

**Е. И. Рассказова**

## **МОДЕЛИ СТАДИЙ ИЗМЕНЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ В ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ: ВОЗМОЖНОСТИ И ОГРАНИЧЕНИЯ**

В статье рассматриваются модели, применяемые для описания и понимания поведения, приводящего к нарушению здоровья или, напротив, к его улучшению. Модели стадий (транстеоретическая модель, модель принятия мер предосторожности) сопоставляются с традиционными моделями континуума и с активно развивающимися в психологии здоровья моделями саморегуляции. Выделяются отличительные особенности моделей стадий: ориентация на феноменологические и психотерапевтические задачи, анализ динамики поведения и сопутствующих процессов, описательный подход. Выявлены проблемные области моделей стадий, касающиеся вопросов о дискретности/непрерывности процесса изменений, описательного/объяснительного характера основных конструктов. Обосновывается то, что модели стадий позволили психологии здоровья продвинуться в сторону понимания динамики поведения, но впоследствии стали претендовать на задачу его объяснения, что и стало причиной их уязвимости для критики.

*Ключевые слова:* описание и объяснение в психологии здоровья, модели стадий, модели изменения поведения, транстеоретическая модель, модель процесса принятия мер предосторожности.

The paper analyzes opportunities and limitations of stage models in health psychology (trans-theoretical model, precaution adoption process model) comparing to traditional continuum models and actively developing self-regulation models. Theoretical basis for stage models (orientation to practical problems, analysis of behavior dynamics and associated processes, descriptive approach, understanding of the model effectiveness as an accuracy of classification and description of the transitions between stages) and problematic spheres (discrete/continuous process of change, descriptive/explanatory nature of the basic constructs). Heuristic nature of stages models is proved in solving the original problem of behavior description while their vulnerability to

---

**Рассказова Елена Игоревна** — канд. психол. наук, доцент кафедры ней-ро- и патопсихологии ф-та психологии МГУ имени М.В. Ломоносова, ст. науч. сотр. лаборатории позитивной психологии и качества жизни НИУ ВШЭ. *E-mail:* e.i.rasskazova@gmail.com

Работа выполнена в рамках программы фундаментальных исследований НИУ ВШЭ в 2014 г.

criticism is demonstrated because of the implicit transition to the problem of his explanation.

*Key words:* description and explanation in health psychology, stage models, models of behavior change, trans-theoretical model, precaution adoption process model.

Психология здоровья — область психологической науки, относительно недавно получившая свое развитие (Matarazzo, 1980) и руководящаяся в первую очередь практической целью улучшения здоровья населения. В связи с развитием медицины инфекционные заболевания уступили место ключевых причин инвалидности и смертности хроническим заболеваниям, тесно связанным с поведением человека. Соответственно основной фокус внимания психологии здоровья приходится на объяснение и понимание поведения, приводящего к нарушениям здоровья или, напротив, к его улучшению. Традиционно в психологии здоровья доминировали мотивационные модели, ориентированные на предсказание полезного или вредного для здоровья поведения и ставящие во главу угла намерение. Например, считалось, что намерение человека делать утреннюю зарядку определяется его установками («Для меня хорошо/полезно делать зарядку»), социальными нормами («Окружающим важно, чтобы я делал зарядку»), уверенностью в своих силах («Я могу делать зарядку два раза в неделю по утрам»). Эти так называемые модели континуума (*continuum models* — Armitage, Conner, 2000) стали все чаще подвергаться критике (для обзора см.: Рассказова, 2014, в печати) за то, что объясняют поведение исключительно намерениями, которые, как известно, не всегда ведут к действиям (Sniehotta, 2009), а также за то, что не учитывают динамику изменений в поведении. В качестве альтернативы моделям континуума были разработаны модели стадий (*stage models* — Armitage, Conner, 2000), в которых задачи предсказания поведения заменены задачами описания его динамики и стадий изменения.

**Цель** данной работы — анализ возможностей и ограничений *моделей стадий* (Ст-моделей) в психологии здоровья, сопоставление их с традиционными *моделями континуума* (К-моделями) и активно развивающимися в этой сфере *моделями саморегуляции* (Рассказова, Иванова, 2014). Среди Ст-моделей выделяются *транстеоретическая модель* — Тт-модель (*trans-theoretical model* — Prochaska et al., 1992) и *модель процесса принятия мер предосторожности* — Пмп-модель (*precaution adoption process model* — Weinstein, Sandman, 1992).

Следует отметить, что проблема методологии психологии здоровья не раз поднималась в отечественной литературе (см., напр.:

Чеснокова, 2013; Mezzich et al., 2013), а Тт-модель представлена в ряде обзоров российских авторов (см., напр.: Бовина, 2008; Психология здоровья, 2006). Но в этих обзорах акцент делается либо на основные положения, либо на отдельные сферы применения данной модели (например, в случае борьбы с употреблением психоактивных веществ), что не позволяет анализировать ее роль как подхода в психологии здоровья. Две работы авторов Тт-модели переведены на русский язык. Однако обе они носят частный характер: одна из книг (Прохазка, Норкросс, 2005) представляет собой переработанное издание классической монографии 1979 г., а вторая (Прохазка и др., 2013) является научно-популярным изданием. Таким образом, несмотря на знакомство отечественных психологов с Тт-моделью теоретическое значение Ст-моделей в целом и адресованная им критика остаются неосвещенными, не позволяя интегрировать в исследованиях возможности и учесть ограничения Ст-моделей в психологии здоровья.

Задачи статьи состоят а) в выявлении отличительных особенностей Ст-моделей, их возможностей и ограничений в сравнении с К-моделями; б) в рассмотрении оснований для критики Ст-моделей; в) в оценке потенциала их использования и пути дальнейшего развития в психологии здоровья.

Процессуальный подход к действиям, связанным со здоровьем (*health action process approach* — Schwarzer, 1992), будет рассматриваться лишь в той мере, в которой в нем получены эмпирические подтверждения дискретности стадий изменения поведения. Хотя сам Р. Шварцер причисляет свой подход к Ст-моделям, мы считаем более правомерным относить его к моделям саморегуляции в силу того, что его конструкты носят объяснительный, а не описательный характер (полный обзор данного подхода см. в: Рассказова, 2014).

### **Отличительные особенности моделей стадий**

С теоретической точки зрения можно выделить несколько черт, отличающих Ст-модели от К-моделей и моделей саморегуляции. Перечислим эти черты.

— *Ориентация на задачи практики.* Все Ст-модели направлены на практическое приложение к конкретным проблемным ситуациям и на учет их содержательных особенностей. Однако если основным источником Тт-модели стали психотерапевтические теории и наблюдения психотерапевтов-практиков, а первоначальное применение она нашла в индивидуальной работе с аддикциями (Prochaska et al., 1992), то Пмп-модель исходно ориентировалась на новые социальные задачи (например, на описание поведения, связанного с профилактикой отравления радоном в бедных районах) и под-

разумевала проведение относительно масштабных социальных программ (Weinstein, Sandman, 1992). Следует отметить, что широкую распространенность Тт-модели предопределило именно внимание к задачам и теориям психотерапии: по данным обзора исследований по психологии здоровья, опубликованных в 2000—2005 гг. (Painter et al., 2008), эта модель наиболее часто упоминалась в научных работах (27.5%), опережая многие К-модели и деля первое место с социально-когнитивной теорией.

— *Акцент на динамическую составляющую поведения и процессы, сопровождающие его изменение.* В основе такого теоретического акцента лежат два имплицитных предположения. 1. Процесс изменения поведения неоднороден, дискретен; благодаря выделению и диагностике стадий этого процесса интервенция может быть более эффективной, если она релевантна именно той стадии, на которой человек находится. Так, критикуя К-модели, Дж. Прохазка пишет: «Неудивительно, что намерения... хорошо предсказывают последующее поведение. Но что знание о намерении добавляет к уже имеющемуся знанию? Большинство курящих собираются курить дальше и большинство некурящих не собираются начать курить» (Velicer, Prochaska, 2008, p. 77), однако этот факт не может помочь изменить их поведение или объяснить, почему некоторые люди бросают или начинают курить. Для практики недостаточно предсказать, почему люди что-то делают стабильно; необходима типология, позволяющая показать, как они меняют свое поведение. 2. Выявление психологических процессов, сопровождающих изменение поведения, а особенно переход с одной стадии на другую, указывает на мишени для интервенций: если по данным исследования некоторые психологические процессы сопутствуют поведенческим изменениям, то, намеренно вызывая эти процессы, можно вызывать изменения в поведении. Именно в этом смысле исследователи предлагают называть К-модели теориями поведения, а Ст-модели — теориями изменения поведения, призванными рассказать, «как люди меняются», в отличие от объяснения того, «почему они не меняются» (ibid.).

— *Описание vs предсказание.* Несмотря на то что по мере развития все Ст-модели предлагают психодиагностические инструменты оценки стадий изменения поведения и активно используют статистические обобщения, они явно тяготеют к качественному, описательному подходу. Именно описание процесса изменений (в том числе с обращением к данным интервью, единичным случаям) является основным подтверждением валидности выделения стадий, а аналитическое обобщение существующих психотерапевтических подходов обосновывает то, какие техники какой стадии соответствуют. С методологической точки зрения все эти черты характерны

скорее для качественного, нежели для количественного подхода в психологии (Бусыгина, 2013; Улановский, 2012).

— *Критерии эффективности Ст-моделей.* Уже в ранних обзорах К- и Ст-моделей (Armitage, Conner, 2000) отчетливо звучит мысль, что сравнение их эффективности невозможно в силу того, что они ориентированы на разные задачи. Основная задача Ст-моделей — не столько улучшение предсказания поведения (как в К-моделях) и не столько его объяснение (как в моделях саморегуляции), сколько уточнение и расширение уже накопленных знаний в форме учета динамики развития ситуации. Ключевым критерием эффективности Ст-моделей служит то, насколько четко на их основании можно указать, к какой стадии изменения поведения относится конкретный случай (индивид) и насколько полно, насыщено описан в них сам переход человека с одной стадии на другую. (По мере ориентации Ст-моделей на количественный подход чаще стали говорить о *предсказании* перехода человека с одной стадии на другую.) Еще одним критерием является то, насколько индивидуализирован дизайн для интервенций, предлагаемый той или иной моделью, и насколько полно она охватывает популяцию тех, чье поведение является рискованным для здоровья. Например, систематизируя требования к теориям в психологии здоровья, Дж. Прохаска выделяет в качестве наиболее труднодостижимого, но наиболее важного критерия, свидетельствующего о высокой эффективности теоретической модели «воздействие» (*impact*), комбинацию эффективности и распространенности (в последнюю включаются: доля популяции, на которую направлена и к которой применима теория; разнообразие видов поведения и ситуаций, на которые она распространяется) (Prochaska et al., 2008). Выделение же стадий изменения позволяет охватить не только тех людей, у которых есть намерение изменить поведение, но и тех, кто не имеет такого намерения или даже не осведомлен о своей проблеме.

### **Способы доказательства превосходства Ст-моделей над К-моделями**

Превосходство Ст-моделей над К-моделями обычно доказывают тремя способами: (1) обосновывая дискретную, стадийную структуру процесса изменения, в отличие от характерных для К-моделей представлений об изменении поведении как непрерывном процессе; (2) указывая, что стадии позволяют предсказать не только состояние, но и динамику поведения человека (логику перехода с одной стадии на другую); (3) доказывая превосходство интервенций, нацеленных на конкретные стадии (индивидуализированные для конкретных людей) над единым для всех испытуемых

вариантом интервенции (так называемым “*one size fits all*”, или «стрижкой всех под одну гребенку»), предлагаемым К-моделями. Еще один теоретический аргумент заключается в том, что Ст-модели в отличие от К-моделей потенциально способны учесть разницу между однократными и повторяющимися действиями. Несмотря на то что в принципе К-модели можно применить не только к началу некоторого поведения, но и к его поддержанию и рецидивам к прежнему образу жизни (Sutton, 1987), в них предполагается, что и однократное действие, и продолжительное поведение подчиняются одним и тем же закономерностям. Между тем конкретный выбор поведения часто не вызывает у человека затруднений; они появляются при необходимости последовательно совершать выборы из одних и тех же альтернатив (Borland, 2010).

Вопрос о том, действительно ли в процессе изменения поведения можно выделить дискретные стадии, относится к числу наиболее спорных. Образно говоря, все люди, находящиеся на одной стадии, должны быть чем-то похожи между собой и этим «чем-то» отличаться от всех людей, находящихся на другой стадии. И те факторы, которые помогают им изменить свое поведение, также должны быть чем-то схожи и этим отличны от факторов, помогающих людям на других стадиях (Sutton, 2000).

Рассмотрим аргументы, приводимые для обоснования дискретности (стадийности) процесса изменения.

*Первый*, наиболее распространенный аргумент — это апелляция к здравому смыслу: намерение изменить поведение существенно различается у разных людей (например, ответ на вопрос: «Собираетесь ли вы бросить курить в ближайшую неделю?» будет разным у тех, кто еще не сформировал намерение бросить курить, у тех, кто собрался, но еще не начал действовать, и у тех, кто уже воздерживается от курения некоторое время). Однако такое доказательство наличия стадий — самое слабое с научной точки зрения, поскольку неизвестно, надежны ли эти различия, являются ли они качественными или количественными (Abraham, 2008; Sutton, 2000).

*Второй* аргумент состоит в демонстрации нелинейности динамики различных социально-психологических факторов от стадии к стадии изменения поведения. Например, те, кто еще не собирается менять поведение, оценивают риск от этого поведения для своего здоровья (так называемый воспринимаемый риск) как минимальный; те, чье намерение сформировано, но кто еще не начал действовать, оценивают его как максимально высокий; по мере же того, как люди изменяют свое поведение и новое, полезное для здоровья поведение становится автоматическим, субъективные оценки риска вновь снижаются (Sniehotta et al., 2005b). В таком случае за субъ-

ективным восприятием риска на разных стадиях предполагаются разные механизмы: в начале человек недооценивает свой риск, затем он видит его в полной мере, а на стадии поддержания достигнутых изменений он уверен, что уже смог хотя бы частично защититься от угрозы заболевания или проблем со здоровьем.

*Третий* аргумент заключается в том, что разные факторы по-разному влияют на намерение и поведение человека в зависимости от стадии, на которой он находится. Например, у того, кто уже начал действовать, высокий уровень самоэффективности обычно служит хорошим прогностическим фактором, отражающим возможности и уверенность человека. Но у того, кто еще только собирается начать действовать, высокая самоэффективность может говорить не о высокой способности контролировать ситуацию, а о том, что человек не задумался над тем, какие трудности ему предстоят, и излишне оптимистично оценивает ситуацию (Abraham, 2008). Тогда изменение поведения будет больше зависеть от реалистичной оценки своих навыков и возможностей (Jones et al., 2005), а не от иллюзорной уверенности в том, что ты ими обладаешь. Другой пример: убеждение в способности снова вернуться к желаемому здоровому образу жизни в случае возврата к рискованному для здоровья поведению (например, после рецидива алкогольной зависимости или табакокурения) — так называемая самоэффективность восстановления (*recovery self-efficacy*) — особенно важно для тех, кто уже изменился и некоторое время ведет новый образ жизни, и неактуальна для тех, кто еще не готов меняться (Luszczynska et al., 2007).

*Четвертый* аргумент: если изменение происходит по стадиям, значит, есть четкие необходимые и достаточные условия для того, чтобы предсказать переход человека с одной стадии на другую (Schwarzer, 2008). Доказать это можно в лонгитюдных исследованиях. Например, было показано, что обсуждение рисков и положительных и отрицательных ожиданий способствовало формированию намерения, а планирование совладания и профилактика рецидивов — поддержанию действия (Schwarzer et al., 2011). Другой пример: оценка эффективности действий и самоэффективности предсказывает прогресс в смене стадий, если у человека есть намерение или если он уже длительное время выполняет некоторые действия, и не предсказывает, если у человека еще нет намерения или если он только начал действовать (Lippke, Plotnikoff, 2009).

*Пятый* и наиболее сильный с научной точки зрения аргумент: интервенции, созданные для некоторой стадии, эффективны только для людей, находящихся на этой стадии, но не для людей, находящихся на других стадиях (по: Armitage, 2009). Это доказывается в

эксперименте или квазиэксперименте. Применение Ст-моделей позволяет выделить группы различных интервенций и задать порядок и условия их применения в отличие от уже упомянутого способа “one size fits all” (Schwarzer, 2008), который предлагают К-модели. Поэтому Ст-модели имеют смысл, если специфические для разных стадий интервенции более успешны (как минимум, для определенных групп испытуемых), нежели классические интервенции, созданные в русле К-моделей.

### **Транстеоретическая модель изменения поведения**

Как уже говорилось, Тт-модель (Prochaska et al., 1992) была предложена на основе обобщения разных методов психотерапии (преимущественно в результате работы с лицами, желающими освободиться от зависимости от психоактивных веществ) и быстро стала одной из самых известных, предопределив на десятилетия исследования и практические разработки в области психологии здоровья. Ее авторы, Дж. Прохазка и К. ДиКлементи, пришли к выводу, что вне зависимости от того, о каком виде психотерапии идет речь, клиенты проходят схожие стадии изменения, задаваемые не только периодом времени, но и тем набором задач, которые должен решить человек для перехода на следующую стадию (Norcross et al., 2011). К настоящему времени в Тт-модели выделяется 5 таких стадий: до размышления (*pre-contemplation*), размышление (*contemplation*), подготовка (*preparation*), действие (*action*) и поддержание (*maintenance*). На стадии *до размышления* у человека не сформирована мотивация к осуществлению некоторого поведения, и он не собирается ничего предпринимать как минимум в течение полугода. На стадии *размышления* человек собирается изменить свое поведение в течение ближайших 6 месяцев, но еще не предпринимает никаких подготовительных действий к этому, не планирует ничего конкретного. На стадии *подготовки* человек имеет как сформированное намерение начать что-то делать в ближайший месяц, так и некоторый опыт подобных действий (хотя часто и неудачный); если речь идет об отказе от дисфункционального поведения, то на этой стадии может отмечаться снижение его частоты. Стадия *действия* подразумевает активные изменения в поведении и занимает от одного дня до 6 месяцев после начала изменений. Наконец, стадия *поддержания* (стабилизация достигнутых изменений и избегание рецидива) может наступить через 6 месяцев после начала изменений и продлиться всю жизнь.

Если стадии характеризуют то, *когда* люди меняются, то для описания того, *как* это происходит, были выделены процессы изменения. Факторный анализ показал, что, несмотря на обширное количество вариантов психотерапии (анализировалось более 400



подходов), можно выделить всего 8—10 общих процессов (Prochaska, DiClemente, 1983), эффективных на определенных стадиях изменения (Norcross et al., 2011) и остающихся достаточно стабильными при разных заболеваниях (по: Armitage, 2009). К таким процессам относят, например, повышение осознания — степень, в которой люди ищут и усваивают новую информацию, пересмотр отношения к себе и своих ценностей в связи с проблемным поведением.

Процессы изменения, основанные на переживании, а также на когнитивных и психоаналитических техниках, более эффективны на стадиях *до размышления* и *размышления*. Процессы в рамках экзистенциальной и бихевиористской традиций более полезны на стадиях *действия* и *поддержания*. Кроме процессов изменения, за переход с одной стадии на другую отвечают и другие переменные, полностью повторяющие К-модели: представления о выгодах и затратах («плюсах» и «минусах») изменения, уверенность в своих способностях, выраженность стремления к дисфункциональному поведению (Herzog, 2008).

***Эмпирические исследования и критика модели.*** Тт-модель успешно применялась к таким видам поведения, как отказ от курения, физические упражнения, отказ от алкогольной и наркотической зависимости, контроль за весом и изменение диеты (Norcross et al., 2011; Prochaska et al., 2008). Метаанализ 39 исследований показал, что конечный эффект психотерапии зависит от того, на какой стадии был пациент в начале работы (Norcross et al., 2011). Метаанализ 88 исследований эффективности интервенций, проведенных при помощи компьютера и направленных на поддержание физической активности, отказ от курения, соблюдение диеты и регулярное прохождение маммографии, показал, что эффективность воздействия выше, если содержание интервенций варьировалось на разных стадиях изменения у испытуемых (Krebs et al., 2010). Правда, следует отметить, что разные критерии отбора эмпирических исследований для обзора приводят к разным результатам: например, в более ранней работе, где в анализ были включены только интервенции с рандомизированными выборками (Bridle et al., 2005), из 20 исследований, сравнивавших интервенции, основанные на Тт-модели, с интервенциями, ориентированными на К-модели, превосходство Тт-модели было доказано лишь в 5 работах, еще в 5 результаты были смешанными и в 10 работах различия между интервенциями не были обнаружены. Из 22 работ, в которых интервенции сравнивались с контрольным условием (без воздействия), явное превосходство Тт-модели было выявлено лишь в 6 работах. Эти закономерности были одинаковы для всех видов поведения, связанного со здоровьем (отказ от курения, изменение

диеты, физическая активность, изменение образа жизни в целом, профилактика и скрининг, приверженность лечению).

Тт-модель часто подвергалась критике за условность выделения стадий и нечеткость границ между ними (например, неясно, откуда взялись условные сроки в полгода и месяц и почему они такие — Herzog, 2008). Кроме того, модель хорошо *описывает* изменения, но мало говорит о том, *как и посредством каких механизмов* эти изменения происходят (Armitage, Conner, 2000), и почему одни люди достигают на этом пути больше, чем другие. Наконец, авторы модели призывают к использованию интервенций так, чтобы они «подходили» под соответствующие стадии изменений, однако нигде не говорят, в чем именно должно заключаться это соответствие, не предлагают программ и четких критериев (Bridle et al., 2005).

### **Модель процесса принятия мер предосторожности**

Пмп-модель одна из немногих, разработанных для описания сложной деятельности по превентивной защите своего здоровья (изначально она применялась для объяснения того, как принимают решение и начинают измерять уровень радона в домашних условиях жители районов, где этот уровень мог превышать допустимые санитарные нормы). Модель включает 7 стадий, многие из которых переключаются со стадиями Тт-модели. В Пмп-модели дополнительно выделяются: стадия, когда человек вовсе не слышал о проблеме (по сравнению со стадией, когда слышал, но еще не раздумывал над изменениями), а также стадия осознанного отказа от действия (решение не предпринимать никаких действий). В поддержку дополнительных стадий Н. Вайнштейн и П. Сандман (Weinstein, Sandman, 2002) приводят интересный пример. Они описывают гипотетическое исследование психологических факторов профилактики ВИЧ-инфекции. В соответствии с К-моделями людей спрашивают, какова, по их мнению, вероятность заразиться СПИДом и какова тяжесть этого заболевания. Представим теперь, что исследование проводится не сегодня, а в 1987 г., когда люди впервые услышали о СПИДе: все оценки вероятности и тяжести, а тем более затрат и выгод от превентивного поведения не имели бы никакого смысла из-за отсутствия у людей соответствующих знаний.

Другой важный момент, отличающий Пмп-модель от Тт-модели, — возможность осознанного отказа от действия. Если в отношении зависимости от психоактивных веществ, на основе которой создавалась Тт-модель, социальное мнение однозначно негативно, и нежелание изменить поведение — признак неудачи, дефицита волевых способностей и т.п., то в отношении других

видов поведения это не так. Например, принятие решения о рискованном для жизни или инвалидизирующем лечении и с этической, и с психологической точек зрения задача самого человека. Помимо того, многие решения, связанные со здоровьем, принимаются в неопределенной ситуации и конфликтуют с другими целями и задачами (стоит ли жителю бедного района тратить усилия и время на измерение уровня радона?).

**Эмпирические исследования и критика модели.** Преимущество Пмп-модели в том, что она позволяет описать поведение людей в отношении внезапно возникших и неопределенных угроз и рисков (напр., эпидемии), а также может применяться, когда речь идет о сложном поведении, состоящем из серии действий. Кроме того, в ней явно подчеркивается существенное воздействие социальных факторов (поведения значимых других, воспринимаемых норм, информации в СМИ) и эмоциональных реакций при неопределенной угрозе (страх, тревога, паника) на превентивное поведение людей.

Существует несколько эмпирических исследований, подтверждающих, что принятие решения о поведении в ситуации новой и неопределенной угрозы может быть описано с помощью этих 7 стадий. Данные в пользу Пмп-модели были получены не только в исследованиях поведения по тестированию уровня радона, но и в исследованиях вакцинации против гепатита В, профилактики остеопороза, прохождения маммографии (Weinstein, Sandman, 2002). Интересное исследование было проведено на примере употребления мяса в период эпидемии специфического вида энцефалопатии, который развивался при попадании в организм зараженного мяса. Первый случай заболевания в Германии был выявлен в 2000 г., и к весне 2001 г. информация в СМИ привела к снижению продаж мяса на 38%. В этот период и было проведено исследование (Sniehoff et al., 2005a), показавшее, что представления 808 человек о своей уязвимости, ожидание отрицательных (но не положительных) последствий и прокрастинация (бездействие) меняются со сменой стадий не линейно, а в основном по квадратичным законам. Например, представления о собственной уязвимости были редки у неосведомленных, достигали максимума у принимающих и принявших решение действовать или не действовать, затем снижались у начавших действовать и достигали своего минимума в группе тех, кто уже перестал употреблять мясо и собирался поддерживать это поведение в течение длительного времени.

Пмп-модель обычно критикуют за небольшое количество и относительно высокую эксклюзивность эмпирических исследований. Кроме того, как и в отношении Тт-модели, остается неясным, какие

психологические факторы влияют на прохождение тех или иных стадий, что не дает возможности воздействовать на эти факторы в интервенции (Armitage, Conner, 2000).

### **Критика моделей стадий в психологии здоровья**

Внося несомненный вклад в психологию здоровья путем привлечения внимания к вопросам динамики поведения, Ст-модели одновременно порождают немало вопросов и критики. Выше уже упоминался аргумент о нечеткости границ между стадиями (Abraham, 2008) и отсутствии критериев того, сколько стадий следует выделять — две, пять, семь? (Armitage, Conner, 2000). Как пишет в критическом обзоре К. Эрмитэйж (Armitage, 2009), результаты многих исследований, включающих 5 стадий, скорее свидетельствуют в пользу достаточности двух стадий, предложенных еще Х. Хекхаузенем (2003), — мотивационной и волевой. Вполне возможно, что количество стадий различается в зависимости от того, о каком поведении мы говорим. Но тогда не хватает описания того, какие именно стадии при каком поведении выделять. По некоторым данным, учета лишь намерений недостаточно для дифференциации собирающихся и начавших действовать (Abraham, 2008).

Сама идея выделения стадий подразумевает, что на разных стадиях действуют разные процессы (Armitage, 2009), а роль социально-когнитивных переменных различается, но именно это и не показано в большинстве работ. На одной и той же стадии сформированного намерения есть люди, чьи интенции стабильны (они уверены в своих намерениях и уже имеют прошлый опыт действий), и люди без опыта, неуверенные, с нестабильными интенциями (Abraham, 2008). Иными словами, люди, относящиеся к одной и той же стадии, неоднородны по своим характеристикам, в том числе по ключевой из них — готовности к изменению поведения. Остается неясным, следует ли проходить все стадии последовательно и действительно ли эти стадии сменяют друг друга в таком порядке, как описали авторы моделей, или речь идет о «псевдостадиях», искусственном разделении целостного процесса (Sutton, 2000).

Интересный подход к проверке существования стадий изменения поведения и валидности измеряющих их методов предложила недавно Я. Райхерт и ее коллеги (Richert et al., 2013): поскольку за понятием стадий имплицитно стоят представления о разных состояниях сознания (особенностях мышления), то испытуемых можно классифицировать по стадиям на основе социально-когнитивных переменных (восприятие риска, положительные и отрицательные ожидания результата — «плюсы» и «минусы» поведения, планиро-

вание действия, планирование совладания, мотивационная самоэффективность, самоэффективность совладания и восстановления<sup>1</sup>), а не только намерения и поведения, как это делается обычно. Применение метода выделения латентных классов<sup>2</sup> на примере соблюдения диеты показало, что испытуемые могут быть с высокой точностью классифицированы по 4 стадиям: несформированное намерение, намерение без действия, намерение изменить текущее поведение, поддержание поведения. Однако классификация при помощи метода латентных классов не соответствовала классификации тех же испытуемых на основе традиционных вопросов о намерении. Причем выделенная статистически группа с несформированным намерением не имела практически ничего общего с соответствующей стадией. Таким образом, данные, полученные Я. Райхерт и ее коллегами (ibid.), ставят под сомнение либо Тт-модель, либо надежность и валидность тех методов, которые используются при классификации испытуемых.

Еще один аргумент критиков Ст-моделей состоит в том, что основных преимуществ этих моделей можно достичь, не разделяя процесс на стадии. Так, безусловно, важно, чтобы интервенции были индивидуализированы, но для этого достаточно выделить целевые группы испытуемых с разными особенностями мотивации и ценностями, разной готовностью к действию (Abraham, 2008). И тогда можно говорить не о стадиях, а о *континууме готовности к действию*. Немаловажно, что индивидуализированные техники имеют два преимущества перед техниками, специализированными для стадий (Abraham, 2008). Во-первых, можно позволить человеку самому определять тип интервенции и группировать типы интервенции. Согласно теории самодетерминации (Deci, Ryan, 2000), такого рода действия способствуют поддержанию потребности человека в автономии, которая, в свою очередь, связана с целой серией благоприятных последствий, в частности с субъективным благополучием и эффективностью деятельности. Во-вторых, интервенции, в которых испытуемые сами выбирают способ воздействия на них, более выгодны с экономической точки зрения: в этом

---

<sup>1</sup> Поскольку в Тт- и Пмп-моделях относительно мало внимания уделяется тому, как социально-когнитивные переменные обеспечивают переход человека с одной стадии на другую, исследователи во многом опирались на процессуальный подход Р. Шварцера.

<sup>2</sup> В отличие от кластерного анализа в методе латентных классов (который относится к конфирматорным методам) классификация осуществляется при допущении существования латентных (скрытых) классов, что позволяет избежать искажений, связанных с ошибками измерения и действием побочных переменных.

случае не нужна предварительная диагностика и классификация людей по стадиям изменения. Особенно это актуально в свете того, что диагностика в рамках Ст-моделей постепенно становится все более сложной, уже не ограничиваясь, как ранее, одним вопросом о намерении изменить поведение с закрытыми вариантами ответов (например, «не собираюсь менять», «думаю над этим, но в ближайший месяц не собираюсь», «собираюсь изменить в течение ближайшего месяца» и т.п.) (Richert et al., 2013). Надо отметить, что преодолеть этот последний аргумент можно только в том случае, если показать, что неправильный выбор индивидуализированной техники (или, в терминах Ст-моделей, несоответствие между интервенцией и стадией изменения поведения) приводит к отрицательному эффекту.

### Заключение

На наш взгляд, история развития Ст-моделей и их критики в психологии здоровья является интересным примером постепенного изменения моделями собственных теоретических оснований. Такие примеры известны в истории психологии: например, Л.С. Выготский (1982) использовал метафору «раздувающейся» лягушки, чтобы указать, что постепенно многие научные теории начинают претендовать на универсальность, объяснение значительно более широкого круга явлений, нежели тот, для которого они были предложены. Будучи изначально описательными и практически ориентированными, Ст-модели изменения поведения постепенно начали претендовать на то, что предложенная классификация не просто описывает некоторую реальность в определенных условиях и указывает на удобные мишени интервенций. Ст-модели эксплицитно или имплицитно утверждают, что: а) процесс изменения поведения дискретен (в отличие от: *может быть представлен* дискретно или представляется дискретным для самих людей); б) процессы, сопутствующие изменениям поведения, могут рассматриваться как механизм и источник этих изменений (в отличие от: важны для *понимания* изменения); в) Ст-модели обеспечивают более широкий охват целевой группы и могут быть перенесены на другие условия без дальнейших уточнений (в отличие от привычного для качественных исследований *отдельного* анализа новых ситуаций).

Поскольку Ст-модели создавались с описательными задачами, экспликация процедуры диагностики стадий, соответствие мнению испытуемых, обеспечение интересубъективности и практическая применимость являлись основными гарантантами их валидности и надежности (Бусыгина, 2013). Претензия на объяснительную

силу основных конструкторов и выявление причинно-следственных закономерностей вызвали волну критики и эмпирических проверок, которые, следует оговориться, не умалили популярности Тт-модели. Как ее последователи, так и критики единодушны в том, что Ст-модели сыграли важнейшую роль в развитии психологии здоровья, указав на важность исследования процесса изменений, поставив сам вопрос о его дискретности или континуальности, о специфическом действии психологических факторов на разных этапах процесса изменения. Во многом именно вопрос о том, являются ли корреляты изменений их причинами или индикаторами (Leventhal, Mora, 2008), стимулировал развитие моделей саморегуляции, ставших своеобразной «третьей силой» в психологии здоровья (Расказова, 2014). Иными словами, хотя Ст-модели не решили задачу объяснения поведения, связанного со здоровьем, они предложили возможный путь ее решения, и попытки разработки и обоснования «объяснительных» вариантов Ст-моделей предпринимаются в рамках моделей саморегуляции (Schwarzer, 1992).

Если в отношении задачи объяснения поведения Ст-модели сыграли «проблематизирующую» роль, то в отношении задачи описания изменений поведения их эффективность (теоретическое и прикладное значение) несомненна. Тт-модель привнесла много нового в понимание изменения и сопутствующих ему психологических процессов — в первую очередь так, как они видятся самими людьми и психотерапевтами. Модель процесса принятия мер предосторожности указала на аспекты изменений поведения, важные для специфической ситуации неопределенной и новой угрозы, но не учтенные ранее.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

*Бовина И.Б.* Социальная психология здоровья и болезни. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2008.

*Бусыгина Н.П.* Методология качественных исследований в психологии: Учеб. пособие. М.: Инфра-М, 2013.

*Выготский Л.С.* Исторический смысл психологического кризиса // *Выготский Л.С. Собр. соч.: В 6 т. Т. 1.* М.: Педагогика, 1982. С. 292—436.

*Прохазка Дж., Норкросс Дж.* Системы психотерапии. М.: Прайм-Евразнак, 2005.

*Прохазка Дж., Норкросс Дж., ДиКлементи К.* Психология позитивных изменений: как избавиться от вредных привычек. М.: Прайм-Евразнак, Харвест, 2013.

Психология здоровья: Учебник для вузов / Под ред. Г.С. Никифорова. СПб.: Питер, 2006.

Рассказова Е.И., Иванова Т.Ю. Мотивационные модели поведения, связанного со здоровьем: проблема «разрыва» между намерением и действием // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2014 (в печати).

Рассказова Е.И. Понятие саморегуляции в психологии здоровья: новый подход или область применения? // Теоретическая и экспериментальная психология. 2014. Т. 7. № 1. С. 43—56. URL: <http://tepjournal.com/images/pdf/2014/1/07.pdf>

Улановский А.М. Феноменологическая психология: качественные исследования и работа с переживанием. М.: Смысл, 2012.

Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность. 2-е изд. СПб.: Питер; М.: Смысл, 2003.

Чеснокова М.Г. Общепсихологические основания исследования здоровья личности // Нац. психол. журнал. 2013. № 1. С. 96—102.

Abraham C. Beyond stages of change: Multi-determinant continuum models of action readiness and menu-based interventions // Applied Psychology: An International Review. 2008. Vol. 57. N 1. P. 30—41.

Armitage C.J. Is there utility in the transtheoretical model? // Brit. Journal of Health Psychology. 2009. Vol. 14. N 2. P. 195—210.

Armitage C.J., Conner M. Social cognition models and health behavior: A structured review // Psychology and Health. 2000. Vol. 15. N 2. P. 173—189.

Bridle C., Riemsma P., Pattenden J. et al. Systematic review of the effectiveness of health behavior interventions based on transtheoretical model // Psychology and Health. 2005. Vol. 20. N 3. P. 283—301.

Borland R. Habits and temporality: A commentary on Hall and Fong's temporal self-regulation theory // Health Psychology Review. 2010. Vol. 4. N 2. P. 66—69.

Deci E.L., Ryan R.M. The 'what' and 'why' of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior // Psychological Inquiry. 2000. Vol. 11. N 4. P. 227—268.

Herzog T.A. Analyzing transtheoretical model using framework of Weinstein, Rothman and Sutton (1998): The example of smoking cessation // Health Psychology. 2008. Vol. 27. N 5. P. 548—556.

Jones F., Harris P., Waller H., Coggins A. Adherence to an exercise prescription scheme: the role of expectations, self-efficacy, stage of change and psychological well-being // Brit. Journal of Health Psychology. 2005. Vol. 10. N 3. P. 359—378.

Krebs P., Prochaska J.O., Rossi J.S. Defining what works in tailoring: A meta-analysis of computer-tailored interventions for cancer-preventive behavior change // Preventive Medicine. 2010. Vol. 51. N 3—4. P. 214—221.

Leventhal H., Mora P.A. Predicting outcomes or modeling process? Commentary on the Health Action Process Approach // Applied Psychology: An International Review. 2008. Vol. 57. N 1. P. 51—65.

Lippke S., Plotnikoff R.C. The protection motivation theory within the stages of the transtheoretical model — stage-specific interplay of variables and prediction of exercise stage transition // Brit. Journal of Health Psychology. 2009. Vol. 14. N 2. P. 211—229.



Luszczynska A., Mazurkiewicz M., Ziegelmann J.P., Schwarzer R. Recovery self-efficacy and intention as predictors of running or jogging behavior: A cross-lagged panel analysis over a two-year period // *Psychology of Sport and Exercise*. 2007. Vol. 8. N 2. P. 247—260.

Matarazzo J.D. Behavioural health and behavioural medicine: Frontiers for a new health psychology // *American Psychologist*. 1980. Vol. 35. N 9. P. 807—817.

Mezzich J.E., Zinchenko Y.P., Krasnov V.N. et al. Person-centered approaches in medicine: clinical tasks, psychological paradigms, and postnonclassic perspective // *Psychology in Russia: State of the Art*. 2013. Vol. 6. P. 95—109.

Norcross J.C., Krebs P.M., Prochaska J.O. Stages of change // *Journal of Clinical Psychology: In Session*. 2011. Vol. 67. N 2. P. 143—154.

Painter J.E., Borba C.P., Hynes M. et al. The use of theory in health behavior research from 2000 to 2005: A systematic review // *Annals of Behavioral Medicine*. 2008. Vol. 35. P. 358—362. URL: <http://www.med.upenn.edu/chbr/documents/Painteretal.TheoryABM2008.pdf>

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. Vol. 51. N 3. P. 390—395.

Prochaska J.O., DiClemente C.C., Norcross J.C. In search of how people change. Applications to addictive behaviors // *American Psychologist*. 1992. Vol. 47. N 9. P. 1102—1114.

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. Vol. 57. N 4. P. 561—588.

Richert J., Shuelz N., Shuelz B. Stages of health behavior change and mindsets: A latent class approach // *Health Psychology*. 2013. Vol. 32. N 3. P. 273—282.

Schwarzer R. Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model // *Self-efficacy: Thought control of action* / Ed. by R. Schwarzer. Washington, DC: Hemisphere, 1992. P. 217—243.

Schwarzer R. Modeling health behavior change: how to predict and modify the adoption and maintenance of health behavior // *Applied Psychology: An International Review*. 2008. Vol. 57. N 1. P. 1—29.

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. Vol. 56. N 3. P. 161—170.

Snihotta F.F. Towards a theory of intentional behavior change: plans, planning and self-regulation // *Brit. Journal of Health Psychology*. 2009. Vol.14. N 2. P. 261—273.

Snihotta F.F., Luszczynska A., Scholz U., Lippke S. Discontinuity patterns in stages of the precaution adoption process model: Meat consumption during a livestock epidemic // *Brit. Journal of Health Psychology*. 2005a. Vol.10. N 2. P. 221—235.

Snihotta F.F., Scholz U., Schwarzer R. et al. Long-term effects of two psychological interventions on physical exercise and self-regulation following coronary rehabilitation // *Intern. Journal of Behavioral Medicine*. 2005b. Vol. 12. N 4. P. 244—255.

*Sutton S.* Social-psychological approaches to understanding addictive behaviors: Attitude-behavior and decision-making models // *Brit. Journal of Addiction*. 1987. Vol. 82. P. 355—370.

*Sutton S.A.* A critical review of the transtheoretical model applied to smoking cessation // *Understanding and changing health behaviour: From health beliefs to self-regulation* / Ed. by P. Norman, C. Abraham, M. Conner. 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. Vol. 57. N 1. P. 75—83.

*Weinstein N.D., Sandman P.M.* A model of the precaution adoption process: Evidence from home radon testing // *Health Psychology*. 1992. Vol. 11. N 3. P. 170—180.

*Weinstein N.D., Sandman P.M.* The precaution adoption process model // *Health behavior and health education* / Ed. by K. Glanz, B.K. Rimer, F.M. Lewis. San Francisco: Jossey-Bass, 2002. P. 121—143.

Поступила в редакцию  
11.06.14