

Хотя существует много форм воображения (например, управляемое, симуляционное), есть общие для всех элементы. Обычно воображение выполняется в виде «упражнения», в котором человек создаёт динамическую ментальную картинку себя выполняющего желаемое действие. В упражнении человек визуализирует свои действия «в реальности» и насколько возможно детально, уделяя внимание важным деталям и пытаясь вообразить, как они могут ощущаться при исполнении. В некоторых случаях, человек может также вообразить достигнутую цель или результат со связанными с этим положительными эмоциями, которые они бы хотели испытывать. Воображение может быть самостоятельным или фасилитированным кем-то, кто направляет это упражнение. Для того чтобы быть фасилитатором необязательно иметь образование психолога, но нужен опыт в такой деятельности. Это может быть сделано также в группах, где участники групп воображают собственные сценарии и направляются одним фасилитатором.

Это работает?

Воображение показало результаты в способствовании участию в здоровом поведении. Исследования показали, что стимулируя людей визуализировать шаги, которые они должны предпринять для достижения желаемого поведения, можно достичь более высокой мотивированности и самоэффективности по отношению к поведению и реальному участию в нём. Воображение показало эффективность в уменьшении **потребления алкоголя, повышении физической активности, стимулировании здоровой диеты, отказе от курения**. Воображение также показало эффективность в совокупности с **другими методами изменения поведения, как планирование действия или планы типа «если-то»** (т.е., планирование когда, где и как действовать), см. блог Gollwitzer. Мы также провели недавно **обзор исследований воображения** для изменения образа жизни и обнаружили, что такие стратегии эффективны, особенно, если применяются регулярно и если людям даны исчерпывающие инструкции.



Практические рекомендации

Воображение – относительно простой, необременительный, недорогой метод повышения мотивированности и самооффективности к изменению образа жизни. Мы предложили ряд суждений по ключевым положениям и идеям относительно воображения как инструмента работников здравоохранения:



- **Целевая аудитория.** Такие вмешательства наиболее подходят людям, которые, как минимум, заинтересованы в изменении своего образа жизни, но не тем, у кого нет интереса или они об этом и не задумываются. Бывает важно иметь конкретную цель (например, делать 20-минутные пробежки без остановок).



- **«Упражнения» воображения.** Воображение следует выполнять в качестве упражнения, которое вовлекает человека на некоторое время. Упражнения следует выполнять в тихом комфортном помещении свободном от любых отвлекающих вещей.



- **Направление воображения.** Для «новичков» рекомендуется иметь фасилитатора или, как минимум, иметь ясные инструкции к тому, как выполнять такие упражнения. Более опытные люди могут сами их осуществлять. Также эффективно записывать воображаемое и делать напоминания (например, через мобильные текстовые сообщения).

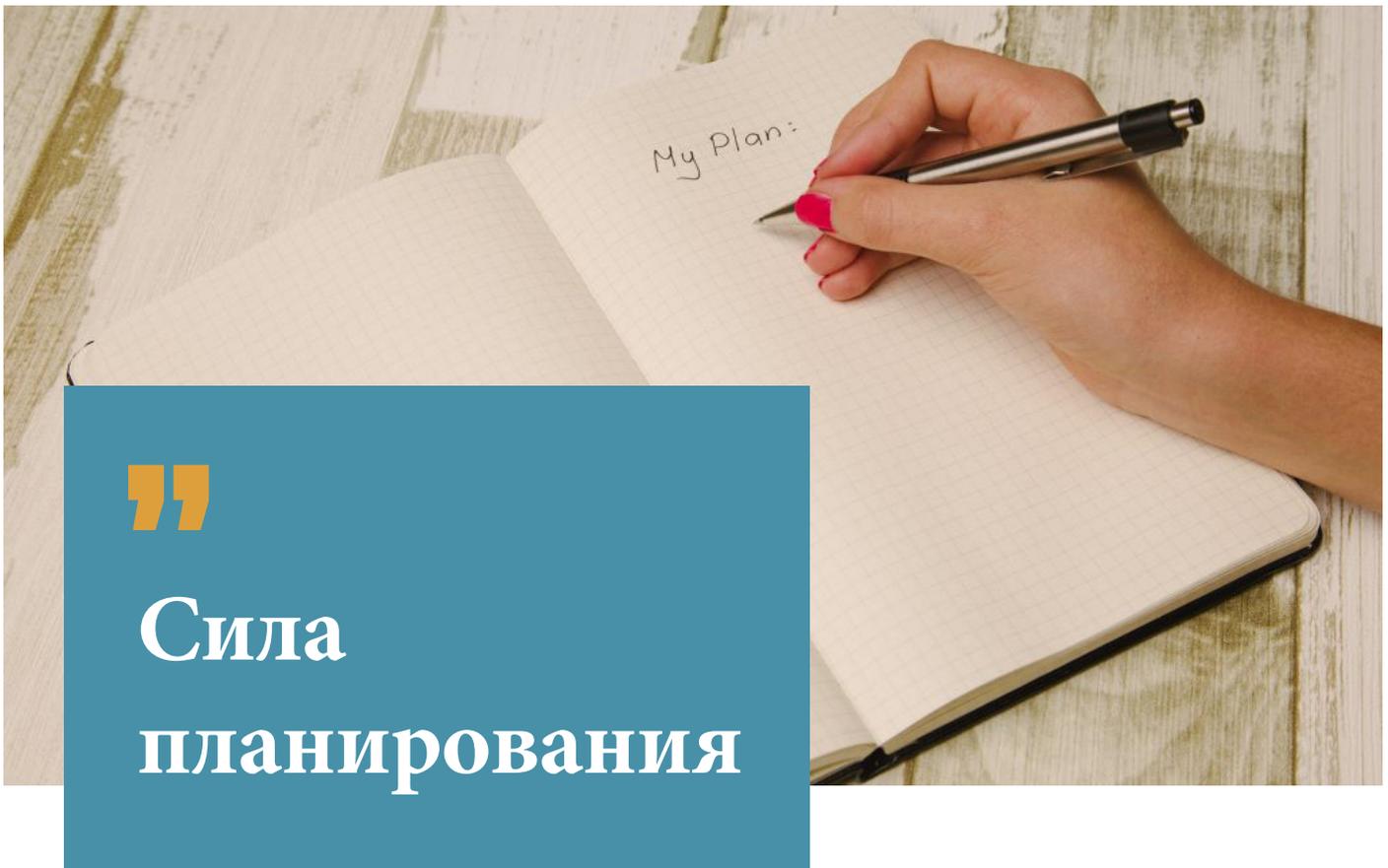


- **Время.** Упражнения воображения могут выполняться очень краткие промежутки времени, даже меньше 5 минут, но более длительные могут быть более эффективны и создавать более насыщенные и запоминающиеся образы.



- **Содержание.** В упражнении воображения человек, который хочет поменять свой образ жизни, может вообразить шаги, которые будут предприняты к его выполнению конкретно в том месте и в то время, когда это будет происходить в реальности. Они также могут вообразить себя встречающими препятствия, которые помешают им выполнять такие действия и как эти препятствия преодолевать. Например, человек, желающий повысить физическую активность (например, ходьбу) может пять минут в день проводить сидя или лёжа, воображая, как они введут дополнительную ходьбу в их дневную активность и вообразить себя делающими это.

Практикующие специалисты, желающие узнать больше, могут [познакомиться с недавно опубликованными рекомендациями по воображению для изменения образа жизни.](#)



”

Сила планирования

Peter M. Gollwitzer, New York University

У каждого свои привычки. Кто-то много ест, когда испытывает стресс, кто-то пьёт много алкоголя, расслабляясь с друзьями. Давая социальным сетям отвлекать вас от срочных дел, вовлекаясь в ненужные споры с коллегами, друзьями или семьёй, вы создаёте себе лишний стресс. Как изменить эти плохие привычки?

Многие могут сказать вам, что нужно просто поставить цель прекратить такие неправильные, но распространённые привычки, и дальше – если будешь достаточно упорным – от них избавишься. Но **серьёзные исследования** мотивации показали, что существует большой разрыв между наличием цели по контролю плохих привычек и реальным воплощением. Это относится ко всем сферам жизни, включая здоровье, работу, жизнь в социуме. Что можно сделать, чтобы уменьшить этот разрыв?

В моём **исследовании**, в США и Германии, по поводу саморегулирования на пути к цели, я обнаружил, что людям следует делать планы о том, как реализовать

их цели. Самые эффективные планы те, что точно указывают, когда, где и как вы собираетесь действовать, с использованием “ЕСЛИ—ТО” формата. Пить слишком много в компании друзей – хороший пример. В части ЕСЛИ вашего плана вы находите главную ситуацию, триггерную для плохой привычки. Этим триггером, например, может быть предложение друзей с ними выпить. В части ТО вы уточняете действие, которое может помочь отвергнуть это предложение, например, сказать, что сегодня вы предпочтёте стакан воды. И затем вы соединяете ЕСЛИ и ТО, создавая план «Если—То»: ЕСЛИ в пятницу после работы мои коллеги пригласят меня выпить, ТО я отвечу: «Сегодня я хочу пойти домой и провести время с семьёй!»

Звучит слишком просто? Возможно, однако **бесчисленный** ряд исследований в рецензируемых журналах, проведённый на детях, взрослых, старых и очень старых людях по всему миру показал, что ЕСЛИ—ТО планы значительно повышают уровень достижения цели.

Это так для целей в области здоровья, достижений и межличных отношений, для людей из разных культурных и социальных сред, и даже для людей, имеющих проблемы с саморегуляцией в принципе (например, дети с **гиперактивностью**, **люди с зависимостями**, **пациенты с поражением лобных долей**).

Как могут простые ЕСЛИ—ТО планы быть столь эффективны в достижении изменений образа жизни?

В лабораторных **экспериментах** мы обнаружили, что такие планы делают достижение цели, указанной в «ТО», гораздо легче, чем когда человек сталкивается с ситуацией в целом. Человеку не нужно больше говорить себе, что нужно справиться с плохой привычкой и затем пытаться это сделать. Напротив, встреча с ситуацией, указанной в «ЕСЛИ», просто находит заранее установленный ответ быстро и непринуждённо. Поскольку ЕСЛИ—ТО план отдаёт делегирование начала запланированного ответа самой предустановленной ситуации, ответ уходит из рук самого человека, который теперь не несёт бремя ответственности за исполнение. Напротив, человек отвечает заранее установленно, почти автоматически.



Практические рекомендации

Изучить, как делать ЕСЛИ—ТО планы нетрудно. Нужно только определить личные ситуации, которые запускают вредную привычку, а также определить действия, которые вы хотите реализовать вместо вредной привычки. Габриель Отинген, моя коллега по Университету Нью-Йорка, разработала стратегию саморегулирования **WOOP** (от Желание-Результат-Препятствие-План), которая включает четыре шага помощи себе для формулирования ЕСЛИ и ТО в плане. Говоря точнее, первый шаг включает Желание (Wish) преодолеть плохую привычку, а второй шаг – ярко вообразить как это будет – переживать Результат преодоления (Outcome). Затем в третьем шаге вы спрашиваете себя, что такое в вас мешает двигаться к реализации: каково личное Препятствие (Obstacle)? Как только вы нашли его и изучили путём мыслительного эксперимента,

можете делать четвёртый шаг. Вы делаете ЕСЛИ—ТО План, который помещает обнаруженное Препятствие в часть ЕСЛИ, а действие по преодолению в часть ТО; вы заканчиваете четвёртый шаг WOOP реализацией ЕСЛИ—ТО в вашем воображении. Сделано!

Так что, если вы хотите избавиться от своих плохих привычек или научить других, как лучше защищаться от плохих привычек, сделайте вот такой ЕСЛИ—ТО план: «ЕСЛИ я найду спокойный момент сегодня, ТО я посету www.woopmylife.org и научусь WOOP!» Вы можете даже загрузить WOOP-приложение. Оно бесплатно и станет вашим лучшим другом в усилиях по достижению целей в изменении вредных привычек или в помощи людям достигать целей.

”

Страх плохой советчик

Др. Гьялт-Йорн Петерс,
Открытый университет,
Нидерланды



Страх довольно часто используется в стратегиях по изменению образа жизни. Например, наводящие страх изображения применяются на **упаковках сигарет**, в кампаниях по пропаганде **ремней безопасности** или **отказа от наркотиков**. Несмотря на популярность и повсеместное использование таких вызывающих страх способов, исследования показывают, что это может быть не лучший способ изменять образ жизни, повышать осведомлённость и обучать людей.

Как такое возможно? Разве не должны люди бояться вещей, которые могут навредить их здоровью? Ведь никто из знакомых с рисками не станет курить, водить машину непристёгнутым или использовать метамфетамин, правильно? Не совсем...

Аргументы от страха

Одна из причин частого выбора страха как тактики влияния в кампаниях по общественному здоровью в том, что люди думают, что знают, как себя поведут другие. Люди думают, что то, что отвращает их от опасных действий так же будет отвращать и других. “Если бы они только знали о риске...” Конечно, опасности многих нездоровых элементов образа жизни хорошо известны через массмедиа, через школьное обучение или социальные службы.

Может быть, эти кампании не достигли целевой аудитории – людей в группе риска? Или сообщения недостаточно убедительны?

Представляется, что более резкие и пугающие сообщения должны работать лучше в разрушении защитных барьеров людей, ставить их перед лицом опасностей образа жизни, который они ведут, давать им посыл подумать дважды прежде чем попробовать сигарету или метамфетамин. И конечно, когда вы **спросите обывателей** что **должно сработать**, чтобы отвратить их от чего-то нездорового, этот ответ **будет одним** самых популярных.

Однако, уже какое-то время мы знаем, что такая интроспекция **не срабатывает**: не всегда люди осознают причины, по которым они поступают так, как поступают. Спрашивать целевую аудиторию о причинах их действий (или недействий) в отношении образа жизни может быть полезно, а включать их в разработку вмешательств вообще критично для успеха. Но обыватели не есть эксперты в изменении образа жизни, и нельзя перекладывать такую ответственность на них.

Несмотря на интуитивную привлекательность пугающих сообщений, другая причина их популярности – ощущаемое отсутствие других вариантов. Не все разработчики интервенций и рекламные агентства знакомы с такими протоколами разработки интервенций, как “**Картирование вмешательств**” или с существующими **списками методик** по изменению образа жизни.

Понятно, что разработчики интервенций часто используют страх и запугивание в пропаганде здоровья, поскольку они наиболее доступны и полагаются на “здравый смысл”. Но в чём здесь проблема?

Страх сам по себе, а не его причина

Проблема в том, что люди далеко не всегда действуют рационально, и эволюция не “готовила” нас к большинству вещей, которыми мы заняты сегодня. Одна из вещей, которые удаются людям хорошо – поддержание положительной самопрезентации. А одно из средств, которые мы подключаем, – искажение собственного восприятия.

Хотя в общем мы заинтересованы в информации о рисках, если обстоятельства не благоприятствуют, связанная с риском информация выводится из внимания. Для простого поведения это не проблема: если вы предупредите кого-то о том, что нельзя есть сырое мясо, они скорее всего последуют совету. В более сложном поведении в роль вступает проблема самовосприятия.

Отказ от курения ужасно труден: на самом деле, **большинство курильщиков хотят бросить**, – и когда люди не уверены, что могут избежать опасности, опасности подвергается их картина Я. Не весело участвовать в чём-то угрожающем, при этом полностью и болезненно осознавая риски этого. Поэтому люди зачастую делают так, чтобы осознания не было. В любой ситуации, когда люди не уверены, что могут избежать опасности, они будут защищаться, чтобы сохранить свою картину Я: либо снижая риски, либо путём фокусирования на положительных сторонах своей картины Я. Например, курильщик может повторять слова своей бабушки, курящей по две пачки уже сорок лет: “Курение не опасно”; или говорить, что занимается фитнесом пять дней в неделю и съедает полкило брокколи ежедневно (“Я здоровый человек”). Такие защиты помогают людям поддерживать положительную картину Я, которая позволяет им сохранять неблагоприятное для здоровья поведение.

Такая динамика изучается **уже более 60 лет**, но проблема всё ещё кажется противоречивой. Чтобы снять противоречия, наша команда

подошла критически ко всем исследованиям в данной области. Мы изучили, почему, с одной стороны, в некоторых исследованиях обнаружено, что пугающие сообщения работают, но с другой, есть исследования (соответствующие психологическим теориям) показавшие, что они не работают.

В обзоре литературы мы обнаружили, что обращение к страху работало только если сочеталось с вмешательствами, которые успешно повышали уверенность индивида в способности победить страх. Другими словами, только тот страх, который ощущался как преодолимый, мог напугать. Когда люди не уверены, что могут изменить образ жизни, чтобы избежать страха, но их пугают всё равно, такие сообщения не просто неэффективны, но могут вызывать обратную реакцию.

И если пугать и ставить перед угрозой – не самый эффективный путь для изменения образа жизни, что тогда?

Практические рекомендации

- Попробуйте изменить образ жизни, вначале установите причины (**детерминанты**) образа жизни. Является ли главной детерминантой ощущение риска или социальные нормы или нехватка умений?
- Затем определите, какие методы могут изменить эти детерминанты (см. **исчерпывающий список и рекомендации**)
- Если вы решаете всё же использовать пугающие сообщения, убедитесь в двух вещах:
 - Ваша целевая аудитория уверена в своих возможностях по претворению желаемого изменения (высокая “самоэффективность”) или
 - Ваше вмешательство содержит один или более эффективных компонентов, которые приведут к усилению самоэффективности до приемлемого уровня.



”

E-health: надежды и иллюзии

**Рик Круцен, Университет
Маастрихта, Нидерланды**

В наше время Интернет используется всеми, всегда и для всевозможных вещей: от покупки крупы до демонстрации фотографии котика знакомому в другом конце света. Возможно всё. И конечно, Интернет используется всё больше для работы со своим здоровьем. Такую сферу называют «e-health» – «электронное здоровье».

Что такое e-health?

Это понятие относится к ряду услуг и информации, доставляемой через Интернет и связанные технологии, а также улучшаемой благодаря Интернету. В области медицинской психологии (психологии здоровья) e-health относится к спектру факторов образа жизни, например, чтобы быть более физически активным или бросить курить. Согласно **данным литературы**, появляющейся с начала этого века, мы можем заключить, что такое вмешательство через Интернет эффективно и что развитие самих вмешательств происходит согласно **доступной теоретической и доказательной базе**.

Преимущества вмешательств, совершаемых благодаря Интернету

У технологий, связанных с Интернетом, есть ряд преимуществ. Например, возможность анонимности в сравнении с вмешательством лицом к лицу. Анонимность может быть предпочтительна в ситуациях смущающих (использование презервативов или снижение потребления алкоголя). Кроме того, при применении GPS-навигации можно узнавать, какие вокруг есть варианты здорового питания. Правда, важно, что отмеченные преимущества надо рассматривать как предполагаемые, и это не обязательно для любых связанных с Интернетом вмешательств. Они работают, только если отсутствие анонимности либо информации о вариантах здорового питания действительно мешают человеку поддерживать здоровый образ жизни. Другими словами, медиа и возможности им предоставляемые должны рассматриваться как инструмент, а не как волшебная палочка.

Исследования вмешательств на практике

Одно из преимуществ всех Интернет-технологий в том, что они дают возможность изучить, как ими пользуются: например, можно в деталях узнать, когда пользователь покинул сайт или перестал по нему перемещаться. Это можно использовать для адаптации вмешательств к нуждам пользователей и повышать влияние и вероятность положительных результатов. Более того, это даёт информацию о том, насколько интенсивно пользователи прибегают к вмешательству (т.е., частота и продолжительность) и что их интересует (т.е., темы).

Заключение

Вмешательства в рамках e-health имеют ряд черт, дающих очень полезные возможности в области медицинской психологии (психологии здоровья). Но это не волшебная палочка. Изменение образа жизни – комплексный процесс и мы должны полагаться на все известные данные и доказательства, чтобы повысить шанс наших вмешательств на эффективность – как в Сети, так и офлайн.



Практические рекомендации:

- E-health можно использовать как инструмент изменения образа жизни. Важно систематически разрабатывать Интернет-предоставляемые вмешательства, как и любые другие влияния на образ жизни;
- Не следует использовать e-health просто ради игры: возможности этого медиа нужно применять только с понятной целью. Всегда надо думать, зачем мы хотим использовать именно это медиа и/или его возможности;
- Применяя e-health, изучайте, как используется вмешательство. Это может помочь вам в понимании того, каково оно в реальной жизни и как его можно улучшить.



Неужели деньги что-то меняют? Использование финансовых стимулов и сдерживающих факторов для изменения поведения в сторону здоровья

Жан Адамс, Centre for Diet & Activity Research,
Кембриджский Университет

С октября прошлого года, по закону, крупные ритейлеры в Англии поощрялись брать с клиентов 5 пенсов (€0.06) за **single-use plastic carrier bags** – одноразовые пластиковые мешки – эти хлипкие пластиковые пакетики из супермаркетов, в которых отвозят продукты домой. Вырученные деньги ритейлеры жертвовали на 'благие дела'. В первые шесть месяцев действия схемы, использование полиэтиленовых пакетов в крупных супермаркетах снизилось **более чем на 90%** (что на 7 млрд меньше!) и более чем на 29 миллионов фунтов (32 млн евро) было направлено на добрые дела. Трудно не сделать вывод, что небольшое финансовое препятствие может сильно влиять на наше поведение.

Финансовые стимулы, направленные на здоровье, изменяют работу?

Могут ли финансовые стимулы и препятствия направить поведение людей в сторону здоровья? Эта идея все больше набирает обороты. Некоторые страны Центральной и Южной Америки испытали **large financial incentive programmes**

(большие программы финансовых стимулов), поощряющие матерей посещать дородовые занятия, после которых они стали чаще вакцинировать детей и отправить их в школу. За каждое изменение поведения в соответствии с программой, матери получают наличные суммы непосредственно от правительства. Есть обнадеживающие признаки того, что эти программы могут оказывать положительное воздействие на здоровье ребенка в странах с низким и средним доходом.

В странах с высоким уровнем доходов эта идея финансовых стимулов для изменения поведения в сторону здоровья продвигалась медленнее. Но доказательная база растет и два систематических **обзоров** литературы пришли к выводу, что эти программы могут быть эффективными и, что эффект может продолжаться в течение некоторого времени после того, как стимулы были исключены. Пока мало **данных**, что финансовые стимулы могут вызывать внутреннюю мотивацию вести здоровый образ жизни, но они, похоже, работают в так называемых “сложных” случаях, например, при **отказе от курения**, с чем крайне трудно работать.

Почему бы финансовые стимулы, направленные на поддержание здоровья, не использовать на практике чаще?

В то время как финансовые стимулы, направленные на поощрение здорового поведения, могут ‘работать’ в теории, на практике их использование весьма проблематично. Чтобы добиться полной реализации возможности метода, работать на общую идею должны **все** – от руководителей, предлагающих проекты, до работников, непосредственно реализующих программы, и до тех, на кого направлены эти программы.

Когда мы **предлагаем людям** финансовые стимулы, чтобы они отказались от курения, занимались зарядкой, **делали прививки детям** и регулярно участвовали в скрининговых мероприятиях по выявлению рака, мы, как правило, сталкиваемся с негативными реакциями. Вообще есть мнение, что стимулы могут побудить отдельных людей к занятию своим здоровьем. Но, кажется, что чувства сильными стимулов, и что предложение стимулов – несправедливое решение по отношению к людям, которые занимаются своим здоровьем без всяких стимулов. Существует также опасение, что люди будут обманывать и “играть” с системой, врать насчет своего поведения, чтобы получить вознаграждение, но ничего не делая. Сегодняшний финансовый климат таков, что создается ощущение, что раздавать деньги экономически неэффективно, хотя и доступно и, что стимуляция должна быть небольшой. Есть также опасения, что получатели вознаграждения могут тратить его на нездоровые продукты. **Политики** также обеспокоены тем, что стимуляция не влияет на более **весомые социальные причины** нездорового поведения и, что эти меры трудно отстаивать политикам и СМИ.

Во всех наших качественных исследованиях, наши участники были заинтересованы предложить альтернативные подходы к улучшению здоровья через поведение, в частности через образование и предложение информации. Мы никогда напрямую не делали это. Напротив, это только кажется, что финансовые стимулы являются “очевидным” решением для большинства людей, они чувствуют,

что в первую очередь должны использоваться другие средства.

Интересно, однако, мы видим совершенно разные результаты, когда проводим он-лайн опросы. Дважды мы обнаружили, что люди ищут программы, направленные на изменение поведения в сторону здоровья, которые включали бы финансовые стимулы, и эти **программы более привлекательны** для них, чем программы без стимулов. Возможно, когда они защищены анонимностью интернета, они чувствуют себя более комфортно, выражая свои мысли! Конечно, мы могли бы ожидать, что на ответ влияет и социальная желательность, когда люди говорят о том, что считают приемлемым, особенно о финансовых стимулах в -группе или в интервью.

Культура и контекст также имеют значение, и есть некоторые данные о том, что финансовые стимулы для изменения поведения в отношении здоровья более приемлемы в США, чем в Великобритании – возможно, потому, что это как раз более разумно направить деньги на здоровье(уход) в США, чем в Великобритании (где есть качественные государственные системы здравоохранения).

Практические рекомендации

Материальные стимулы, безусловно, могут быть эффективным способом в помощи людям при изменении поведения в сторону здоровья. Но они не везде приемлемы. Любая программа мотивации должна осуществляться с должным вниманием к решению проблем людей, которые рассматриваются в этих программах. Это может включать в себя:

- Предлагать стимуляцию небольшой величины, чтобы уменьшить опасения, что деньги вылетят ‘впустую’
- Предлагать купоны, а не наличными, чтобы уменьшить вероятность, что деньги пойдут на нездоровые продукты
- Обеспечение того, чтобы в программах было заложено отслеживание того, чтобы люди не могли “играть” с системой
- Внедрение стимулов в более широкой программе мероприятий, которые включают образование и информация по здоровому образу жизни

Может быть полезно начать открытые и честные разговоры внутри сообщества и изучить, когда, где и как финансовый стимул будет наиболее подходящим.



”

Возникновение привычки: отношение науки о привычках к повседневной реальности

By **Benjamin Gardner**, King's College London

Что такое “привычка”?

Почему мы едим попкорн, когда смотрим фильмы? Ответ для большинства – есть попкорн привычно при просмотре фильмов. Психологи определяют **‘обычное’ поведение** как действие, совершаемое автоматически, поскольку оно происходит из заученных связей между ситуациями (фильмы в кинотеатре) и нашими ответами на них (употребление попкорна).

Привычные связи возникают, когда в ответ на конкретные ситуации (визит в кинотеатр), мы делаем что-то (едем попкорн), что ведет к желаемому результату (удовольствию). С течением времени связь усиливается так, что простая встреча с ситуацией автоматически инициирует действие, причём осознание того, что мы делаем, не требуется. Не привлекая процесс принятия решения, привычное действие освобождает интеллектуальные ресурсы для задач, более соответствующих осознанному мышлению.



Как мы учимся привычным действиям?

Исследователи изучали привычки более 150 лет, в основном на животных. Совсем недавно психология здоровья стала изучать формирование типичных привычек относительно их содействия здоровому образу жизни. **Одно исследование** показало, что первые несколько повторений нового действия способствуют ускорению автоматических действий (т. е. величины привычки), а потом обучение достигает плато. **Наблюдения показали**, что многие действия, связанные со здоровьем, например, выбор пищи, физических упражнений и выпивки, осуществляются по привычке, а не обдуманно.

Как долго формируется привычка?

Доказательства противоречивые. **Одно исследование** предполагает, что в среднем привычка формируется за 66 дней, в то время как **другое показало**, что новые посетители тренажерного зала должны ходить на занятия не менее 4 раз в неделю в течение 6 недель, чтобы такое посещение стало для них привычкой. В любом случае, это точно не 21 день, согласно городскому мифу, предложенному пластическим хирургом доктором Максвеллом Мальцем, которого мы цитировали в **одной из заметок**.

Однако, вопрос о формировании привычки не столь однозначен, как кажется. **Нет объективных критериев для установления наличия привычки**, поэтому невозможно с уверенностью сказать, что один человек имеет 'привычку', а другой не имеет. Гораздо реалистичнее описывать поведение как градации более или менее привычное, а не просто 'привычное' и 'непривычное'. Это затрудняет надежную оценку длительности формирования привычки.

Однако, хорошая новость заключается в том, что участники **исследования**, пытающиеся обучаться новому навыку ежедневно, как правило, указывают, что эти действия становятся 'естественными' или 'обычными' в течение двух недель.

Как привычка используется для изменения поведения?

Формирование привычки имеет важные последствия для изменения поведения, потому что привычки, как известно, сохраняются надолго. На удивление мало исследований показало **положительный результат** при формировании привычки как стратегии для успешного продвижения здорового образа жизни.

К примеру, **родители**, которых проконсультировали о том, как формировать привычки здорового питания у маленьких детей (фрукты и овощи, здоровые закуски, вода), сообщили о формировании более здоровых привычек питания и улучшении его качества у детей восемь недель спустя.

Продвижение идеи интеграции привычных легких физических упражнений в обыденных ситуациях приводит к уменьшению времени сидения и повышению умеренной активности у пожилых людей.

Но существует один нюанс. Что в действительности подразумевается, когда мы говорим, что действие стало привычным? Если кто-то говорит, что **"выполнял 30 минут физические упражнения, не думая об этом процессе"**, что это означает? Редко когда, завершив 30-ти минутные упражнения, мы не осознаем, что мы делаем. Недавно нами было предложено два способа, в которых любое действие может быть привычным: мы можем привычно "размышлять", что делать (это привычная мотивация), или привычно "делать" что-то (привычное исполнение). **Привычное "размышление"** о проведении тренировки (где ситуация автоматически вызывает импульс начать занятия) позволяет прогнозировать, как часто люди тренируются. Однако, имея привычку делать упражнения в плановом порядке, так, что одна часть 'упражнений' остается постоянной (например, бег на дорожке) и запускает следующую часть (с использованием разных заданий), в итоге не позволяет предсказать, как часто люди тренируются.

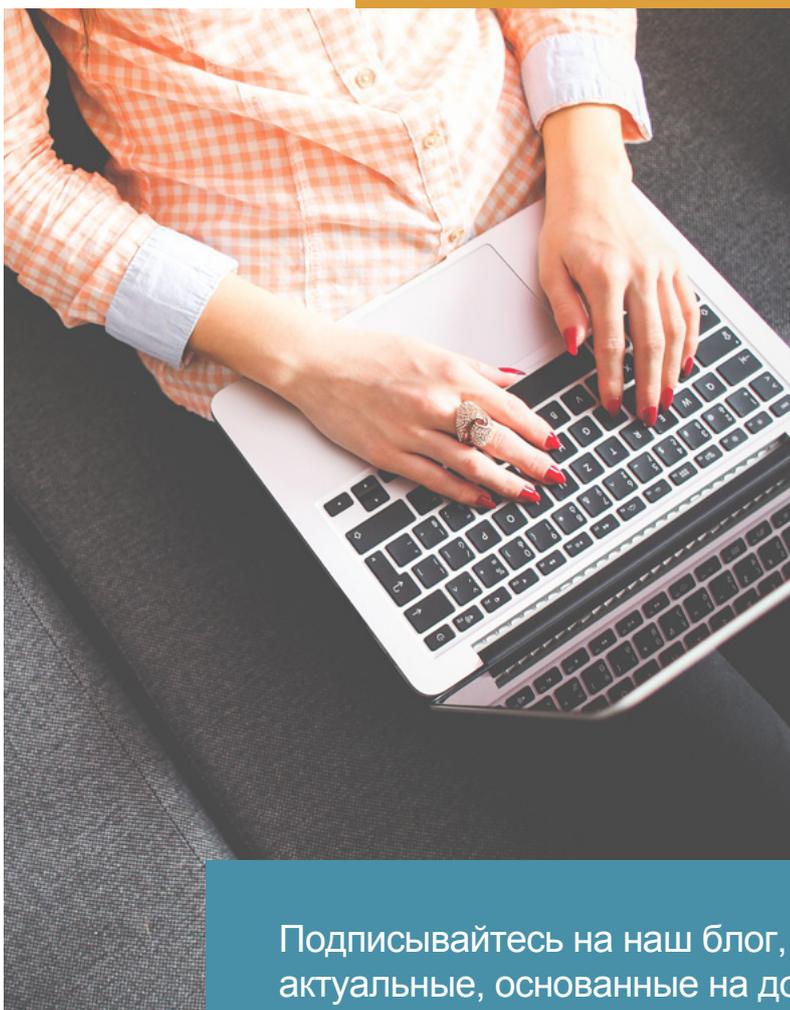


Практические рекомендации

Практики должны рассмотреть вопрос о включении принципов формирования привычки с целью изменения поведения. Есть несколько способов сделать это.

- Постоянно повторять поведение. Практики должны рекомендовать людям последовательно повторять действия в конкретной ситуации. Это вариант привычной связи.
- Выбор особого поведения и его фактора. При формировании привычки, убедитесь, что выбранные действия четко определены, и запускающие их ситуационные факторы часто встречаются. Бесплезно формировать привычку на запускающий фактор, который появляется, только один раз в год.
- Убедитесь, что это именно то поведение, которое вам нужно. Люди, как правило, дольше предпринимают действия, которые они свободно избрали, по сравнению с теми, которые они вынуждены делать под давлением других.
- Начните с простого изменения поведения. Простые действия могут стать привычными быстрее, чем более сложные действия.
- Имейте реалистичные ожидания. Разъясните четко, что можно ожидать, когда поведение станет 'привычным'. Формирование привычки лучше рассматривать как установку внутреннего напоминания что-то сделать в соответствующей ситуации.

Одно из мест, где вы можете начать заменять плохие привычки на хорошие – кинотеатр. Вы можете быть удивлены тем, насколько приятнее съесть предварительно купленную гроздь винограда вместо привычного попкорна – если вы можете отказаться от запаха попкорна...



Подписывайтесь на наш блог, чтобы не упустить актуальные, основанные на доказательствах публикации www.practicalhealthpsychology.com

Книга опубликована в открытом доступе. Открытый доступ позволяет вернуть научные публикации к их первоначальной цели: распространению и развитию знаний. Стоимость книги не должна препятствовать практикующим специалистам, студентам и др. получить доступ к необходимым данным. Пожалуйста, не стесняйтесь распространять эту книгу в своих соцсетях. Для цитирования этой книги: Kwasnicka D., Ten Hoor G.A., Knittle K., Potthoff S., Cross A., and Olson J. (2021), Practical Health Psychology – Translating Behavioural Research to Practice. Vol.1. DOI: <http://doi.org/10.17605/OSF.IO/M72P5>

С особой благодарностью



Присоединяйтесь к нам →
в социальных сетях

