



А. А. Лифинцева

**СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА
КАК ФАКТОР ПРЕОДОЛЕНИЯ НЕГАТИВНЫХ
ПОСЛЕДСТВИЙ СТРЕССА***

56

Осуществлен анализ моделей взаимосвязи социальной поддержки и стресса. Приводятся результаты зарубежных эмпирических исследований, доказывающие как очевидность, так и противоречивость «стресс-буферной» модели и модели «главного эффекта». Представлена типология факторов, детерминирующих реализацию социальной поддержкой функций сохранения и укрепления здоровья.

This article describes the models of relation between social support and stress. The author quotes the results of international empirical research emphasising the obvious and contradictory nature of the "stress-buffering" and "main effect" models. The article offers a typology of factors of determining the implementation of healthcare functions of social support.

Ключевые слова: социальная поддержка, стресс, «стресс-буферная» модель, модель «главного эффекта».

Key words: social support, stress, «stress-buffering» model, «main effect» model.

Психологические и социальные факторы могут влиять на появление у человека разнообразных физических и соматических симптомов, а также нарушений в психосоматическом здоровье независимо от их этиологии и того факта, являются они медицински объяснимыми или нет [4]. Среди микросоциальных факторов риска нарушений психосоматического здоровья человека в контексте социальных сетей ведущая роль принадлежит социальной интеграции и социальной поддержке человека. Социальная поддержка рассматривается нами как любой ресурс, предоставляемый человеку членами его социальной сети. Таким образом, к ресурсам социальной поддержки можно отнести невербальные средства, информацию, совет, материальную помощь, любые действия, т.е. все то, что имеет позитивный эмоциональный или поведенческий эффекты для человека — реципиента поддержки.

Теоретические модели, описывающие проблемы влияния социальной поддержки на проживание и переживание человеком стрессовых ситуаций и их взаимосвязи с уровнем его здоровья, появились в медико-психологической науке еще в 1980-е гг. Условно их можно разделить на две большие группы моделей:

1. Модель «главного эффекта» ("main effect" model) и «стресс-буферная» модель ("stress-buffering" model) [3].

* Исследование выполнено при финансовой поддержке Совета по грантам Президента Российской Федерации для государственной поддержки молодых российских ученых — кандидатов наук МК-172.2012.6 «Микросоциальные факторы психосоматического здоровья детей и подростков».



2. Модели взаимосвязи социальной поддержки, стресса и дистресса: модель мобилизации эффективной поддержки, модель предотвращения стресса, модель потери поддержки, модель буферного эффекта нелинейного стресса, модель поиска и селекции поддержки, модель дополнения и реципрокная модель [1].

Наша задача – на основе теоретико-методологического анализа модели «главного эффекта» и «стресс-буферной» модели выделить факторы, позволяющие социальной поддержке выполнять функцию обеспечения адекватного психического, физического и социального функционирования человека.

В 1985 г. С. Коуэн и Т. Вилс предложили так называемую «стресс-буферную» модель социальной поддержки, предполагающую, что последняя выполняет роль «буфера» и снижает негативные и патогенные последствия стресса для человека. Социальная поддержка имеет огромное значение прежде всего в отношениях между стрессовыми ситуациями и реакциями человека на них, предоставляя тем самым ему условия для формирования и развития эффективных («менее затратных», «благоприятных» и т.п.) ответов на различные стрессоры внешней и внутренней среды или обеспечивая его ресурсами для решения проблем [2]. Рисунок наглядно отражает «стресс-буферную» модель социальной поддержки.

57

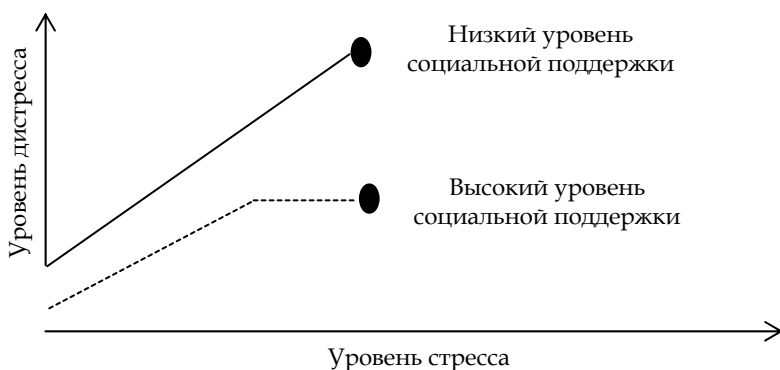


Рис. «Стресс-буферная» модель социальной поддержки

Как видно из рисунка, данная модель имеет слабые стороны. При низком уровне стресса она не позволяет обнаружить различия в степени влияния уровня социальной поддержки на проявления дистресса у человека. В то же время при высоком уровне стресса, согласно данной модели, слабая социальная поддержка определяет высокую степень дистресса. Кроме того, данная модель не позволяет учесть, что буферный эффект социальной поддержки проявляется не только в ситуации острого стресса, но и при длительном, хроническом стрессовом воздействии [3].

Социальная поддержка, являясь «буфером», снижает патологические следствия стрессовых событий человека с помощью таких механизмов, как «переоценка стресса» (stressreappraisal), предоставление большего диапазона решений проблемы, уменьшение значимости стрес-



сора и поддержка здорового образа жизни. К. Вортмен кроме вышеперечисленных механизмов предлагает рассматривать следующие:

- влияние социальной поддержки на возникновение стрессовых ситуаций;
- развитие поведения в отношении здоровья;
- защита людей с адекватным уровнем поддержки от вредного воздействия стрессовых событий;
- оказание влияния на оценку стрессовых событий;
- усиление копинг-стратегий за счет предоставления копинг-механизмов и доступа к информации;
- усиление мотивации вовлечения в адаптивное поведение;
- повышение самооценки получающего поддержку, его уверенности в себе и автономии;
- изменение настроения людей и поддержка определенного уровня их эмоционального возбуждения [11].

Представляется, что механизмы редукации стрессовых переживаний с помощью социальной поддержки условно можно разделить на ситуационные (непосредственно влияющие на возникновение стрессовых ситуаций), поведенческие (связанные с изменением поведения человека в стрессовой ситуации) и личностные (связанные с интрапсихическими изменениями человека в стрессовой ситуации). Кроме того, данный список, на наш взгляд, можно значительно расширить, добавив в него такие механизмы, как усиление личностного контроля над стрессовыми событиями, отреагирование негативных эмоциональных переживаний, усиление процесса осознания собственных ресурсов совладания и разрушение патологических паттернов неадаптивного поведения.

Модель «главного эффекта» социальной поддержки, предложенная также С. Коузном и Т. Вилсом, в отличие от «буферной» модели не предполагает никакого существенного влияния взаимодействия между стрессом и социальной поддержкой на уровень симптоматики или дистресса у человека. Основная идея главного (прямого) эффекта социальной поддержки состоит в том, что социальные ресурсы приносят человеку положительный эффект вне зависимости от того, находится он в состоянии стресса или нет. Иными словами, эффект социальной поддержки обеспечивается регулярным позитивным социальным опытом человека и количеством «стабильных» ролей, которые он занимает в обществе [1; 3; 5; 9].

Доказательность указанной модели обнаруживается при оценке интеграции человека в социальной сети. Даже без участия основных средств борьбы со стрессовыми событиями (например, копинг-стратегий и др.) социальная интеграция позитивно влияет на благополучие человека, обеспечивая ему чувство безопасности. Таким образом, модель «главного эффекта» позволяет нам прийти к выводу, что люди, имеющие высокий уровень социальной поддержки, будут испытывать гораздо меньше проблем с психосоматическим здоровьем независимо от воздействия стрессоров, нежели те, кто сталкивается с трудностями в восприятии и принятии социальной поддержки.

Существует множество эмпирических исследований, результаты которых доказывают как состоятельность, так и некоторую противоре-



чивость анализируемых нами моделей. В пользу «стресс-буферной» модели и модели «главного эффекта» свидетельствует работа Д. Маккея и его коллег, которые обнаружили, что у женщин, сталкивающихся в своей жизни с большим количеством стрессовых событий и имеющих низкий уровень социальной поддержки, более чем в 1,8 раза возрастает риск развития различных хронических соматических заболеваний [7]. Схожие результаты были получены и в работах П. Тойтса, обнаружившего, что высокий уровень полученной человеком эмоциональной поддержки взаимосвязан с качеством его здоровья (как психического, так и физического) [9]. Очевидность «стресс-буферной» модели подтверждается также исследованиями К. Купмана, К. Херменсона, С. Даймонда и других, показавшими, что частота рецидивов и прогрессирующий характер заболевания раком молочной железы у женщин обратно пропорциональны количеству людей в их социальной сети и прямо пропорциональны количеству стрессовых событий и негативных эмоциональных состояний [6]. В то же время исследования М. Тийджуса, Х. Флепа, М. Фотца и П. Гронвегена не выявили буферного эффекта социальной поддержки, т.е. обнаружили, что улучшение здоровья и ремиссия патологии в стрессовых ситуациях с ней не связаны [10]. Исследования под руководством Н. Мулии (США) также показали, что социальная поддержка не является буфером стрессовых воздействий, так как не снижает степень алкоголизации женщин с низким материальным статусом [8].

На наш взгляд, противоречия в результатах экспериментов зарубежных ученых могут быть обусловлены несколькими причинами. Во-первых, существует серьезный дефицит надежного и валидного диагностического инструментария, который позволил бы оценить не только уровень социальной поддержки, но и ее тип (вид) и источники. Во-вторых, причиной расхождений в результатах могут быть неучтенные факторы, тогда как достоверное исследование социальной поддержки возможно при одновременном связанном анализе множества факторов, определяющих ее эффективность. И наконец, в данной области отсутствуют лонгитюдные исследования, в то время как социальная поддержка как любой динамический процесс должна быть подвергнута изучению на протяжении минимум трех-четырёх лет.

Столь полярные эмпирические результаты исследований взаимодействия социальной поддержки и стресса привели нас к необходимости выделить и классифицировать специфические факторы, учет которых позволит социальной поддержке выполнять позитивные функции в контексте сохранения и укрепления психосоматического здоровья человека.

К первой группе факторов мы относим *источники социальной поддержки*. Например, известно, что в ситуации воздействия школьных стрессоров социальная поддержка, полученная ребенком от родителей и учителей, эффективнее выполняет позитивную функцию для его здоровья, нежели та поддержка, которая предоставлена ему близкими друзьями.

Типы (виды) социальной поддержки составляют вторую группу факторов. Ключевая роль здесь принадлежит контексту ситуации, в которой предоставляется социальная поддержка (например, является стрессовая



ситуация угрожающей жизни или нет), и ее «стоимости» для человека. Так, предоставление заботы, демонстрация родными и значимыми близкими чувств любви, симпатии и привязанности (эмоциональная поддержка) человеку, имеющему различные нарушения в психосоматическом здоровье, чаще всего приводят к оптимизации его социально-психологического функционирования и снижению интенсивности его негативных эмоциональных переживаний. Наряду с этим оказание той же группой людей информационной поддержки больному, вполне возможно, не будет иметь столь значимого эффекта.

В третью группу факторов нами включены *формы поддерживающего поведения*, т.е. определенные действия членов социальной сети, связанные, по их мнению, с оказанием социальной поддержки другому человеку. К подобным формам поведения мы относим присутствие рядом с человеком, внимание к его переживаниям, выполнение простых помогающих действий, вербальное и невербальное выражение чувств любви, уважения и симпатии, демонстрацию верности, лояльности и честности, предоставление возможности высказаться, советы и рекомендации, практическую помощь и т.п.

Четвертая группа факторов включает *личностные характеристики* как продуцента, так и реципиента социальной поддержки. Можно предположить, что такие личностные особенности реципиента, как экстернальный локус контроля, перфекционизм, враждебность и низкая самооценочность препятствуют восприятию и принятию социальной поддержки и тем самым нивелируют ее эффективность. В то же время наличие у продуцента высокого уровня развития общительности, коммуникабельности и эмпатийности позволяет ему оказывать социальную поддержку нуждающемуся в ней человеку и редуцировать у него последствия стрессовых воздействий

Вышеприведенная классификация факторов значительно углубляет понимание роли социальной поддержки в сохранении и укреплении здоровья человека, облегчает их учет при определении мишеней и стратегий психотерапии людей с нарушениями здоровья, а также при организации психопрофилактических мероприятий в образовательных учреждениях и учреждениях здравоохранения.

Список литературы

1. Barrera M. Distinctions between social support concepts, measures and models // American Journal of community psychology. 1986. №14 (4). P. 413 – 445.
2. Cohen S., Underwood L.G., Gottlieb B.H. Social support measurement and intervention. N.Y., 2000.
3. Cohen S., Wills T.A. Stress, social support, and buffering hypothesis // Psychol. Bull. 1985. №98 (2). P. 310 – 357.
4. Dowrick C., May C., Richardson M., Bundred P. The biopsychosocial model of general practice: rhetoric correality? // Br. J. Gen. Pract. 1986. №46. P. 105 – 107.
5. House J.S., Umberson D., Landis K.R. Structure and processes of social support // Annual Review of sociology. 1988. №14. P. 193 – 218.
6. Koopman C., Hermanson K., Diamond S., Angell K., Spiegel D. Social support, life stress, pain and emotional adjustment to advanced breast cancer // Psycho-Oncology. 1998. №7. P. 101 – 111.



7. McKay D.A., Blake R.L., Colwill J.M. et al. Social support and Stress as Predictors of illness // *Journal of Family Practice*. 1985. June. 20(6). P. 575–581.
8. Mulia N., Schmidt L., Bond J., Jacobs L., Korcha R. Stress, social support and problem drinking among women in poverty // *Addiction*. 2008. №103 (8). P. 1283–1293.
9. Thoits P.A. Stress, Coping and Social Support Processes: Where Are We? What Next? // *Journal of Health and Social Behavior*. 1995. 22. P. 53–79.
10. Tjshuis M.A., Flap H.D., Foets M., Groenewegen M. Social support and stressful events in two dimensions: life events and illness as an event // *Soc. Sci. Med*. 1995. Vol. 40. №11. P. 1513–1526.
11. Wortman C.B. Social support and the cancer patient: conceptual and methodological issues // *Supplement to Cancer*. 1984. №53. P. 2339–2360.

Об авторе

Алла Александровна Лифинцева – канд. психол. наук, доц., Балтийский федеральный университет им. И. Канта, Калининград.
E-mail: ALifintseva@kantiana.ru

About author

Dr Alla Lifintseva, Associate Professor, I. Kant Baltic Federal University, Kaliningrad.
E-mail: ALifintseva@kantiana.ru