

## Пропаганда здорового образа жизни в наркологической превентологии

СИДОРОВ П.И.

академик РАМН, д.м.н., профессор, ректор Северного государственного медицинского университета, Архангельск

*В обзорно-аналитической статье обсуждаются современные теоретические и методологические вопросы поддержания здорового образа жизни и профилактики заболеваний, в том числе и связанных с зависимостью от психоактивных веществ, на примере опыта зарубежных стран и России. В государственной общеоздоровительной и антинаркотической политике подчеркивается значимость средств массовой информации (СМИ) и роль рекламы. Раскрывается конкретное участие СМИ и рекламы с учетом психологии объекта воздействия в зависимости от половозрастной, социальной, этнической принадлежности, в формировании бихевиоральных патогенов и иммуногенов, регулирующих состояние здоровья индивида, группы и населения в целом.*

### Введение

Обсуждая вопросы профилактики заболеваний и поддержания здорового образа жизни, нельзя не согласиться с Д.В. Венедиктовым [2], который указывал на важность формирования представлений о здоровье и его градациях для индивидуума и для всего населения в такой форме, которая могла бы дать в руки врачей и руководителей из сферы здравоохранения методологический инструмент, пригодный для практического решения актуальных медицинских и медико-социальных программ (цит. по [1]).

Однако говорить о проблемах здоровья и тем более о моделях здорового образа жизни сегодня трудно в связи с отсутствием однозначного определения последнего. Без претензии на оригинальность приведем определение Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) (1948 г.): «Здоровье — состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезни или физических дефектов. Модифицируя определение ВОЗ, В.П. Войтенко [1] предлагает определить здоровье — как состояние, мерой которого является физическое, душевное и социальное благополучие. Из этого определения следует, что здоровье может быть отнесено к категории значимых ценностей, о которых надо заботиться, в связи с чем появились понятия *здоровый образ жизни* (health promotion) и *мера здоровья*.

Б.А. Никитюк и Н.А. Корнетов в изучении проблем здоровья — нездоровья и поиске граней нормального — патологического исходят из признания иерархических уровней соматопсихической целостности человека, а в методологии создания конституциональных норм предлагают учитывать биохимическую индивидуальность людей в рамках дискретности основных соматотипов [40].

Понятно, что без медицинской антропологии определения и измерения здоровья не может быть в принципе, но в аспекте наркологической превентологии нас интересуют и другие составляющие. Какорина Е.П. [38] подчеркивает, что определение здоровья как ценности, дорогого достояния столь устойчиво привычно и вместе с тем столь индивидуально (в зависимости от степени понимания и удовлетворенности индивидуумом важнейших сторон жизни при наличии соответствующих его потребностям условий), что требует углубленного и последовательного исследования, куда входит и изучение критериев самооценки и объективной оценки здоровья, разнообразия си-

стем мировосприятия и рисков разного рода (в том числе экологических, социокультурных, психоэмоциональных и пр.). Критерии психического и соматического здоровья человека неразрывно связаны с термином «зрелая личность». Именно личности предстоит сказать свое слово, решая задачу выживания или гибели от безумия наркотиков и алкоголя.

В.П. Войтенко [1] в своей монографии «Здоровье здоровых» подчеркивает, что социальный компонент взаимодействия человека с миром несет огромные саногенные потенции, и непризнание этого ведет к антибиологическим проявлениям — что хорошо видно на примере растущих тенденций саморазрушения: алкоголизма, наркомании, курения, суицидов.

В связи с вышесказанным в философии и социологии сегодня активно обсуждаются два основных дискурса здоровья — «медицинский» и «духовно-экологический», но, как подчеркивает Розин В.М. [37] разные авторы вкладывают в эти понятия разное содержание. Таким образом, нетрудно видеть, что все определения здоровья отклоняются от нозологической медицины и приближаются к санонологии — науке о здоровье, зародившейся во второй половине XX. В понятие здоровья входит несколько расположенных в многомерном пространстве признаков, в динамическом взаимодействии которых между идеальной и реальной констелляцией существует много относительных показателей количества и качества здоровья. Требуется *интегральная оценка состояния здоровья*, и, соответственно, *здорового образа жизни* с привлечением математической и других моделей.

### Современные концепции модели здорового образа жизни

Попытаемся определить здоровый образ жизни в различных моделях: медицинской, превентивной, модели здоровых убеждений, модели рациональных действий, модели научения здоровому образу жизни.

1. *Медицинская модель здорового образа жизни* — с точки зрения клинициста здоровый образ жизни — достаточно узкопонимаемое понятие и одновременно одна из наиболее простых и часто употребляемых моделей здорового образа жизни — образ жизни, позволяющий жить без психического или физического заболевания или боли. Это такой стиль жизни, который дает возможность жить «с молчаливыми органами» [Vetspiers P., 1989]. Наиболее здоровому образу жизни отвечает тот, при котором нет болезней, а наиболее нездоровому, деструктивному — тот, при

котором появляется наибольшее число болезней и существует угроза жизни.

При таком понимании здорового образа жизни необходимо иметь четкое представление о биологической и физиологической норме (пропорциональность роста и массы тела, биохимические и морфологические показатели крови и тканей, нормальная электрокардиограмма и т.д.). Данная модель закладывает определенные биотехнологические процессы: соблюдение естественных биоритмов (чередования бодрствования и сна), активный образ жизни, физический тренинг, качественно и количественно сбалансированное питание, соблюдение личной гигиены, определенный уровень санитарно-гигиенических знаний. Одновременно медицинская модель затрагивает и динамический аспект — достижение способности поддерживать равновесие между средой и организмом, а также способности адекватно реагировать на изменения среды и адаптироваться к ним.

В данной модели образа жизни здоровье зависит и от социально-культурального контекста, т.к. общество тем или иным образом определяет социально-биологические критерии нормальности.

Сложность определения нормальности вызывается адаптационно-физиологическими изменениями, которые зависят от состояния общества. Если общество свободно от влияния вредных факторов в традициях, обычаях, нормах питания, отдыха и т.д., то задает действительные критерии нормы. В том случае, если общество демонстрирует искаженные социально-биологические критерии нормальности, то о здоровом образе жизни вряд ли можно говорить. В последнем случае скорее следует говорить о витальности организма, т.е. о жизнестойкости организма, который несмотря ни на какие вредные воздействия продолжает жить и функционировать. Главный недостаток медицинской модели образа жизни состоит в том, что она не включает такие понятия, как «нравственность», «духовность», «высшие ценности», «добро», «зло». При отсутствии прочного духовного («ноогенного») — по концепции В. Франкла) изменения, объединяющего физическое и психическое изменение индивидуальности человека, говорить о каком-то здоровом образе жизни бессмысленно.

**2. Превентивная модель здорового образа жизни** — рассматривает здоровый образ жизни с точки зрения динамического многоступенчатого процесса профилактики. Например, профилактика первой степени это модель поведения, цель которого — предупреждение нарушений в состоянии имеющегося здоровья. Вторая степень профилактики — это модель поведения, направленного на торможение болезненного процесса в самом начале заболевания. Профилактика третьей степени — процедура лечения и медико-социальной реабилитации на этапах клинически развернутого (оформленного) заболевания.

В превентивной модели учитывается роль *бихевиоральных патогенов и иммуногенов* [Matarzzo J.D., 1984]. К *бихевиоральным патогенам* относятся типы поведения, повышающие риск определенных заболеваний. В рамках превентивной наркологии можно говорить о таких поведенческих патогенах, как употребление психоактивных и наркотических веществ без медицинских показаний и без медицинского контроля, употребление алкоголя с риском для здоровья и с риском нарушения межличностных отношений и т.д. Кроме того, алкоголь является патогеном для онкологических заболеваний, автомобильных аварий, самоубийств, цирроза печени и т.д.

Бихевиоральные иммуногены — типы (виды) поведения, ограничивающие риск развития заболевания: здоровое питание, регулярный сон, регулярные физические упражнения, процедуры закаливания и т.д.

Помимо индивидуальных образцов поведения в превентивной модели большое значение играет социальный контекст — экологическое состояние окружающей среды (нарушение чистоты атмосферы химическими и радиоактивными загрязнениями, токсическими веществами, используемыми в промышленном производстве, тепловыми излучениями и т.д.).

Несовершенство данной модели проявляется в отсутствии четкого разграничения, последовательности и преемственности понятий «здоровье» и «болезнь», то есть целостности в понимании человека. Данная модель, выражаясь языком Э. Фромма, скорее построена по негативному принципу «отказа от чего-то» для достижения здоровья. С этих позиций представляется более продуктивной модель здоровья как процесса «стремления к чему-то».

**3. Модель здоровых убеждений (МЗУ) — (health belief model)** — разработана группой психологов службы здравоохранения США и используется во многих профилактических программах, начиная от первой — пропаганда прививок [Rosentock I.M., Derryberry M., Carriger B, 1959] до одной из последних — самообследование груди [3]. МЗУ используется для обучения больных определенному стилю поведения, прописанному врачом [Wallston K.A., Wallston B.S., 1984]. Например, для профилактики рака шейки матки [Hennig P., Knowles A., 1990], гипертонической болезни [Wallston K.A., Wallston B.S., 1984].

Модель МЗУ опирается на достаточно простые принципы. В основе ее находится утверждение о том, что поведение, направленное на укрепление здоровья, является более или менее рациональным. Готовность к здоровому образу жизни зависит от двух факторов: наблюдаемой восприимчивости к заболеванию и осознаваемой опасности болезни, т.е. ее последствий. Если человек признает факт, что его поведение может привести к заболеванию, а изменение данного поведения поможет избежать заболевания, то, скорее всего, он примет решение изменить свое поведение. В модели принимаются во внимание основные и дополнительные факторы, так называемые модификаторы, опосредованно влияющие на оценку осознаваемой действительности, которые несут пользу или угрозу для здоровья [4]. К модификаторам относятся: демографические показатели — возраст, пол, раса, социопсихологические данные — личность, социальная группа, давление окружения.

Большинство исследований подтвердили действенность модели. М. Веcker и группа [4] использовали данную модель для прогнозирования поведения матерей, чьи дети страдают ожирением (соблюдение сроков консультирования ребенка у врача и соблюдение диеты). Cahalan, Moss в 1984 г. [5], Champion в 1990 г. [6] использовали модель для прогнозирования самообследования груди.

Рассматриваемая МЗУ имеет несколько недостатков:

- зависит от культурального контекста (степени модернизации и обновления общества);
- зависит от фактора пола;
- не описывает точных взаимосвязей, существующих между различными переменными;
- не имеет методов, дающих возможность измерить значение отдельных факторов для здоровья;

• не уточняет такого фактора как осознание симптомов и создание когнитивных структур для понимания различных заболеваний.

4. **Модель рациональных действий (МРД) — (theory of reasoned action)** — предусматривает, что мотивы поведения, направленного на сохранение здорового образа жизни, не только отражаются в мыслях и убеждениях, но и воплощаются в действиях человека. Таким образом, МРД отличается от МЗУ типами используемых убеждений, а также взаимосвязью убеждений и поведения человека (рис. 1).



Рис. 1. Теория рациональных действий по Fishbein M., 1980 [8].

По мнению [Fishbein I., Ajzen M., 1970] ключевым моментом, определяющим поведение человека, являются его стремления.

Например, А. решает перестать курить, чтобы не кашлять. Желание А. бросить курить, зависит от его отношения к курению как к таковому, а также от его убеждений по поводу реакции окружения на эффект его действий. Затем, вера А. в то, что отказ от курения поможет избавиться от кашля, и также не будет связан с чересчур большими жертвами, скорее всего, повлияет на его отношение к отказу от курения как таковому, что, в свою очередь, повлияет на стремление отказаться от курения. Дополнительно, если у А. есть уверенность, что окружение поддержит его стремление, а его физическое состояние улучшится, то наиболее вероятно, что А. откажется от курения. Однако, если А. сомневается в эффективности отказа от курения, боится тех жертв, с какими связан отказ от курения, и считает, что окружение критически отнесется к его решению, то ему (А.) будет сложнее принять решение об отказе от курения и реализовать свое стремление.

На практике МРД реже использовалась для прогнозирования поведения, направленного на здоровый образ жизни, чем МЗУ. Однако результаты получались более эффективными, чем при использовании МЗУ при профилактике алкоголизма и наркомании [Bentler P., Speckart G., 1979]; курения [8], [Norman N.M., Tedeschi J.T., 1989]; опухолей грудной железы [9].

Модель рациональных действий представляется более продуманной в плане понятийного аппарата, но имеет такие недостатки:

Для достоверного прогнозирования поведения, поддерживающего здоровый образ жизни и предупреждающего того или иное патологическое состояние, необходимо более точно исследовать взаимосвязь убеждений и поведения. Это может быть трудоемким процессом.

Модель с разной эффективностью реализуется для контингентов с различным уровнем образования и доходов.

Конкретно не изучен вклад в эффективность МРД факторов, не связанных с убеждениями и суждениями, но влияющих на поведение человека.

В заключение необходимо подчеркнуть, что обе модели, и МЗУ и МРД используют когнитивные детерминанты поведения и предназначены для формирования поведения, являющегося одновременно и здоровым образом жизни и профилактикой против развития заболевания. Обе теории предлагают тезис, что здоровый образ жизни является результатом сознательных стремлений и убеждений.

Однако справедливо будет добавить, что множество типов поведения (в том числе и использование ПАВ) можно лучше понять с точки зрения автоматических навыков, совершаемых в определенных социальных ситуациях под влиянием стресса, в условиях которого для осознания и убеждения не остается места.

5. **Модель научения здоровому образу жизни** — основана на том, что поведение, поддерживающее здоровый образ жизни, в существенной мере основано на использовании системы поощрений и наказаний.

Психологи, работающие с теориями научения, доказали, что определенные виды поведения можно формировать. Уже в 1898 г. Э. Торндайк высказал мысль о том, что последствия поведения могут усилить или ослабить само поведение. Эта концепция, получившая впоследствии свое развитие в концепциях бихевиоральных психологов, сегодня широко используется в профилактике и в прикладном анализировании поведения. Поведение, которое необходимо изменить, подвергается тщательному анализу, особенно факторы, укрепляющие или ослабляющие его [10]. А. Бандура [1977] высказал существенное замечание, что поведению, в том числе обеспечивающему здоровый образ жизни, можно обучиться, наблюдая за поведением других людей, наделенных престижем, общественным признанием, а также получая моральные или другие виды поощрения; с другой стороны, человек обычно избегает поведения, приводящего к наказанию.

Исследования М. Conditte и Е. Liechtenstein [12] показали, что наиболее существенным показателем для поддержания здорового образа жизни является аутоэффективность. Согласно концепции аутоэффективности и ауторегуляции в управлении поведением, А. Бандура подчеркивает, что люди обычно активно руководят своим поведением и целенаправленностью действий, сравнивают их с ожидаемым результатом. При этом фактор, высвобождающий антиздоровое поведение, называется дискриминантным. Например, дискриминантными факторами при употреблении наркотиков подростками могут быть любопытство, влияние группы ровесников, близость к районам производства психоактивных ядов.

Необходимо отметить, что модели здорового образа жизни эффективны тогда, когда вводимые ими изменения постоянны. Однако проспективные исследования, посвященные проблемам здорового образа жизни, показали, что большой процент лиц, сумевших изменить свое поведение на здоровый образ жизни, через некоторое время возвращается к своим вредным привычкам, и более того — обучается новым [11].

#### Пропаганда здорового образа жизни

Как лучше пропагандировать здоровый образ жизни? Две модели из вышеприведенных — МЗУ и МРД — предлагают делать акцент на установки и убеждения как главные элементы в пропаганде здорового образа жизни.

В контексте МЗУ по Becker M., Maiman L., 1975 [7] определяются факторы общей профилактики, в частности, и заболеваний, связанных с наркозависимостью:

- кампания в СМИ;
- советы других людей;
- советы врача;
- наблюдаемая болезнь члена семьи или знакомого;
- информация в прессе.

Изменение установок и формирование убеждений является центральной темой психологических исследований наркологической превентологии. Начиная с 50-х годов XX в. проводятся исследования реагирования людей на попытки обучения и пропаганды здорового образа жизни. Рассмотрим такие обучающие воздействия, как:

- информационные воздействия,
- воздействия, основанные на страхе.

#### **Информационные воздействия в пропаганде здорового образа жизни**

Опираясь на взаимосвязь между поведением и знаниями о сущности здорового образа жизни и жизненной активности, для изменения поведения необходимо целенаправленное информирование. Например, мотивация людей к занятию спортом и здоровой диете требует убеждений в полезной роли физической культуры и культуры питания в поддержании здоровья, а также осознания важности такого поведения.

Проблема информационного воздействия только на первый взгляд кажется элементарно простой. На самом деле изменение поведения с использованием информации включает несколько различных этапов или процессов (McGuire W.I., 1969) [15], например:

I — включает необходимое завладение вниманием слушателя, что нелегко, учитывая количество информации, поступающей из СМИ;

II — достижение понимания, т.к., чтобы информация была эффективна, она должна быть понятна слушателю настолько, чтобы заставить задуматься о здоровье;

III — присвоение, т.е. восприятие слушателем идеи, которая передана в сообщении;

IV — запоминание и сохранение информации в памяти слушателя;

V — изменение поведения согласно переданной информации.

Эффективности информационного воздействия и ускорению изменения поведения в сторону здорового образа жизни способствуют следующие факторы:

— информация должна исходить от человека, признаваемого компетентным в данном вопросе и внушающим доверие;

— в случае наркотической зависимости информаторы — это те, кто занимается охраной здоровья, особенно широко известные и имеющие авторитет лица;

— привлекательность информатора;

— убежденность говорящего (по крайней мере, создание впечатления об этом) в правильности того, что он говорит;

— общность или сходство говорящего и слушателя (например, [T. Demborski, 1978] открыл, что студенты-афроамериканцы охотней прислушивались и поддавались убеждению о гигиене полости рта, если им об этом сообщил стоматолог-афроамериканец);

— простота структуры и краткость самого сообщения, т.к. сложные по структуре сообщения лучше воздействуют на уже подготовленную, образованную аудиторию;

— соответствие подбора аргументов составу аудитории; если слушатели хорошо проинформированы или скептически относятся к данной информации, следует проводить двустороннюю аргументацию, т.е. так строить свои доказательства, чтобы в них были представлены различные точки зрения, но одновременно отвергалась противоположная точка зрения; если слушатели не принимают части аргументов, следует проводить более простую аргументацию;

— необходимо в заключение понятно и четко повторить выводы, чтобы слушатель не делал их самостоятельно.

Например, информация о физических упражнениях должна четко представлять конкретную пользу для здоровья, а также указывать определенное число и тип упражнений.

Требования, предъявляемые к человеку — источнику информации (в частности, и о здоровом образе жизни), были сформулированы E. Aronson [16]:

1. На наши мнения оказывают влияние люди честные и компетентные;

2. Вера в честность коммуникатора может укрепиться, а эффективность его работы повысится, если он будет защищать позицию, находящуюся в явном противоречии с его собственными интересами;

3. Коммуникатор не должен производить впечатление человека, пытающегося повлиять на наше мнение;

4. Когда дело касается тривиальных мнений и поступков, то человек, который нам нравится и с которым мы можем себя идентифицировать, повлияет на нас больше, чем позволяет само содержание его мнений и поступков;

5. Когда человек нам нравится, мы склонны поддаться его влиянию даже в том случае, если совершенно ясно, что он пытается повлиять на нас и извлечь для себя определенную выгоду.

#### **Обучающие воздействия, основанные на страхе**

В профилактике зависимости от ПАВ и в профилактике ВИЧ обучение — это один из наиболее часто используемых подходов. Исходя из убеждения, что человек быстрее начнет изменять свое поведение при возбуждении в нем страха и тревожности, структура сообщений составляется так, чтобы непосредственно или опосредованно вызывать страх перед ВИЧ и другими последствиями наркотизации с целью соответствующего изменения поведения (например, сексуального). Именно поэтому антитабачные кампании часто опираются на убеждение в опасности развития рака легких и болезней сердца.

Мнения исследователей насчет эффективности этого воздействия противоречивы. С одной стороны, существуют доказательства того, что данный метод эффективен, например, при воззвании бросить курить и вовремя делать флюорографию [17]. С другой стороны, уровень страха должен быть умеренным, так как чрезмерные эмоции страха могут негативно повлиять на принятие модели здорового образа жизни.

При использовании воздействий, основанных на запугивании, следует соблюдать ряд необходимых условий для повышения эффективности сообщения:

— четко и понятно для слушателя определять шкалу вредностей, в которой неправильное поведение ведет к угрозе для жизни;

— убеждать слушателя в том, что последствия негативного поведения реальны и могут его коснуться ;

— ясно и доступно излагать способы избегания опасного поведения;

— убеждать слушателя в том, что он способен выполнить данные советы и избежать негативных последствий своего поведения.

Метод изменения установок как способ побуждения к ведению здорового образа жизни достаточно эффективен, если опирается на реальный опыт. При этом установки на изменение поведения должны быть достаточно выделены в преподносимой информации и, по крайней мере, не вступать в противоречие с повсеместно принятыми нормами [18, 19].

В психологии существует понятие влияние, которое означает воздействие на мысли и поступки других людей с помощью исключительно психологических средств: вербальных, паралингвистических или невербальных. Характерной особенностью влияния является то, что у человека, на которого оказывается влияние, существует возможность ответить на него психологическими средствами.

По феноменологии переживания существующие методы влияния можно разделить на следующие:

— убеждение — сознательное аргументированное воздействие на человека или группу людей, целью которого является изменение их суждения, отношения, намерения или решения;

— внушение — сознательное неаргументированное воздействие на человека или группу людей, имеющее своей целью изменение их состояния, отношения к чему-либо и предрасположенности к определенным действиям;

— заражение — передача своего состояния или отношения другому человеку или группе людей, которые каким-то образом (пока не нашедшим объяснения) перенимают это состояние или отношение. Передаваться состояние может как непроизвольно, так и произвольно;

— пробуждение импульса к подражанию — способность вызывать стремление быть подобным себе. Стремление подражать и подражание может быть произвольным или непроизвольным;

— формирование благосклонности — привлечение к себе непроизвольного внимания адресата путем проявления инициатором собственной незаурядности и привлекательности, подражания;

— просьба — обращение к адресату с призывом удовлетворить потребности или желания инициатора воздействия;

— принуждение — угроза применения инициатором своих контролируемых возможностей для того, чтобы добиться от адресата требуемого поведения.

При этом убеждение является конструктивным видом влияния. Остальные из перечисленных относятся к спорному виду, т.е. могут содержать в себе и конструктивные, и деструктивные виды влияния. К последним относятся деструктивная критика и манипуляции. При этом, говоря о проблеме влияния, следует понимать не морально-этическую плоскость, а конструктивность влияния, т.е. степень полезности и созидательности данного способа влияния.

Разумеется, подчеркивает в своей брошюре М.В. Сандлер [20], здоровый образ жизни не включает в себя уставленные раз и навсегда стандартные формы поведения. При выработке рекомендаций и составлении информаци-

онных программ необходимо учитывать специфику трудовой деятельности, индивидуальные особенности образа жизни. Информация и рекомендации зависят от возраста, пола, национальных и этнических обычаев, ценностных и нравственных установок, потребностей и способов их удовлетворения.

И, конечно же, кроме формирования установок с целью пропаганды здорового образа жизни, важно руководствуясь принципами необходимости и достаточности, позаботиться об обеспечении здоровых условий жизни, что решается системой социально экономических и медицинских — гигиенических и санитарно-эпидемиологических мероприятий. Здесь, указывает М.В. Сандлер, подразумевается рациональный режим труда и отдыха в учебных заведениях, на местах работы и в быту; это — обеспечение системы общественного питания; неукоснительное соблюдение санитарно-гигиенических требований во всех общественных местах; это — и правовое регулирование образа жизни и поведения человека.

Рассматривая содержание и структуру информационной пропаганды, целесообразно выделить 2 ведущих направления, а именно:

— рациональная пропаганда факторов, способствующих сохранению здоровья (гигиена труда, отдыха, физическая культура и культура питания, закаливание как элемент физической и экологической культуры, санитарная и медицинская активность населения в сочетании с личной гигиеной и психогигиеной, а также сексуальной культурой); и

— профилактическая контрпропаганда факторов, разрушающих здоровье (пьянство, курение, самолечение и т.п.).

Только при сочетанном и грамотном применении составляющих пропаганды здорового образа жизни могут быть решены задачи оздоровления населения, т.к. при верном отношении к пропаганде, но при неправильном гигиеническом воспитании — профилактика несостоятельна (М.В. Сандлер, 1988, [20])

Кроме способов изменения установок, эффективно влияющих на поведение человека, существует ряд методов пропагандирования здоровья: обращение врача, использование психологических и бихевиоральных техник терапии в пропагандировании здоровья, обращения СМИ, пропаганда в школах и местах работы, группы самопомощи, программы, воздействующие на общественность.

#### **Пропаганда здорового образа жизни средствами массовой информации**

Для здорового образа жизни культура использования свободного времени — результат воспитания и развития личности — имеет определяющее значение, и здесь господствующее положение приобретает «газетно-телевизионный» тип времяпровождения: от 13-15% у молодежи до 35% у лиц более старшего возраста по данным В.И.Тарасенко с соавторами [39]. В то же время, как видно из данных декабрьского выпуска 2002 г. международного центра ECAD (European Cities Against Drugs) [21], упоминание наркотических средств в СМИ, музыкальных программах и видеоматериалах, обращенных в основном к подросткам и молодежи, занимает колоссальное по частоте и массовности место.

В современном обществе мало кто сумеет устоять от влияния телевизора, радио, газет и других СМИ. Как по-

## Упоминание наркотических веществ в СМИ

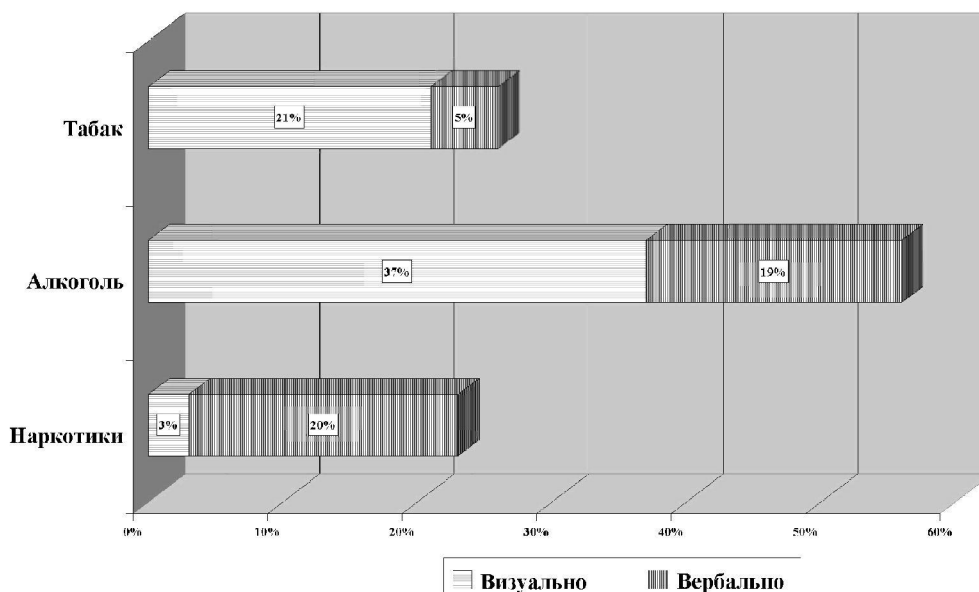


Рис. 2. Удельное распределение информации о наркотических веществах в СМИ, по данным [21].

казали исследования, в типичном американском доме телевизор включен в среднем около 6 часов в сутки, при этом 65% населения ежедневно смотрит телевизор, особенно много — дети и подростки. Очевидно, что телевидение можно рационально использовать и для пропаганды здорового образа жизни. Тем не менее, как показывают результаты исследований, эффективность данной формы воздействия относительно низка [22]. Это особенно ярко проявилось при проведении антитабачных и антинаркотических кампаний [23], кампаний за использование автомобильных ремней безопасности [24].

В то же время некоторые кампании, в которых ТВ-воздействия несли на себе большую информационную нагрузку и проводились в течение длительного времени, оказались достаточно эффективными. При этом, если телевизионные воздействия сопровождалось индивидуальным инструктажем, эффект был значительно выше. Так, в частности, положительный эффект был замечен при длительном проведении передач, посвященных профилактике стенокардии. Наиболее значительные результаты наблюдались в отношении профилактики курения и атеросклероза с информацией о необходимости контроля уровня холестерина, но без заметного воздействия на такой патогенный фактор, как избыточная масса тела.

Западными психологами составлен список следующих основных тем, отражение которых в СМИ отличается от того, каким образом большинство родителей пытается представить их своим детям [Ле Мастерс, 1974; Bond L.A., Rosen J.C., 1980]:

- взаимоотношения полов — преподносятся кино и телевидением преимущественно на чисто физиологическом уровне — даже если зрителей хотят убедить в том, что это «любовь»;
- насилие — к 14 годам средний американский ребенок видит на телеэкране около 18 тыс. убийств;
- идеализация социальной инфантильности, — идеал, предлагаемый телевидением нынешней молодежи, отнюдь не Линкольн. Герои фильмов чаще всего так же мо-

лоды и инфантильны, как и сами зрители, и стремятся создать иллюзию, что добиться «раннего богатства и славы... можно, имея лишь скромный талант, внешнюю привлекательность и огромную пробивную силу»;

- ориентация на материальные ценности - делается откровенная попытка подменить понятие счастья понятием материального успеха, под которым подразумевается обладание вилами и машинами. На телеэкране в избытке присутствуют врачи, адвокаты и люди иных престижных профессий и почти полностью отсутствуют банковские клерки, владельцы маленьких магазинов, продавцы, разнорабочие;

- гедонизм — показ на самом деле нереального, но с виду легко достижимого мира, полного развлечений и наслаждений;

- коммерциализация современных масс-медиа - постоянно подчеркивается, что умение делать деньги является главным достоинством человека;

Во многом похожа ситуация с пропагандой здоровья и в России. Как справедливо замечено Н.С. Ростарчук [25], газет и журналов, освещающих проблемы общественного здоровья подрастающего поколения, — единицы. Тем не менее, автор, ссылаясь на данные социологического исследования в области потребностей обучения здоровью, проведенного в 10 городах России, показала, что:

- каждый третий школьник получает информацию из печатных изданий (книг, газет, журналов), каждый пятый выразил желание получать такую информацию из периодической печати;

- 41,2% педагогов отнесли СМИ к важнейшим источникам информации о здоровье учащихся;

- 66,2% родителей получают эту информацию из газет и журналов.

Попытка автора узнать, какую именно информацию получают эти заинтересованные в обучении здоровому образу жизни группы населения, дала плачевные результаты. На телевидении нет ежедневной, ежевечерней социальной рекламы, направленной против алкоголизма, нар-

компании, курения. Даже не существует ежевечерней ежедневной строчки, где сообщался бы телефон срочной наркологической помощи, телефон толковой клиники, телефон доверия для подростков. Понятие полезности заменено понятием броскости. Например, в такой молодежной газете, как «Комсомольская правда», в декабре 1997 г. опубликовано пять заметок, посвященных алкогольной проблеме. Четыре из них — скорее пропаганда алкоголизма: «как грамотно набраться, похмелиться и чем закутить», статья о пользе вин, статья о том, что делать «деткам», когда родители пьют шампанское (оказывается, рекомендуют наливать его детям с 12 лет, иначе — сами возьмут). Даже в интервью с известным спортсменом вмонтирован рекламный по сути текст: «Стакан вина, выпитый спортсменом за ужином, конечно, не повлияет на его форму». В других выпусках этой газеты даются рецепты коктейля «Кровавая Мери» и т.д. для приготовления в подворотне...

Далее интересно процитировать выступление Н.С. Ростарчук на конференции, посвященной проблеме общественного здоровья подростков в зеркале российской прессы.

«Зато коммерческий успех имеет сегодня журнал «ПТЮЧ», в котором не хватает такого подзаголовка «для наркоманов». Журнал зарегистрирован в Министерстве печати и информации РФ — все в порядке. Но стоит открыть его, вникнуть в содержание, и волосы, извините, дыбом встают. Например, страница — называется «Героин и все, все, все». Это значит, все о героине. Что именно? «Героин — мой любимый наркотик. Лена, 16 лет, школьница, посетительница ночных клубов». Еще цитата: «Героин вряд ли опасен для здоровья. Вещество, хоть и делает зависимым, не вредит ни нервной системе, ни прочим органам».

«Торчки — это выделено красным шрифтом — могут дожить до вторых седин. Больными их делает не героин, а обстоятельства, в которых они делают уколы». И далее рассказывается, как этих обстоятельств избежать: шприц чтобы чистый был, героин качественный и так далее.

Рассказывается, как в доброй Швейцарии о наркоманах заботится государство: оно само дает героин особо нуждающимся и, цитирую, «в придачу сигарету с кокаином, чтобы... никто не брал у «барыг».

Другой номер этого же журнала открывает письмо читателя. Цитата будет длинновата, но она о многом говорит. Сначала читатель объясняется в любви журналу: наконец-то он нашел то, что искал. А дальше рассказывает о себе. Цитирую фрагмент письма, оно дано на первой странице, что само по себе говорит о многом: «...Что было вчера, я помню смутно. Я любил, меня любили. В ...во все места, куда только можно. Были поцелуи, крепкие объятия. Сколько человек их было — не помню. Может, пять, может десять. Я благодарен Богу за то, что он сделал меня «голубым».

«...Сейчас, — продолжаю письмо, — я один. Голова раскалывается пополам. Все болит. Винт, план, клен, ЛСД, экстази... все осталось во вчерашнем дне...» И заканчивается письмо так: «Вообще, все, что вы делаете для молодежи, — очень здорово».

В каждом номере, объясняли мне сами ребята, школьники, дают советы по конкретным наркотикам: какой для какого случая употреблять, как, чего не стоит делать. Например, не садиться за руль — лучше потом принять наркотик. Какой лучше для дискотек, какой — для компаний

дома. Такую бы трогательную заботу о подрастающем поколении всему нашему государству!»

Автор приходит к неутешительным выводам о том, что уповать на цензуру невозможно, но очевидно, что проблема здоровья подростков не является приоритетной в наших СМИ. Весьма зыбким будет упование на профессиональный долг журналистов, если национальной идеей не станут ДЕТИ.

«Мечтаю о том времени, когда наше государство сформирует, наконец, национальную идею, о необходимости которой так много и так безрезультатно говорится сегодня ДЕТИ — будущее страны, они ведь и означают — быть или не быть России цивилизованным государством».

Итак, информационно-пропагандистская и воспитательная деятельность является важнейшей частью противоалкогольной политики. Каковы же основные ее принципы? На наш взгляд, она должна [26]:

- базироваться на научных данных;
- основываться на дифференцированном подходе к работе с различными группами населения;
- исходить из алкогольных традиций населения и упорно, осторожно преодолевать их;
- считать приоритетной работу с подрастающим поколением;
- совершенствовать формы деятельности, адресуясь к конкретным профессиональным и половозрастным группам населения;

— использовать предыдущий положительный и отрицательный опыт отечественных форм борьбы с алкоголизацией и международный опыт.

Почему воздействия в СМИ настолько различаются по своей направленности и эффективности? Прежде всего, это связано с разнообразием видов и форм преподнесения информации. К каждой социальной группе населения должен быть дифференцированный подход, и пропаганда здорового образа жизни должна иметь дифференцированный интенсивный (за счет информационной нагрузки) или экстенсивный (частота и длительность воздействия) характер. В таком случае она носит кумулятивный эффект и имеет воздействие. Понятие «дозы» применимо и к информационной нагрузке, что требует особого изучения и разработки специалистами.

При проведении пропаганды здорового образа жизни с целью профилактики алкогольной и наркотической зависимости населения необходимо учитывать не менее важную форму воздействия — рекламу.

#### Реклама и профилактика наркотической зависимости

Говоря о рекламе, нельзя забывать о том, что это только способ воздействия, который можно использовать в самых разных целях. Сегодня у населения отношение к рекламе неоднозначное.

Прежде, чем выяснить роль рекламы в профилактике зависимостей, думается уместно напомнить об истории рекламы и рекламного искусства и представить основные принципы рекламы как механизма психологического воздействия на потребителя.

Слово *reclamare* (лат.) означает — «выкрикивать». Известно, что издавна торговцы использовали для привлечения внимания к своим товарам не только словесные обращения, но и элементы наружной рекламы. Рекламные объявления и вывески были известны в Месопотамии, в Древней Греции и Риме.



С XII по XV вв. в Западной Европе появились первые цехи ремесленников со своими рекламными атрибутами — гербами и знаменами. Неграмотное население очень хорошо воспринимало рисунки. С XVII в. появились первые английские рекламные газеты, а первое рекламное бюро было создано в XVIII в. во Франции. Рекламой занимались известные художники, писатели, поэты. Например, Даниэль Дефо являлся одним из самых известных рекламистов своего времени, он издавал газету «Ревью». Некоторые рекламные афиши даже стали произведениями искусства и отражением культуры своей эпохи, что не удивительно, поскольку их авторами были художники с мировыми именами — Анри Тулуз-Лотрек, Д. Моор, К. Юон, С. Игумнов, А. Дейнека. Более 100 рекламных объявлений в стихах осталось после В.В. Маяковского, провозгласившего этот своеобразный жанр в поэзии.

В 1898 г. русский исследователь рекламы Александр Веригин писал, что реклама, которая действовала бы в согласии со своеобразными законами культуры, оказала бы величайшую услугу России. Он полагал, что русская реклама подобна хлебу, железу, телеграфной, телефонной связи.

Реклама в конце XX в. и в начале XXI в. отличается от рекламы конца XIX — начала XX вв. В начале XX в. психологи, которые занимались изучением рекламы, считали, что на волю покупателя можно повлиять, зная особенности психических процессов и методы воздействия на них. В конце 50-х годов появляется движение «консьюмеризм», целью которого являлась защита прав потребителя. В результате создается множество законов и общественных организаций, регулирующих рекламную деятельность, ограничивающих манипуляционные тенденции в рекламе, а также международный кодекс рекламной практики.

В экономической и промышленной сферах разрабатывается целая серия рекламных направлений:

- Public relation — деятельность по обеспечению благоприятного имиджа фирмы;
- Direct marketing — мероприятия, основанные на личном письменном обращении рекламодателя к клиенту;
- Sales promotion — деятельность по вовлечению клиента в процесс потребления товара, формирование соответствующих предпочтений посредством презентаций, дегустаций, лотерей;
- Personal selling — деятельность, обеспечивающая продажу товара в процессе личного контакта. Эти виды рекламной деятельности называются маркетинговой коммуникацией.

### **Психология рекламы**

В настоящее время выделяются две теоретические тенденции в развитии психологии рекламы. Первая появилась в результате разработок по исследованию психических процессов и рассматривала главным предназначением рекламы фактор социального воздействия с учетом переработки информации. Данный подход традиционно называют немецким, т.к. наибольшего расцвета он получил в Германии. Второе направление возникло в США и в качестве основного воздействия в нем рассматривались потребности людей в процессе их «опредмечивания» рекламой. В настоящее время отличительной чертой рекламы является переход от искусственного создания потребностей к процессу воздействия на мотивацию выбора.

Одним из направлений рекламы была попытка создания *модели структуры психологического воздействия*. Первая модель была описана при помощи *формулы AIDA*. Ее автор, Элмер Левис, в 1896 г. считал, что воздействие рекламы всегда начинается с привлечения внимания (attention), затем она должна вызвать интерес (interest), потом желание (desire) и после этого, как правило, возбуждать деятельность по приобретению товара (activity). Позже в формулу был внесен еще один элемент — мотив (motive). Формула приобрела вид — *AIMDA*. Между привлечением внимания и поступком существует сложная цепь причинно-следственных связей, определяемых достаточным количеством психологических и других факторов. Но недостаток этой модели состоит в отсутствии объяснения механизмов взаимодействия элементов данной схемы, в результате которого, начинаясь с привлечения внимания, рекламное воздействие заканчивается покупкой товара. Формула не раскрывает связи между рекламным воздействием и заранее предполагаемым результатом. В данную формулу не включались такие важные переменные, как потребности и мотивы, память, эмоции, ассоциативное мышление, социально-психологические установки и др., которые играют очень важную роль в процессе принятия решения о покупке рекламируемого товара или пользования услугой под воздействием рекламы. В настоящее время некоторые авторы все-таки ссылаются на формулу AIDA (AIMDA), хотя большинство специалистов выступает с ее критикой.

Несколько позже была предложена *формула ACCA*, включающая такие составляющие, как: внимание (attention), восприятие аргументов (comprehension), убеждение (conviction) и действие (action). В качестве одного из основных элементов психологического воздействия в этой формуле используется убеждение, т.е. стратегия воздействия на мышление человека. И хотя данная модель недооценивает роли потребностей в структуре рекламного воздействия, ее положительный момент в том, что она принимает во внимание процессы мышления.

В 1953 г. Г. Гольдманом была предложена *формула DIBABA*, которая является аббревиатурой немецких названий шести этапов процесса продажи товара: 1) определение потребностей и желаний потенциальных покупателей; 2) отождествление потребительских нужд с предложением рекламы; 3) «подталкивание» покупателя к необходимым выводам о покупке, которые ассоциируются с его потребностями; 4) учет предполагаемой реакции покупателя; 5) вызов у покупателя желания приобрести товар; 6) создание благоприятной для покупки обстановки. Данная модель ориентируется на потребности покупателя, и демонстрирует понимание роли процесса принятия решений, роли сравнения, осознанного выбора. Формула использует законы мышления, механизм «обратной связи», учитывает роль эмоций и позитивного отношения человека к товару и продавцу.

Новый этап в разработке идеи описания психологической структуры рекламного воздействия в виде краткой формулы начался в 1961 г., когда американским рекламистом Расселлом Колли была предложена *модель DAGMAR*. Формула образуется из начальных букв английской фразы: Defining advertising goals — measuring advertising results (определение рекламных целей — измерение результатов рекламы). Согласно этой модели, акт покупки проходит четыре фазы: 1) узнавание марки товара; 2) ассимиляция — осведомление адресата о качестве товара; 3) убеж-



дение — психологическое предрасположение к покупке; 4) действие — совершение покупки адресатом рекламы. Эффект рекламы измеряется как прирост числа покупателей на каждой из указанных фаз. Отличие модели DAGMAR от подходов, ориентированных только на действия, заключается в исходной посылке: совершение покупки определяется всеми основными элементами комплекса маркетинга.

В качестве концепции психологического воздействия рекламы в ряде случаев используется *модель социально-психологической установки* (attitude). Данная модель предполагает, что в процессе рекламного воздействия у субъекта возникает готовность к реализации цели, которая имеет сложную многокомпонентную структуру: познавательный (когнитивный), эмоциональный (аффективный) и поведенческий (конативный) компоненты. Предполагается, что социально-психологическая установка оказывается эффективной для поведения, если между ее компонентами нет противоречий и диспропорций. Преобладание одного компонента над другими приводит к ослаблению установки, снижению степени ее влияния на поведение человека. Достоинством данного подхода можно считать попытку, используя систему психологических понятий, подвергнуть научному анализу максимальное количество участвующих в нем психических процессов. Так, познавательный компонент предполагает анализ процессов переработки информации: восприятия, внимания, памяти, принятия решений, прогнозирования, планирования, мышления; эмоциональный компонент — анализ эмоциональных состояний, отношений и др.; конативный — анализ поступков, неосознаваемых факторов, влияющих на эти поступки, и т. п. Однако в направлении, развиваемом на основе теории *attitude*, не учитывается определяющая роль объективных потребностей человека как основного фактора потребительского поведения.

В последнее время в психологии рекламы в качестве объяснительного принципа психологи стали чаще использовать модели, в основу которых положены *ситуативные факторы поведения* потребителей. Одним из ярких примеров является теория «базиса отсчета» Музафера и Кэролин Шерифов. Специфика данной теории в том, что она рассматривает поведение человека в максимально конкретизированных условиях в определенный момент времени.

Факторы, определяющие психологический настрой в любой момент времени, могут быть различными. В этом случае со стороны бывает крайне сложно предсказать или объяснить причины конкретного поступка человека. Эти факторы делятся на «внешние» (люди, погодные условия и др.) и «внутренние» — то, что происходит в этот же момент времени внутри человека (воспоминания, отношение к чему-либо, состояние здоровья и т. д.). Каждый человек, в соответствии с теорией «базиса отсчета», сознательно или бессознательно постоянно выбирает некоторые из этих внутренних и внешних факторов и игнорирует другие. Способность к отсеиванию факторов время от времени может меняться. С течением времени селективность поступков человека начинает превращаться в схему. Он приобретает склонность отдавать предпочтение одним вещам в противовес другим. Возникают так называемые «якоря» (аналог психологической установки и метода «якорения»). Это происходит потому, что человеку от природы дано схематизировать опыт, по-видимому, чтобы избежать информационной перегрузки. Однако чаще

всего стимулов так много и они так разнообразны, что схематизации нет. Реклама в данном случае «наводит порядок» в поле значимых факторов. Реакция зависит от того, насколько схема, заданная рекламодателем, соответствует потребностям покупателя.

Справедливо замечание о том, что в создании рекламы большое место занимают мифы. Мифом реклама становится после того, как человек лично ознакомился со свойствами товара. Реклама как создание мифов ярко проявляется в разработке имиджа и брэндов. Под имиджем понимается положительный образ фирмы, товара или человека, созданный при помощи рекламы. Брэнд — это торговая марка, имеющая фирменное название, графическое решение, фирменный стиль. Покупка вещи под воздействием имиджа или брэнда связана с воздействием на самооценку. В результате подобной покупки человек начинает ассоциировать себя с определенной группой людей. Поэтому очень часто покупка бесполезных товаров связана именно с воздействием на психику человека. С мифами связано воздействие на психику людей через описание жизни кумиров общества, особенно молодежных кумиров, рок- и кинозвезд, известных спортсменов. Здесь следует отметить позитивный вклад рекламы в наркологическую превентологию.

Подражание любимому герою можно использовать в качестве профилактики употребления ПАВ и алкоголя среди подростков и молодежи. Явление подражания многими психологами объясняется как потребность в самоактуализации, осуществляемой при помощи модных вещей, поступков. С другой стороны, мифы на определенном этапе развития становятся реальностью через подражание их героям и событиям.

В рамках имиджа и брэнда Дружинин В.Н. (2001) отмечает следующие основные закономерности психических процессов, связанных с рекламным воздействием:

- опредмечивание в конкретной ситуации цифр, геометрических фигур получает сильную эмоциональную окраску и, подкрепляясь потребительской мотивацией, влияет на поведение
- белые поля газет усиливают действие публикации при прочтении одинаковых по размеру мелких объявлений;
- решающую роль имеет относительная величина публикации;
- количество повторений рекламы имеет большее воздействие, чем величина рекламных полос, текста: так, объявление в одну четверть страницы лучше воспринимается, если повторится четыре раза, чем объявление размером в страницу, прочитанное один раз;
- в рекламе действует закон контраста: в процессе восприятия явно заметные различия кажутся преувеличенно большими;
- большое значение имеет цветовой контраст: синий — желтый, красный — зеленый и т.д.;
- ослабление освещения рекламы вызывает иное цветовое впечатление, т.к. цвета красной половины спектра становятся более темными, чем фиолетовые, зеленый становится светлее желтого, синий — светлее красного;
- в рекламе нецелесообразно использование рукописных шрифтов, кроме этого, шрифт может нести эмоциональную окраску;
- способность женщин лучше воспринимать рекламу, где содержатся —унки, тогда как мужчины предпочитают текст без рисунков;

— свойство женщин легче воспринимать неконкретные даты — «послезавтра», «в ближайшую субботу» и т.д., тогда как мужчины предпочитают конкретные цифры.

Мы намеренно уделили столько места вопросу психологии рекламы и имиджу для ознакомления с возможностями рекламы в антинаркотической пропаганде и пропаганде здорового образа жизни, т.к. обычно эти вопросы скрыты от специалистов, работающих с пациентами, имеющими расстройства восприятия и поведения.

### **Реклама и здоровье**

Реклама возникает в условиях изобилия товаров и услуг и при этом всегда входит в стоимость товара, поэтому необходим контроль за монополизацией рекламы. Но одновременно реклама не должна наносить ущерб здоровью распространением некачественных и вредных товаров.

Как же используются особенности психологии рекламы на практике, например, в рекламе фармацевтической и алкогольной продукции?

Например, рост числа аптек во многом связан с влиянием рекламы лекарств. Особенность лекарства как товара состоит в том, что его покупка зачастую связана с сохранением здоровья и качеством жизни. Поэтому реклама лекарств пользуется таким спросом у людей. Один из примеров того, насколько реклама важна в привлечении внимания, описан В.А. Шендеровичем в 1997г. в приложении к газете «Невское время». Шендерович сообщил факт, как политический деятель и миллиардер Брынцалов предлагал миллион долларов за попадание в программу «Куклы»: «Пишите что угодно, поливайте грязью, но делайте это не реже двух раз в месяц» [Лапин И. П., 2000].

Итак, по мнению И.П. Лапина, реклама имеет свои «козыри» (в данном случае — манипулятивные приемы).

1. Максимальная активность рекламы всегда направлена на наиболее распространенные проблемы — ожирение, облысение, алкоголизм, табакокурение. Но даже если проблемы остаются неразрешенными, человеческая доверчивость рекламе не изменяется.

2. В рекламе используются как известные, так и малоизвестные термины, привлекающие интерес к новизне и вызывающие «почтение». Очень много слов связано с суевериями: экстрасенс, шаман, парапсихолог, эзотерический астролог.

3. Часто используется обещание помочь тотчас — «полное излечение от алкоголизма и наркомании за один сеанс», «полное снятие тяги к алкоголю за один сеанс по фото» и т.д. Действительно, из истории разных стран и эпох давно известен парадокс — чем невероятнее обещание или неправда, тем легче в нее поверят.

4. Игра на актуальности момента — часто здоровье стараются совместить с бизнесом. В бизнесе могут преуспевать только здоровые люди.

5. Ошеломление громкими титулами врачующих — «Магистр ордена магов», «Академики всемирной магии» и т.д. В силу этого в научной среде стало рискованно, по признанию многих ученых, называть свои титулы, присужденные высокими научными организациями, — академик, почетный доктор: по инерции среди обывателей могут принять за академика какой-либо мифической академии.

6. Привлечение модой, «прикольными» словечками, приставками, преувеличивающими значение слова — «супер», «экстра» вместо «сверх». Супербиоконкомплекс, суперсжигатель жира и т.д.

7. Обращение к комплексу неполноценности человека путем использования слов «эксклюзивные», «престижные», «элитные» в расчете на то, что редко кто не захочет примкнуть к элите.

8. Как можно более частое повторение, переименование принцип: «повторение — мать учения». Нередко можно слышать «сникерсни», «оттянись со вкусом», «ведь я это-го достойна» и т.д.

Исключительно большое место в рекламе, в алкогольной, в частности, принадлежит телевидению. Уже четверть века назад Р. Logenz (1976) подчеркивал, что телевизор в семье стал «соучастником» употребления алкоголя, при этом особенно вредным оказывается его влияние на детей. J. Casiso и соавт., (1982) исследовали частоту событий, связанных с использованием алкогольных и неалкогольных напитков, в программах трех телевизионных станций США. Частота первых составляла в среднем 2,11, вторых — 2,69 за 30 мин. Частота первых увеличивалась до 4,45 за 30 мин. при демонстрации драматических передач, до 3,53 — комедий и, наоборот, снизилась до 0,33 в передачах для детей. Авторы отмечают связь между содержанием телевизионных программ и употреблением этанола телезрителями. R. G. Rychtarik и соавт. [27] демонстрировали детям 8-11 лет в течение 5 мин отрывки из популярной телепередачи, узловыми моментами которых было употребление алкогольных напитков взрослыми. В последующем с помощью специальной методики оценивали усвоение детьми стереотипов «алкогольного поведения». Авторы показали прямую связь между употреблением алкоголя взрослыми в телепередачах и восприятием детьми алкогольных обычаев. P. M. Kohn, R. G. Smart [28] наблюдали большую по сравнению с мужчинами восприимчивость женщин к влиянию телевизионной рекламы алкоголя, вызывающей у них существенное увеличение потребления спиртных напитков.

Телевидение может способствовать увеличению так называемых кластерных (или расширенных) суицидов среди молодых людей и подростков. В 1986 г. D. Shaffer [29] указал на увеличение числа суицидов среди молодых людей после демонстрации по телевизору программы, в которой рассказывалось о суициде подростка.

Серьезные опасения относительно вклада телевидения в «алкогольное воспитание» подтверждается анализом частоты трансляции эпизодов алкоголизации в наиболее зрелищное время (с 20 до 23 ч) по всем телевизионным каналам США, проведенным L. Wallace с соавторами [30]. Оказалось, что 80% всех телевизионных передач включали в себя 1 или 2 эпизода, ассоциированных с алкоголизацией, а непосредственное употребление спиртного наблюдалось в 60% всех передач.

Однако не все исследователи разделяют такую точку зрения. Например, канадские авторы [31] отрицают связь между демонстрацией в телепрограммах алкогольных сцен с рекламой спиртных напитков и повышением потребления алкоголя здоровыми лицами. В качестве подтверждения они приводят эксперимент с группой студентов-добровольцев (умеренно пьющих и физически здоровых), которым демонстрировали популярную телепрограмму: в одном случае с многочисленными алкогольными сценами, а в другом — с купюрами подобных сцен. Показ сопровождался рекламой пива либо безалкогольных напитков. После видеопрограммы студентам предлагалось дегустировать один из сортов легкого пива без ограничения объема. О цели эксперимента испытуемые узна-

вали лишь после его завершения. Объем выпиваемого пива (около 0,5 л) оказался независимым от наличия или отсутствия алкогольных сцен в видеофильме или рекламы спиртных напитков.

Приведенные исследования, как нам представляется, не совсем корректны, т.к. не учитывают различное влияние проалкогольной информации (ее характера, частоты ее повторения) на разные половозрастные, социальные, профессиональные группы, на отдельные категории употребляющих спиртные напитки и злоупотребляющих ими.

В качестве оправдывающих проалкогольную рекламу мотивов, в частности, говорится о необходимости отчисления части выручаемых доходов от продаж рекламируемых товаров на выпуск информации о последствиях злоупотребления алкоголем. При этом признается необходимость ограничения времени передач, рекламирующих спиртные напитки, важность указания концентрации алкоголя в пиве, демонстрации предупреждающих надписей на этикетках алкогольных напитков и др. В результате в США со времени отмены «сухого закона» в 1933 г. не существует общегосударственных запретов на рекламу алкоголя.

Под угрозой законодательных мер запретительного или ограничительного характера существует множество соглашений между частными алкогольными компаниями и рекламными фирмами по добровольным ограничениям рекламы. Некоторые страны уже приняли законы, ограничивающие содержание рекламы под давлением определенных групп, обеспокоенных алкогольными проблемами, и полностью запретили рекламу либо всех алкогольных напитков, либо крепких. Существует директива 1989 г. Совета европейских сообществ по телевизионным передачам, которая гласит, что телереклама алкогольных напитков не должна:

- быть направлена на несовершеннолетних;
- связывать потребление алкоголя с усилением физических возможностей;
- создавать впечатление, что потребление алкоголя способствует социальному или сексуальному успеху;
- заявлять, что алкоголь имеет терапевтические свойства или является успокаивающим или стимулирующим средством;
- поощрять неумеренное потребление алкоголя и, соответственно, представлять трезвость или умеренность в негативном свете;
- подчеркивать, что высокое содержание алкоголя является позитивным свойством напитка.

Ткаченко Г.Б. [24] отмечает, что во многих странах с учетом огромного влияния электронных средств массовой информации на людей, а особенно на молодежь, реклама на телевидении и радио запрещена добровольно, либо законодательно. Во многих странах маркетинг алкоголя также запрещен добровольно или законодательно в программах и изданиях, рассчитанных на молодежь.

Во Франции закон, ограничивающий рекламу всех напитков, содержащих более 1,2% алкоголя, был принят в 1991 г. Закон запрещает также любую рекламу, направленную на молодежь, и любую рекламу по телевидению или на спортивных площадках, а также спонсорство спортивных событий. Реклама допускается только в прессе для взрослых, местах производства и продажи и во время специальных мероприятий. В каждую рекламу должно быть включено медицинское сообщение о том, что воздействие алкоголя опасно для здоровья. Не разрешается реклама не

только в СМИ, но и с помощью плакатов, вне ресторанов и в иных местах.

Доказано, что скрытая реклама (криптореклама) более опасна, чем открытая. Иногда спонсорская деятельность направлена на рекламирование в обычных телевизионных программах или с помощью напечатанных в газетах фотографий, особенно часто это происходит в спортивных программах телевидения, например об автогонках. Во многих странах скрытая реклама в СМИ запрещена.

В ряде стран проводились исследования по оценке влияния запрета рекламы алкоголя на его потребление. Оказалось, что временный запрет рекламы алкоголя на 14 мес. в Британской Колумбии или полный ее запрет в Норвегии и Финляндии не повлияли на общее потребление алкоголя. Другие исследования показали, что влияние запретов рекламы достоверно значимо. Реклама более явно влияет на молодежь. В Калифорнии, например, реклама способствовала более позитивному отношению к алкоголю и выпивке среди учащихся средних школ. Главный вывод исследователей: эффект рекламы заключается не в мгновенном воздействии на потребление, а том, что она является мощным способом формирования взглядов на алкоголь в общественной жизни, ассоциируя алкоголь с приятными моментами жизни и оставляя вне поля зрения его вредное влияние.

В России реклама алкоголя регламентирована законодательными актами.

1. В 1993 г. приняты Основы законодательства Российской Федерации «Об охране здоровья граждан», статья 19 — Право граждан на информацию о факторах, влияющих на здоровье — содержит запрещение рекламы алкогольных напитков в СМИ.

2. Федеральный «Закон о рекламе», принятый в 1995 г., предусматривает запрет рекламы алкоголя в телевизионных программах. Ст. 16 вводит ряд ограничений рекламы алкогольных напитков, которая не должна:

- содержать демонстрацию процессов потребления алкогольных напитков, создавать впечатление, что употребление алкоголя имеет большое значение для достижения общественного, спортивного или личного успеха, либо для улучшения физического или психического состояния;
- дискредитировать воздержание от употребления алкоголя, содержать информацию о положительных терапевтических свойствах алкоголя;
- обращаться к несовершеннолетним, использовать образы лиц в возрасте до 35 лет, пользующихся популярностью у несовершеннолетних и лиц до 21 года;
- распространяться в радио- и телепрограммах с 7 до 22 часов местного времени;
- распространяться в любой форме в программах, печатных изданиях для несовершеннолетних;
- распространяться в детских, учебных, медицинских, спортивных, культурных организациях, а также ближе 100 м от них.

Госдума в 1995 г. приняла проект закона «О внесении дополнений в УК РСФСР и УГ РСФСР» (о ненадлежащей рекламе). Согласно этим дополнениям, если лицо в течение года нарушало российское законодательство о рекламе и к нему применяли меры административного взыскания, то оно несет уголовную ответственность и может быть наказано лишением свободы на срок до двух лет, исправительными работами и штрафом в размере от 50 до 100 минимальных зарплат.

В большинстве европейских стран реклама алкоголя, преимущественно средствами телевидения и радиовещания, запрещена или ограничена законом. В то же время от четверти до трети стран вообще не имеют никаких ограничений на рекламирование спиртных напитков в газетах и журналах, в кино и на улицах, в эфире. Обращает на себя внимание высокая частота саморегуляции, определяемой правилами, разработанными самими фирмами-производителями. Так, по правилам, принятым в Великобритании, реклама алкоголя не должна быть обращена к молодым людям. Любой человек, показанный употребляющим алкоголь, должен быть старше 21 года. Дети не должны изображаться в рекламе, за исключением семейных сцен и на заднем плане толпы. Для телевизионных программ возраст, в котором может быть показан пьющий, увеличен до 25 лет. Возможно, поэтому на телевидении в алкогольной рекламе редко используются профессиональные футболисты и поп-звезды.

Очевидно, что половинчатые и непоследовательные меры по ограничению рекламирования не могут реально сдерживать расширение алкогольного рынка. Кроме того, нельзя не учитывать нарастающую тенденцию роста приграничного, спутникового и кабельного телевидения, что рушит всю систему правового регулирования рекламы алкоголя. Попытка правительства Швейцарии потребовать в 1987 г. от руководителей кабельной сети, транслирующей зарубежные спутниковые программы, заменять рекламу алкоголя на видеоклипы провалилась под давлением экономических обстоятельств.

М. Minkler и соавт. [32] проанализировали характер рекламы алкоголя в журналах для женщин в США и отметили, что женщины очень серьезно относятся к рекламным объявлениям, помещаемым в журналах. В 1983-1986 гг. алкоголь занимал в женских журналах первое место среди рекламируемых товаров (15,1% от общего числа рекламных объявлений). Для сравнения приводится частота рекламирования безалкогольных напитков (2,3%), лекарств (14,3%), предметов косметики (11,6%) и гигиены (5,8%). Тематика рекламирования алкоголя включала вопросы здоровья, престижа, социальной активности, секса, романтичности и удовольствия.

Реклама может быть использована и в антинаркотических целях. Интенсивная кампания против алкоголизма была проведена в Канаде в 1982 г. с использованием всех средств массовой информации, после которой на выборке из 200 человек было проверено и подтвердилось значительное снижение частоты чрезмерного потребления спиртных напитков. В Норвегии в 1981 г. населению страны через средства массовой информации было предложено прекратить употребление алкоголя после 23 ч в фиксированную субботу, и оказалось, что число воздерживающихся поднялось до 70%. J. Rootman [33] считает, что воздействие на поведение населения в отношении здоровья будет эффективно только в сочетании с воздействиями на другие виды поведения. Отмечается важность учета адресности программы (все население, подростки, беременные женщины и т.д.).

Влияние алкогольной рекламы на молодежь проявляется очень быстро, а на взрослое население — через большой промежуток времени. Регулирование рекламы необходимо для поддержки других мер алкогольной политики. В то же время необходимо учитывать, что индустрия приспосабливается к запретам. Так, при частичном запрете рекламы она перемещается из одних СМИ в другие, при

полном запрете рекламы индустрия начинает использовать методы скрытой рекламы, спонсорство.

Реклама связана с такими понятиями как правда, интеллект. Как показали исследования Н.Л. Смирновой [34], в российском обществе стереотип женской и мужской интеллектуальности практически не различается. Представления об интеллектуальной личности в России формируется к 16 годам. При этом российское понимание интеллекта отличается преобладанием морально-этического компонента.

С другой стороны, понятие правда связано с категорией духовности. Поэтому духовные компоненты правды невозможно описать только при помощи когнитивного понимания. Психологические аспекты духовных состояний неразрывно связаны с глубокими структурами личности, ценностными переживаниями и недостаточно осознаваемыми высшими ценностями. Потребность в правде, стремление к ней основаны на единстве мнения с верой, осознаваемого и неосознаваемого, индивидуально-личностных особенностей человека и его восприятием себя как частицы мироздания. Вследствие этого, целеустремленно стараясь «жить по правде», человек не только «строит», творчески преобразует себя, но и постепенно поднимается в своем духовном развитии, вырываясь из навязываемых стереотипов рекламы [35].

### Заключение

Пропаганда здорового образа жизни является важным звеном наркологической превентологии. Пропагандирование необходимо проводить с учетом качества информационного воздействия, требований, предъявляемых коммуникатору, и характеристик информируемой аудитории в совокупности, или личностных качеств информируемого. Существуют различные способы пропагандирования через влияние, но наиболее конструктивным из них является убеждение. Необходимым условием при проведении пропаганды здорового образа жизни через телевидение являются длительность воздействия и объем передаваемой информации. Реклама, как способ воздействия на формирование взглядов и образа жизни, способствует искусственному созданию потребностей и определяет мотивации. Таким образом она может играть роль как бихевиорального патогена, так и иммуногена. Последнее важно использовать в наркологической превентологии как по отношению ко взрослому населению, так и в целенаправленной работе с детьми и молодежью из групп риска, подверженных развитию алкоголизма и наркоманий. Особое место пропаганда здорового образа жизни и профилактики наркотизма занимают в семейном и общественном воспитании, что заслуживает специального обсуждения в отдельной статье.

### Список литературы

1. Войтенко В.П. Здоровье здоровых. — Киев, «Здоровье» — 1992. — 248 с.
2. Венедиктов Д.Д. Общественное здоровье: пути оценки и прогнозирования // *Общественные науки и здравоохранение*. — М.: Наука — 1987. — С. 62-78
3. Calnan M.W., Moss S. The health belief model and compliance with education given at a class in breast self-examination // *J. Health Soc. Behav.* — 1984. — Vol. 25, №2. — P. 198-210.
4. Becker M.H., Maiman L.A., Kirscht J.P. et al. The Health Belief Model and prediction of dietary compliance: a field experiment // *J. Health Soc. Behav.* — 1977. — Vol. 18, №4. — P. 348-366.

5. Calnan M.W., Moss S. The health belief model and compliance with education given at a class in breast self-examination // J. Health. Soc. Behav. — 1984. — Vol. 25, №2. — P. 198-210.
6. Champion L. The relationship between social vulnerability and the occurrence of severely threatening life events // Psychol. Med. — 1990. — Vol. 20, №1. — P. 157-161.
7. Becker M.H., Maiman L.A. Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations // Med. Care. — 1975. — Vol. 13, №1. — P. 10-24.
8. Fishbein M. A theory of reasoned action: some applications and implications // Nebr. Symp. Motiv. — 1980. — Vol. 27. — P. 65-116.
9. Montano D.E., Taplin S.H. A test of an expanded theory of reasoned action to predict mammography participation // Soc. Sci. Med. — 1991. — Vol. 32, №6. — P. 733-741.
10. Chesney M.A., Black G.W., G.E. Swan, Ward M.M. Relaxation training for essential hypertension at the worksite: I. The untreated mild hypertensive // Psychosom. Med. — 1987. — Vol. 49, №3. — P. 250-263.
11. Krantz D.S., Grunberg N.E., Baum A. Health psychology // Ann. Rev. Psychol. — 1985. — Vol. 36. — P. 349-383.
12. Conditte M.M., Lichtenstein E. Self-efficacy and relapse in smoking cessation programs // J. Consult. Clin. Psychol. — 1981. — Vol. 49, №5. — P. 648-658.
13. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология — Л.: Медицина. Ленингр. отд-ние, 1982. — 271 с.
14. Абрамова Г.С., Юдич Ю.А. Психология в медицине: Учеб. пособие. — М.: Кафедра — М, 1998. — 272 с.
15. McGuire W.I. The nature of attitudes and attitude change // The handbook of social psychology. — S. I., 1969.
16. Aronson S.M. Grass-roots of dependency // R. I. Med. — 1995. — Vol. 78, №4. — P. 106-107.
17. Aronson S.M. A narcotics lexicon // R. I. Med. — 1995. — Vol. 78, №5. — P. 127 — 128., или Aronson S.M. Grass-roots of dependency // R. I. Med. — 1995. — Vol. 78, №4. — P. 106-107.
18. Leventhal H., Mace W. The effect of laughter on evaluation of a slapstick movie // J. Pers. — 1970. — Vol. 38, №1. — P. 16-30.
19. Fishbein M. A theory of reasoned action: some applications and implications // Nebr. Symp. Motiv. — 1980. — Vol. 27. — P. 65-116.
20. Norman N.M., Tedeschi J.T. Self-presentation, reasoned action and adolescents decisions to smoke cigarettes // J. Appl. Soc. Psychology. — 1989. — Vol. 19. — P. 543-558.
21. Сандлер М.В. Пропаганда здорового, трезвого образа жизни. — Магадан: Магаданское книжное издательство. — 1988. — 52 с.
22. Либерализация vs. конвенции ООН по наркотикам // ECAD Newsletter. — 2002. — выпуск 9, № 55. — С. 1-3.
23. Lau R.R., Kane R., Berry S., Ware J. Channeling health: A review of the evaluation of televised health campaigns // Health education quarterly. — 1980. — Vol. 7. — P. 56-89.
24. Morrison A., Kline E.G., Ortman R. Aspects of adolescent information acquisition about drugs and alcohol topics // Communication research and drug education. — Beverly Hills, 1976.
25. Robertson L.S., Kelley A.B., O'Neill B. et al. A controlled study of the effect of television messages on safety belt use // Amer. J. Public Health. — 1974. — Vol. 64, №11. — P. 1071-1080.
26. Ростарчук Н.С. Общественное здоровье подростков в зеркале российской прессы // Образование в области здоровья и укрепление здоровья среди детей, подростков и молодежи в России. — М., 1999. — С. 150-155.
27. Ткаченко Г.Б. Роль системы здравоохранения в укреплении здоровья детей, подростков и молодежи // Образование в области здоровья и укрепление здоровья среди детей, подростков и молодежи в России. — М., 1999. — С. 103-111.
28. Rychtarik R.G., Fairbank J.A., Allen C.M. et al. Alcohol use in television programming: effects on children's behavior // Addict. Behav. — 1983. — Vol. 8, №1. — P. 19-22.
29. Kohn P.M., Smart R.G. Wine, women, suspiciousness and advertising // J. Stud. Alcohol. — 1987. — Vol. 48, №2. — P. 161-166.
30. Gould M.S., Shaffer D. The impact of suicide in television movies. Evidence of imitation // N. Engl. J. Med. — 1986. — Vol. 315, №11. — P. 690-694.
31. Wallack L., Breed W., Cruz J. Alcohol on prime-time television // J. Stud. Alcohol. — 1987. — Vol. 48, №1. — P. 33-38.
32. Sobell L.C., Sobell M.B., Riley D.M. et al. Effect of television programming and advertising on alcohol consumption in normal drinkers // J. Stud. Alcohol. — 1986. — Vol. 47, №4. — P. 333-340.
33. Minkler M., Wallack L., Madden P. Alcohol and cigarette advertising in Ms. magazine // J. Public. Health Policy. — 1987. — Vol. 8, №2. — P. 164-179.
34. Rootman I., Smart R.G. A comparison of alcohol, tobacco and drug use as determined from household and school surveys // Drug Alcohol Depend. — 1985. — Vol. 16, №2. — P. 89-94.
35. Смирнова Н.Л. Образ умного человека: российское исследование // Рос. менталитет: Вопросы психол. теории и практики. — М., 1997.
36. Знаков В.В. Правда и ложь в российском самосознании // Рос. менталитет. Вопр. психол. теории и практики. — М., 1987.
37. Розин В.М. Здоровье как философская и социально-психологическая проблема // Мир психологии. — М., Воронеж, 2000. — №1. — С.12-31
38. Какорина Е.П. Здоровье — основная жизненная ценность // Мир психологии. — М., Воронеж, 2000. — №1. — С. 75-82
39. Трезвость: иллюзии и реальность / Отв. ред. В.И. Тарасенко. — Киев: Наук. думка, 1991. — 192с.
40. Никитюк Б.А., Корнетов Н.А. Интегративная биомедицинская антропология. — Томск: Томск. университет, 1998. — 182 с.

#### PROPAGANDA OF HEALTH PROMOTION IN PREVENTIVE NARCOLOGY

SIDOROV P.V. Academician, RAMS. Professor, rector of North Medical University, Arkhangelsk

*In analytical —review paper the actual theoretical and methodological questions of health promotion and prophylactic of alcohol and drug addiction are discussed. The particular significance of tele-, radio- and press-informations are as a effective behaviour pathogenic or behaviour immunogenic factors in preventive narcology is emphasized. A different types of advertisement may be useful means in propaganda of health promotion. The advertisement informations must be in according to psychological and motivational characteristics of assimilating audience. It is take into account during preventive work with the peoples from high risk of addictive diseases groups. The Russian national alcoholic politica can lean upon international experience in health promotion and reclame brand with allow for medical-biological (ethnic, psychological, climatical) and social ( cultural, economical ets) particularities.*