

Осознаваемые и неосознаваемые ценности и решение дилемм, связанных со здоровьем

Г.А. Арина, М.А. Иосифян, В.В. Николаева
МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия

Поступила 9 октября 2018/ Принята к публикации: 28 октября 2018

Explicit and implicit values are associated with decision-making in dilemmas related to health

Galina A. Arina, Marina A. Iosifyan*, Valentina V. Nikolaeva
Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia
* Corresponding author E-mail: marina.iosifyan@gmail.com

Received October 9, 2018 / Accepted for publication: October 28, 2018

Актуальность. Исследование имплицитных процессов в современной психологии здоровья является одним из ключей к решению проблемы разрыва между намерением и действием. При этом, по сравнению с имплицитными эмоциональными и когнитивными процессами, ценностно-мотивационные процессы изучены меньше всего. В настоящее время не вполне ясно, как имплицитные (неосознаваемые) ценности соотносятся с эксплицитными (осознаваемыми), и как они связаны с принятием решений о здоровье.

Цель. Данное исследование посвящено тому, как осознаваемые и неосознаваемые ценности, а также их согласованность между собой, связаны с принятием решений в дилеммах, касающихся здоровья. Дилеммы были сформулированы как ситуации, в которых необходимо принять решение с целью избежать потерь, связанных либо со здоровьем, либо с другими ценностями. Также в дилеммах варьировался уровень потенциальных потерь (высокие и низкие), связанных со здоровьем и другими ценностями.

Описание хода исследования. Респонденты выполняли опросник ценностных ориентаций Шварца, имплицитные ассоциативные тесты, а также решали три вида задач с дилеммами («здоровье-альтруизм», «здоровье-самостоятельность» и «здоровье-достижения»).

Результаты исследования. Имплицитные ценности достижений, доброты и самостоятельности связаны с принятием решений в ущерб здоровью в дилеммах с низкими потенциальными потерями. В то время как те же эксплицитные ценности связаны с принятием решений в ущерб здоровью в дилеммах с высокими потенциальными потерями. Также было показано, что высокая согласованность между эксплицитными и имплицитными ценностями связана с принятием решений в пользу здоровья. Наконец, было обнаружено, что имплицитные и эксплицитные ценности независимы друг от друга и по-разному связаны с решением дилемм, касающихся здоровья.

Выводы. Исследование показало, что эксплицитные и имплицитные ценности, а также их согласованность, связаны с принятием решений в ситуациях, связанных со здоровьем.

Ключевые слова: мотивация, ценности, имплицитные процессы, здоровье, принятие решений.

Background. Individuals who aim at changing their health behaviour do not always handle the issue immediately. This discrepancy is usually referred to as the intention behaviour gap. Implicit processes are one of the factors which mediate between intention and behaviour. Compared to cognitive and affective implicit processes, motivational implicit processes are given a very little account in the modern science. Currently it is not quite clear how implicit and explicit values are focused on within the health-related decision-making process.

Objective. The present study shows how implicit and explicit values and their congruency are focused on health-related decision-making process in dilemmas. The dilemmas were described as situations within which the subjects report on making a choice: either to avoid losses related to health, or to avoid losses related to other values. Choosing health, the participant avoids losses related to it, whereas they acquire losses related to other values, and vice versa.

Design. The participants participated in the Schwartz's Value Survey (measuring explicit values), Implicit Association Tests (measuring implicit values) and solve three types of dilemmas (health vs benevolence, health vs self-direction, health vs achievement).

Research Results The research shows that implicit and explicit values are not related to each other and are differently related to decision-making process in dilemmas. Namely, implicit values of achievement, benevolence and self-direction are related to decision-making in dilemmas with low potential losses. Many of these values turn to be significant to the participants, and some of the dilemmas are not solved in favour of health-related issues. Explicit values are related to decision-making process in dilemmas with high potential losses. Many of these values turn to be significant to the participants, and some of the dilemmas are not solved in favour of health-related issues. Finally, it was found that high correlation between explicit and implicit values is positively related to decision making in favor of health.

Conclusion. The research shows that explicit and implicit values are differently associated with health-related decision-making in the participants.

Keywords: motivation, values, implicit processes, health, decision-making.

Эмпирические исследования показывают, что поведение является самостоятельным фактором риска возникновения большинства заболеваний, имеющих хронический характер (Fisher et al., 2011; Khaw et al., 2008). Поведение – это обширный набор как стереотипных, импульсивных, так и сознательных, рефлексивных действий, которые могут нанести вред здоровью или обеспечивать его сохранение и поддержание (Ананьев, 1998; Никифоров, 2006; Matarazzo, 1984). Психология здоровья как междисципли-

никли еще в 1970–80-х годах (Becker, 1974; Rosenstock, 1974; Ajzen, 1991; Rogers, 1983). Эти традиционные модели включают рефлексивные, осознаваемые психические процессы и успешно предсказывают намерение изменить поведение по отношению к здоровью, но менее успешны в предсказании реальных действий, которые в действительности предпринимает человек (Sheeran, Harris & Epton, 2014). Этот факт получил название проблемы разрыва между намерением и действием (Рассказова, Иванова, 2015; Sheeran, 2002).

связанных со здоровьем (Sheeran et al., 2016). ИмPLICITНЫЕ процессы традиционно делятся на ценностно-мотивационные (чего я хочу?), эмоциональные (что я чувствую?) и когнитивные (что я думаю?) (Hilgard, 1980).

В данной работе изучается связь между имPLICITными мотивационными процессами и принятием решений, связанных со здоровьем. Мотивы, которые регулируют поведение по отношению к здоровью не всегда осознаны. Известно, что имPLICITная мотивация, связанная со спортом и питанием, оказывает влияние на такое поведение. Paries и коллеги обнаружили, что имPLICITное стремление ограничить питание связано с выбором здоровой пищи, в то время, как стремление получить от него удовольствие связано с выбором вредной пищи (Paries et al., 2007). ИмPLICITная мотивация оказывает влияние и на физическую активность – поощрение имPLICITной мотивации прикладывать усилия приводит к более длительным занятиям спортом (Sheeran, 2011).

Несмотря на то, что исследования имPLICITной мотивации и ее связи с поведением по отношению к здоровью активно развиваются, в настоящее время не вполне ясно, как именно имPLICITная мотивация соотносится с эксплицитной. Некоторые исследователи предполагают, что имPLICITная и эксплицитная мотивация – независимые друг от друга системы, так как первая является автоматической, а вторая – рефлексивной (Weinberger & McClelland, 1990). Чтобы решить этот вопрос, следует ориентироваться на результаты эмпирических исследований.

Метаанализ Spangler показал, что существует статистически значимая низкая корреляция (0,088) между имPLICITной и эксплицитной мотивацией достижений (Spangler 1992). Это может свидетельствовать об отсутствии связи между переменными (Cyders, Coskupinar, 2011). В недавно проведенный мета-анализ были включены данные не только о мотивации достижения (стремление достичь личного успеха и социальное признание), но также и о аффилиативной мотивации (стремление взаимодействовать с другими людьми) и о мотивации власти (стремление оказывать влия-

Несмотря на то, что исследования имPLICITной мотивации и ее связи с поведением по отношению к здоровью активно развиваются, в настоящее время не вполне ясно, как именно имPLICITная мотивация соотносится с эксплицитной

нарная область науки и практики пытаются объяснить особенности поведения, связанного со здоровьем. Первые теоретические модели такого поведения воз-

Чтобы преодолеть ее, исследователи стремятся изучить влияние неосознаваемых, имPLICITных процессов на поведенческие стереотипы и принятие решений,



Галина Александровна Арина – старший преподаватель кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова
E-mail: g.a.arina@yandex.ru
<https://istina.msu.ru/profile/ArinaGA/>



Марина Александровна Иосифян – кандидат психологических наук, научный сотрудник кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова
E-mail: marina.iosifyan@gmail.com
https://istina.msu.ru/profile/Marina_losifyan/



Валентина Васильевна Николаева – доктор психологических наук, профессор кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова
E-mail: knpp@psy.msu.ru
<http://www.psy.msu.ru/people/nikolaeva.html>

ние на других людей (Köllner, Schultheiss, 2014). Было показано, что корреляция между обозначенными имплицитными и эксплицитными ценностями значима, но низкая (0,130). Более того, оказалось, что осознаваемые и неосознаваемые формы социально одобряемых мотивов (достижений и аффилиации) согласованы между собой больше (0,139 и 0,116 соответственно), чем осознаваемая и неосознаваемая мотивации власти (0,038).

Таким образом, эмпирические исследования имплицитных и эксплицитных мотивационных процессов ограничиваются рассмотрением мотивации достижений, власти и аффилиации. Соотношение же этих процессов мало исследовано. В частности, крайне мало изучено соотношение эксплицитных и имплицитных ценностей в качестве мотивационных процессов. Исследователи определяют ценности как мотивационные конструкты, а именно, как глубинную абстрактную мотивацию, не связанную с конкретной ситуацией, способную выражаться в когнитивном и эмоциональном отношении, а также регулировать поведение человека (Rokeach, 1973; Schwartz, 1992). Одной из наиболее распространенных и эмпирически подкрепленных теорий ценностей является теория Шварца (Schwartz, 1992). Эта теория распределяет ценности по четырем группам: открытость изменениям (стимуляция или захватывающая, активная жизнь, самостоятельность или творчество и свобода), самовозвышение (гедонизм или удовольствия, достижение или амбиции и успех, власть или авторитет и богатство), консерватизм (конформность или подчинение, традиции или сдержанность и преданность) и самотрансцендентность (универсализм или социальная справедливость и равенство, доброта или готовность оказывать помощь). Здоровье в этой модели ценностей относится к группе ценностей безопасности. Все эти ценности образуют определенную структуру, которую можно изобразить в виде окружности. По диагонали расположены антагонистичные друг другу ценности (например, открытость изменениям и консерватизм).

В рамках теории Шварца ценности измеряются с помощью методики самоотчета (например, с помощью опросника ценностей ориентаций Шварца

(Schwartz, 2003). Таким образом, предполагается, что ценности являются осознаваемыми и рефлексивными, их можно измерить эксплицитно. Однако, также как и мотивы, ценности могут быть и неосознаваемыми. Такие ценности измеряют с помощью не прямых, спонтанных суждений (например, имплицитного теста ассоциаций (Greenwald et al., 1998).

Ценности являются объектом изучения на протяжении многих десятилетий, однако существует дефицит эмпирических исследований того, как осознаваемые и неосознаваемые ценности влияют на поведение человека (Maio, 2016). В соответствии с моделями двойных рефлексивных-импульсивных процессов (Strack,

Операциональная модель процесса принятия решений реализуется в задачах-дилеммах, когда необходимо сделать выбор между двумя ценностными альтернативами. Одна из альтернатив связана с сохранением здоровья, но потерями в других ценностных областях. Другая альтернатива связана с потерей здоровья, но выигрышем в других ценностных областях.

Deutsch, 2004) можно предположить, что имплицитные ценности связаны с принятием импульсивных, быстрых решений, в то время как эксплицитные ценности связаны с принятием рефлексивных, обдуманных решений (Bardi, Schwartz, 2003). Однако остается не ясно не только то, как эксплицитные и имплицитные ценности соотносятся с принятием решений, связанных со здоровьем, но и то, как они согласуются между собой.

Ход исследования

В данном исследовании рассматривались следующие вопросы:

- 1) Как эксплицитные и имплицитные ценности соотносятся с принятием решений, касающихся здоровья?
- 2) Коррелируют ли эксплицитные и имплицитные ценности между собой?
- 3) Как согласованность эксплицитных и имплицитных ценностей связана с принятием решений, касающихся здоровья?

Операциональная модель процесса принятия решений реализуется в задачах-дилеммах, когда необходимо сделать выбор между двумя ценностными альтернативами. Одна из альтернатив связана с сохранением здоровья, но потерями

в других ценностных областях. Другая альтернатива связана с потерей здоровья, но выигрышем в других ценностных областях.

Основываясь на выше рассмотренных теоретических и эмпирических фактах, нами были выдвинуты следующие гипотезы:

- 1) Эксплицитные и имплицитные ценности связаны с решением ценностных дилемм, имеющих отношение к здоровью;
- 2) Эксплицитная ценность безопасности и имплицитная ценность здоровья позитивно связаны с решением дилемм в пользу здоровья и в ущерб другим ценностям и, наоборот;

3) Связь между эксплицитной и имплицитной формами ценностей зависит от типа этих ценностей;

4) Согласованность между эксплицитными и имплицитными ценностями связана с решением ценностных дилемм.

В исследовании приняли участие 46 человек от 19 до 22 лет ($M = 20,65$, $SE = 0,87$, 11 мужчин). Исследование проводилось в соответствии с нормативами Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации. Все участники дали добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

В исследовании были использованы следующие методики: опросник ценностей ориентаций Шварца (Schwartz, 1994), имплицитные ассоциативные тесты (Greenwald et al., 1998), три вида задач с дилеммами («здоровье-альтруизм», «здоровье-самостоятельность» и «здоровье-достижения»). Дилеммы были сформулированы как ситуации, в которых необходимо принять решение с целью избежать потерь, связанных либо со здоровьем, либо с другими ценностями. Также в дилеммах варьировался уровень потенциальных потерь (высокие и низкие), связанных со здоровьем и другими ценностями.

Респонденты выполняли четыре теста имплицитных ассоциаций, измерявшие

ценности здоровья, самостоятельности, доброты и достижений, заполняли опросник ценностных ориентаций Шварца и принимали участие в решении шести ситуационных дилемм, связанных со здоровьем. Порядок выполнения методик варьировался, чтобы исключить влияние одной методики на другую.

ИмPLICITНЫЙ ассоциативный тест был сконструирован для данного исследования так, чтобы измерять имPLICITные ценности здоровья, достижений, безопасности и самостоятельности. Было создано четыре имPLICITных теста. В каждый тест включены три категории стимулов: «Я» (мой, меня, моя, наше, мы), «Другие» (он, их, она, им, его) и слова, связанные с ценностями – «Достижения»: амбициозность, трудолюбие, успех, целеустремленный, влиятельный; «Здоровье»: профилактика, обследование, бодрость, спортивный, сильный; «Самостоятельность»: интерес, свобода, творчество, самостоятельность, изобретательность; «Альтруизм»: доброта, помощь, прощение, заботливый, преданный. Слова, подходящие к ценностям, были отобраны на основе опросника ценностных ориентаций Шварца (Schwartz, 1994). Категории «Я» и «Другие» присутствовали во всех четырех тестах. Категория, связанная с ценностью, менялась от теста к тесту. Так, имPLICITный тест, измерявший ценность здоровья, включал категории «Я», «Другие» и «Здоровье». Задача респондента состояла в том, чтобы распределять слова, в случайном порядке появляющиеся на экране компьютера, по трем категориям как можно быстрее, не задумываясь. Результат данного теста – это время реакции, подсчитанное по формуле D-значения (Greenwald et al., 2003). Чем выше это значение, тем больше человек неосознанно ассоциирует с собой ценность, и тем она важнее для него/нее.

ЭКСПЛИЦИТНЫЕ ценности измерялись с помощью опросника ценностных ориентаций Шварца (Schwartz, 1994). Опросник включает 57 пунктов, которые необходимо оценить с помощью цифр от -1 (это противоположно принципам, которым Вы следуете) до 7 (исключительно важная в качестве руководящего принципа Вашей жизни ценность). Опросник позволяет выделить 10 типов ценностей, среди которых присутствуют ценности безопасности (включает здоровье), са-

мостоятельности, достижения и доброты. Результаты опросника обрабатывались в соответствии с инструкциями автора опросника (Schwartz, 2009). Были подсчитаны средние значения ценностей, затем они были центрированы относительно показателя MRAT (среднее значение по всем пунктам опросника). Чем выше полученные значения, тем важнее ценность для человека.

Согласованность между ЭКСПЛИЦИТными и ИМПЛИЦИТными ценностями подсчитывалась следующим образом. Был подсчитан коэффициент согласованности между ЭКСПЛИЦИТными и ИМПЛИЦИТными ценностями для каждого респондента. Коэффициент представлял собой корреляцию между 4 ЭКСПЛИЦИТными и 4 ИМПЛИЦИТными ценностями для одного человека.

Дилеммы, связанные со здоровьем, были разработаны авторами статьи специально для данного исследования. Всего было разработано шесть дилемм, которые отличаются в зависимости от содержания («здоровье-альтруизм», «здоровье-достижения», «здоровье-самостоятельность»), а также в зависимости от степени потенциальных потерь (с относительно низкими негативными потерями при выборе одного из вариантов и с явно негативными потерями).

Дилеммы были оценены 10-ю экспертами-психологами. Экспертов просили ответить на вопрос: присутствует ли в описанной ситуации дилемма (да или нет), если да, то между чем и чем (свободная форма ответа)? Экспертов также просили оценить интенсивность этой дилеммы по шкале от 1 (очень слабая) до 5 (очень сильная). В результате были созданы шесть дилемм. Ниже приведен пример дилеммы «здоровье-самостоятельность» с высокими потенциальными потерями:

Человек испытывает симптомы серьезного заболевания: головную боль, обмороки, боль в сердце. После медицинского обследования, врач прописал ему лечение. Однако у этого лечения есть побочный эффект – оно ухудшает память, внимание и мышление. Это полностью лишает человека возможности придумать что-то новое, быть изобретательным и поступать по-своему. Человек может согласиться на лечение (вариант А), а мо-

жет отказаться от него (вариант Б). Что бы Вы выбрали на его месте?

Решать эти ситуации необходимо с помощью шкалы от 1 до 5 (где 1 – точно А, 2 – скорее А, 3 – не знаю, 4 – скорее Б, 5 – точно Б).

Результаты

Особенности решения дилемм, связанных со здоровьем

Был проведен анализ особенностей решения шести дилемм, связанных со здоровьем. В частности, было проанализировано, одинаково ли решаются дилеммы с разными уровнями потерь (низкие и высокие потенциальные потери). Решения дилемм с низкими потерями значимо отличались от решений дилемм с высокими потерями ($Z = -2.294$, $p = .022$). В дилеммах с относительно негативными потерями участники стремились сделать выбор в сторону здоровья, а не альтернативных ему ценностей: самостоятельность, достижения, доброта ($M = 9$, $SD = 2.64$). В дилеммах с высокими потерями участники в меньшей степени стремились сделать выбор в сторону здоровья ($M = 8.28$, $SD = 2.17$). Таким образом, в дилеммах с низкими потерями участники легче делали выбор в пользу здоровья, в то время как в дилеммах с высокими потерями они предпочитали жертвовать здоровьем ради других ценностей.

Далее было проведено сравнение принятых решений в зависимости от содержания дилемм. Участники делали выбор в пользу здоровья в дилеммах «здоровье-достижения» чаще, чем в дилеммах «здоровье-альтруизм» и «здоровье-самостоятельность». Подобный результат наблюдался при решении как дилемм с относительно негативными потерями, так и дилемм с крайне негативными потерями (см. рисунок 1а и 1б).

Связь между ЭКСПЛИЦИТными и ИМПЛИЦИТными ценностями и решением дилемм

Были проверены гипотезы о связи ЭКСПЛИЦИТных и ИМПЛИЦИТных ценностей, а также их согласованности с решением дилемм. Для этого были созданы две регрессионные модели. Первая регрессионная модель показала, как ЭКСПЛИЦИТ-

ные и имплицитные ценности (независимые переменные) связаны с решением дилемм с низкими потенциальными потерями (зависимая переменная). Пол и возраст были включены в модель, чтобы проконтролировать их возможную связь с зависимой переменной. Данная регрессионная модель объяснила 18% вариативности зависимой переменной (см. табл. 1). По результатам проверки этой модели только имплицитные ценности достижений, доброты и самостоятельности были значимо связаны с решением дилемм. Чем важнее были имплицитные ценности достижений, доброты и самостоятельности, тем чаще дилеммы решались в их пользу и в ущерб здоровью. Эксплицитные ценности, а также пол и возраст не были значимо связаны с решением дилемм. Согласованность между эксплицитными и имплицитными ценностями оказалось значимо позитивно связана с решением дилемм в пользу здоровья. То есть, чем больше осознаваемые ценности согласуются с неосознаваемыми, тем чаще дилеммы решаются в пользу здоровья.

Вторая регрессионная модель проверяла гипотезу о том, как эксплицитные и имплицитные ценности (независимые переменные) связаны с решением дилемм с высокими потенциальными потерями (зависимая переменная). Пол и возраст также были включены в модель. Данная модель объяснила 19% вариативности зависимой переменной (см. табл. 2). По результатам модели, только эксплицитные ценности достижений, доброты и самостоятельности были значимо связаны с решением дилемм. Чем важнее были эти эксплицитные ценности, тем чаще дилеммы решались в их пользу и в ущерб здоровью. Согласованность эксплицитных и имплицитных ценностей также была положительно связана с решением дилемм в пользу здоровья. Имплицитные ценности, а также пол и возраст не были значимо связаны с решением дилемм.

Связь между имплицитными и эксплицитными ценностями

Была проверена гипотеза о связи между эксплицитными и имплицитными ценностями. Имплицитная и эксплицитная ценности альтруизма ($r = .019$,

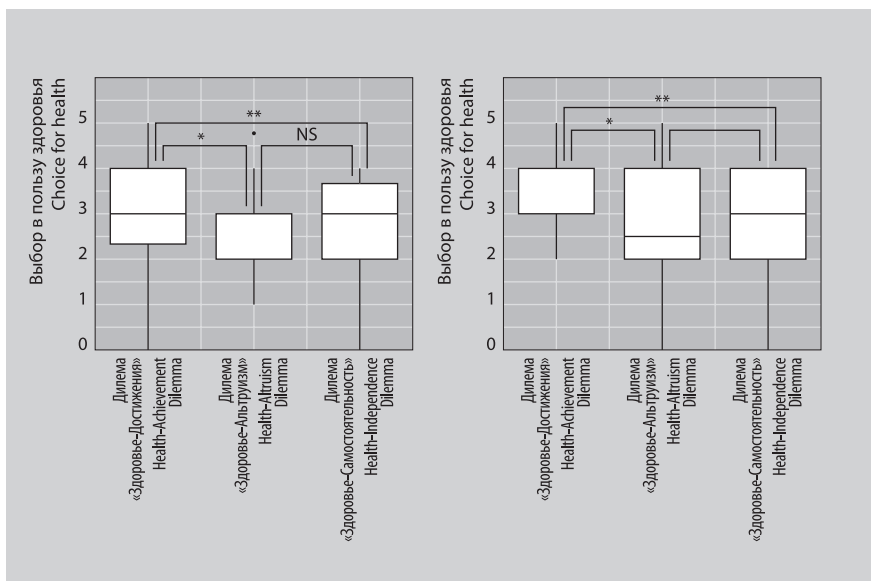


Рисунок 1а. Дилеммы с высокими потерями (указаны медиана и стандартная ошибка). * $Z = -2.821, p = .005$; ** $Z = -2.578, p = .010$; NS различия не значимы.

Fig 1a. High loss dilemmas (median and standard error are). * $Z = -2.821, p = .005$; ** $Z = -2.578, p = .010$; NS difference is insignificant.

Рисунок 1б. Дилеммы с низкими потерями (указаны медиана и стандартная ошибка). * $Z = -3.007, p = .003$; ** $Z = -3.570, p = .000$; NS различия не значимы.

Fig 1b. Low loss dilemmas (median and standard error are). * $Z = -3.007, p = .003$; ** $Z = -3.570, p = .000$; NS difference is insignificant.

Табл. 1. Регрессионная модель, объясняющая решения дилемм с низкими потенциальным потерями

Переменная	Estimate	SE	df	t-value	p-value
Пол и возраст					
Пол	0,237	0,29	49,29	0,802	0,426
Возраст	0,013	0,15	46,20	0,087	0,931
Имплицитные ценности					
Здоровье	0,129	0,39	27,77	0,335	0,740
Другие ценности	-0,731	0,34	50,99	-2,160	0,035
Эксплицитные ценности					
Безопасность	-0,222	0,21	15,13	-1,070	0,301
Другие ценности	-0,096	0,13	118,82	-0,738	0,462
Согласованность эксплицитных и имплицитных ценностей					
Согласованность	0,799	0,24	41,04	3,305	0,002

Примечание: Estimate – стандартная ошибка оценки, SE – стандартное отклонение, df – степени свободы.

Table 1. Regression model for solutions to low loss dilemmas

Variable	Estimate	SE	df	t-value	p-value
Sex and Age					
Sex	0.237	0.29	49.29	0.802	0.426
Age	0.013	0.15	46.20	0.087	0.931
Implicit Values					
Health	0.129	0.39	27.77	0.335	0.740
Other Values	-0.731	0.34	50.99	-2.160	0.035
Explicit values					
Safety	-0.222	0.21	15.13	-1.070	0.301
Other Values	-0.096	0.13	118.82	-0.738	0.462
Consistency of explicit and implicit values					
Consistency	0.799	0.24	41.04	3.305	0.002

NB. Estimate – standard error; SE – standard deviation; df – degree of freedom.

Для цитирования: Арина Г.А., Иосифян М.А., Николаева В.В. Осознаваемые и неосознаваемые ценности и решение дилемм, связанных со здоровьем // Национальный психологический журнал. – 2018. – № 4(32). – С. 77–85. doi: 10.11621/npj.2018.0407

For citation: Arina G.A., Iosifyan M.A., Nikolaeva V.V. (2018). Explicit and implicit values are associated with decision-making in dilemmas related to health. National Psychological Journal, [Natsionalnyy psikhologicheskii zhurnal], 4, 77–85. doi: 10.11621/npj.2018.0407

Табл. 2. Регрессионная модель, объясняющая решения дилемм с высокими потенциальными потерями

Переменная	Estimate	SE	df	t-value	p-value
Пол и возраст					
Пол	0,005	0,258	50,62	0,021	0,984
Возраст	-0,042	0,133	46,95	-0,319	0,751
ИмPLICITные ценности					
Здоровье	0,141	0,365	23,51	0,387	0,703
Другие ценности	-0,209	0,283	62,53	-0,739	0,463
Эксплицитные ценности					
Безопасность	-0,176	0,180	45,84	-0,975	0,335
Другие ценности	-0,247	0,109	114,31	-2,260	0,023
Согласованность эксплицитных и имPLICITных ценностей					
Согласованность	0,551	0,214	34,96	2,571	0,015

Примечание: Estimate – стандартная ошибка оценки, SE – стандартное отклонение, df – степени свободы.

Table 2. Regression model for solutions to high loss dilemmas

Variable	Estimate	SE	df	t-value	p-value
Sex and Age					
Sex	0.005	0.258	50.62	0.021	0.984
Age	-0.042	0.133	46.95	-0.319	0.751
Implicit Values					
Health	0.141	0.365	23.51	0.387	0.703
Other Values	-0.209	0.283	62.53	-0.739	0.463
Explicit values					
Safety	-0.176	0.180	45.84	-0.975	0.335
Other Values	-0.247	0.109	114.31	-2.260	0.023
Consistency of explicit and implicit values					
Consistency	0.551	0.214	34.96	2.571	0.015

NB. Estimate – standard error; SE – standard deviation; df – degree of freedom.

$p = .898$), достижений ($r = -.023$, $p = .881$) и безопасности (включая здоровье; $r = .021$, $p = .889$) не были связаны между собой. Однако связь эксплицитной и имPLICITной ценностей самостоятельности была близка к статистически значимой: $r = .278$, $p = .061$. Все вместе эксплицитные и имPLICITные ценности не были связаны друг с другом значимо ($r = .067$, $p = .369$).

Средний коэффициент согласованности эксплицитных и имPLICITных ценностей в выборке составил 0,133. Одновыборочный тест Вилкоксона показал, что он не отличался от нуля значимо ($Z = 1.64$, $p = .100$).

Обсуждение результатов

Связь между эксплицитными и имPLICITными ценностями и решением дилемм

Во-первых, исследование показало, что эксплицитные и имPLICITные ценности

по-разному связаны с принятием решений в задачах-дилеммах. Эксплицитные ценности достижений, доброты и самостоятельности связаны с решением дилемм с высокими потенциальными потерями в пользу этих ценностей и в ущерб здоровью. Таким же образом те же имPLICITные ценности связаны с решением задач-дилемм в случае низких потенциальных потерь. Возможно, этот факт объясняется тем, что решение дилемм, потенциальные потери в которых высоки, связано с обдумыванием и рефлексией, в то время как принятие решений в дилеммах, потенциальные потери в которых не высоки, происходит быстро и не требует длительных рассуждений. Рефлексивные и обдуманные решения традиционно связывают именно с эксплицитными процессами, а быстрые, нерелексивные решения связывают с имPLICITными процессами (Strack, Deutsch, 2004).

Во-вторых, было обнаружено, что согласованность осознаваемых и неосознаваемых ценностей также связана с реше-

нием дилемм. Высокая согласованность этих ценностей связана с выбором в пользу здоровья, а не антагонистичных ему ценностей (самостоятельности, достижений и доброты). Похожий результат уже был описан ранее. Baumann и коллеги показали, что несогласованность между имPLICITной и эксплицитной мотивацией достижений связана с низким уровнем субъективного благополучия и присутствием психосоматических симптомов (Baumann et al., 2005). Вероятно, согласованность осознаваемых и неосознаваемых ценностно-мотивационных процессов связана как с ситуативными, так и с личностными факторами. Первыми могут быть такие факторы, как наличие или отсутствие болезни или угрозы здоровью, ситуационные обстоятельства. Например, в ситуации болезни значимость ценности безопасности и здоровья может стать важнее, чем раньше, и это может произойти как на осознаваемом, так и на не осознаваемом уровне. Среди личностных факторов можно отметить уровень осознанности, который, как известно, связан с поведением полезным для здоровья (Gilbert, Waltz, 2010), а также уровень развития метакогнитивных процессов, связанный с тревогой о здоровье (Bailey, Wells, 2013). Будущие исследования могут изучить роль этих факторов в согласованности осознаваемых и неосознаваемых ценностей.

Еще одним важным результатом исследования является установление того факта, что имPLICITная ценность здоровья и эксплицитная ценность безопасности не связаны напрямую с решением дилемм. Лишь антагонистичные здоровью ценности альтруизма, достижений и самостоятельности оказались напрямую связаны с решением не в пользу здоровья. Таким образом, гипотеза о связи ценностей с решением дилемм была лишь частично подтверждена. Это важный результат, который свидетельствует о том, что не только ценности, связанные со здоровьем и безопасностью, могут играть роль в принятии решений о здоровье. Традиционно отмечалось влияние именно ценности здоровья на поведение, связанное со здоровьем (Smith, Wallston, 1992; Wallston et al., 1976). Проверились гипотезы о том, что высокий уровень значимости ценности здоровья свя-

зан с профилактическим поведением, в то время как низкий уровень значимости этой ценности – с рискованным поведением. Тот факт, что такие корреляции не были найдены, привел к снижению интереса психологов к ценностям здоровья и безопасности (Smith, Wallston, 1992). Данное исследование демонстрирует, что не только ценности здоровья и безопасности, но антагонистичные им ценности могут играть важную роль в принятии решений относительно здоровья. Таким образом, принятие решений в ущерб здоровью может свидетельствовать не столько о низкой важности здоровья как ценности, сколько о высокой важности антагонистичных здоровью ценностей.

Особенности решения дилемм, связанных со здоровьем

Исследование позволило выявить ряд особенностей в решении задач-дилемм, связанных со здоровьем. Участники были склонны принимать решения в ущерб здоровью ради альтруизма, и в меньшей степени – ради индивидуальных достижений. Это может быть связано с тем, что альтруизм является в большей степени социально одобряемым, чем индивидуальные достижения. Данный результат может означать, что люди в большей степени склонны принимать решения в ущерб здоровью ради социально одобряемых ценностей. Так, ранее было показано, что социальная желательность связана с вредным для здоровья поведением, например, чрезмерным употреблением алкоголя и рискованным вождением (Martin, Leary, 2001; Waldron, Krane, 2005). Исследование показало, что в ситуациях с низкими потенциальными потерями, когда проигрывши с обеих сторон невелики, люди легче делают выбор в пользу сохранения здоровья, а не антагонистичных ему ценностей. Однако, когда потенциальные проигры-

Исследование демонстрирует, что не только ценности здоровья и безопасности, но антагонистичные им ценности могут играть важную роль в принятии решений относительно здоровья. Таким образом, принятие решений в ущерб здоровью может свидетельствовать не столько о низкой важности здоровья как ценности, сколько о высокой важности антагонистичных здоровью ценностей

ши с обеих сторон велики они, наоборот, склонны к тому, чтобы жертвовать здоровьем ради других ценностей. Возможно, это связано с молодым возрастом наших испытуемых. Ряд исследований показал, что в молодом возрасте значимость ценностей сохранения (среди которых ценности безопасности и здоровья) невысока в отличие от значимости ценностей открытости изменениям, например, ценности риска-новизны и гедонизма (Cieciuch et al., 2015).

Связь между эксплицитными и имплицитными ценностями

Данная работа выявила связи между эксплицитными и имплицитными ценностями. Оказалось, что эксплицитные и имплицитные ценности практически не связаны друг с другом. Из четырех видов ценностей, которые изучались в данной работе, только эксплицитные и имплицитные ценности самостоятельности обнаружили тенденцию к статистической значимой связи. Этот результат противоречит описанному ранее, так как исследователи полагают, что в большей степени коррелируют между собой именно социально одобряемые ценности, например, доброта (Köllner, Schultheiss, 2014).

В целом, наши данные согласуются с ранее полученными результатами о низкой согласованности между эксплицитными и имплицитными мотивационными процессами (Kölner, Schultheiss, 2014; Spangler, 1992). В теоретическом смысле этот результат может свидетельствовать о том, что осознаваемые и неосознаваемые

ценности являются относительно независимыми друг от друга.

Выводы

1. Исследование показало, что эксплицитные и имплицитные ценности связаны с принятием решений в ситуациях, связанных со здоровьем. Эксплицитные ценности связаны с принятием решений в ситуациях с высокими потенциальными потерями. Имплицитные ценности связаны с выбором в ситуациях с низкими потенциальными потерями.
2. Принятие решений в ситуациях, касающихся здоровья, связано не столько с важностью ценностей здоровья и безопасности, сколько с ценностями самостоятельности, доброты и достижений.
3. Согласованность осознаваемых и неосознаваемых ценностей связана с решением дилемм в пользу здоровья как в случае высоких, так и в случае низких потенциальных потерь.
4. В ситуациях с высокими потенциальными потерями, молодые люди склонны жертвовать здоровьем, а не антагонистичными ему ценностями доброты, достижений и самостоятельности.
5. Имплицитные и эксплицитные ценности здоровья, доброты, достижений и самостоятельности относительно независимы друг от друга.

Авторы выражают благодарность Светлане Минаевой и Полине Андрауровой за сбор данных.

Литература:

- Ананьев В.А. Введение в психологию здоровья : учебное пособие. – Санкт-Петербург : СПбМАПО, 1998.
- Никифоров Г.С. Психология здоровья. – Санкт-Петербург : Питер, 2006.
- Рассказова Е.И., Иванова Т.Ю. Мотивационные модели поведения, связанного со здоровьем: проблема «разрыва» между намерением и действием // Психология. Журнал Высшей Школы Экономики. – 2015. – Т. 12. – № 1. – С. 105–130.
- Ajzen I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. doi: 10.1016/0749-5978(91)90020-T
- Bailey R., & Wells A. (2013). Does Metacognition Make a Unique Contribution to Health Anxiety When Controlling for Neuroticism, Illness Cognition, and Somatosensory Amplification? *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 27(4), 327–337. doi: 10.1891/0889-8391.27.4.327
- Bardi A., & Schwartz S. H. (2003). Values and Behavior: Strength and Structure of Relations. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(10), 1207–1220. doi: 10.1177/0146167203254602

Для цитирования: Арина Г.А., Иосифян М.А., Николаева В.В. Осознаваемые и неосознаваемые ценности и решение дилемм, связанных со здоровьем // Национальный психологический журнал. – 2018. – № 4(32). – С. 77–85. doi: 10.11621/npsj.2018.0407

For citation: Arina G.A., Iosifyan M.A., Nikolaeva V.V. (2018). Explicit and implicit values are associated with decision-making in dilemmas related to health. *National Psychological Journal*, [Natsional'nyy psikhologicheskii zhurnal], 4, 77–85. doi: 10.11621/npsj.2018.0407

ISSN 2079-6617 Print | 2309-9828 Online
© Lomonosov Moscow State University, 2018
© Russian Psychological Society, 2018

- Baumann N., Kaschel R., & Kuhl J. (2005). Striving for unwanted goals: stress-dependent discrepancies between explicit and implicit achievement motives reduce subjective well-being and increase psychosomatic symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(5), 781–799. doi: 10.1037/0022-3514.89.5.781
- Becker, M. H. (1974) The Health belief model and personal health behavior. C. B., Slack.
- Ciecuch J., Davidov E., & Algesheimer R. (2015). Development of value priorities in childhood: A longitudinal study. *Social Development*, 25(3), 503–527. doi: 10.1111/sode.12147
- Fisher E. B., Fitzgibbon M. L., Glasgow R. E., Haire-Joshu D., Hayman L. L., Kaplan R. M., ... & Ockene J. K. (2011). Behavior matters *American Journal of Preventive Medicine*, 40(5), 15–30. doi: 10.1016/j.amepre.2010.12.031
- Gilbert D., & Waltz J. (2010). Mindfulness and Health Behaviors. *Mindfulness*, 1(4), 227–234. doi: 10.1007/s12671-010-0032-3
- Greenwald A. G., McGhee D. E., & Schwartz J. L. (1998). Measuring individual differences in implicit cognition: the implicit association test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(6), 1464–1480. doi: 10.1037/0022-3514.74.6.1464
- Greenwald A. G., Nosek B. A., Banaji M. R. (2003). Understanding and using the implicit association test: I. An improved scoring algorithm. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 197–216. doi: 10.1037/0022-3514.85.2.197
- Hilgard E. R. (1980). The trilogy of the mind: Cognition, affection, and conation. *Journal of the History of Behavioral Sciences*, 16, 107–117. doi: 0.1002/1520-6696(198004)16:2<107::AID-JHBS2300160202>3.0.CO;2-Y
- Khaw K.-T., Wareham N., Bingham S., Welch A., Luben R., & Day N. (2008). Combined Impact of Health Behaviours and Mortality in Men and Women: The EPIC-Norfolk Prospective Population Study. *PLOS Medicine*, 5(1). doi: 10.1371/journal.pmed.0050012
- Köllner M.G., & Schultheiss O.C. (2014). Meta-analytic evidence of low convergence between implicit and explicit measures of the needs for achievement, affiliation, and power. *Frontiers in Psychology*, 5. doi: 10.3389/fpsyg.2014.00826
- Maio G. (2016), *The Psychology of Human Value*. NY, Psychology Press. doi: 10.4324/9781315622545
- Martin K.A., & Leary M.R. (2001). Self-presentational determinants of health risk behavior among college freshmen. *Psychology and Health*. 16, 17–27. doi: 10.1080/08870440108405487
- Matarazzo J. (1984). Behavioural immunogens and pathogens in health and illness. *Psychology and health*, 3, 9–43. doi: 10.1037/10082-001
- McClelland D. C. (1985). *Human motivation*. Glenview, Ill., Scott, Foresman & Co.
- Papies E., Stroebe W., & Aarts H. (2007). Pleasure in the mind: Restrained eating and spontaneous hedonic thoughts about food. *Journal of Experimental Social Psychology*, 43(5), 810–817. doi: 10.1016/j.jesp.2006.08.001
- Rogers R. W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In *Social Psychophysiology: A Sourcebook*. New York, Guilford.
- Rokeach M. (1973). *The nature of human values*. NY, Free Press.
- Rosenstock I. M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education & Behavior*, 2(4), 328–335.
- Schwartz S. H. (2009). Draft Users manual: proper use of the Schwarz Value Survey, version 14. Compiled by Romie F Littrell. Auckland, New Zealand, Centre for Cross Cultural Comparisons.
- Schwartz S. H. (1994). Are There Universal Aspects in the Structure and Contents of Human Values? *Journal of Social Issues*, 50(4), 19–45. doi: 10.1111/j.1540-4560.1994.tb01196.x
- Sheeran P. (2002). Intention—Behavior Relations: A Conceptual and Empirical Review. *European Review of Social Psychology*, 12(1), 1–36. doi: 10.1080/14792772143000003
- Sheeran P. (2011). More gym: The impact of priming endurance. Unpublished raw data. University of Sheffield, Sheffield, United Kingdom.
- Sheeran P., Bosch J. A., Crombez G., Hall P. A., Harris J. L., Papies E. K., & Wiers R. W. (2016). Implicit processes in health psychology: Diversity and promise. *Health Psychology*, 35(8), 761–766. doi: 10.1037/hea0000409
- Sheeran P., Harris P. R., & Epton T. (2014). Does heightening risk appraisals change people's intentions and behavior? A meta-analysis of experimental studies. *Psychological Bulletin*, 140(2), 511–543. doi: 10.1037/a0033065
- Smith C. P. (1992). *Motivation and personality: Handbook of thematic content analysis*. New York: Cambridge University Press. Crossref, Google Scholar. doi: 10.1017/CBO9780511527937
- Smith M. S., & Wallston K. A. (1992). How to measure the value of health. *Health Education Research*, 7(1), 129–135. doi: 10.1093/her/7.1.129
- Spangler W. D. (1992). Validity of questionnaire and TAT measures of need for achievement: Two meta-analyses. *Psychological Bulletin*, 112(1), 140–154. doi: 10.1037/0033-2909.112.1.140
- Strack F., & Deutsch R. (2004). Reflective and impulsive determinants of social behavior. *Personality and Social Psychology Review*, 8(3), 220–247. doi: 10.1207/s15327957pspr0803_1
- Waldron J.J., & Krane V. (2005). Whatever it Takes: Health Compromising Behaviors in Female Athletes. *Quest*, 57(3), 315–329. doi: 10.1080/00336297.2005.10491860
- Wallston K. A., Maides S., & Wallston B. S. (1976). Health-related information seeking as a function of health-related locus of control and health value. *Journal of Research in Personality*, 10(2), 215–222. doi: 10.1016/0092-6566(76)90074-X

References:

- Ajzen I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. doi: 10.1016/0749-5978(91)90020-T
- Ananiev V.A. (1998). *Introduction to Health Psychology: Study Guide*. SPb, SPbMAPO.
- Bailey R., & Wells A. (2013). Does Metacognition Make a Unique Contribution to Health Anxiety When Controlling for Neuroticism, Illness Cognition, and Somatosensory Amplification? *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 27(4), 327–337. doi: 10.1891/0889-8391.27.4.327

- Bardi A., & Schwartz S. H. (2003). Values and Behavior: Strength and Structure of Relations. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(10), 1207–1220. doi: 10.1177/0146167203254602
- Baumann N., Kaschel R., & Kuhl J. (2005). Striving for unwanted goals: stress-dependent discrepancies between explicit and implicit achievement motives reduce subjective well-being and increase psychosomatic symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(5), 781–799. doi: 10.1037/0022-3514.89.5.781
- Becker, M. H. (1974) The Health belief model and personal health behavior. C. B., Slack.
- Ciecuch J., Davidov E., & Algesheimer R. (2015). Development of value priorities in childhood: A longitudinal study. *Social Development*, 25(3), 503–527. doi: 10.1111/sode.12147
- Fisher E. B., Fitzgibbon M. L., Glasgow R. E., Haire-Joshu D., Hayman L. L., Kaplan R. M., ... & Ockene J. K. (2011). Behavior matters *American Journal of Preventive Medicine*, 40(5), 15–30. doi: 10.1016/j.amepre.2010.12.031
- Gilbert D., & Waltz J. (2010). Mindfulness and Health Behaviors. *Mindfulness*, 1(4), 227–234. doi: 10.1007/s12671-010-0032-3
- Greenwald A. G., McGhee D. E., & Schwartz J. L. (1998). Measuring individual differences in implicit cognition: the implicit association test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(6), 1464–1480. doi: 10.1037/0022-3514.74.6.1464
- Greenwald A. G., Nosek B. A., Banaji M. R. (2003). Understanding and using the implicit association test: I. An improved scoring algorithm. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 197–216. doi: 10.1037/0022-3514.85.2.197
- Hilgard E. R. (1980). The trilogy of the mind: Cognition, affection, and conation. *Journal of the History of Behavioral Sciences*, 16, 107–117. doi:10.1002/1520-6696(198004)16:2<107::AID-JHBS2300160202>3.0.CO;2-Y
- Khaw K.-T., Wareham N., Bingham S., Welch A., Luben R., & Day N. (2008). Combined Impact of Health Behaviours and Mortality in Men and Women: The EPIC-Norfolk Prospective Population Study. *PLOS Medicine*, 5(1). doi: 10.1371/journal.pmed.0050012
- Köllner M.G., & Schultheiss O.C. (2014). Meta-analytic evidence of low convergence between implicit and explicit measures of the needs for achievement, affiliation, and power. *Frontiers in Psychology*, 5. doi: 10.3389/fpsyg.2014.00826
- Maio G. (2016), *The Psychology of Human Value*. NY, Psychology Press. doi: 10.4324/9781315622545
- Martin K.A., & Leary M.R. (2001). Self-presentational determinants of health risk behavior among college freshmen. *Psychology and Health*. 16, 17–27. doi: 10.1080/08870440108405487
- Matarazzo J. (1984). Behavioural immunogens and pathogens in health and illness. *Psychology and health*, 3, 9–43. doi: 10.1037/10082-001
- McClelland D. C. (1985). *Human motivation*. Glenview, Ill., Scott, Foresman & Co.
- Nikiforov G.S. (2006). *Health psychology*. SPb., Piter.
- Papies E., Stroebe W., & Aarts H. (2007). Pleasure in the mind: Restrained eating and spontaneous hedonic thoughts about food. *Journal of Experimental Social Psychology*, 43(5), 810–817. doi: 10.1016/j.jesp.2006.08.001
- Rasskazova E.I., & Ivanova T.Yu. (2015). Motivational models of health-related behavior: the problem of the «gap» between intention and action. *[Psikhologiya: Zhurnal Vyshey Shkoly Ekonomiki]*, 12(1), 105–130.
- Rogers R. W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In *Social Psychophysiology: A Sourcebook*. New York, Guilford.
- Rokeach M. (1973). *The nature of human values*. NY, Free Press.
- Rosenstock I. M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education & Behavior*, 2(4), 328–335.
- Schwartz S. H. (2009). Draft Users manual: proper use of the Schwarz Value Survey, version 14. Compiled by Romie F Littrell. Auckland, New Zealand, Centre for Cross Cultural Comparisons.
- Schwartz S. H. (1994). Are There Universal Aspects in the Structure and Contents of Human Values? *Journal of Social Issues*, 50(4), 19–45. doi: 10.1111/j.1540-4560.1994.tb01196.x
- Sheeran P. (2002). Intention—Behavior Relations: A Conceptual and Empirical Review. *European Review of Social Psychology*, 12(1), 1–36. doi: 10.1080/14792772143000003
- Sheeran P. (2011). More gym: The impact of priming endurance. Unpublished raw data. University of Sheffield, Sheffield, United Kingdom.
- Sheeran P., Bosch J. A., Crombez G., Hall P. A., Harris J. L., Papies E. K., & Wiers R. W. (2016). Implicit processes in health psychology: Diversity and promise. *Health Psychology*, 35(8), 761–766. doi: 10.1037/hea0000409
- Sheeran P., Harris P. R., & Epton T. (2014). Does heightening risk appraisals change people's intentions and behavior? A meta-analysis of experimental studies. *Psychological Bulletin*, 140(2), 511–543. doi: 10.1037/a0033065
- Smith C. P. (1992). *Motivation and personality: Handbook of thematic content analysis*. New York: Cambridge University Press. Crossref, Google Scholar. doi: 10.1017/CBO9780511527937
- Smith M. S., & Wallston K. A. (1992). How to measure the value of health. *Health Education Research*, 7(1), 129–135. doi: 10.1093/her/7.1.129
- Spangler W. D. (1992). Validity of questionnaire and TAT measures of need for achievement: Two meta-analyses. *Psychological Bulletin*, 112(1), 140–154. doi: 10.1037/0033-2909.112.1.140
- Strack F., & Deutsch R. (2004). Reflective and impulsive determinants of social behavior. *Personality and Social Psychology Review*, 8(3), 220–247. doi: 10.1207/s15327957pspr0803_1
- Waldron J.J., & Krane V. (2005). Whatever it Takes: Health Compromising Behaviors in Female Athletes. *Quest*, 57(3), 315–329. doi: 10.1080/00336297.2005.10491860
- Wallston K. A., Maides S., & Wallston B. S. (1976). Health-related information seeking as a function of health-related locus of control and health value. *Journal of Research in Personality*, 10(2), 215–222. doi: 10.1016/0092-6566(76)90074-X