

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИЗМЕНЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ, СВЯЗАННОГО СО ЗДОРОВЬЕМ: ВОЗМОЖНОСТИ И ОГРАНИЧЕНИЯ¹

Е.И. РАССКАЗОВА, Н.В. КОШЕЛЕВА

Статья посвящена рассмотрению возможностей и ограничений психологических методов изменения поведения, связанного со здоровьем. Проводится анализ методов, предложенных в рамках моделей континуума (теория убеждений о здоровье, теория мотивации защиты, социально-когнитивная теория, теория субъективной ожидаемой полезности), моделей стадий (транстеоретическая модель, модель принятия мер предосторожности, процессуальный подход к действиям, связанным со здоровьем), а также в рамках моделей саморегуляции в психологии здоровья — как общепсихологических (модель «Рубикона», ресурсная модель самоконтроля, теория саморегуляции М. Карвера и Ч. Шейера, теория самодетерминации), так и специфических (теория темпоральной саморегуляции). Обсуждаются трудности сопоставления эффективности интервенций, вызванные разной направленностью моделей (на предсказание поведения, описание его динамики и его объяснение, соответственно), а также трудностями учета эффективности отдельных методов изменения поведения и особенностей проведения интервенций.

Ключевые слова: психология здоровья, изменение поведения, связанного со здоровьем, психологические интервенции, социальные программы в психологии здоровья, модели континуума, модели стадий, модели саморегуляции.

Психология здоровья — молодая область психологии. В качестве самостоятельной дисциплины она еще не «разменяла» сорока лет [Matarazzo, 1980] — но за это время в ее русле было предложено более двадцати теоретических моделей, посвященных описанию, предсказанию, изменению и объяснению здоровья, проведено большое количество эмпирических исследований, несчетное число интервенций и социально-психологических программ. Причина столь стремительного прогресса во многом определяется прикладными задачами, которые пе-

¹ Исследование осуществлено в рамках программы фундаментальных исследований НИУ ВШЭ в 2013 г.

ред ней стоят: психология здоровья была разработана, в первую очередь, в ответ на запросы практики и направлена на поддержание и улучшение здоровья человека психологическими и социально-психологическими методами.

Целью данной работы является рассмотрение возможностей и ограничений существующих в настоящее время психологических методов улучшения здоровья — в первую очередь, изменения поведения, связанного со здоровьем, которое является ключевой мишенью для большей части интервенций. С нашей точки зрения, такой анализ необходим по нескольким причинам. Во-первых, в большинстве знакомых русской аудитории публикаций по психологии здоровья [например: Психология здоровья, 2006; Ананьев, 1998] акцентируется внимание на методологических и теоретических вопросах, а также результатах авторских исследований. Важность такого подхода бесспорна; ограничением его является недостаточное освещение принятых в международных работах принципов, концепций и моделей психологии здоровья, мишеней и методов практических интервенций, а также сравнительных данных об их эффективности (среди немногих исключений можно отметить работу И.Б. Бовиной [Бовина, 2008]). Во-вторых, прикладной подход, в центре которого нередко оказывается поведение человека, с позиций отечественной традиции может восприниматься как «возврат» к классическому бихевиоризму. В результате богатейшая практическая область психологии здоровья систематически недооценивается, создавая разрыв между теорией и практикой, когда самые эффективные научные проекты неизбежно прерываются по их завершении, поскольку не продумано, кто, где и как будет использовать их в дальнейшем, а социальные программы в здравоохранении, образовании, медицине разрабатываются и проводятся неспециалистами, не получившими соответствующей подготовки, без учета теоретических и эмпирических знаний; социальная реклама не имеет должного эффекта или этот эффект невозможно оценить и провести анализ полезности рекламы. В «защиту» психологии здоровья следует отметить, что для объяснения поведения и его динамики она активно привлекает теоретические представления о мотивационных, волевых процессах, ориентируясь на выявление звеньев, опосредствующих поведение человека [Leventhal, Moga, 2008; Mann et al., 2013; Hall, Fong, 2007]. В-третьих, психология здоровья — одна из наиболее изменяющихся областей, и многие опубликованные работы и данные в области практических программ неизбежно устарели и требуют пересмотра.

В соответствии со сложившейся в психологии здоровья традицией [Michie et al., 2011; Abraham, Michie, 2008] мы будем использовать тер-

мин «интервенции» для описания конкретных методов, направленных на улучшение здоровья, и термин «социально-психологические программы» — для обозначения общественных мероприятий, целостных проектов, которые предлагают систему, объединяющую несколько методов для конкретной практической цели, и как правило, опираясь на некоторую теоретическую модель².

Первый раздел работы посвящен мишеням интервенций в психологии здоровья и обоснованию ключевой роли поведения среди других мишеней. Далее рассматриваются методы улучшения здоровья, предложенные в рамках различных теоретических моделей, а также проблемы выделения и описания отдельных интервенций и их сопоставительного анализа. Наконец, приведены данные о сравнительной эффективности интервенций.

Поведение как ключевая мишень интервенций по улучшению здоровья

Применение психологических методов для решения задачи улучшения здоровья может быть прямым (предполагается, что интервенции напрямую приведут к изменениям) и косвенным (опосредствованным другими переменными). Список «прямых» методов существенно расширился с принятием Всемирной организацией здравоохранения определения здоровья как состояния полного физического, душевного и социального благополучия» [Preamble..., 1948, p. 100] и разработкой биопсихосоциальной модели здоровья и болезни [Engel, 1977]; теперь улучшение психологического или социального благополучия могло рассматриваться как конечная цель интервенции по улучшению здоровья, без уточнения того, каким образом психологические или социальные изменения повлияют на здоровье физическое. Например, в этом смысле основатель позитивной психологии М. Селигман [Seligman, 2008] предлагает рассматривать в качестве субъективных компонентов «позитивного здоровья» эмоциональное состояние, удовлетворенность жизнью, оптимизм, внутренний локус контроля. В психологии здоровья такой «прямой» подход сопряжен с рядом трудностей. Во-первых, как правило, в этом случае остаются имплицитными и не обсуждаются механизмы действия интервенций, и остается открытым вопрос, действительно ли этот эффект не опосредствуется другими переменными. Во-вторых, непонятно, каким образом изменения в одном компоненте приводят к изменению в системе здоровья человека, например, скажется ли улучшение социального здоровья на физическом здоровье,

² Сопоставительный анализ смежных терминов «коммуникация в отношении здоровья», «обучение здоровью», «содействие здоровью» выходит за рамки данной статьи [см.: Glanz et al., 2002; Geist-Martin et al, 2003].

каким образом и по каким механизмам. В-третьих, «прямые» психологические методы ограничиваются сферой психологических и социальных компонентов здоровья, не позволяя воздействовать на физическое здоровье.

Вследствие этих трудностей основное внимание в психологии здоровья уделялось косвенным методам, эффективность которых объясняется воздействием на одно (или более) из трех звеньев:

1. *Поведение человека, связанное со здоровьем.* Поведение заняло центральное место в психологии здоровья в связи с эпидемиологическими данными о том, что распространенность, тяжесть и угроза жизни при лидирующих хронических заболеваниях связаны с особенностями поведения человека [см.: Hall, Fong, 2007]. В последнее время появилась даже своеобразная «традиция» начинать научные публикации по психологии здоровья ссылками на данные о том, что показатели смертности были бы ниже в два раза, если бы люди соблюдали диету, отказались от курения, вели активный образ жизни и контролировали свой вес [см.: Mann et al., 2013].

2. *Психологические факторы здоровья.* В этом случае предполагается, что изменение неких психологических факторов скажется на здоровье. Например, оптимизм как личностная диспозиция [Carver, Scheier 2002] может сказываться на физическом здоровье благодаря тому, что, оценивая угрожающую ситуацию позитивно, человек в меньшей степени испытывает стресс — как следствие, такая позитивная оценка препятствует развитию заболеваний, связанных с хроническим стрессом.

3. *Социальные факторы здоровья.* За рассмотрением социальных факторов в качестве мишени социально-психологических программ стоит предположение, что социальные изменения могут приводить к изменениям в различных компонентах здоровья, в том числе физическом здоровье. Например, расширение и улучшение социальных сетей у пожилых людей связано со снижением риска заболеваемости и смертности [Heaney, Israel, 2002].

Следует отметить разницу между мишенью интервенции (звено, на которое она стремится воздействовать ради достижения конечной цели улучшения здоровья, что предполагает указание на механизм или, по крайней мере, путь, по которому «пойдет» воздействие) и средствами, которые она использует (на что непосредственно она направлена). Например, если предполагается, что обеспечение безопасности улучшит здоровье, благодаря тому, что люди смогут вести более активный образ жизни (например, бегать в парке по вечерам), то конечная цель (мишень) интервенции — поведение людей, а если — благодаря субъективным переживаниям безопасности и стабильнос-

ти, то цель — психологические составляющие здоровья. Четкое разведение средств, целей и мишеней интервенций показывает, что в абсолютном большинстве случаев поведение более или менее эксплицитно считается одной из ключевых мишеней, что и определило фокус данной работы.

Психологические методы изменения поведения, связанного со здоровьем

Далее мы рассмотрим методы, предложенные в рамках теоретических моделей изменения поведения. Важно оговориться, что на практике многие инициативы не опираются ни на какую концепцию (так, по некоторым данным, 35,7% интервенций хотя бы упоминают какую-либо модель, причем, в большинстве случаев речь идет только об упоминании, а не о применении [Painter et al., 2008]). Мы убеждены, что такой сугубо практический подход не дает возможности ни выявлять ключевые компоненты и механизмы действия тех или иных методов, ни применять их для решения других задач.

Обобщая существующие классификации психологических моделей, объясняющих поведение человека [Armitage, Conner, 2000; Velicer, Prachaska, 2008], можно выделить модели континуума, модели стадий и модели саморегуляции.

1. **Модели континуума.** Модели континуума изначально были созданы для предсказания поведения. Свое название они получили, поскольку, с их точки зрения, изменение поведения определяется готовностью к этому изменению, которая может быть представлена как единый для всех людей континуум от полного нежелания и неготовности к действиям до «стопроцентной» готовности, означающей, что действие будет совершено в любом случае. Ключевой фактор, определяющий готовность (а значит и поведение), — намерение человека, которое, в свою очередь, зависит от различных мотивационно-смысловых факторов (например, отношения к угрозе заболевания, восприятия собственного риска и собственных сил справиться с задачей и т.п.). К числу наиболее распространенных моделей континуума относятся: модель убеждений о здоровье А. Розенстока [Rosenstock, 1974], теория мотивации защиты Р. Роджерса [Rogers, 1983], теория запланированного поведения А. Айзена и М. Фишбайна [Ajzen, 1991], социально-когнитивная теория А. Бандуры [Bandura, 1986], менее известна сегодня теория субъективной ожидаемой полезности В. Эдвардса [Edwards, 1954].

Цели и методы интервенций. В моделях континуума, основной целью интервенций является формирование и усиление мотивации человека к

изменению поведения и отказу от рискованного для здоровья поведения — т.е. речь идет об изменении мотивационных факторов. Приведем несколько примеров:

- В теории убеждений о здоровье — это воспринимаемая уязвимость к некоторым отрицательным для здоровья последствиям (например, к раку легких в результате курения), воспринимаемая тяжесть этих последствий, воспринимаемые выгода и барьеры, связанные с изменением поведения (какие преимущества и трудности несет отказ от курения), мотивация к здоровью (мотивация совершать действия, способствующие здоровью, например, бросить курить) и внешние стимулы (cues), провоцирующие действия или препятствующие им (например, возможность курения на рабочем месте).

- В теории мотивации защиты — это оценка угрозы (восприятие тяжести заболевания/серьезности риска и собственной уязвимости к этой угрозе) и совладания (восприятие эффективности некоторого поведения и уверенности в своих возможностях его выполнять), а также выгода, связанная с дезадаптивным поведением, и затраты на изменение и реализацию нового поведения.

- В теории субъективной ожидаемой полезности — это соотношение вероятностей возможных и актуальных результатов действий (например, какова вероятность снижения веса при сидячем образе жизни или если два раза в неделю ходить на фитнес) и их полезности для человека (насколько важно для него снизить вес).

- В теории запланированного поведения — это система убеждений, стоящих за установками, субъективными нормами и воспринимаемым поведенческим контролем, а также — в поздних версиях теории — актуальный контроль.

- В социально-когнитивной теории — это ожидание результата от поведения и самоэффективность (уверенность в своих силах добиться поставленных целей).

К числу основных методов интервенций относятся образование (информирование); предъявление (как модели, столкнувшейся с угрозами и рисками, так и модели, ведущей здоровый образ жизни), часто с последующим обсуждением; мотивационное интервью; методы когнитивно-бихевиоральной терапии (в том числе, анализ положительных и отрицательных результатов действий; планирование действия и совладания; контроль стимулов к действию; изменение окружающей среды, поведенческий эксперимент).

Ограничения интервенций в рамках моделей континуума. Каждый на своем опыте знает, что человек не всегда ведет себя в соответствии с собственными намерениями: достаточно вспомнить, как час-

то мы откладываем «на завтра» то, чего не хотим делать. Будучи одними из наиболее эффективных и обоснованных, модели континуума создали так называемую проблему «бутылочного горлышка» [Snihotta, 2009] — попытку «уложить» все факторы изменения поведения в «Прокрустово ложе» намерений к действиям. При этом «за бортом» остаются и вопросы динамики состояния и поведения человека [Armitage, Conner, 2000], и — как это ни парадоксально — причины и механизмы изменения поведения, поскольку основной акцент делается на точности предсказания, т.е. на хороших индикаторах, а не на причинах [Leventhal, Mora, 2008]. Например, субъективная оценка своего здоровья — хороший предиктор заболеваемости и смертности, но вряд ли она приведет к заболеваемости и смертности, а ее изменение будет способствовать *профилактике* заболеваний.

2. Модели стадий. Модели стадий отличает изначальная направленность на описание процесса изменений (динамики). Согласно этим моделям, универсального объяснения, которое предлагают теории континуума, для практики недостаточно: разные ситуации и состояния, в которых пребывают клиенты, требуют разного типа вмешательства. Например, для лечения аддикции важно, понимает ли сам человек важность лечения, готов ли он действовать, уверен ли в своих силах, есть ли у него планы, когда начать действовать — во всех этих случаях задачи психотерапевтической работы будут разными. К числу наиболее распространенных моделей стадий относят транстеоретическую модель [Prochaska et al., 1992], модель принятия мер предосторожности [Weinstein, Sandman, 2002] и — с некоторыми ограничениями — процессуальный подход к действиям, связанным со здоровьем [Schwarzer, 1992]³.

Цели и методы интервенций. В моделях стадий интервенции должны соответствовать той стадии изменения, на которой находится человек. На практике в разных моделях это требование наполнялось различным содержанием:

- В транстеоретической модели предлагается несколько практических рекомендаций по организации интервенций [Norcross et al., 2011]. Во-первых, необходимо стараться охватить всех нуждающихся в помощи людей: как правило, программы направлены только на помощь тем,

³ С нашей точки зрения, процессуальный подход Р. Шварцера концептуально следует относить к моделям саморегуляции (см. далее), поскольку выделяемые стадии основаны на ряде звеньевых (уровневых) теорий саморегуляции, а сама модель стремится скорее к объяснению, нежели описанию. Однако, сам Р. Шварцер считает свой подход типичным вариантом модели стадий.

кто готов и уже начал действовать, тогда как большинство испытуемых еще «не дошли» до стадии подготовки. Во-вторых, важны реалистичные цели, связанные с пошаговым переходом с одной стадии на следующую. В-третьих, полезно системное мышление психотерапевта, без чрезмерного доверия какой-то одной группе техник, поскольку, например, повышение осознания нередко не приводит человека к действиям, а поведенческие техники не имеют смысла без предшествующего мотивационного процесса. Наконец, необходимо предвидеть и обсуждать заранее цикличность психотерапии и возможность возврата на предыдущие стадии.

• В модели процесса принятия мер предосторожности прямо указывается на те способы (техники), при помощи которых можно увеличить вероятность перехода человека с одной стадии изменения поведения на следующую [Weinstein, Sandman, 2002]. Так, переходу от стадии неосведомленности о проблеме к стадии осведомленности без вовлеченности могут помочь сообщения в СМИ об угрозе и необходимости принятия мер. Переход от не вовлеченности к принятию решения о своей позиции осуществляется легче, если человеку сообщается об угрозе и он узнает о решениях значимых других, или если у него самого появляется опыт столкновения с риском для здоровья. Смена стадии принятия решения на положительное или отрицательное решение происходит в соответствии с моделями континуума — и зависит от убеждений о риске и тяжести, личностной уязвимости, эффективности и трудности мер предосторожности, воспринимаемых социальных норм, поведения и рекомендаций других людей, страхов и тревоги. Наконец, переход к действию определяется тем, сколько времени, усилий и ресурсов для этого требуется, есть ли детализированная информация о том, как и что нужно делать, напоминают ли человеку о действии и побуждают ли к действию стимулы внешней среды, есть ли у него инструментальная помощь в осуществлении действий.

• Процессуальный подход к действиям, связанным со здоровьем, добавляет к идее специфичных для стадий интервенций учет на каждой стадии ключевых для нее психологических факторов (Табл. 1). Так, он предполагает, что конфронтация с целью обострения ожиданий в отношении последствий поведения и коммуникация риска могут быть эффективны для тех, чье намерение еще не сформировано, планирование действия и совладания должно помочь перейти к действиям тем, у кого уже есть намерение, а обучение профилактике рецидивов и действий в неожиданных ситуациях важно тем, кто уже действует [Schwarzer, 2008, Schwarzer et al., 2011].

Таблица 1

**Выбор мишеней для интервенций в зависимости от стадии изменения
[Приводится по: Schwarzer et al., 2011, P. 168]**

Факторы	Группы по стадиям		
	До намерения	Намеревающиеся	Действующие
Мотивационные конструкты			
Мотивационная самоэффективность (уверенность в своих силах изменить поведение)	+		
Восприятие риска (при отказе от изменений)	+		
Ожидание результатов (в случае изменения поведения)	+		
Постановка цели (и ее конкретизация в данных условиях)	+		
Волевые конструкты			
Планирование действия		+	+
Планирование совладания		+	+
Социальная поддержка		+	+
Самоэффективность поддержания (уверенность в своих силах поддерживать выбранное поведение)		+	
Самоэффективность возобновления (уверенность в своих силах вернуться к новому поведению в случае рецидива)			+
Контроль за действием (за осуществлением действия)			+

Перечень основных методов интервенций во многом остается тем же, что и в моделях континуума: основная новизна моделей стадий состоит в указании на необходимость соответствия выбранного метода стадии изменения. В модели процесса принятия мер предосторожности делается дополнительный акцент на сообщения в СМИ и на то, какие близкие люди принимают решения⁴; а в транстеоретической модели обсуждается максимально широкий спектр психотерапевтических подходов (в том числе, психоанализа, арт-терапии и т.д.) — в зависимости от того, на какие из базовых процессов, стоящих за изменениями, они направлены.

⁴ Так называемые описательные социальные нормы, в отличие от оценочных норм, характерных для моделей континуума [Manning, 2009].

Ограничения интервенций в рамках моделей стадий. Несмотря на удобство самой идеи стадий для практики, использование моделей стадий вызывает много вопросов: до сих пор непонятно, какое количество стадий оптимально [Armitage, Conner, 2000], границы между ними нечетки [Abraham, 2008]. Кроме того, сама идея стадий подразумевает, что на разных стадиях действуют разные процессы — которые можно выделить и воздействовать на них [Armitage, 2009], но именно это и не показано в большинстве концепций, поэтому не ясно, не идет ли речь о «псевдостадиях», искусственном разделении целостного процесса [Sutton, 2000]. Наконец, в силу описательного характера в моделях стадий, по сути, не предложено новых методов интервенций — скорее, речь идет о правилах выбора разработанных в рамках других концепций приемов и их систематизации для конкретных случаев (в зависимости от стадии изменения).

3. Модели саморегуляции. Хотя модели саморегуляции не выделяются в классических обзорных работах [Armitage, Conner, 2000], и их можно рассматривать как подвид моделей стадий, отличительная черта таких моделей состоит в том, что выделение стадий или звеньев не основано на описании, а подчинено этапам и процессам саморегуляции деятельности (целеполагания и целедостижения), выявленным в экспериментальных исследованиях в общей и социальной психологии, а основной акцент делается на установлении механизмов, объясняющих динамику состояния и поведения человека [Mann et al., 2013]. В психологии здоровья применяются как общепсихологические, так и специфические модели саморегуляции [Рассказова, 2012]. К первой группе относятся модель «Рубикона» Х. Хекхаузена, П. Голльвитцера и Ю. Куля [Heckhausen, Gollwitzer, 1987] и связанные с ней представления об инструментальных намерениях П. Голльвитцера [Gollwitzer, 1993] и контроле за действием Ю. Куля [Kuhl, 1994], ресурсная модель самоконтроля Р. Баумайстера [Baumeister et al., 2007], теория саморегуляции М. Карвера и Ч. Шейера [Carver, Scheier, 1998], теория самодетерминации Э. Деси и Р. Райана [Deci, Ryan, 2000]. Наиболее известные модели второй группы: модель житейского смысла Х. Левенталя [Leventhal et al., 2003]⁵ и теория темпоральной саморегуляции П. Хэлла и Дж. Фонга [Hall, Fong, 2007]. Кроме того, выше уже говорилось, что к этой же группе следует относить процессуальный подход к действиям, связанным со здоровьем Р. Шварцера [Schwarzer, 1992].

Цели и методы интервенций. Модели саморегуляции дополняют содержание и принципы проведения интервенций. В них обращается внимание

⁵ Рассмотрение интервенций в рамках модели житейского смысла Х. Левенталя выходит за пределы данной работы в связи с клинико-психологическим фокусом модели на процессах репрезентации заболевания и лечения.

на целую плеяду новых мишеней воздействия: факторы, обеспечивающие переход к действию, поддержание деятельности в течение длительного времени и ее изменение в ответ на обратную связь от окружающего мира, способность к саморегуляции, экологические и эмоциональные факторы.

- Модель «Рубикона» обратила внимание практиков на два момента: необходимость учета фазы контроля за действием (что сказалось на развитии моделей стадий) и важность включения в интервенции процедур, направленных на формирование инструментальных намерений и ориентации на действие.

- Согласно теории саморегуляции М. Карвера и Ч. Шейера, психосоциальные интервенции в психологии здоровья могут быть направлены на два различных фактора: на способность людей идентифицировать собственные цели и на их восприятие достижимости этих целей. Особую роль приобретают контуры обратной связи: как человек оценивает эффективность нового поведения, насколько он чувствителен к нему и т.п.

- В теории самодетерминации основной мишени интервенций является поддержание автономии: как пишут К. Шелдон и его коллеги [Sheldon et al., 2003], замечая, признавая и развивая собственное стремление человека улучшать свое здоровье, можно добиться большего, нежели просто медицинскими методами. Поддержание автономии подразумевает: 1) признание и уважение к точке зрения, чувствам, мыслям человека, 2) как можно более частое предоставление выбора (в любых ситуациях), 3) если выбора предоставить нельзя, необходимо давать разумное и понятное человеку объяснение этого.

- В соответствии с ресурсной моделью самоконтроля [Hagger et al., 2009], основной мишенью является улучшение самоконтроля, чего можно достичь либо тренировкой (при помощи вовлечения в другие деятельности, требующие самоконтроля, или при помощи усиления физической активности), либо косвенно — благодаря организации деятельности человека таким образом, чтобы у него была возможность «отдыха» или не было чрезмерной нагрузки на ресурс самоконтроля перед принятием решений о поведении, связанном со здоровьем.

- Согласно темпоральной теории саморегуляции, важный компонент социальных программ по развитию поведения, связанного со здоровьем, — «перенос» внимания человека с привлекательных непосредственных выгод на отдаленные негативные последствия. Это может обеспечиваться структурированием социального и физического окружения человека [Hall, Fong, 2007]. Например, запреты на курение в общественных местах и формирование социальных норм в отношении курения способствуют тому, что немедленная выгода от курения уменьшается или становится более отсроченной и требующей больших затрат

(например, поиска специального места для курения), а количество стимулов к действию (курящие люди на улице, пепельницы в кафе) сокращается. В мотивационной сфере эффективными признаются интервенции, актуализирующие или формирующие субъективную связь между текущим поведением и отсроченными выгодами. Предвосхищение того, что человек в будущем будет жалеть о сделанном сейчас или переживать другие негативные эмоции, также способствует изменению поведения. Отдельное внимание уделяется стратегиям улучшения способности к саморегуляции (физические упражнения, изменение временной перспективы, развитие когнитивных стратегий, способствующих волевой регуляции) и компенсации дефицитарности саморегуляции (компенсаторное структурирование окружающей среды и техники, улучшающее «трансляцию» намерения в поведение, например, при помощи инструментальных намерений [Hall, Fong, 2010]).

Каждая новая мишень из предложенных в моделях саморегуляции определяет целый набор соответствующих методов: начиная со структурирования среды и физических упражнений с целью усиления влияния внешних факторов на поведение и развитие самоконтроля, через когнитивные и эмоциональные процессы, способствующие «переводу» намерения в действие и поддержание поведения, и заканчивая предоставлением выбора или объяснением причин в случае его невозможности.

Ограничения интервенций в рамках моделей саморегуляции. Вследствие относительной «молодости» и популярности этих моделей, а также разнообразности и несопоставимости того широкого спектра мишеней и методов, которые в них предлагаются, в большинстве случаев их критика сводится к указанию на неполноту [Conner, 2008]. Трудности интервенций в рамках моделей саморегуляции связаны с недостатком их систематизации, когда нет данных о том, какую роль играет каждый из предложенных конструктов, в какой мере его можно считать объяснительным, чему и в каком случае уделять внимание в практической работе и разработке социальных программ [Leventhal, Mora, 2008]. Например, чрезмерная дифференциация мотивационных и волевых процессов выглядит искусственной (там же): волевые процессы, разумеется, участвуют в некотором виде в обеспечении мотивационной фазы саморегуляции — иначе мотивация была бы пассивным процессом; напротив, ожидания результата, безусловно, важны в процессе деятельности — например, ожидания, основанные на уже полученном опыте, обратной связи и т.п. [Carver, Scheier, 1998].

Проблема эффективности интервенций в психологии здоровья

Применение интервенций во многом определяется не их эффективностью, а сложившейся традицией: так, несмотря на всю критику моде-

лей континуума, их очевидные успехи и популярность в психологии здоровья на много лет определили стандарты для интервенций, направленных на изменение связанного со здоровьем поведения. В большинстве случаев основной задачей программ изменения поведения, рискованного для здоровья, является изменение намерения, в некоторых случаях эта задача дополняется изменением воспринимаемого контроля и самоэффективности. Кроме того, широта применения интервенции зависит от практических обстоятельств: насколько они универсальны, насколько просты и понятны неспециалистам, насколько требуют дополнительных затрат [Prochaska et al., 2008].

Трудности сравнения эффективности интервенций в психологии здоровья и пути их преодоления

Что касается эффективности, сравнение различных техник интервенций в психологии здоровья сталкивается с целым рядом трудностей. Во-первых, факторы, *влияющие на поведение* и его объясняющие, часто не связаны с изменением поведения [Hagger, 2010]. М. Хэггер видит два пути преодоления этой проблемы: первый связан с включением в интервенции компонентов, связанных с успешной саморегуляцией, — направленных на контроль за действием и формирование инструментальных намерений; второй — с дальнейшей разработкой моделей, эксплицитно использующих достижения психологии саморегуляции. Во-вторых, большинство интервенций в психологии здоровья носят комплексный характер — в этом не только ее обширные возможности (многие авторы прямо говорят о непротиворечивости и возможности интеграции интервенций [Fishbein, Yzer, 2003]), но и трудности. Л. Коллинс и ее коллеги приводят такой пример [Collins et al., 2013]: исследователь собирается применить в программе снижения веса модель, согласно которой снижение веса можно достичь при помощи трех составляющих — использования стратегии когнитивной переоценки при столкновении с собственным желанием переедания или пропуска упражнений, оценки успеха каждую неделю и гордости за достигнутое и опоры на переживание благодарности для создания и укрепления социальных связей. Сравнение эффекта этой программы с контрольной группой ничего не говорит ни об относительной эффективности каждого из компонентов, ни о том, из каких компонентов должна состоять следующая программа, чтобы быть оптимальной. Проблему комплексного характера интервенций в большинстве исследований предлагается преодолевать двумя основными способами. Первый способ (так называемая *стратегия мультифазной оптимизации* [Collins et al., 2013]) требует предварительных исследований уникального вклада каждого из компонентов интервенции и отбора наиболее эффективных компонентов с

учетом потенциальных затрат (финансовых, временных, затрат на формирование выборки и т.п.). Второй способ — разработка единой таксономии кодирования разных интервенций, позволяющей проводить анализ *уже осуществленных* исследований, выявляя относительную эффективность различных компонентов. Одна из наиболее масштабных попыток создания такой таксономии, включающая детальный анализ простоты применения, однозначности и интересубъективности критериев на обширном наборе описаний исследований, была предпринята Ч. Эбрэхэмом и С. Мичи [Abraham, Michie, 2008], выделившими изначально 26, а в более поздней работе 40 техник [Michie et al., 2011]).

К сожалению, служа задачам оптимизации и практической применимости, оба подхода сводят проблему оценки эффективности к «дроблению» целостной программы на отдельные техники. Понятно, что целостность, поэтапность всего процесса, нередко более важная, нежели отдельные составляющие, при этом неизбежно теряется.

Сравнение эффективности интервенций по изменению индивидуального поведения в психологии здоровья

По данным мета-анализа [Webb, Sheeran, 2006], достигнутые в результате некоторой программы изменения в поведении зависят не только от того, насколько успешно удастся изменить намерение, но и от ее содержания и того, кто проводит эту программу.

1. *Модели, на которых основаны интервенции.* Следует отметить, что различия между моделями не были разительными — если двигаться от «наиболее» к «наименее эффективной», можно говорить лишь о постепенном снижении этого показателя. Наилучший эффект в изменении поведения отмечался для интервенций, основанных на теории мотивации защиты (d Козна 0,46), чуть ниже — для программ, на основе теории запланированного поведения ($d=0,40$). Далее в порядке убывания эффекта: модель межличностного поведения ($d=0,33$), модель убеждений о здоровье ($d=0,29$), теории стадий ($d=0,22$), принципы когнитивно-бихевиоральной терапии ($d=0,19$), социально-когнитивная модель ($d=0,15$).

2. *Методы изменения поведения.* Здесь кластерный анализ позволил выделить пять групп с разной степенью эффективности. В первую — со средней эффективностью ($d=0,54-0,58$) — вошли методы, направленные на выявление и организацию внешней ситуации таким образом, чтобы провоцировать нужное поведение (контроль стимулов, участие в постоянной программе), и методы, использующие социальную поддержку и социальное давление. Вторая группа, эффективность которой варьировала от средней до невысокой ($d=0,25-0,32$), включала методы, направленные на обсуждение болезни и ее результатов, помощь в про-

цессах целеполагания, демонстрацию поведения на примере близких, изменения в окружающем мире и улучшение навыков. Методы третьей группы с невысокой эффективностью ($d=0,19-0,20$) включали работу над планированием и реализацией, задания, акцентирующие внимание человека на процессе переживания происходящих событий, а также «проигрывание» нужных навыков. Наконец, в четвертую группу низкоэффективных методов входили стратегии мониторинга, самомониторинга и выполнения домашних заданий, а в пятую группу — неэффективных — личностные эксперименты.

3. *Особенности проведения интервенции.* Формат работы — индивидуальный или групповой — не был связан с эффективностью программы. Зато изменение в поведении было более выражено, если программу проводили специалисты (сами исследователи или специалисты в области здравоохранения), и менее выражено — если это делали люди, прошедшие краткосрочный тренинг.

Важно понимать, что для разных видов поведения (повышение физической активности, диета, отказ от курения, употребления алкоголя и т.п.) и разного контекста проведения работы (сеттинг) могут быть эффективны разные интервенции. Например, интервенции на рабочем месте [Abraham, Graham-Rowe, 2009] позволяют охватить больше людей и преодолеть проблему выделения времени на поведение, связанное со здоровьем; но, с другой стороны, неясно, насколько они эффективны и от чего эта эффективность зависит. Другой возможный фактор — состояние человека и ситуация, в которой он находится. Например, ведущую роль в отказе от употребления алкоголя играет привычность этого поведения. Интервенции, направленные на снижение веса и физическую активность у здоровых людей приводят к большему эффекту, нежели у больных диабетом второго типа [Graves et al., 2011], хотя в этом случае и остаются эффективными. Более того, факт болезни может выступать в роли модератора, определяя, какие факторы необходимо учесть, для того, что воздействие было успешным.

В целом, вопросов в области интервенций в психологии здоровья больше, чем ответов. Результаты статистики — это материал для размышлений, ничего не говорящий о причинах и механизмах полученных закономерностей. Например, выше мы видели, что во многих моделях континуума основные компоненты-мишени очень близки. Означают ли данные об их разной эффективности то, что программы учитывали дополнительные мишени, или то, что на те же мишени воздействие оказывалось при помощи разных методов? Далее, любая программа — это комплекс методов, и — что вполне понятно — более эффективными оказались методы, включающие несколько разных задач и компонентов

(как, например, обсуждение болезни и ее результатов), и менее эффективными — методы, включающие один «изолированный» способ изменения намерения (самомониторинг). Говорит ли это о неэффективности отдельных способов или о том, что они должны применяться системно? В этом контексте особенно интересны ситуации, когда совмещение нескольких интервенций снижает, а не повышает эффективность. Например, в том же исследовании [Webb, Sheeran, 2006] оказалось, что если задачей программы было не только изменение намерения, но и изменение воспринимаемого контроля (самоэффективности), эффект был ниже, по сравнению с программами, фокусирующими все внимание на намерении. Возможно, в части случаев слишком сильный акцент на самоэффективности «отвлекал» от разговора о намерениях, снижал их субъективную значимость для испытуемых. Не исключено и то, что иногда искусственное повышение самоэффективности приводит к иллюзорному переживанию контроля, которое расходится с реальными действиями. Наконец, в чем причины того, что специалист реализует программу лучше — заключаются ли они в лучшем понимании целей и методов или в большей заинтересованности в результате своей работы?

Несмотря на большое количество открытых вопросов, эти данные трудно недооценить: они содержат богатый материал, позволяющий специалисту в психологии здоровья сформировать собственные критерии подбора и разработки интервенций с целью изменения поведения клиента.

ЛИТЕРАТУРА

- Ананьев В.А.* Введение в психологию здоровья: учебное пособие. СПб: СПбМАПО, 1998. 148 с.
- Бовина И.Б.* Социальная психология здоровья и болезни. М.: Аспект пресс, 2008. 263 с.
- Психология здоровья. Под ред. Г.С. Никифорова. СПб: Питер, 2006. 607 с.
- Рассказова Е.И.* Саморегуляция в психологии здоровья и клинической психологии // Вопросы психологии, 2012. № 1. С. 75—82.
- Abraham C.* Beyond stages of change: multi-determinant continuum models of action readiness and menu-based interventions // *Applied Psychology: An International Review*, 2008. № 57(1). P. 30—41.
- Abraham C., Graham-Rowe E.* Are worksite interventions effective in increasing physical activity? A systematic review and meta-analysis // *Health Psychology Review*, 2009. № 3(1). P. 108—144.
- Abraham C., Michie S.* A taxonomy of behavior change techniques used in interventions // *Health Psychology*, 2008. № 27(3). P. 379—387.
- Ajzen I.* The theory of planned behavior // *Organizational behavior and human decision processes*, 1991. № 50. P. 179—211.

- Armitage C.J.* Is there utility in the transtheoretical model? // *British Journal of Health Psychology*, 2009. № 14. P. 195—210.
- Armitage C.J., Conner M.* Social cognition models and health behavior: a structured review // *Psychology and Health*, 2000. № 15. P. 173—189.
- Bandura A.* Social foundation of thought and action: a social cognitive theory. Englewood-Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1986. 617 p.
- Baumeister R.F., Vohs K.D., Tice D.M.* The strength model of self-control // *Current Directions in Psychological Science*, 2007. № 16. P. 396—403.
- Carver C.S., Scheier M.F.* On the self-regulation of behavior. New York: Cambridge University Press, 1998. 460 p.
- Collins L.M., McKinnon D.P., Reeve B.B.* Some methodological considerations in theory-based health behavior research // *Health Psychology*, 2013. № 32(5). P. 586—591.
- Conner M.* Initiation and maintainance of health behavior // *Applied Psychology: An International Review*, 2008. № 57(1). P. 42—50.
- Deci E.L., Ryan R.M.* The 'what' and 'why' of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior // *Psychological Inquiry*, 2000. № 11. P. 227—268.
- Edwards W.* The theory of decision making // *Psychological Bulletin*, 1954. № 51. P. 380—417.
- Engel G.L.* The need for a new medical model: A challenge for biomedicine // *Science*, 1977. № 196. P. 129—136.
- Fishbein M., Yzer M.C.* Using theory to design effective health behavior interventions // *Communication Theory*, 2003. № 13(2). P. 164—183.
- Geist-Martin P., Ray E.B., Sharf B.F.* Communicating health: Personal, cultural and political complexities. Belmont: Wadsworth / Thomson Learning, 2003
- Glanz K., Rimer B.K., Lewis F.M.* The scope of health behavior and health education // In K. Glanz, B.K. Rimer, F.M. Lewis (Eds.) *Health behavior and health education*. San Francisco: Jossey-Bass, 2002. P. 5—21.
- Gollwitzer P.* Goal achievement: the role of intentions // *European Review of Social Psychology*, 1993. № 4(6). P. 141—185.
- Greaves C.J., Sheppard K.E., Abraham C., Hardeman W., Roden M., Evans P., Schwarz P.* Systematic review of reviews of intervention components associated with increased effectiveness in dietary and physical activity interventions // *BMC Public Health*, 2011. 11(119). 12 p. URL: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/119> (дата обращения: 7.11.2014)
- Hagger M.* Self-regulation: an important construct in health psychology research and practice // *Health Psychology Review*, 2010. 4(2). P. 57—65.
- Hagger M., Wood C., Stiff C., Chatzisarantis N.L.D.* The strength model of self-regulation failure and health-related behavior // *Health Psychology Review*. 2009. № 3(2). P. 208—238.
- Hall P.A., Fong G.Y.* Temporal self-regulation theory: a model for individual health behavior // *Health Psychology Review*, 2007. № 1(1). P. 6—52.
- Hall P.A., Fong G.Y.* Temporal self-regulation theory: looking forward // *Health Psychology Review*, 2010. № 4(2). P. 83—96.
- Heaney C.A., Israel B.* Social networks and social support // In K. Glanz, B.K. Rimer, F.M. Lewis (Eds.) *Health behavior and health education*. San Francisco: Jossey-Bass, 2002. P. 185—209.

- Heckhausen H., Gollwitzer P.M.* Thought contents and cognitive functioning in motivational versus volitional states of mind // *Motivation and Emotion*, 1987. № 11(2). P. 101—120.
- Kuhl J.* Action and state orientation: Psychometric properties of the action control scales (ACS-90). / In J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.). *Volition and personality: Action versus state orientation*. Gottingen, Germany: Hogrefe, 1994. P. 47—59.
- Leventhal H., Brissette, I., Leventhal E.* The common-sense model of self-regulation of health and illness // In L.D. Cameron, H. Leventhal (Eds.) *The self-regulation of health and illness behavior*. Routledge: New York, 2003. P. 42—65.
- Leventhal H., Mora P.A.* Predicting outcomes or modeling process? Commentary on the Health Action Process Approach // *Applied Psychology: An International Review*, 2008. № 57(1). P. 51—65.
- Mann T., de Ridder D., Fujita K.* Self-regulation of health behavior: social psychological approaches to the goal setting and goal striving // *Health Psychology*, 2013. № 32(5). P. 487—498.
- Manning M.* The effects of subjective norms on behaviour in the theory of planned behaviour: a meta-analysis. // *British Journal of Social Psychology*, 2009. № 48(4). P. 649—705.
- Matarazzo J.D.* Behavioural health and behavioural medicine: frontiers for a new health psychology // *American Psychologist*, 1980. № 35. P. 807—817.
- McAndrew L.M., Musumeci-Szabo T.J., Mora P.A., Vilekyte L., Burns E., Halm E.A., Leventhal E.A., Leventhal H.* Using the common-sense model to design interventions for the prevention and management of chronic illness threats: from description to process // *British Journal of Health Psychology*, 2008. № 13. P. 195—204.
- Michie S., Abraham C., Eccles M.P., Francis J.J., Hardeman W., Johnston M.* Strengthening evaluation and implementation by specifying components of behavior change interventions: a study protocol // *Implementation Science*, 2011. № 6(10). 8 p. URL: <http://www.implementationscience.com/content/6/1/10> (дата обращения: 7.11.2014)
- Norcross J.C., Krebs P.M., Prochaska J.O.* Stages of change // *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 2011. № 67(2). P. 143—154.
- Painter J.E., Borba C.P., Hynes M., Mays D., Glanz K.* The use of theory in health behavior research from 2000 to 2005: A systematic review. // *Annals of Behavioral Medicine*, 2008. № 35. P. 358—362.
- Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19—22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States // In: *Official Records of the World Health Organization*. New York, Geneva: The World Health Organization, 1948. № 2. P. 100. URL: http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/2e.pdf (дата обращения: 7.11.2014)
- Prochaska J.O., DiClemente C.C., Norcross J.C.* In search of how people change. Applications to addictive behaviors // *American Psychologist*, 1992. № 47(9). P. 1102—1114.
- Prochaska J.O., DiClemente C.C.* Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1983. № 51(3). P. 390—395.

- Prochaska J.O., Wright J.A., Velicer W.F.* Evaluating theories of health behavior change: a hierarchy of criteria applied to the transtheoretical model // *Applied Psychology*, 2008. № 57(4). P. 561—588.
- Rogers R.W.* Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A Revised theory of protection motivation. / In J. Cacioppo & R. Petty (Eds.), *Social Psychophysiology*. New York: Guilford Press, 1983. P. 153—176.
- Rosenstock I.M.* The health belief model and preventative behavior // *Health education monographs*, 1974. № 2. P. 354—386.
- Schwarzer R.* Modeling health behavior change: how to predict and modify the adoption and maintenance of health behavior // *Applied Psychology: An International Review*, 2008. № 57(1). P. 1—29.
- Schwarzer R.* Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. / In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action*. Washington, DC: Hemisphere, 1992. P. 217—243.
- Schwarzer R., Lippke S., Luszczynska A.* Mechanisms of health behavior change in persons with chronic illness or disability: the Health Action Process Approach // *Rehabilitation Psychology*, 2011. № 56(3). P. 161—170.
- Seligman M.* Positive health // *Applied psychology: an international review*. 2008. 57. P. 3—18.
- Sheldon K., Williams J., Joiner T.* *Self-determination theory in the clinic*. Yale University Press: New Haven & London, 2003. 208 p.
- Snihotta F.F.* Towards a theory of intentional behavior change: plans, planning and self-regulation // *British Journal of Health Psychology*, 2009. № 14. P. 261—273.
- Sutton S.A.* A critical review of the transtheoretical model applied to smoking cessation / In P. Norman, C. Abraham and M. Conner (Eds). *Understanding and changing health behaviour: from health beliefs to self-regulation*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers, 2000. P. 207—225.
- Velicer W.F., Prochaska J.O.* Stages and non-stages theories of behavior and behavior change: a comment on Schwarzer // *Applied Psychology: An International Review*, 2008. № 57(1). P. 75—83.
- Webb T.L., Sheeran P.* Does changing behavioral intentions engender behavior change? A meta-analysis of the experimental evidence // *Psychological Bulletin*, 2006. № 132(2). P. 249—268.
- Weinstein N.D., Sandman P.M.* The precaution adoption process model / In K. Glanz, B.K. Rimer, F.M. Lewis (Eds.) *Health behavior and health education*. San Francisco: Jossey-Bass, 2002. P. 121—143.

PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS FOR HEALTH BEHAVIOR CHANGE: OPPORTUNITIES AND LIMITATIONS

E.I. RASSKAZOVA, N.V. KOSHELEVA

The paper considers possibilities and limitations of psychological methods of health behavior change based on the analysis of psychological approaches to

behavior change from perspective of continuum models (health beliefs theory, motivation protection theory, social cognitive theory, subjective expected utility theory), stage models (transtheoretical model, precaution adoption process model), as well as self-regulation models in health psychology — both general ("Rubicon" model, strength model of self-control, self-regulation theory by M. Carver and C. Scheier, self-determination theory) and specific to health psychology (temporal self-regulation theory). The difficulties of comparing the interventions effectiveness are discussed including different theoretical orientation of the models (health behavior prediction, description of its dynamics and its explanation, respectively), as well as difficulties of taking into account the contribution of concrete methods of individual behavior change and intervention characteristics.

Keywords: health psychology, health behavior change, psychological interventions, social programs in health psychology, continuum models, stage models, self-regulation models.

Anan'ev V.A. Vvedenie v psikhologiyu zdorov'ya: uchebnoe posobie. SPb: SPbMA-PO, 1998. 148 c.

Bovina I.B. Sotsial'naya psikhologiya zdorov'ya i bolezni. M.: Aspekt press, 2008. 263 c. Psikhologiya zdorov'ya. Pod red. G.S. Nikiforova. SPb: Piter, 2006. 607 c.

Rasskazova E.I. Samoregulyatsiya v psikhologii zdorov'ya i klinicheskoy psikhologii // Voprosy psikhologii, 2012. № 1. S. 75—82.

Abraham C. Beyond stages of change: multi-determinant continuum models of action readiness and menu-based interventions // Applied Psychology: An International Review, 2008. № 57(1). P. 30—41.

Abraham C., Graham-Rowe E. Are worksite interventions effective in increasing physical activity? A systematic review and meta-analysis // Health Psychology Review, 2009. № 3(1). P. 108—144.

Abraham C., Michie S. A taxonomy of behavior change techniques used in interventions // Health Psychology, 2008. № 27(3). P. 379—387.

Ajzen I. The theory of planned behavior // Organizational behavior and human decision processes, 1991. № 50. P. 179—211.

Armitage C.J. Is there utility in the transtheoretical model? // British Journal of Health Psychology, 2009. № 14. P. 195—210.

Armitage C.J., Conner M. Social cognition models and health behavior: a structured review // Psychology and Health, 2000. № 15. P. 173—189.

Bandura A. Social foundation of thought and action: a social cognitive theory. Englewood-Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1986. 617 p.

Baumeister R.F., Vohs K.D., Tice D.M. The strength model of self-control // Current Directions in Psychological Science, 2007. № 16. P. 396—403.

Carver C.S., Scheier M.F. On the self-regulation of behavior. New York: Cambridge University Press, 1998. 460 p.

Collins L.M., McKinnon D.P., Reeve B.B. Some methodological considerations in theory-based health behavior research // Health Psychology, 2013. № 32(5). P. 586—591.

- Conner M. Initiation and maintenance of health behavior // *Applied Psychology: An International Review*, 2008. № 57(1). P. 42—50.
- Deci E.L., Ryan R.M. The 'what' and 'why' of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior // *Psychological Inquiry*, 2000. № 11. P. 227—268.
- Edwards W. The theory of decision making // *Psychological Bulletin*, 1954. № 51. P. 380—417.
- Engel G.L. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine // *Science*, 1977. № 196. P. 129—136.
- Fishbein M., Yzer M.C. Using theory to design effective health behavior interventions // *Communication Theory*, 2003. № 13(2). P. 164—183.
- Geist-Martin P., Ray E.B., Sharf B.F. Communicating health: Personal, cultural and political complexities. Belmont: Wadsworth / Thomson Learning, 2003
- Glanz K., Rimer B.K., Lewis F.M. The scope of health behavior and health education // In K. Glanz, B.K. Rimer, F.M. Lewis (Eds.) *Health behavior and health education*. San Francisco: Jossey-Bass, 2002. P. 5—21.
- Gollwitzer P. Goal achievement: the role of intentions // *European Review of Social Psychology*, 1993. № 4(6). P. 141—185.
- Greaves C.J., Sheppard K.E., Abraham C., Hardeman W., Roden M., Evans P., Schwarz P. Systematic review of reviews of intervention components associated with increased effectiveness in dietary and physical activity interventions // *BMC Public Health*, 2011. 11(119). 12 p. URL: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/119>
- Hagger M. Self-regulation: an important construct in health psychology research and practice // *Health Psychology Review*, 2010. 4(2). P. 57—65.
- Hagger M., Wood C., Stiff C., Chatzisarantis N.L.D. The strength model of self-regulation failure and health-related behavior // *Health Psychology Review*. 2009. № 3(2). P. 208—238.
- Hall P.A., Fong G.Y. Temporal self-regulation theory: a model for individual health behavior // *Health Psychology Review*, 2007. № 1(1). P. 6—52.
- Hall P.A., Fong G.Y. Temporal self-regulation theory: looking forward // *Health Psychology Review*, 2010. № 4(2). P. 83—96.
- Heaney C.A., Israel B. Social networks and social support // In K. Glanz, B.K. Rimer, F.M. Lewis (Eds.) *Health behavior and health education*. San Francisco: Jossey-Bass, 2002. P. 185—209.
- Heckhausen H., Gollwitzer P.M. Thought contents and cognitive functioning in motivational versus volitional states of mind // *Motivation and Emotion*, 1987. № 11(2). P. 101—120.
- Kuhl J. Action and state orientation: Psychometric properties of the action control scales (ACS-90). / In J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.). *Volition and personality: Action versus state orientation*. Gottingen, Germany: Hogrefe, 1994. P. 47—59.
- Leventhal H., Brissette, I., Leventhal E. The common-sense model of self-regulation of health and illness / In L.D. Cameron, H. Leventhal (Eds.) *The self-regulation of health and illness behavior*. Routledge: New York, 2003. P. 42—65.
- Leventhal H., Mora P.A. Predicting outcomes or modeling process? Commentary on the Health Action Process Approach // *Applied Psychology: An International Review*, 2008. № 57(1). P. 51—65.

- Mann T., de Ridder D., Fujita K.* Self-regulation of health behavior: social psychological approaches to the goal setting and goal striving // *Health Psychology*, 2013. № 32(5). P. 487—498.
- Manning M.* The effects of subjective norms on behaviour in the theory of planned behaviour: a meta-analysis. // *British Journal of Social Psychology*, 2009. № 48(4). P. 649—705.
- Matarazzo J.D.* Behavioural health and behavioural medicine: frontiers for a new health psychology // *American Psychologist*, 1980. № 35. P. 807—817.
- McAndrew L.M., Musumeci-Szabo T.J., Mora P.A., Vilekyte L., Burns E., Halm E.A., Leventhal E.A., Leventhal H.* Using the common-sense model to design interventions for the prevention and management of chronic illness threats: from description to process // *British Journal of Health Psychology*, 2008. № 13. P. 195—204.
- Michie S., Abraham C., Eccles M.P., Francis J.J., Hardeman W., Johnston M.* Strengthening evaluation and implementation by specifying components of behavior change interventions: a study protocol // *Implementation Science*, 2011. № 6(10). 8 p. URL: <http://www.implementationscience.com/content/6/1/10>
- Norcross J.C., Krebs P.M., Prochaska J.O.* Stages of change // *Journal of Clinical Psychology*: In Session, 2011. № 67(2). P. 143—154.
- Painter J.E., Borba C.P., Hynes M., Mays D., Glanz K.* The use of theory in health behavior research from 2000 to 2005: A systematic review. // *Annals of Behavioral Medicine*, 2008. № 35. P. 358—362.
- Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19—22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States // In: *Official Records of the World Health Organization*. New York, Geneva: The World Health Organization, 1948. № 2. P. 100. URL: http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/2e.pdf
- Prochaska J.O., DiClemente C.C., Norcross J.C.* In search of how people change. Applications to addictive behaviors // *American Psychologist*, 1992. № 47(9). P. 1102—1114.
- Prochaska J.O., DiClemente C.C.* Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1983. № 51(3). P. 390—395.
- Prochaska J.O., Wright J.A., Velicer W.F.* Evaluating theories of health behavior change: a hierarchy of criteria applied to the transtheoretical model // *Applied Psychology*, 2008. № 57(4). P. 561—588.
- Rogers R.W.* Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A Revised theory of protection motivation. / In J. Cacioppo & R. Petty (Eds.), *Social Psychophysiology*. New York: Guilford Press, 1983. P. 153—176.
- Rosenstock I.M.* The health belief model and preventative behavior // *Health education monographs*, 1974. № 2. P. 354—386.
- Schwarzer R.* Modeling health behavior change: how to predict and modify the adoption and maintenance of health behavior // *Applied Psychology: An International Review*, 2008. № 57(1). P. 1—29.
- Schwarzer R.* Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. / In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action*. Washington, DC: Hemisphere, 1992. P. 217—243.

- Schwarzer R., Lippke S., Luszczynska A.* Mechanisms of health behavior change in persons with chronic illness or disability: the Health Action Process Approach // *Rehabilitation Psychology*, 2011. № 56(3). P. 161—170.
- Seligman M.* Positive health // *Applied psychology: an international review*. 2008. 57. P. 3—18.
- Sheldon K., Williams J., Joiner T.* Self-determination theory in the clinic. Yale University Press: New Haven & London, 2003. 208 p.
- Sniehotta F.F.* Towards a theory of intentional behavior change: plans, planning and self-regulation // *British Journal of Health Psychology*, 2009. № 14. P. 261—273.
- Sutton S.A.* A critical review of the transtheoretical model applied to smoking cessation / In P. Norman, C. Abraham and M. Conner (Eds). *Understanding and changing health behaviour: from health beliefs to self-regulation*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers, 2000. P. 207—225.
- Velicer W.F., Prochaska J.O.* Stages and non-stages theories of behavior and behavior change: a comment on Schwarzer // *Applied Psychology: An International Review*, 2008. № 57(1). P. 75—83.
- Webb T.L., Sheeran P.* Does changing behavioral intentions engender behavior change? A meta-analysis of the experimental evidence // *Psychological Bulletin*, 2006. № 132(2). P. 249—268.
- Weinstein N.D., Sandman P.M.* The precaution adoption process model / In K. Glanz, B.K. Rimer, F.M. Lewis (Eds.) *Health behavior and health education*. San Francisco: Jossey-Bass, 2002. P. 121—143.