

Групповые и макросоциальные интервенции в программах изменения поведения, связанного со здоровьем: возможности и ограничения

Рассказова Е.И.

*ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова»,
г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: 0000-0002-9648-5238, e-mail: e.i.rasskazova@gmail.com*

Тхостов А.Ш.

*ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова»,
г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: 0000-0001-9676-4096, e-mail: tkhostov@gmail.com*

Ковязина М.С.

*ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова»,
г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: 0000-0002-1795-6645, e-mail: kms130766@mail.ru*

Варако Н.А.

*ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова»,
г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: 0000-0002-8310-8169, e-mail: nvarako@mail.ru*

Задача изменения образа жизни и поведения, связанного со здоровьем, в профилактике и реабилитации не имеет в настоящий момент единого решения и требует сочетания различных методов и уровней интервенций. Целью данной статьи является анализ опыта применения групповых и макросоциальных моделей изменения поведения, связанного со здоровьем. Реабилитация, как правило, изначально происходит в групповом контексте, что требует грамотной фасилитации текущего взаимодействия. Показано, что социальная поддержка, социальное сравнение и идентификация с группой выступают важнейшими предикторами успешного изменения поведения, связанного со здоровьем. Учет существующего в психологии здоровья и реабилитации опыта развития социальных сетей по типу привлечения «естественных» помощников и фасилитации развития групп может способствовать большей эффективности социально-психологических программ изменения поведения, связанного со здоровьем. Обсуждаются важность диагностики текущих социальных сетей и дифференциации тех их функций, которые важны для эффективной реабилитации, а также возможности применения модели SHOWED как методической основы групповой работы с поведением, связанным со здоровьем. Рассматриваются особенности применения

Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш., Ковязина М.С.,
Варако Н.А. Групповые и макросоциальные
интервенции в программах изменения
поведения, связанного со здоровьем:
возможности и ограничения
Клиническая и специальная психология
2021. Том 10. № 2. С. 23–46.

Rasskazova E.I., Tkhostov A.Sh., Kovyazina M.S.,
Varako N.A. Group and Macro-Social Interventions
in Health-Related Behavior Change Programs:
Opportunities and Limitations
Clinical Psychology and Special Education
2021, vol. 10, no. 2, pp. 23–46.

в профилактике и реабилитации модели прайминга и модели прототипа-готовности как акцентирующих внимание на важности актуализации позитивных стереотипов и установок, связанных с развиваемым поведением.

Ключевые слова: психология здоровья, изменение поведения, связанного со здоровьем, теории социальной поддержки, модель SHOWED, модель прототипа-готовности, модели прайминга, методология М. Сабидо.

Финансирование. Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ) в рамках научного проекта № 20-013-00799.

Для цитаты: Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш., Ковязина М.С., Варако Н.А. Групповые и макросоциальные интервенции в программах изменения поведения, связанного со здоровьем: возможности и ограничения [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2021. Том 10. № 2. С. 23–46. DOI: 10.17759/cpse.2021100203

Group and Macro-Social Interventions in Health-Related Behavior Change Programs: Opportunities and Limitations

Elena I. Rasskazova

Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia,
ORCID: 0000-0002-9648-5238, e-mail: e.i.rasskazova@gmail.com

Aleksandr Sh. Tkhostov

Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia,
ORCID: 0000-0001-9676-4096, e-mail: tkhostov@gmail.com

Maria S. Kovyazina

Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia,
ORCID: 0000-0002-1795-6645, e-mail: kms130766@mail.ru

Natalia A. Varako

Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia,
ORCID: 0000-0002-8310-8169, e-mail: nvarako@mail.ru

The goal of changing health-related lifestyles and behaviors in prevention and rehabilitation does not currently have a single solution and requires a combination of different interventions and different levels of interventions. The aim of present paper was

to review and discuss opportunities of group and macro-social models of health-related behavior change. Frequently rehabilitation initially starts in a group context, which requires competent facilitation of the current patients' interactions. It was shown that social support, social comparison, identification with the group are the most important predictors of successful changes in health-related behavior in groups. Taking into account the existing experience of health psychology and rehabilitation in the development of social networks by the type of attracting "natural" helpers and facilitating the development of groups can contribute to greater efficiency of socio-psychological programs for changing health-related behavior. The importance of appraisal of current social networks and differentiating those functions that are important for effective rehabilitation, as well as the possibility of using the SHOWED model as a methodological basis for group work with health-related behavior, is discussed. Opportunities of using the priming model and prototype-readiness model in prevention and rehabilitation are considered, as they emphasize the importance of updating positive stereotypes and attitudes related to the health behavior.

Keywords: health psychology, health-related behavior change, social support, SHOWED model, prototype-readiness model, Sabido methodology.

Funding. The reported study was funded by Russian Foundation for Basic Research (RFBR), project number 20-013-00799.

For citation: Rasskazova E.I., Tkhostov A.Sh., Kovyazina M.S., Varako N.A. Group and Macro-Social Interventions in Health-Related Behavior Change Programs: Opportunities and Limitations. *Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija=Clinical Psychology and Special Education*, 2021. Vol. 10, no. 2, pp. 23–46. DOI: 10.17759/cpse.2021100203 (In Russ.)

Введение

Задача изменения поведения, связанного со здоровьем (преодоление рискованного для здоровья поведения, формирование привычек здорового питания и поддержания активного образа жизни, проактивного участия в профилактике и мониторинге своего физического состояния и пр.), относится к числу центральных задач психологии здоровья [22; 23]. Некоторые авторы даже считают, что связь действий самих людей с их здоровьем и болезнью настолько сильна, что, если бы люди придерживались здорового образа жизни, показатели смертности от наиболее распространенных причин могли бы снизиться как минимум в два раза [17]. В клинической психологии и психологии реабилитации эта задача не менее актуальна: помимо того, что при многих хронических соматических заболеваниях отказ от курения и алкоголя, регуляция питания, контроль веса и активный образ жизни — важнейшие превентивные факторы [13], сам процесс комплексной реабилитации требует личного участия, собственной активности пациента по изменению образа его жизни в соответствии с реабилитационными целями [4]. В Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности

и здоровья активность и участие рассматриваются как характерные составляющие реабилитационного процесса, соотносимые с уровнями действий и деятельности в отечественной теории деятельности [1]. Соответственно, под изменением поведения, связанного со здоровьем, в психологии здоровья и психологии реабилитации понимается обширный круг мишеней, включая активное участие человека в поддержании своего здоровья и качества жизни, в профилактике и реабилитации.

За чуть более чем 40 лет своего существования психология здоровья предложила более двадцати психологических моделей, ориентированных на изменение готовности личности к поведению, связанному со здоровьем [5; 22; 23], а также вариантов классификации [9] и интеграции [10; 28] как самих моделей, так и соответствующих психологических методов интервенции [18]. Тем не менее результаты интервенций по изменению осознанных намерений людей и их индивидуальной готовности к изменению поведения относительно скромны [27], что привело исследователей к выводу о необходимости разработки многоуровневых программ, ориентирующихся на процессы межличностного, группового взаимодействия и макросоциальные процессы.

Следует отметить, что в клинической и клиничко-психологической реабилитации задача учета групповых и организационных процессов (включая обеспечение рабочих отношений и социального статуса человека в трудовом коллективе) традиционно рассматривалась как одна из центральных [2–4]. Помимо этого, длительный характер реабилитации, особенно если он сопряжен с регулярным пребыванием в медицинских учреждениях (стационарно, амбулаторно), открывает естественные возможности для использования организованных и спонтанных групп и социальных сетей для изменения и поддержания поведения пациента [11]. В психологии здоровья интерес специалистов к межличностным и групповым факторам изменения поведения, связанного со здоровьем, во многом определился результатами первых исследований, показавшими, что вероятность долгосрочного участия людей в программах снижения веса, отказа от курения или алкоголя выше, если с ними вместе это делают их близкие ([15]; в случае программ снижения веса у женщин — подруги.

Целью данной работы является описание и обобщение предложенных в психологии здоровья моделей изменения поведения, связанного со здоровьем, фокусом внимания которых являются групповые и макросоциальные процессы. С нашей точки зрения, обсуждение возможностей и ограничений этих подходов может способствовать дальнейшей разработке и уточнению групповых и организационных методов изменения поведения как в профилактике, так и в реабилитации.

В соответствии с поставленной целью, ниже рассматриваются психологические модели и основанные на этих моделях социально-психологические программы изменения поведения, связанного со здоровьем, в группах риска и у пациентов с хроническими соматическими заболеваниями, ориентированные на изменение

групповых процессов (развитие социальных сетей, организация направленного взаимодействия группы по поводу проблем, связанных со здоровьем, в модели П. Фрайера, создание и поддержание общественных организаций). Далее описаны модели, фокусом внимания которых является выявление и актуализация социальных стереотипов с целью изменения поведения, связанного со здоровьем, а также основанные на них методы макросоциальных интервенций (методология М. Сабидо). Важно оговориться, что в данной работе ставится задача *описания и обсуждения возможностей* существующих групповых и макросоциальных интервенций. Сопоставительный анализ и поиск путей их интеграции и использования в существующих российских социально-психологических программах в области профилактики и реабилитации является, с нашей точки зрения, следующим важным этапом и выходит за рамки данной статьи.

Групповые процессы в интервенциях по изменению поведения, связанного со здоровьем, в профилактике и реабилитации

Ключевой мишенью социально-психологических программ изменения поведения, связанного со здоровьем, ориентированных на групповые процессы, являются *социальные сети*, их развитие, поддержание и трансформация их функций, включая функцию оказания социальной поддержки. Важно оговориться, что субъективное восприятие поддержки существенно отличается от объективной ситуации, ее принятие или непринятие зависит от серии различных факторов [14], а сама поддержка представляет несколько разнородных типов: как правило, выделяют эмоциональную, инструментальную, оценочную и информационную поддержку. Соответственно, предварительный этап программ социальной поддержки должен включать диагностику и сопоставление субъективных и объективных индикаторов различных вариантов социальной поддержки [11], а интервенция — совместное обсуждение с участниками социальной сети того, как они воспринимают текущую поддержку, каковы их ожидания от окружающих, и согласование целей по улучшению социальной поддержки. В психологии реабилитации рассогласованность типа и способа оказания поддержки пациенту со стороны близких и медицинских работников особенно важна, поскольку нередко она является причиной пассивности пациента в реабилитационном процессе или его неудовлетворенности. Намеренно заостряя, можно привести в качестве примера сочувствие пациенту со стороны инструктора ЛФК или инструментальное обслуживание всех потребностей пациента близкими — и то, и другое оказывается крайне неэффективным, хотя все участники реабилитации желают улучшить этот процесс. Задачей реабилитационной бригады становится согласование тех способов, которыми необходимая поддержка может быть оказана разными специалистами, и тех способов, которыми будет постоянно оцениваться ее эффективность.

В психологии здоровья выделяют четыре направления целенаправленной работы с социальными сетями [11].

- *Улучшение существующих сетей.* И в рамках профилактики, и в реабилитации сюда относят тренинги или консультирование членов семьи, направленные на

обучение инструментальной поддержке (например, измерение уровня глюкозы в крови в семьях пациентов с сахарным диабетом), эмоциональной и оценочной поддержке (совместное участие в ходе реабилитации, в программах снижения веса и т.п.). В реабилитационной работе используется вариант тренинга специалистов (участников реабилитационной бригады).

- *Развитие новых связей* в рамках существующей сети используется, если существующая сеть мала, разобщена или не может оказать эффективной поддержки. Примером является ситуация хронической социальной изоляции (пожилые люди), психологический кризис и резкие изменения в жизни (например, переезд). Ситуация социальной изоляции многократно описана как фактор риска в отношении здоровья, особенно у людей с хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями [12]. Сюда относится поддержание общения людей в рамках каких-либо групп по интересам и хобби или — в реабилитации — групп пациентов («приятельской» сети), волонтерских движений со стороны тех, кто столкнулся с теми же или схожими заболеваниями, в особенности успешно справился с ними (так называемое наставничество). Более целенаправленной организации требует создание или координирование, поддержание групп самопомощи. Заметим, что роль такого рода связей в реабилитации может быть очень велика: существуют целые организации и движения, позиционирующие себя как реабилитационные, основные функции которых сводятся к поддержанию и координации социальных связей между пациентами.

- *Улучшение социальной сети* — более сложный, по сравнению с предыдущим, вариант, когда в социальной группе (например, среди пациентов или жителей определенного района) выявляются наиболее «авторитетные» люди, к которым чаще всего обращаются за помощью, поддержкой и советом о здоровье и поведении (так называемые «естественные» помощники). Задачей социально-психологической программы является поиск этих людей и проведение с ними отдельного тренинга в области лечения, реабилитации и здравоохранения в целом. Поскольку такого рода организация сети затратна, она оправдана в том случае, если люди в целевой группе скорее склонны обращаться друг к другу и не доверять или опасаться традиционной медицины (например, из-за страха женщины в группе риска онкологических заболеваний могут не проходить регулярно маммографию), относятся к национальным меньшинствам и общаются преимущественно между собой. На наш взгляд, сегодня это направление особенно оправданно онлайн — через поиск и обучение людей, активно участвующих в обсуждениях реабилитации и лечения на форумах и сайтах.

- *Улучшение сети за счет фасилитации возможностей группы и обучения ее* — наиболее организационно сложный вариант, в котором группы риска (например, пожилых жителей одного района или людей, перенесших инфаркт миокарда) искусственно объединяют в группы, помогая им под руководством специалиста сформулировать наиболее важные цели, обнаружить возможности и ресурсы группы, самостоятельно предложить и реализовать способы решения проблем. Классический пример в психологии здоровья — так называемый Тэндерлоинский

проект, в котором целями широкой сети групп, создававшихся и курирующихся волонтерами в домах престарелых, были совместная постановка задач по улучшению здоровья, выявление приоритетов и поиск ресурсов для их осуществления — то есть фасилитация возможностей группы самостоятельно разрешать свои трудности [19].

Очевидно, что сегодня в психологии здоровья и психологической реабилитации задача полноценного создания и координации групп пациентов может быть невыполнима. Однако в большинстве случаев цель гораздо скромнее — создание условий для общения и поддержание общения между пациентами. Более того, групповой формат работы как с пациентами, так и с родственниками (или даже с группой, состоящей из пар «родственник–пациент») часто является значительно более экономичным для реабилитации. Важное преимущество группы также в том, что при правильной организации она со временем приобретает способность к саморегуляции. Это означает, что группа сама может находить и использовать ресурсы для своего существования и развития, ставить новые цели и достигать их. Например, в Тэндерлоинском проекте одним из критериев эффективности работы группы был отказ на определенном этапе ее развития от курирующего волонтера при продолжении активной деятельности.

С психологической точки зрения, по сравнению с микросоциальным уровнем анализа уровень группы открывает ряд новых возможностей, в частности, использования *социального сравнения* членов группы между собой и с другими людьми (например, пациенты могут сравнить себя с другими пациентами, родственники — с другими родственниками) и обучения через наблюдение, «по образцу» (т.е. на основе тех историй, которые они слышат друг о друге).

Мощным психологическим фактором активного участия в профилактике или реабилитации, включающих изменение образа жизни, может стать *идентификация* с группой (например, с группой пациентов), которая задает несколько изменений. Во-первых, идентифицируясь с группой пациентов или группой поддержки, человек признает свою болезнь и свое состояние как то, что случается в мире, с чем живут и что преодолевают — иными словами, автоматически формируются эмоциональное принятие и осознание своего состояния, которые столь трудно достижимы для пациента на личностном уровне анализа. Во-вторых, идентификация сопряжена с процессом переоценки возможностей, «сильных сторон» своей группы в противопоставлении другим группам, достоинства которых, напротив, принижаются. Иногда «чужая» группа приобретает статус «врага» или источника бед — хотя последнее не всегда продуктивно, такое изменение бесспорно стимулирует активность пациента, задавая ему простой смысл (например, борьбы), помогая выражать свои чувства и желания напрямую, повышая собственную значимость и значимость группы (например, как «спасителя»). С нашей точки зрения, если речь идет об активации пациента, о поиске для него смысла и мотивации к трудной реабилитационной деятельности, даже идентификация, включающая идею борьбы с законодательством, вполне может играть позитивную роль на ранних этапах реабилитации. Метафорически говоря, человек перестает

ощущать себя пассивным реципиентом помощи, он становится *нужен* своей группе в качестве активного действующего звена.

Выделяют несколько моментов (особенностей групповых процессов, связей и отношений, [25]), на которые должен постоянно обращать внимание организатор или фасилитатор группы (в данном случае — группы по профилактике и реабилитации, направленной на изменение поведения, связанного со здоровьем, и образа жизни).

1. *Распределение и приобретение полномочий* — важно обращать внимание на те социальные действия, которые предпринимаются людьми, группами и организациями для контроля над происходящим и дают им возможности («власть»). Полномочия приобретаются или через развитие умений, проявление высоких человеческих качеств, например, стойкости перед лицом болезни, предложении оптимальных способов решения проблем (так называемая «власть с»), или через доминирование, распространение определенной идеологии и демонстрации сил, например, через активную борьбу по улучшению социальной помощи людям с инвалидностью (так называемая «власть над»). Если в группе не обсуждался вопрос о полномочиях — о том, кто, что и как может сделать для достижения общих целей реабилитации, в группе быстро возникает диффузия ответственности, нарастают недопонимание и тревога. Групповая динамика считается хорошей, если по мере развития группы все больше власти и ответственности принимают на себя ее члены, давая ведущему группы все меньше свободы в принятии решений (этот феномен называется «критическим осознанием»). Если по мере групповой динамики у пациентов возрастают полномочия и уверенность, они начинают сами активно изменять те условия, в которых они живут.

2. *Способности, или социальный капитал* группы — это те ее характеристики, которые определяют выявление, обсуждение социальных и общественных проблем, принятие мер в отношении этих проблем, сотрудничество и кооперацию для достижения реабилитационных целей. В любой группе есть неравенство — разный уровень образования, тяжести состояния и заболевания, особенности прогноза, финансовое обеспечение, — и успешность группы зависит от того, насколько ей удастся справляться с этим неравенством, замечая острые проблемы (тех, кому в первую очередь нужна помощь) и перераспределяя ресурсы. Если фасилитатор группы не замечает и не привлекает внимания ее членов к социальному капиталу, даже идеальная демонстрация одними пациентами того, как можно успешно справиться с заболеванием, приведет лишь к отчуждению и отказу от участия у тех, у кого этого не получается. Критерий успешного развития способностей реабилитационной группы — постепенный сдвиг акцентов от изменений в окружающих факторах (например, для недавно созданной реабилитационной группы помочь пациентам и их семьям обычно значит — изменить доходы, законодательство, действия жилищных услуг) к изменениям в самих себе (группа начинает использовать собственные ресурсы в уже заданных условиях — развитие поведения, связанного со здоровьем, поиск новых методов и направлений

реабилитации и лечения), а также развитие социальных сетей, о которых говорилось выше.

3. *Выбор мишени*, на которую будут направлены действия группы, и расстановка приоритетов в целях являются сложными процессами и на индивидуальном уровне. Установление же иерархии целей для группы по реабилитации требует учета многих факторов. Как и в случае отдельного пациента, важно, чтобы проблемы (то, что мешает группе) были переформулированы в цели (то, в чем группа чувствует себя уверенно, в отличие от того, с чем она пока не может справиться). Следует отметить, что в некоторых социальных программах по улучшению здоровья и реабилитации в настоящее время выбор мишени подменяется задачей *создания и развития общих ценностей, представлений и потенциала группы*. Например, пациенты с тяжелыми прогрессирующими заболеваниями могут фотографировать, рисовать или описывать истории о том, что считают важным для себя и совместно обсуждать. По мере обсуждения члены группы начинают сами поддерживать друг друга, выявлять и искать пути решения существующих проблем.

4. *Измерение и оценка* группового процесса, возможностей и ограничений группы — важнейший фактор ее развития. Обычно от измерения отказываются из-за невозможности квалифицированно провести его своими силами и страха, что внешние эксперты вызовут внутреннее напряжение членов группы. В последнее время развиваются методы (совместная оценка, развивающая оценка), благодаря которым внешние эксперты и члены группы сотрудничают на всех этапах оценки, и группа может разработать свои собственные критерии оценки эффективности, отражающие ее уникальную ситуацию. Однако важно понимать, что если критерии и способы оценки не обсуждены и не применяются в группе, велик риск ее распада из-за переживания бессилия и отсутствия прогресса, в отношении которого у каждого члена группы (например, у каждого пациента) есть свои ожидания.

Заметим, что в зависимости от того, что группа в программе по изменению поведения, связанного со здоровьем, считает эффективным результатом своей работы и что движет ей в своем развитии, стратегии организации и поддержания группы будут разными. Обычно для описания этих различий предлагают метафору *маскулинности/фемининности* как крайних вариантов стиля организации группы, направленной на улучшение здоровья и преодоление болезни [21]. При крайнем варианте создания группы по «маскулинному» типу источником ее развития выступает недовольство, а задачей — борьба, изменение чего-либо, достижение результата. В этом случае в группе есть четкая иерархия, руководство (формальное лидерство), регламентированные правила взаимодействия, а ресурсы в борьбе берутся из взаимодействия с другими организациями и приобретаются по мере достижения результатов и известности. Напротив, при крайнем варианте создания группы по «фемининному» типу источником ее развития является необходимость распределения сил и обязанностей (например, при невозможности женщин с ограничениями здоровья полностью обеспечить заработок, заботиться о детях и вести домашнее хозяйство), результат понимается как обеспечение помощи

и поддержки, достижение значимых для группы целей, сохранение ценностей, а средством выступает развитие, приобретение новых умений, получение нового опыта. В такой группе структура скорее горизонтальная, чем вертикальная, основанная на непосредственных межличностных отношениях, а лидерство неформальное, ориентированное на связь людей друг с другом и создание безопасного и уютного пространства для обсуждения проблем. Хотя в психологии реабилитации традиционный образ группы — это группа поддержки, на уровне практики крайнее проявление «фемининного» типа — не всегда лучший и не единственный вариант.

С нашей точки зрения, одна из ключевых возможностей учета групповых процессов в социально-психологических интервенциях в отношении здоровья — возможность облегчить переход к активным действиям, активному участию как совместной деятельности по улучшению функционирования и качества жизни. В этом смысле для задач психологии здоровья и реабилитации нам представляется полезной модель П. Фрайера (называемая аббревиатурой SHOWED), представляющая собой применение теории мотивации защиты на групповом уровне [24] (рис. 1).

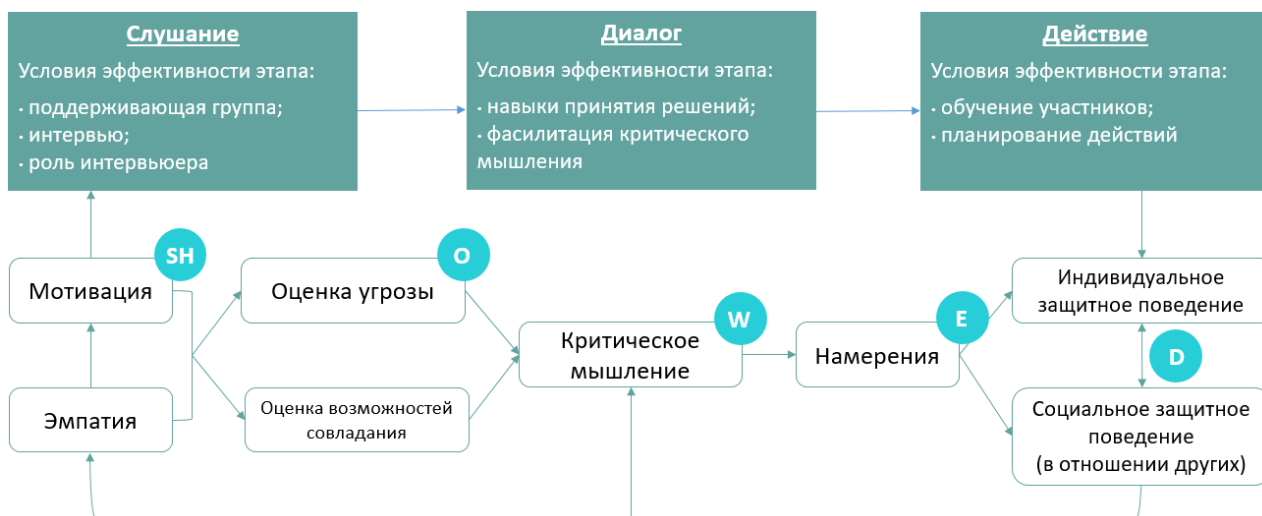


Рис. 1. Теоретическая модель взаимодействия модели П. Фрайера и теории защитной мотивации [цит. по 24, р. 223]

Примечание. Прямоугольниками отмечены элементы модели П. Фрайера, овалами — элементы теории мотивации защиты. Понятия критического мышления и поведения являются ключевыми в обеих моделях. Английская аббревиатура SHOWED используется для обозначения вопросов для диалога (пояснение в тексте). Рефлексия не выделена на схеме как отдельный этап и относится к нижней линии — от последствий к критическому мышлению и эмпатии.

Согласно модели, никакое информирование человека само по себе не может быть достаточно эффективным, если ему не дают непосредственной возможности активного обсуждения в диалоге и активного действия. Изменение поведения, связанного со здоровьем, рассматривается как цикл, состоящий из четырех этапов (рис. 1): *Слушание, Диалог, Действие, Рефлексия*. Каждый человек понимается не как

пассивный объект обучения, а как активный его участник, формирующий в диалоге собственное критическое мышление — способность выявлять суть проблемы и пути ее решения. *Действие* дает человеку уверенность в себе и своих силах. Согласно П. Фрайеру, на этапах *Слушания* и *Диалога* формируется и развивается критическое мышление, тогда как планирование и осуществление социальных действий приводит к изменению поведения. Мотивация и эмпатия — необходимые условия *Слушания*, оценка угрозы и возможностей совладания происходит в процессе *Диалога*, что и способствует развитию критического осознания и в дальнейшем — планированию действий и изменению поведения.

Для того, чтобы *Слушание* было эффективным, недостаточно лишь информации, важны мотивация и эмпатия — иными словами, это должны быть истории и рассказы, стимулирующие эмоциональное сопереживание и участие (например, рассказы или интервью других пациентов). Уже на этом этапе членам группы предлагается проявить активность в формулировании вопросов, ожиданий, сомнений. Для формирования эмпатии не менее важна способность к личностной идентификации («Мог бы я попасть в такую ситуацию? А мои родители? Друзья?»).

Согласно модели, без *Диалога* услышанное не может оформиться в намерение действовать или в план действий. Этот этап считается наиболее важным, и его задача — развитие критического мышления как способности выявлять проблемы и искать пути их решения. Помогает развивать критическое мышление обсуждение конкретных историй или случаев при помощи серии вопросов, которая сокращенно обозначается аббревиатурой SHOWED:

- Что мы видим, или как можно назвать эту проблему? (от слова “See” — S);
- Что на самом деле происходит с этим человеком в его или ее жизни? (Happening — H);
- Как эта история связана с нашими жизнями, что мы чувствуем? (Our — O);
- Почему и из-за чего у человека или в его семье появились эти проблемы? Почему и в каких случаях мы сталкиваемся с этими проблемами в обществе? (Why — W);
- Что могло бы нам помочь лучше понять эту проблему или ее общественную природу? Как мы могли бы сейчас найти решение проблемы? (Empowered — E);
- Что мы можем делать для решения этой проблемы? (Do — D).

Если на предыдущем этапе удалось добиться эмоционального отклика участников группы, то на этапе *Диалога* они сами начинают говорить о своем опыте и своих переживаниях. Чтобы перейти от переживаний к решению проблемы и действиям, ведущий может сказать участникам, что их чувства могут помочь лучше понять проблему (ее медицинские, политические, социальные аспекты), а значит — указать путь ее решения и предложить поискать решение.

Наконец, результаты даже самого эффективного диалога останутся бессмысленными, если не будет обеспечена немедленная возможность совместных

Действий. В профилактических группах (например, П. Фрайер описал свою модель на примере программы профилактики рискованного для здоровья поведения у подростков из неблагополучных районов, с высоким уровнем преступности, употребляющих ПАВ, имеющих опыт раннего и небезопасного начала половой жизни) воплощение задуманного в жизнь может быть крайне затруднительно. В реабилитационных группах переход к действиям может быть проще, и проблемы часто возникают в случае реабилитации при тяжелых состояниях, когда возможности пациентов ограничены. В этих случаях такие действия, как презентации, плакаты, видео- и фотонovelлы, используемые в образовательных программах других центров, конференции, обучение других пациентов, стажеров и волонтеров, могут быть вариантами перехода к *Действиям*.

Интересно, что все перечисленные моменты полностью применимы и к обучению специалистов реабилитационной бригады — для его эффективности важны опыт активного и эмпатичного слушания, а не только получение знаний и обучение навыкам, дальнейший диалог по поводу услышанного и возможность перехода к совместным с пациентом и другими участниками реабилитационного процесса *Действиям*.

Макросоциальные процессы в интервенциях по изменению поведения, связанного со здоровьем, в профилактике и реабилитации

Классические исследования в рамках личностных моделей изменения поведения, связанного со здоровьем, неоднократно показывали, что эти изменения в значительной степени зависят от системы социальных ожиданий и представлений (глазами самого человека и его близких) и от внешних стимулов, напоминающих человеку о принятом решении [5]. Образно говоря, пациенту после инфаркта миокарда отказаться от курения значительно легче, если у него есть дети, его друзья придерживаются здорового образа жизни, перед домом есть велодорожка, а по соседству — магазин, предлагающий продукты здорового питания; и значительно труднее — если везде стоят пепельницы и лежат сигареты, потому что его супруг/супруга курит. Важно отметить, что эти внешние «напоминания» человек может предложить и создать сам — в форме напоминаний самому себе (по будильнику, на компьютере, при помощи девиза в профиле в социальной сети) или трансформации поведения (например, возвращаясь домой после работы тем маршрутом, на котором нет магазина с алкоголем).

Успехи такого рода «напоминаний» в индивидуальной работе позволили предположить, что они действуют иначе (по другому механизму), нежели осознаваемые установки и намерения личности, «в обход» осознания и волевого контроля. Было выдвинуто предположение, что для разного поведения, связанного со здоровьем, более эффективны разные интервенции. Это предположение породило целую волну новых исследований. Оказалось, во-первых, что если сравнивать разные виды связанного со здоровьем поведения, то четко выделяются два типа: поведение по улучшению здоровья и поведение риска [16]. Во-вторых, разное поведение в рамках одного типа связано между собой, но практически не

связано с поведением другого типа: например, тот, кто ведет активный образ жизни, чаще старается придерживаться и здорового питания (улучшающее здоровье поведение), но ни склонность к активному образу жизни, ни склонность к правильному питанию не связаны с курением (поведение риска). Возникло предположение, что если поведение, улучшающее здоровье, зависит от намерений человека, то поведение риска связано с действием других — социально-психологических — факторов. Заметим, что именно поведение риска, как правило, является центральным для реабилитации, поскольку даже если речь идет о поддержании здорового питания или активного образа жизни, эти задачи в реабилитации возникают не в благоприятных условиях, а потому, что текущее поведение человека грозит ему негативными последствиями — хронификацией заболевания, снижением качества жизни, рецидивом или быстрым прогрессированием болезни.

Для объяснения и изменения поведения риска была предложена отдельная модель — *модель прототипа-готовности* (Prototype-willingness Model, [8]), согласно которой поведение, связанное со здоровьем, развивается согласно классическим мотивационным моделям (через осознанное намерение) только в том случае, если это *защитное поведение* («чтобы избежать чего-либо, нужны физические упражнения или диспансеризация»). Если же речь идет о *поведении риска*, для которого важен социальный контекст (курение, предохранение), то для такого поведения значимо более важны социальные реакции, нежели запланированные действия. Поведенческая готовность, созданная влиянием ситуации, может «перевешивать» любые благие намерения, возникшие как результат установок, социальных норм и прошлого поведения, и определяется прототипом — социальным образом человека, вовлеченного в рискованное поведение (например, «курильщики — крутые ребята»). Эмпирические исследования в целом поддерживают модель прототипа-готовности: так, поведенческая готовность часто лучше предсказывает рискованное для здоровья поведение, нежели намерения, особенно среди молодых людей и людей, не имеющих достаточного опыта в данной области [26]. Например, успешность интервенции, направленной против употребления алкоголя подростками 10–12 лет, объяснялась их влиянием на поведенческую готовность, а не на намерения.

Указание на особую роль прототипов и стереотипов, которые есть у человека, открыло новый путь методам интервенции, направленным на улучшение здоровья. В этом смысле, например, противопоставляют модели «*обучения риску*» и модели *актуализации стереотипов*, или модели *прайминга*¹ (Stereotype Priming Models, [20]). Согласно моделям прайминга, рискованное для здоровья поведение слишком сильно зависит от имеющихся у человека стереотипов и их актуализации — именно поэтому эффективность обучающих программ и информирования о риске столь

¹ Здесь прайминг (priming) понимается максимально широко как предварительное предъявление человеку некоторого стимула или серии стимулов, которое влияет на его реакцию на дальнейшие стимулы. Механизмы, стоящие за праймингом, связывают с имплицитными эффектами памяти.

низка. Учет социального контекста предлагает другой путь (см. табл.) — через влияние на ситуацию. Первый шаг такого рода работы направлен на выявление у человека позитивных и негативных стереотипов, связанных с некоторым поведением, а затем — на актуализацию при помощи прайминга тех из них, которые помогут ему отказаться от вредных для здоровья действий в пользу заботы о здоровье. Теоретическая идея, стоящая за моделями прайминга, заключается в том, что поведение зависит не столько от выраженности тех или иных факторов (например, установок), сколько от силы связи (ассоциации) между этими факторами и намерениями, а также намерениями и поведением² [7]. В отличие от интервенций, основанных на моделях личностного уровня [5], где изменение поведения, связанного со здоровьем, достигается через влияние на выраженность убеждений, прайминг усиливает (актуализирует) связи убеждений с намерением и поведением. В целом эти две стратегии не противоречат друг другу и их можно совмещать, хотя важно понимать, что способы выбора мишени убеждения в моделях прайминга и моделях континуума разные. Так, модели континуума предлагают в качестве мишени убеждения, которые недостаточно сильны, тогда как модели прайминга — наоборот, наиболее важные для человека убеждения, если они связаны с намерениями и поведением нужным образом [7]. Практическое преимущество моделей прайминга состоит в том, что подобного рода интервенции могут быть эффективны, действуя даже на неосознанном уровне. Ограничение же состоит в том, что они не формируют у человека новых убеждений и представлений, а только актуализируют уже существующие [20], а также в том, что действие этих интервенций недолгосрочное и требует постоянной «подпитки» — ситуативных «напоминаний».

Интервенции, основанные на прайминге, часто бывают макросоциального уровня, поскольку не требуют глубокого общения с человеком или между людьми — это могут быть социальная реклама, плакаты в медицинских учреждениях, использование средств массовой информации и даже развлекательные передачи. В частности, в реабилитации пациент сразу и постоянно подвергается такого рода внешним стимулам: какие-то из них носят макросоциальный характер (информирующие плакаты в медицинских учреждениях, буклеты самопомощи, бланки информированного согласия, а также сайты и форумы, телевизионные передачи), какие-то — организационный или групповой (общая атмосфера и поведение других пациентов отделения, типичный досуг людей на улице), а какие-то — индивидуальный (выбор того, какой дорогой возвращаться после работы домой). Однако создаются эти материалы, как правило, с задачами исключительно информирования и апеллируют к осознанию, что, как было показано выше, неэффективно. Как и в случае групповых интервенций, небольшие изменения, внесенные вместе с пациентом, с группой по реабилитации или с персоналом организации, могут существенно повысить эффективность реабилитации.

² Строго говоря, это означает, что речь может идти о прайминге не только стереотипов, но и любых ассоциаций между убеждениями и намерениями, намерениями и поведением [7]. В этом смысле эта группа моделей называется также теорией медиапрайминга.

Таблица

**Различия в интервенциях, основанных на «обучении риску»
 и актуализации стереотипов [цит. по 20, pp. 193–194]**

Критерии	Традиционные интервенции, основанные на «обучении риску»	Интервенции, основанные на актуализации стереотипов
Рекомендуемый тип сообщения	Сообщение акцентирует внимание на риске и угрозе (тяжести, уязвимости), а также на эффективности некоторого поведения в преодолении этой угрозы и способности человека следовать этому поведению	Сообщение должно актуализировать (приводить к повышению значимости) позитивные стереотипы в отношении людей, которые ведут себя желаемым образом, и/или негативные стереотипы в отношении людей, которые ведут себя иначе
Обязательные предварительные условия	Нет	Сообщение должно учитывать тот стереотип, который уже сложился у человека, и фокусироваться на одной или нескольких известных личностных чертах
Обязательные условия успешной интервенции	Нет	Сообщение должно быть предъявлено незадолго до того, как людям нужно будет оценить поведение других людей, ведущих себя «правильно» или «неправильно»
Когнитивные и эмоциональные медиаторы намерений и поведения	Сообщение должно приводить к усилению убеждений о риске и угрозе, сопряженных со страхом. Кроме того, сообщения должны способствовать развитию самоэффективности и уверенности в эффективности нового поведения	Сообщение должно влиять на мысли и суждения человека о некоторых индивидах и группах (на основе стереотипа). При этом эмоциональные реакции могут варьировать от позитивных (восхищение) до негативных (отвращение)
Соответствие сообщения представлениям человека (когнициям)	Должно стремиться к 100% соответствию	Может быть слабым или отсутствовать, поскольку сообщение может актуализировать неосознанные стереотипы
Способы улучшения соотношения полезности/стоимости и интервенций	Обращение к тем людям, которые не понимают угрозы и/или недооценивают эффективность нового поведения, и повторение сообщения до тех пор, пока они его не выучат	Обращение к тем людям, которые знают о стереотипе, но не принимают его полностью, и повторение сообщения до тех пор, пока этот стереотип не станет значимым для них
Эффект противоречащих друг другу сообщений	При прочих равных условиях чем чаще люди сталкиваются с сообщением, противоречащим исходному, тем сильнее будет его эффект	Если сообщение, противоречащее исходному, опирается на более значимый (доминирующий) стереотип, оно должно оказывать непропорционально больший эффект на поведение человека

Как должна проводиться актуализация стереотипов при помощи прайминга для того, чтобы быть эффективной? С нашей точки зрения, это удобно

продемонстрировать на примере так называемой *методологии М. Сабидо*, системы разработки медиа, направленных на улучшение поведения, связанного со здоровьем, крайне успешно применявшейся начиная с 1970-х гг. в Мексике, а затем — в более чем 50 странах Латинской Америки, Африки, Азии [6]. Основными форматами были сериалы, теле- и радиопередачи, видеоролики, шоу, уличный театр. Однако эффективным, с точки зрения М. Сабидо, является любой жанр, включающий элементы развлечения, — то, что человек будет делать ради интереса — это может быть история, рассказ или плакат, но предпочтительнее, чтобы в нем был динамически развивающийся сюжет. В данной работе мы не будем останавливаться подробно на особенностях подготовки таких программ и их формате, рассмотрим лишь те моменты, которые важны для любой актуализации стереотипа и могут быть применены в профилактике и реабилитации.

1. Первые два подготовительных этапа в методологии М. Сабидо посвящены предварительным исследованиям и созданию *списка моральных принципов и ценностей, которые будут актуализироваться*. Ключевой принцип состоит в том, что сообщение не должно создавать новых ценностей (поскольку прайминг не может этого делать), оно должно использовать и воплощать в жизнь уже существующие просоциальные ценности, установки и поведение. Предварительные исследования нужны не только для того, чтобы выявить эти ценности, но и для того, чтобы: 1) определить предпочтения и интересы целевой аудитории (например, как именно проводит свое время в среднем пациент, проходящий реабилитацию после инфаркта миокарда, какой он, что ему интересно делать); 2) правильно выбрать формат программы (исходя из интересов пациентов и доступности разных форматов); 3) выбрать план действий, который будет пропагандироваться (сообщение не должно создавать потребность в сервисе, которого не существует или масштабы которого не позволят ему справиться с нарастающими запросами — например, если в городе нет нужного количества оснащенных хосписов, не хватает мест в них, или требуются непосильные для среднестатистического человека финансовые затраты).

2. Ключевой принцип в разработке сообщения или сценария — как содержание сообщения, так и представленные в нем характеры должны соответствовать целевой группе (основной персонаж должен быть похож на тех, на кого направлено сообщение) или находить отклик в их сердцах (образы индейца и трансформера будут по-разному эффективными в разных поколениях). Например, сообщение о том, что курение сопряжено с риском рака легких или бесплодия не может быть эффективным в отношении людей, не сталкивающихся с этим риском, в особенности в отношении молодых людей, для которых в силу временной перспективы «в среднем через 20 лет» означает «в глубокой старости». В классической драме М. Сабидо создаются три персонажа: положительный герой (поддерживающий поведение по улучшению здоровья, с достаточно высоким социальным статусом и рядом положительных для данной культуры черт), отрицательный герой (поддерживающий рискованное для здоровья поведение, должен ассоциироваться с маргинальными в данной культуре группами), нейтральный, или основной персонаж (максимально похожий на целевую группу, колеблется между разными

вариантами поведения, постепенно принимая решение в пользу положительного прототипа). Содержание каждого из эпизодов драмы при этом типично: отрицательный персонаж мешает нейтральному изменить свое поведение к лучшему, а положительный — неустанно помогает и мотивирует нейтрального персонажа. В рутинной реабилитации эти характеристики можно учитывать при подборе историй, в том числе тех, которые приводит специалист пациенту для его мотивирования. Если же речь идет о предъявлении сообщения без сюжета (плакат, например), важно, чтобы присутствующие на нем персонаж/персонажи соответствовали этим принципам.

3. Как и в модели П. Фрайера, в данной модели также есть акцент на важности перехода от слушания к обсуждению и действию. Однако здесь, учитывая медийный характер таких программ, эту роль выполнял краткий эпилог после каждого эпизода — обычно рассказ популярного человека (политика, ведущего, звезды), который привлекает внимание слушателей/зрителей к ключевым моментам эпизода, рассказывает о том, где и как можно получить помощь и информацию о показанном просоциальном поведении, какие услуги и инфраструктура существуют, и просит аудиторию присылать свои письма с целью обратной связи.

4. *Мониторинг и оценка* должны проводиться постоянно (обычно качественными методами — интервью, фокус-группы, опросы) для того, чтобы вовремя обнаружить ситуацию, когда какое-либо сообщение воспринимается аудиторией не так, как хотели разработчики. Интересный критерий эффективности, предложенный М. Сабидо, — то, насколько чаще и больше стали говорить люди о проблеме, обсуждать ее.

Заключение

Бесспорно, перечисленные принципы и приемы просты и очевидны, поэтому специалисту, участвующему в организации сложной деятельности по профилактике и реабилитации, могут казаться слишком примитивными. В действительности именно это, согласно модели прайминга, и определяет их эффективность: если сообщению удастся «выразить» важную для пациента ценность, оно влияет на его действия независимо от его осознанного отношения к этому сообщению (хотя и относительно краткосрочно, если эти действия не поддерживаются в дальнейшем).

Таким образом, привлечение групповых и макросоциальных моделей изменения поведения, связанного со здоровьем, в контексте профилактики и реабилитации существенно обогащает репертуар возможных мишеней и методов. Поскольку реабилитация, как правило, уже происходит в групповом контексте (пациенты в клинике общаются между собой, близкие вместе с пациентом обсуждают что-либо с врачом и т.п.), задачей является лишь грамотная фасилитация текущего взаимодействия, а не создание новых групп и движений. Социальная поддержка, социальное сравнение, идентификация с группой выступают важнейшими предикторами успешного изменения поведения, связанного со

здоровьем. Однако для эффективной реабилитации на уровне группы требуются диагностика текущих особенностей и возможностей социальных сетей (для выбора оптимального варианта интервенции — улучшения сети, развития новых связей, улучшения социальных связей и фасилитации возможностей группы) и дифференциация тех функций, которые эта социальная сеть предоставляет (субъективно и объективно) пациенту и его близким и которые они хотели бы развить — оценочные, инструментальные, эмоциональные, информационные. Такие варианты интервенций в психологии здоровья и реабилитации, как использование «естественных» помощников и целенаправленная фасилитация возможностей группы, на наш взгляд, незаслуженно игнорируются в российских программах, несмотря на те возможности, которые они открывают, и эмпирические данные в пользу их эффективности. Интересную методическую основу групповой работы с поведением, связанным со здоровьем, представляет модель SHOWED П. Фрайера, акцентирующая внимание на важности правильной организации слушания и дополнения его диалогом и действием. Макросоциальные факторы выступают в реабилитации не только в форме внешних неконтролируемых условий (политических, административных, социокультурных), но и в форме возможностей изменения среды, окружающей пациента и его близких, в том числе реабилитационной среды в учреждении. Теоретическую основу такой работы составляют модели прайминга и модель прототипа-готовности, в рамках которых была продемонстрирована эффективность ситуативной (хотя и требующей повторения и постоянства) актуализации текущих стереотипов и установок, связанных нужным образом с поведением (своеобразных «напоминаний»). Действуя «в обход» осознанным намерениям, эти методы являются дополнительным инструментом изменения образа жизни человека, который относительно редко применяется целенаправленно в российских программах.

С нашей точки зрения, сопоставительный анализ этих вариантов интервенций с применяемыми в профилактике и реабилитации с целью изменения поведения, связанного со здоровьем, в России является дальнейшим этапом на пути развития эффективных и доказательных социально-психологических программ.

Литература

1. Варако Н.А., Шилко Р.С., Ковязина М.С. и др. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) и культурно-деятельностная парадигма Л.С. Выготского – А.Н. Леонтьева – А.Р. Лурии как основа отечественной клинко-психологической реабилитологии [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2019. Том 8. № 3. С. 143–159. DOI: 10.17759/psyclin.2019080308.
2. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике. СПб: Речь, 2011. 271 с.
3. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожак Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: Медпрактика-М., 2004. 492 с.

Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш., Ковязина М.С.,
Варако Н.А. Групповые и макросоциальные
интервенции в программах изменения
поведения, связанного со здоровьем:
возможности и ограничения
Клиническая и специальная психология
2021. Том 10. № 2. С. 23–46.

Rasskazova E.I., Tkhostov A.Sh., Kovyazina M.S.,
Varako N.A. Group and Macro-Social Interventions
in Health-Related Behavior Change Programs:
Opportunities and Limitations
Clinical Psychology and Special Education
2021, vol. 10, no. 2, pp. 23–46.

4. Клинические и организационные основы реабилитации психически больных /
Под ред. М.М. Кабанова, К. Вайзе. М.: Медицина, 1980. 372 с.

5. Рассказова Е.И. Теоретические модели понимания, объяснения и изменения
поведения в психологии здоровья: виды и цели // Руководство по психологии
здоровья / Под ред. А.Ш. Тхостова, Е.И. Рассказовой. М.: изд-во МГУ, 2019. С. 153–236.

6. Barker K. Sex, soap, and social change: the Sabido methodology // In M. Haider (ed.),
Global public health communication: Challenges, perspectives, and strategies. Boston: Jones
and Bartlett Publishers, 2005. P. 113–153.

7. Fishbein M., Yzer M.C. Using theory to design effective health behavior interventions
// Communication Theory. 2003. Vol. 13. № 2. P. 164–183. DOI: 10.1111/j.1468-
2885.2003.tb00287.x.

8. Gibbons F.X., Gerrard M., Lane D.J. A social reaction model of adolescent health risk //
In J.M. Suls, K.A. Wallston (eds.), Social psychological foundations of health and illness.
Oxford, UK: Blackwell, 2003. P. 107–136.

9. Hagger M. Self-regulation: an important construct in health psychology research and
practice // Health Psychology Review. 2010. Vol. 4. № 2. P. 57–65. DOI:
10.1080/17437199.2010.503594.

10. Hall P.A., Fong G.Y. Temporal self-regulation theory: a model for individual health
behavior // Health Psychology Review. 2007. Vol. 1. № 1. P. 6–52. DOI:
10.1080/17437190701492437

11. 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.

12. Kaplan R., Sallis J., Patterson T. Health and Human Behaviour. NY: McGraw-Hill,
1993. 576 p.

13. Kennedy P. Rehabilitation psychology: Introduction, review, and background // In
P. Kennedy (Ed.), Oxford Handbook of Rehabilitation Psychology. Oxford: Oxford University
Press, 2012. P. 3–9.

14. Kirk S., Beatty S., Callery P. et al. Perception of effective self-care support for
children and young people with long-term conditions // Journal of Clinical Nursing. 2012.
Vol. 21. № 13-14. P. 1974–1987. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2011.04027

15. Lewis M.A., DeVellis B.M., Sleath B. Social influence and interpersonal
communication in health behavior // In K. Glanz, B.K. Rimer, F.M. Lewis (eds.), Health
behavior and health education. San Francisco: Jossey-Bass, 2002. P. 240–264.

16. Lippke S., Nigg C.R., Maddock J.E. Health-promoting and health-risk behaviors:
theory-driven analysis of multiple health behavior change in three international samples //
International Journal of Behavioral Medicine. 2012. Vol. 19. № 1. P. 1–13. DOI:
10.1007/s12529-010-9135-4.

17. 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. Vol. 32. № 5. P. 487–498. DOI: 10.1037/a0028533.
18. Michie S., Ashford S., Sniehotta F.F. et al. A refined taxonomy of behavior change techniques to help people change their physical activity and healthy eating behavior // *Psychology and Health*. 2011. Vol. 26. № 11. P. 1479–1498. DOI: 10.1080/08870446.2010.540664.
19. Minkler M., Wallerstein N.B. Improving health through community organization and community building // In M. Minkler (ed.), *Community organizing and community building for health*. New Brunswick, New Jersey, London: Rutgers University Press, 2006. P. 26–50.
20. Pechmann C. A comparison of Health Communication Models: Risk learning versus stereotype priming // *Mediapsychology*. 2001. Vol. 3. № 2. P. 189–210. DOI: 10.1207/S1532785XMEP0302_04.
21. Stall S., Stoecker R. Toward a gender analysis of community organizing models: liminality and the intersection of spheres // In M. Minkler (ed.), *Community organizing and community building for health*. New Brunswick, New Jersey, London: Rutgers University Press, 2006. P. 196–217.
22. Straub R.O. *Health psychology: a biopsychosocial approach*. NY: Worth Publishers, 2019. 656 p.
23. Taylor S., Stanton A.L. *Health psychology*. NY: McGraw-Hill Education, 2020. 496 p.
24. Wallerstein N., Sanchez V., Velarde L. Freirian praxis in health education and community organizing: a case study of an Adolescent Prevention Program // In M. Minkler (ed.), *Community organizing and community building for health*. New Brunswick, New Jersey, London: Rutgers University Press, 2006. P. 218–236.
25. Walter C.L. Community building practice: conceptual framework // In M. Minkler (ed.), *Community organizing and community building for health*. New Brunswick, New Jersey, London: Rutgers University Press, 2006. P. 66–78.
26. Webb T.L., Sheeran P. A viable, integrative framework for contemporary research in health psychology: Commentary on Hall and Fong's temporal self-regulation theory // *Health Psychology Review*. 2010. Vol. 4. № 2. P. 79–82. DOI: 10.1080/17437191003717497.
27. Webb T.L., Sheeran P. Does changing behavioral intentions engender behavior change? A meta-analysis of the experimental evidence // *Psychological Bulletin*. 2006. Vol. 132. № 2. P. 249–268. DOI: 10.1037/0033-2909.132.2.249.
28. Weinstein N.D. Testing four competing theories of health-protective behavior // *Health Psychology*. 1993. Vol. 12. № 4. P. 324–333. DOI: 10.1037//0278-6133.12.4.324.

References

1. Varako N.A., Shilko R.S., Kovyazina M.S. et al. Mezhdunarodnaya klassifikatsiya funkcionirovaniya, ogranichenii zhiznedeyatel'nosti i zdorov'ya (MKF) i kul'turno-deyatel'nostnaya paradigma L.S. Vygotskogo – A.N. Leont'eva – A.R. Lurii kak osnova otechestvennoi kliniko-psikhologicheskoi reabilitologii [International Classification of Functioning, Disability and Health (ICFDH) and Cultural-Activity Approach of L.S. Vygotsky – A.N. Leontiev – A.R. Luria as The Methodological Basis of Russian Clinical Psychological Rehabilitation]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya=Clinical Psychology and Special Education*, 2019, vol. 8, no. 3, pp. 143–159. DOI: 10.17759/psyclin.2019080308. (In Russ., abstr. in Engl.).
2. Vasserman L.I., Trifonova E.A., Shchelkova O.Yu. Psikhologicheskaya diagnostika i korrektsiya v somaticheskoi klinike [Psychological diagnostics and correction in the somatic clinics]. Saint-Petersburg: Rech', 2011. 271 p. (In Russ.).
3. Gurovich I.Ya., Shmukler A.B., Storozhakova Ya.A. Psikhosotsial'naya terapiya i psikhosotsial'naya reabilitatsiya v psixiatrii [Psychosocial therapy and psychosocial rehabilitation of patients with mental disorders]. Moscow: Medpraktika-M., 2004. 492 p. (In Russ.).
4. Klinicheskie i organizatsionnye osnovy reabilitatsii psikhicheski bol'nykh [Clinical and organizational basis of rehabilitation of patients with mental disorders. In M.M. Kabanov, K. Vaize (eds.). Moscow: Meditsina, 1980. 372 p. (In Russ.).
5. Rasskazova E.I. Teoreticheskie modeli ponimaniya, ob"yasneniya i izmeneniya povedeniya v psikhologii zdorov'ya: vidy i tseli [Theoretical models of understanding, explaining and changing behavior in health psychology: types and goals]. In A.Sh. Tkhostov, E.I. Rasskazova (eds.), *Rukovodstvo po psikhologii zdorov'ya=Manual in Health Psychology*. Moscow: Izdatel'stvo MGU, 2019. P. 153–236. (In Russian).
6. Barker K. Sex, soap, and social change: the Sabido methodology. In M. Haider (ed.), *Global Public Health Communication: Challenges, Perspectives, and Strategies*. Boston: Jones and Bartlett Publishers, 2005, pp. 113–153.
7. Fishbein M., Yzer M.C. Using theory to design effective health behavior interventions. *Communication Theory*. 2003. 13(2). Pp. 164–183. DOI: 10.1111/j.1468-2885.2003.tb00287.x.
8. Gibbons F.X., Gerrard M., Lane D.J. A social reaction model of adolescent health risk. In J.M. Suls, K.A. Wallston (eds.), *Social Psychological Foundations of Health and Illness*. Oxford, UK: Blackwell, 2003, pp. 107–136.
9. Hagger M. Self-regulation: an important construct in health psychology research and practice. *Health Psychology Review*, 2010, vol. 4, no. 2, pp. 57–65. DOI: 10.1080/17437199.2010.503594.
10. Hall P.A., Fong G.Y. Temporal self-regulation theory: a model for individual health behavior. *Health Psychology Review*, 2007, vol. 1, no. 1, pp. 6–52. DOI: 10.1080/17437190701492437

11. 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, pp. 185–209.
12. Kaplan R., Sallis J., Patterson T. *Health and Human Behaviour*. NY: McGraw-Hill, 1993. 576 p.
13. Kennedy P. Rehabilitation psychology: Introduction, review, and background. In P. Kennedy (Ed.), *Oxford Handbook of Rehabilitation Psychology*. Oxford: Oxford University Press, 2012, pp. 3–9.
14. Kirk S., Beatty S., Callery P. et al. Perception of effective self-care support for children and young people with long-term conditions. *Journal of Clinical Nursing*, 2012, vol. 21, no. 13-14, pp. 1974–1987. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2011.04027
15. Lewis M.A., DeVellis B.M., Sleath B. Social influence and interpersonal communication in health behavior. In K. Glanz, B.K. Rimer, F.M. Lewis (eds.), *Health Behavior and Health Education*. San Francisco: Jossey-Bass, 2002, pp. 240–264.
16. Lippke S., Nigg C.R., Maddock J.E. Health-promoting and health-risk behaviors: theory-driven analysis of multiple health behavior change in three international samples. *International Journal of Behavioral Medicine*, 2012, 19, pp. 1–13, vol. 19, no. 1, pp. 1–13. DOI: 10.1007/s12529-010-9135-4.
17. 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, vol. 32, no. 5, pp. 487–498. DOI: 10.1037/a0028533.
18. Michie S., Ashford S., Sniehotta F.F. et al. A refined taxonomy of behavior change techniques to help people change their physical activity and healthy eating behavior. *Psychology and Health*, 2011, vol. 26, no. 11, pp. 1479–1498. DOI: 10.1080/08870446.2010.540664.
19. Minkler M., Wallerstein N.B. Improving health through community organization and community building. In M. Minkler (ed.), *Community Organizing and Community Building for Health*. New Brunswick, New Jersey, London: Rutgers University Press, 2006, pp. 26–50.
20. Pechmann C. A comparison of Health Communication Models: Risk learning versus stereotype priming. *Mediapsychology*, 2001, vol. 3, no. 2, pp. 189–210. DOI: 10.1207/S1532785XMEP0302_04.
21. Stall S., Stoecker R. Toward a gender analysis of community organizing models: liminality and the intersection of spheres. In M. Minkler (ed.), *Community Organizing and Community Building for Health*. New Brunswick, New Jersey, London: Rutgers University Press, 2006, pp. 196–217.
22. Straub R.O. *Health psychology: a biopsychosocial approach*. NY: Worth Publishers, 2019. 656 p.

Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш., Ковязина М.С.,
Варако Н.А. Групповые и макросоциальные
интервенции в программах изменения
поведения, связанного со здоровьем:
возможности и ограничения
Клиническая и специальная психология
2021. Том 10. № 2. С. 23–46.

Rasskazova E.I., Tkhostov A.Sh., Kovyazina M.S.,
Varako N.A. Group and Macro-Social Interventions
in Health-Related Behavior Change Programs:
Opportunities and Limitations
Clinical Psychology and Special Education
2021, vol. 10, no. 2, pp. 23–46.

23. Taylor S., Stanton A.L. Health psychology. NY: McGraw-Hill Education, 2020. 496 p.
24. Wallerstein N., Sanchez V., Velarde L. Freirian praxis in health education and community organizing: A case study of an Adolescent Prevention Program. In M. Minkler (ed.), *Community Organizing and Community Building for Health*. New Brunswick, New Jersey, London: Rutgers University Press, 2006, pp. 218–236.
25. Walter C.L. Community building practice: conceptual framework. In M. Minkler (ed.), *Community Organizing and Community Building for Health*. New Brunswick, New Jersey, London: Rutgers University Press, 2006, pp. 66–78.
26. Webb T.L., Sheeran P. A viable, integrative framework for contemporary research in health psychology: Commentary on Hall and Fong's temporal self-regulation theory. *Health Psychology Review*, 2010, vol. 4, no. 2, pp. 79–82. DOI: 10.1080/17437191003717497.
27. Webb T.L., Sheeran P. Does changing behavioral intentions engender behavior change? A meta-analysis of the experimental evidence. *Psychological Bulletin*, 2006, vol. 132, no. 2, pp. 249–268. DOI: 10.1037/0033-2909.132.2.249.
28. Weinstein N.D. Testing four competing theories of health-protective behavior. *Health Psychology*, 1993, vol. 12, no. 4, pp. 324–333. DOI: 10.1037//0278-6133.12.4.324

Информация об авторах

Рассказова Елена Игоревна, кандидат психологических наук, доцент, кафедра нейро- и патопсихологии, факультет психологии, ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова», Москва, Россия, ORCID: 0000-0002-9648-5238, e-mail: e.i.rasskazova@gmail.com

Тхостов Александр Шамильевич, доктор психологических наук, заведующий, кафедра нейро- и патопсихологии, факультет психологии, ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова», Москва, Россия, ORCID: 0000-0001-9676-4096, e-mail: tkhostov@gmail.com

Ковязина Мария Станиславовна, доктор психологических наук, профессор, кафедра нейро- и патопсихологии, факультет психологии, ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова», Москва, Россия, ORCID: 0000-0002-1795-6645, e-mail: kms130766@mail.ru

Варако Наталья Александровна, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник, кафедра методологии психологии, факультет психологии, ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова», Москва, Россия, ORCID: 0000-0002-8310-8169, e-mail: nvarako@mail.ru

Information about the authors

Elena I. Rasskazova, PhD in Psychology, Associate Professor, Department of Neuro- and Pathopsychology, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia, ORCID: 0000-0002-9648-5238, e-mail: e.i.rasskazova@gmail.com

*Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш., Ковязина М.С.,
Варако Н.А.* Групповые и макросоциальные
интервенции в программах изменения
поведения, связанного со здоровьем:
возможности и ограничения
Клиническая и специальная психология
2021. Том 10. № 2. С. 23–46.

*Rasskazova E.I., Tkhostov A.Sh., Kovyazina M.S.,
Varako N.A.* Group and Macro-Social Interventions
in Health-Related Behavior Change Programs:
Opportunities and Limitations
Clinical Psychology and Special Education
2021, vol. 10, no. 2, pp. 23–46.

Aleksandr Sh. Tkhostov, Doctor of Psychology, Head of Department of Neuro- and Pathopsychology, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia, ORCID: 0000-0001-9676-4096, e-mail: tkhostov@gmail.com

Maria S. Kovyazina, Doctor of Psychology, Professor of Department of Neuro- and Pathopsychology, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia, ORCID: 0000-0002-1795-6645, e-mail: kms130766@mail.ru

Natalia A. Varako, PhD in Psychology, Senior Researcher, Department of Psychological Methodology, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia, ORCID: 0000-0002-8310-8169, e-mail: nvarako@mail.ru

Получена: 09.05.2020

Received: 09.05.2020

Принята в печать: 28.01.2021

Accepted: 28.01.2021