

## КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 159.9; 614.445; 316.6

*Т. В. Красносельских, А. В. Шаболтас*

### ЗАРУБЕЖНЫЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ ИЗМЕНЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ В СФЕРЕ ПРОФИЛАКТИКИ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ\*

Заражение социально значимыми заболеваниями, такими как инфекции, передаваемые половым путем, включая ВИЧ-инфекцию и гепатиты В и С, почти полностью детерминировано поведенческими факторами. Поэтому традиционный биомедицинский подход к профилактике указанных заболеваний целесообразно дополнить вмешательствами, направленными на коррекцию индивидуально-психологических и поведенческих аспектов рискованного поведения. Наибольшая эффективность профилактических вмешательств достигается в том случае, если они базируются на общепризнанных научных концепциях коррекции поведения. Целью нашей работы было рассмотрение основных зарубежных теоретических концептуальных моделей изменения поведения, которые наиболее широко используются в сфере общественного здравоохранения применительно к профилактике социально значимых инфекций. Представлены результаты анализа зарубежных публикаций, в которых описываются наиболее известные теоретические концепции коррекции поведения, связанного со здоровьем. Проведенный анализ литературы позволяет констатировать, что в настоящее время в мире разработано большое количество теоретических моделей, позволяющих с большой вероятностью объяснить, предсказывать и изменять поведение. Теоретическая концептуализация — неотъемлемый базис любого профилактического вмешательства, претендующего на эффективность. Большинство профилактических программ, направленных на снижение риска заражения ИППП и гемоконтактными инфекциями, которые в последние годы были проверены в рамках

---

*Красносельских Татьяна Валерьевна* — профессор, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова, Российская Федерация, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 6–8; [tatiana.krasnoselskikh@gmail.com](mailto:tatiana.krasnoselskikh@gmail.com)

*Шаболтас Алла Вадимовна* — доцент, Санкт-Петербургский государственный университет, Российская Федерация, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., 7–9; [a.shaboltas@spbu.ru](mailto:a.shaboltas@spbu.ru)

*Krasnoselskikh Tatiana V.* — Professor, Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, 6–8, ul. Lva Tolstogo, St. Petersburg, 197022, Russian Federation; [tatiana.krasnoselskikh@gmail.com](mailto:tatiana.krasnoselskikh@gmail.com)

*Shaboltas Alla V.* — Associate Professor, St. Petersburg State University, 7–9, Universitetskaya nab., St. Petersburg, 199034, Russian Federation; [a.shaboltas@spbu.ru](mailto:a.shaboltas@spbu.ru)

\* Статья подготовлена при поддержке гранта РФФИ (ОГОН) № 15-06-10506 «Комплексная дистантная программа профилактики социально значимых заболеваний: психологические и медицинские основы разработки и оценка эффективности».

© Санкт-Петербургский государственный университет, 2017

лонгитюдных клинических исследований и показали свою эффективность, базировались на рассмотренных авторами теориях. Библиогр. 41 назв. Ил. 5.

*Ключевые слова:* теоретические модели, профилактика социально значимых заболеваний, изменение поведения.

*T. V. Krasnoselskikh, A. V. Shabolts*

#### FOREIGN THEORETICAL MODELS OF BEHAVIOR CHANGE IN THE PREVENTION OF SOCIALLY SIGNIFICANT DISEASES

The acquisition of socially significant diseases such as sexually transmitted infections (STIs) including HIV and hepatitis B and C is almost totally determined by behavioral factors. That is why the traditional biomedical approach in prevention of those infections should be enhanced by interventions focused on individual psychological and behavioral factors of risk behaviors. The highest effectiveness of preventive interventions is reached if they are based on well-known scientific conceptions of behavior change. *The objective* of this manuscript was to review the main foreign theoretical models of behavior change which are widely used in public health for prevention of socially significant infections. The analysis conducted in this article presents the international resources which describe the most well-known theoretical concepts of behavior correction associated with health issues. The authors *concluded* that there are a lot of theoretical models currently used in the world allowing to explain, to predict and to change human behavior with the high probability. Theoretical conceptualization is an integral basis of any preventative intervention which can pretend to be effective. Most of the effective preventive programs focused on the risk reduction of STI and bloodborne infections which were evaluated in longitudinal clinical trials were based on the theories presented in this manuscript. Refs 41. Figs 5.

*Keywords:* theoretical models, prevention of socially significant diseases, behavior change.

Неблагополучная эпидемическая ситуация с заболеваемостью инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), и гемоконтактными инфекциями (ГКИ) в современной России диктует необходимость разработки, апробации и внедрения в практику новых моделей мультидисциплинарных поведенческих вмешательств для наиболее уязвимых групп населения, в которых широко распространены рискованные формы поведения в сфере здоровья: потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), пациентов учреждений венерологического профиля, работников коммерческого секса, подростков, мигрантов, заключенных, ВИЧ-инфицированных лиц, ВИЧ-дискордантных пар и др. Как показывает опыт, наибольшая эффективность профилактических вмешательств достигается в том случае, если они являются теоретически и эмпирически обоснованными, т. е. базируются на общепризнанных и проверенных в рамках научных исследований концепциях коррекции поведения. Врачи, по роду своей специализации занимающиеся профилактикой социально значимых заболеваний, — дерматовенерологи, инфекционисты, наркологи, — часто вовсе не знакомы с теоретическими концепциями и моделями современного бихевиоризма, лежащими в основе превентивных интервенций, либо считают их «расплывчатыми», «абстрактными», «скучными» и «бесполезными» [1].

Между тем теоретическая концептуализация коррекции поведения — неотъемлемый базис любого профилактического вмешательства, претендующего на эффективность. До сих пор в большинстве венерологических и иных учреждений здравоохранения нашей страны программы профилактики ИППП сводятся в основном лишь к информированию пациентов о заболеваниях и превентивных мерах. У врачей существует стойкое убеждение, что на лиц, склонных к риску, можно повлиять, если подчеркивать опасность их безответственного поведения, пугать, демонстрируя иллюстрации устрашающего содержания, и т. п.

Однако сколько бы врачи, призванные заниматься профилактикой ИППП, ни указывали своим пациентам на опасность случайных связей и необходимость изменения рискованного сексуального поведения, подобные «интервенции» не более эффективны, чем советы бросить курить или сбросить лишний вес. Продажи сигарет не снизились в результате размещения на пачках строгих предупреждений Минздрава и даже страшных изображений легких курильщика. Столь же бесполезными оказываются плакаты, демонстрирующие симптомы ИППП, на стенах венерологических клиник [2]. Уже в начале XX в. — на заре профилактической медицины — стало понятно, что простое запугивание людей с целью добиться более здорового поведения не является эффективным. Хотя информация, вызывающая дискомфорт и страх, хорошо запоминается [3], ее эффективность в качестве мотиватора изменения поведения сомнительна, поскольку на запугивание люди склонны реагировать отказом от получения дальнейшей информации. Поведение, основанное на страхе, может быть иррациональным и вместо устранения риска приводить к его отрицанию (позиция страуса, прячущего голову в песок).

Теоретические модели изменения поведения задают общую структуру, на основе которой выстраивается целостная модель вмешательства, направленная на различные аспекты рискованного поведения. В настоящее время в мире разработано большое количество теоретических моделей, позволяющих с большой вероятностью объяснять, предсказывать и изменять поведение, связанное со здоровьем. Наиболее часто специалисты выделяют следующие модели, которые были апробированы применительно к профилактике различных заболеваний, включая профилактику ВИЧ-инфекции.

*Теория убеждений, связанных со здоровьем (Health belief model)*, одна из наиболее ранних и широко используемых для объяснения рискованного и превентивного поведения, была разработана социальными психологами I. M. Rosenstock, G. M. Hochbaum, S. S. Kegeles и H. Leventhal в 1950-е годы для объяснения причин, по которым люди практически не принимают участия в бесплатных правительственных программах профилактики и диагностики различных заболеваний [4]. Согласно этой теории, вероятность того, что человек будет предпринимать меры профилактики, зависит от четырех условий (рис. 1). Во-первых, он должен осознавать свою уязвимость по отношению к заражению. Осознаваемая уязвимость предполагает как информированность о рискованности конкретного вида поведения вообще (например, осведомленность о том, что ВИЧ можно заразиться при половом контакте), так и признание своего личного риска. Так, пациенты, знающие о важности использования презервативов, могут не считать необходимым пользоваться ими, если имеют лишь одного сексуального партнера. Таким образом, важна не просто информированность, а осознание личной уязвимости. Как показали исследования, проведенные в России и США, свою уязвимость не всегда осознают даже посетители венерологических клиник [5; 6] и женщины-ПИИ, предоставляющие сексуальные услуги за вознаграждение [7].

Во-вторых, человек должен понимать, что заражение будет иметь для него достаточно тяжелые последствия, как физиологические (боль, снижение качества жизни, инвалидизация, даже смерть), так и социальные (стигматизация, непривлекательность, ограничение трудоспособности, обременение близких и т. д.). К сожалению, в последние годы люди нередко легкомысленно относятся, например, к за-

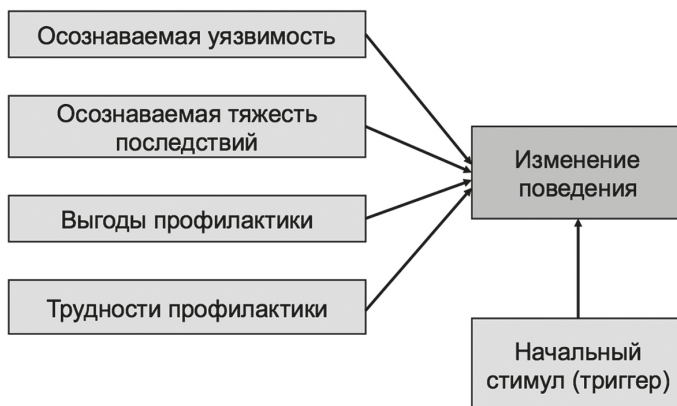


Рис. 1. Модель убеждений, связанных со здоровьем (по I. M. Rosenstock [4])

ражению сифилисом и гонореей, так как полагаются на существование надежных и краткосрочных методик терапии. В-третьих, человек должен быть убежден, что охранительное поведение позволит эффективно снизить риск инфицирования и что выгоды от применения мер профилактики перевесят трудности, связанные с их реализацией. Например, несмотря на то что подавляющее большинство людей осведомлено о преимуществах использования презервативов, для многих связанные с ним реальные и мнимые неудобства (уменьшение удовольствия от секса, неловкость перед партнером, негативное отношение партнера и т. п.) перевешивают выгоды.

В отличие от классической версии теории убеждений, связанных со здоровьем, более поздний ее вариант включает пятую переменную — начальный стимул, который выполняет запускающую (триггерную) функцию к изменению поведения (англ. *trigger* — «спусковой крючок») [8]. Эти стимулы могут быть внутренними, например переживание какого-либо симптома, или внешними: просмотр телевизионной программы, социальная реклама и т. д. Таким образом, в соответствии с теорией убеждений, связанных со здоровьем, чтобы индивид снизил поведенческий риск, необходимо убедить его в важности превентивного поведения для сохранения его личного здоровья, обсудить опасность несоблюдения тех или иных рекомендаций, а также трудности и выгоды, связанные с их выполнением. При этом следует доказать человеку, что получаемые им преимущества значительно превышают затраты. Кроме того, чтобы индивид изменил свое поведение, необходимо дать ему начальный стимул.

Эта модель была разработана для кратковременных форм здоровьесберегающего поведения (например, прохождение медицинского обследования или вакцинации), однако она гораздо менее пригодна для изменения привычных форм поведения, таких как злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ). Кроме того, согласно современным исследованиям, во многих случаях уверенность в необходимости снижения риска является следствием, а не предшествует рискованному поведению. Например, перенесенная ИППП, обследование и лечение способствуют изменению поведения индивида в сторону менее рискованного, хотя, как правило, на короткое время.

Согласно теории намеренного действия/запланированного поведения (*Theory of planned behavior*), разработанной американским психологом I. Ajzen [9], основной детерминантой изменения поведения является намерение (*intention*). В свою очередь, намерение зависит от персональных установок индивида и его субъективных норм (рис. 2). Установка как внутреннее состояние готовности человека к действию, базирующееся на убеждениях человека, его опыте и предрасположенности к активности в определенной ситуации, формирует стратегию поведения индивида.

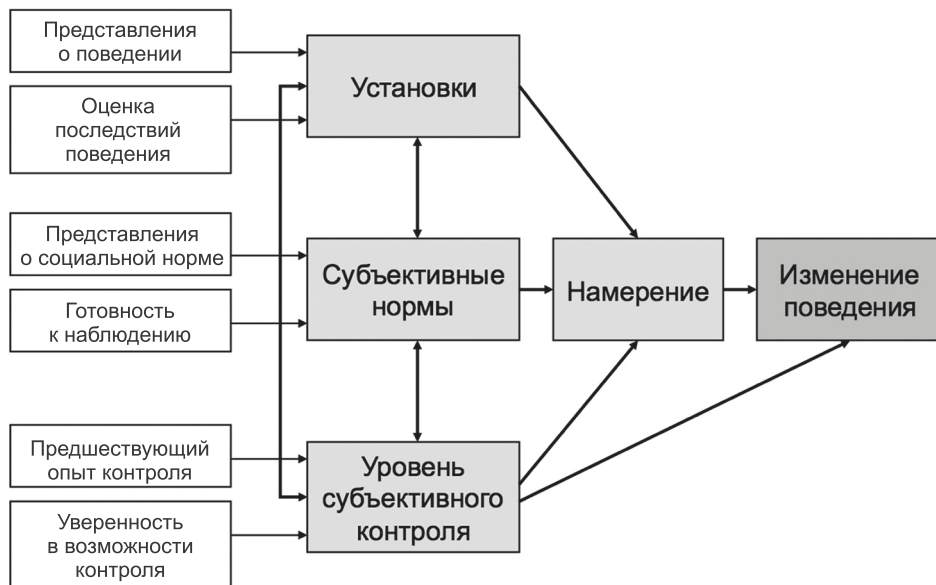


Рис. 2. Теория намеренного действия (по I. Ajzen [9])

Субъективные нормы — это представления человека о том, поддержат ли его окружающие в новом поведении и готов ли он оправдывать ожидания своего окружения. Под окружением в рамках рассматриваемой теории понимаются родственники, друзья и другие близкие люди. В более поздней версии теории был добавлен еще один компонент — уровень субъективного контроля. Этот показатель отражает, с одной стороны, предшествующий опыт следования намеченной модели поведения, с другой стороны, уверенность индивида в том, что он сможет следовать своим планам в будущем. Для эффективного изменения поведения необходимы усилия по развитию у индивида *интернализации как в оценке своего опыта, так и в реализации превентивного поведения.*

*Теория принятия решений в критических ситуациях (Theoretical model of emergency decision making).* Авторы этой теоретической модели I. L. Janis и L. Mann предлагают особое внимание уделять ответам человека, который принимает решения в ответ на вопросы, возникающие при признаках опасности [10]. В соответствии с данной теорией эффективные решения в критических ситуациях с большей вероятностью принимаются тогда, когда преобладает паттерн совладания, связанный с высокой бдительностью (*vigilant coping pattern*). Подобный алгоритм пове-

дения, с точки зрения авторов, требует наличия четырех сопутствующих условий или компонентов: 1) осознание серьезности рисков в случае, если превентивные действия не будут предприняты; 2) осознание серьезности рисков в случае, если какое-либо из заметных превентивных действий будет предпринято; 3) средняя или высокая степень уверенности в том, поиск информации или рекомендаций приведет к наилучшему решению (например, менее рискованному); 4) уверенность в том, что существует достаточное количество времени для поиска и тщательного планирования до того момента, как возникнет серьезная угроза. В случаях, когда тот или иной из вышеперечисленных компонентов отсутствует, будет преобладать дефектный паттерн совладания с ситуацией (*defective coping pattern*), например такие формы поведения, как защитное избегание или сверхбдительность, что, в свою очередь, может приводить к действиям, не способствующим адаптации. Рассматриваемая теоретическая модель внесла важный вклад в разработку превентивных вмешательств за счет включения в программы компонентов, направленных на формирование адаптивного поведения в критических ситуациях.

*Теория социального научения (social learning theory)* и ее более поздняя модификация — *социально-когнитивная теория (social cognitive theory)*, сформулированные ученым из Стэнфордского университета США А. Bandura [11; 12] в 1970-е годы, широко используются в качестве теоретических оснований при разработке поведенческих интервенций. Теория предлагает объяснение способов, которыми люди усваивают разнообразные виды сложного поведения в условиях социального окружения. При этом поведение трактуется как динамический процесс, определяемый как факторами окружения, так и личностными характеристиками индивида. Непрерывное взаимодействие между когнитивными процессами, опосредующими поведение человека (знания, установки и др.), и факторами окружения, в котором осуществляется это поведение, в рамках данной теории получило название реципрокный детерминизм [11; 13]. Под окружением понимается комплекс объективных факторов, внешних по отношению к человеку и влияющих на его поведение. Так, к социальному окружению относятся члены семьи, друзья, коллеги и т. п. Под физическим окружением понимается комплекс таких факторов, как температура воздуха, размер помещения, доступность пищи и т. п. Субъективное восприятие человеком конкретной ситуации риска может быть адекватным, искаженным или воображаемым.

Согласно теории социального научения, люди могут усваивать модели поведения не только на собственном опыте (прямое научение), но и путем подражания поведению других (опосредованное научение, научение через наблюдение) посредством социального моделирования. Наблюдение за ролевыми моделями (моделями для подражания) позволяет сделать вывод о том, какое поведение является правильным и к каким последствиям оно может привести. В этом случае человек может опереться на видимые последствия чужих действий и скорректировать собственные. Сильное влияние ролевая модель может также оказывать в тех случаях, когда наблюдатель замечает сходство между моделью и им самим. Поэтому, например, для молодых людей лидеры-сверстники (*peer leaders*) чаще всего являются наиболее влиятельными ролевыми моделями в повседневном социальном научении.

Научение улучшается, когда ролевые модели демонстрируют реалистичное преодоление возникающих проблем. Например, известно, что более сильное

воздействие оказывают модели, которые время от времени терпят неудачу, по сравнению с демонстрирующими неизменный успех при выполнении любого трудного задания [14]. Эффективность научения также очень сильно возрастает, если дополнительно обеспечивается межличностное общение в целях осуществления поддержки (одобрения), обратной связи и подкрепления [12]. Подкрепление (reinforcement) необходимо для сохранения поведения, возникшего на основе подражания. Прямое внешнее подкрепление поведения (поощрение или наказание) выполняет побудительную и информативную функции. Обычно положительное подкрепление (поощрение) более эффективно, чем наказание, при формировании новых сложных форм поведения. Подкрепление может иметь объективную, заранее известную общепринятую ценность или же некоторую субъективную ценность для конкретного индивида (личностный смысл). Второй тип подкрепления более эффективен. Социальное одобрение рассматривается как чрезвычайно сильный мотивирующий фактор, заставляющий людей терпеть даже физический дискомфорт, если они рассчитывают на то, что их поведение вызовет одобрение других людей, значимых для них.

Наказание в большей степени предназначено для стимулирования уже сформированных действий. Наказание вызывает дополнительную реакцию, например тревогу, которая может мешать научению. Однако в некоторых случаях наказание бывает эффективно в целях устранения приобретенных ранее форм поведения. Наряду с прямым подкреплением, А. Bandura подчеркивает аналогичную роль косвенного (т.е. наблюдения за вознаграждением модели) и самоподкрепления (позитивной оценки собственного поведения). Таким образом, с точки зрения А. Bandura, необходимо говорить о реципрокном детерминизме внешних ситуационных факторов поведения и внутренних когнитивных факторов (ожиданий, веры, самовосприятости).

А. Bandura большое внимание уделял именно внутренним факторам развития (самооценке, саморегуляции, успешности). В 1977 г. он значительно расширил теорию социального научения, включив в нее концепцию самоэффективности, объясняющую функционирование и изменение личности [13; 15; 16]. Самоэффективность понимается как убеждение человека в своей способности справиться со специфическими и сложными ситуациями, самооценка собственной поведенческой компетентности. Те лица, которые воспринимают себя самоэффективными, прилагают больше усилий к решению сложных задач, чем тот, кто испытывает сомнения в своих возможностях, и оказываются более успешными в совладании с трудностями и достижении успеха. Самоэффективность является не стабильной и статичной характеристикой, а переменной, величина которой зависит от актуальной ситуации и прежней истории развития индивида, на которую можно целенаправленно воздействовать. Посредством оценки уровня самоэффективности можно достаточно точно предсказать реальное поведение, предположить, как именно будет действовать индивид в той или иной ситуации.

В рамках *транстеоретической модели изменения поведения*, предложенной американскими психологами-практиками J. O. Prochaska и C. S. DiClemente (1986), процесс изменения поведения рассматривается как состоящий из двух компонентов: размышления по поводу изменения поведения и собственно изменения поведения [17]. Для описания пути, который проходит индивид, меняя свое поведе-

ние, используется стадийная модель, основанная на интеграции многочисленных существующих бихевиоральных концепций и включающая временные градации (стадии изменения), независимые переменные, называемые процессами изменения поведения, и комплекс методов воздействия. Важно отметить, что данная модель как комплексная многофакторная концепция описывает механизмы изменения поведения, и отображает процесс осознанного изменения поведения, когда человек размышляет по этому поводу и контролирует то, что происходит с его поведением [18]. Существует последовательность в стадиях изменения независимо от типа применяемой психотерапии. Модель определяет и описывает пять стадий (рис. 3), которые человек проходит в процессе осознанного изменения поведения [19; 20].

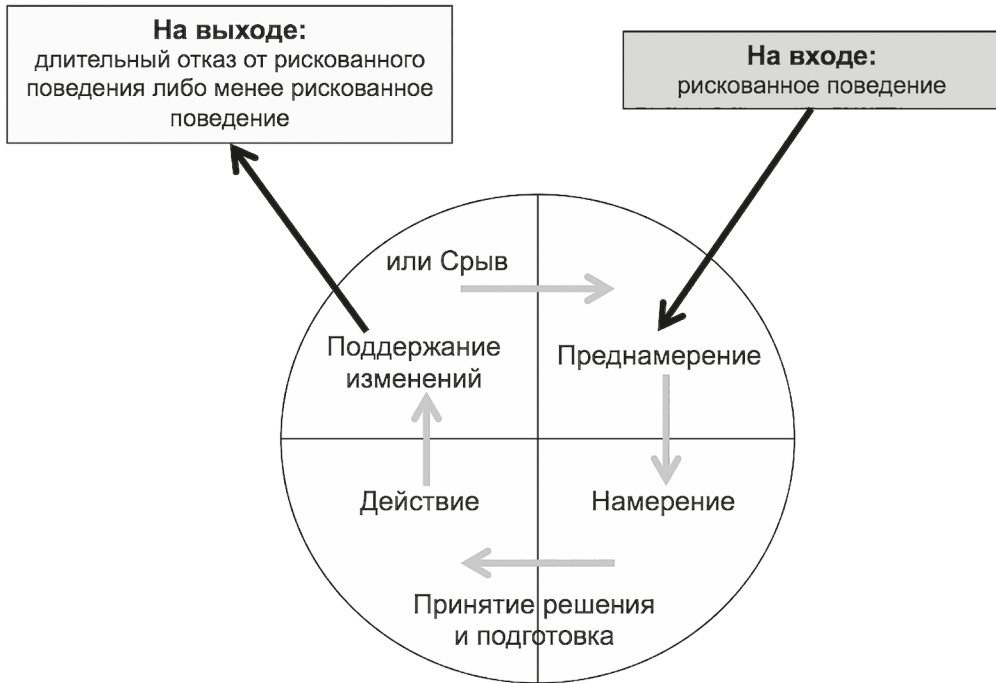


Рис. 3. Стадии осознанного изменения поведения (по J. O. Prochaska и С. С. DiClemente [17])

1. Стадия преднамерения, или предобдумывания (precontemplation = not ready), — предварительная, допроблемная стадия. Человек, находящийся на этой стадии, еще не осознает необходимости перемен, которая очевидна для окружающих. Он обычно стремится избегать контактов, которые могли бы помочь в изменении образа жизни, не проявляет интереса к предлагаемой помощи и не склонен обсуждать свои вредные привычки. Он преувеличивает положительные стороны своего образа жизни и недооценивает степень риска [18].

2. Стадия намерения, или обдумывания (contemplation = getting ready), — человек всерьез размышляет о проблемах, связанных с рискованным поведением. Он признает их существование, осознает необходимость перемен и начинает рассматривать возможность изменения своего поведения в ближайшие полгода. Люди



переходят на эту стадию, когда начинают испытывать двойственные чувства, колебания: с одной стороны, рискованное поведение приносит удовольствие, а с другой — вызывает серьезные проблемы. Однако, хотя обдумывание изменения поведения и имеет место, результаты могут оказаться амбивалентными: для человека на этой стадии характерно стремление избавиться от проблем, но при этом не отказываться от рискованного поведения.

3. На стадию принятия решения и подготовки к действиям (preparation = ready) человек переходит, когда решает пересмотреть свое поведение и готов перейти к действиям в течение ближайшего месяца. При этом не столь важно, решил он только уменьшить риск или полностью отказаться от рискованных привычек, важно то, что он принял решение и твердо уверен, что необходимо пересмотреть свое поведение. В терминах баланса решений на стадии подготовки доводы «за» перевешивают доводы «против».

4. К стадии активных действий (action) относится период, следующий за решительным изменением образа жизни. Человек реализует конкретные действия, которые были намечены на предыдущем этапе: вырабатывает новые модели поведения, сталкивается с препятствиями и преодолевает их. Эта стадия — самая ответственная, и основной сложностью является избегание возможного рецидива. Может создаться ложное впечатление, что перемены уже свершились, и новый стиль поведения перестает поддерживаться и поощряться окружающими. Однако он еще не полностью укоренился, и любые, даже мелкие и вполне обычные неудачи способны спровоцировать возврат к старым привычкам. На этой стадии необходимо проявлять настойчивость, упорство и терпение.

5. Стадия поддержания и закрепления изменений (maintenance) — период после окончания шести месяцев с момента отказа от рискованного поведения и до полного его преодоления. Уровень соблазна продолжает снижаться, а уверенность в себе растет. Момент исчезновения вредной привычки определяется по полному отсутствию соблазна в любых провоцирующих ситуациях и максимальной уверенности индивида в способности предотвратить рецидив. Конечной стадией изменения поведения является достижение того момента, когда преобразования полностью завершены, а старые взгляды и соответствующие им стереотипы поведения полностью уступили место новым, ставшим привычными. На данной стадии находятся люди, длительно поддерживающие безопасный стиль поведения и ощущающие себя оставившими проблемы в прошлом. На разных стадиях изменения поведения необходимы разные типы вмешательств. На основе модели Prochaska-DiClemente были разработаны цели и стратегии консультирования в зависимости от того, на какой стадии находится пациент (рис. 4).

Главная задача консультанта — определить стадию процесса, уровень мотивации к изменениям и затем выбрать стратегию консультирования. Если стратегия выбрана неудачно, пациент, скорее всего, будет оказывать сопротивление.

Изначально транстеоретическая модель была разработана для борьбы с курением, но ее принципы применимы для коррекции различных видов как аддиктивного, так и неаддиктивного поведения: наркопотребления, злоупотребления алкоголем, склонности к сексуальному риску и др. [21]. Результаты вмешательства в высшей степени зависят от того, насколько человек готов участвовать в процессе и насколько точно он следует рекомендациям.



Рис. 4. Направленность поведенческих вмешательств на разных стадиях изменения поведения

В 1992 г. американские исследователи J. D. Fisher и W. A. Fisher для разработки программ изменения рискованного поведения предложили *социально-когнитивную модель «Информация — Мотивация — Поведение»*, в рамках которой в структуру превентивного вмешательства включаются три основных компонента, которые определяют здоровьесберегающее поведение индивида: информирование о рисках («знать»), мотивация к изменению поведения («хотеть») и формирование желаемых поведенческих навыков («уметь») [22]. Модель постулирует, что предоставление информации о путях передачи и профилактики заболеваний — основа для последующего снижения поведенческого риска. Однако высокая информированность далеко не всегда ведет к реальному изменению поведения [23]. Будет или нет индивид действовать на основании полученной превентивной информации, зависит от того, признает ли он существование персонального риска заражения, наличие внутренних и внешних факторов, влияющих на поведение, и будет ли у него мотивация к изменению рискованного поведения. И наконец, чтобы информация и мотивация в конечном итоге вылились в поведенческие изменения, желаемые с точки зрения превенции ИППП, необходимо сформировать определенные навыки предохранительного поведения. Выработка навыков безопасного поведения непосредственно влияет на снижение поведенческого риска, а информирование и мотивация, стимулируя формирование навыков, на безопасное поведение влияют косвенно (рис. 5).



Рис. 5. Основные детерминанты здоровьесберегающего поведения (по J. D. Fisher и W. A. Fisher [22])

Повышение мотивации к изменению поведения — ключевой аспект социально-когнитивной модели — основывается на методологии мотивационного интервьюирования (МИ), впервые описанной W. R. Miller в 1983 г. [24] и более детально разработанной W. R. Miller и S. Rollnick в 1992 г. [25]. Мотивационное интервьюирование — это клиентцентристский стиль консультирования, направленный на то, чтобы побудить индивида изменить свое поведение. Консультант поощряет пациента говорить о сомнениях и препятствиях, искать аргументы (мотивы) для того, чтобы принять решение в пользу изменения поведения. В качестве мотивов могут выступать потребности и интересы, влечения и эмоции, установки и идеалы. Мотивы объясняют, почему человек начинает действовать, почему он делает именно это, а не что-то другое, и почему он воздерживается от некоторых действий.

Описывая метод, W. R. Miller подчеркнул несколько кардинальных отличий МИ от традиционного медицинского консультирования, которые позволяют лучше понять суть метода. Анализируя возможные причины безуспешности традиционного подхода к консультированию пациентов с зависимостями, он пришел к выводу, что дача советов, агрессивное противостояние собеседнику, прямое убеждение и навязывание своей точки зрения приводят лишь к возникновению сопротивления, отрицанию проблемы со стороны пациента и нежеланию изменять поведение. Стиль МИ, напротив, предполагает, что консультант строго соблюдает следующие правила: не настаивает на том, что у пациента есть проблема и ему необходимы перемены; не дает прямых советов и не «прописывает» решения проблемы без согласия пациента или без побуждения его к самостоятельному принятию решения; не занимает авторитарную/экспертную позицию, отводя пациенту лишь роль пассивного участника; не подменяет беседу чтением лекций, расписыванием преимуществ; не навязывает диагностические ярлыки («наркоман», «проблема», «это ненормально», «болезнь»); не ведет себя в карательной или принуждающей манере [26]. При соблюдении этих правил в процессе консультирования достигается самое главное: у клиента возникает ощущение безопасности, понимания и поддержки, что помогает ему размышлять о своем поведении, определиться в том, готов ли он что-то изменить и каким образом можно и нужно действовать, осуществляя запланированные изменения. Таким образом, суть метода МИ — стремиться к тому, чтобы мотивация к изменению поведения возникла у самого пациента, а не навязывалась ему извне. Готовность к изменениям — это не особенность пациента, а результат постепенно изменяющихся взаимоотношений пациента и консультанта в процессе обсуждения проблемы (консультант не настаивает, а пациент стре-

мится к переменам; консультант организует обсуждение, приводит в порядок то, что говорит пациент, а пациент работает со своими сомнениями).

Основная стратегия МИ — выявление и усиление внутренней системы идеалов и целей, жизненных принципов клиента, для того чтобы стимулировать изменение поведения [26]. Мотивационное интервьюирование ограничивается подведением клиента к принятию решения без указания, что ему делать дальше. Уже потом, если будет принято решение измениться, возникает необходимость продолжать работу, разрабатывать план реализации изменений, обучать пациента определенным навыкам.

Для формирования превентивных поведенческих навыков (завершающий компонент интервенции по модели ИМП) широко используются программы когнитивно-поведенческих тренингов [27; 28]. В рамках занятий участники групп получают возможность научиться навыкам самоконтроля поведения и навыкам коммуникации с другими людьми на темы снижения риска заражения, а также обсудить свое рискованное поведение и лучше идентифицировать те внешние и когнитивно-аффективные стимулы, которые являются «триггерами», или запускающими механизмами, рискованного поведения, например употребление алкоголя или наркотических веществ, особенности половых партнеров, эмоциональное состояние, окружающая обстановка. Ведущие групп обучают участников реструктурировать свое окружение и применять стратегии, снижающие рискованное поведение путем выполнения определенных действий. Особое внимание уделяется выявлению существующих препятствий для снижения риска и способам устранения этих препятствий. Модель ИМП точно соответствует этапам процесса разработки поведенческой интервенции, начиная со сбора первоначальной информации об уровне знаний, факторах, определяющих мотивацию к изменению поведения, а также об имеющихся навыках превентивного поведения. На основе собранных данных, характеризующих данную субпопуляцию, разрабатывают теоретически обоснованные программы вмешательства, направленные на коррекцию знаний, мотиваций и выработку превентивных поведенческих навыков. Влияние на все три компонента увеличивает результативность [27; 29].

Модель ИМП является гибкой, что позволяет, сохраняя основную трехкомпонентную структуру, интегрировать в нее разнообразные культурные, ситуативные и демографические аспекты профилактики заболеваний. Результаты успешной адаптации и использования программы краткосрочного индивидуального вмешательства, основанной на данной модели, в России для профилактики рискованного сексуального поведения и злоупотребления алкоголем среди пациентов кожно-венерологических диспансеров Санкт-Петербурга в 2009–2011 гг. нами были опубликованы ранее [2; 30].

Одной из эффективных превентивных технологий в современной психологии здоровья является обучение «равный — равному» (peer education) — это стратегия изменения поведения, при которой определенные представители социальной группы — «равные» лидеры (peer leaders) — передают знания, формируют установки и способствуют выработке новых моделей поведения среди людей, принадлежащих к одной и той же социальной группе. Объединение в социальную группу может быть основано на возрасте, поле, сексуальной ориентации, роде деятельности, социально-экономическом положении, статусе здоровья, сходных интересах,

подверженности аналогичным рискам и т. д. [31; 32]. Ключевым признаком равенства является та характеристика, которая объединяет людей в группу и отражается в названии (например, потребители инъекционных наркотиков). Равным по возрасту и/или социальному положению людям легче обсуждать между собой самые деликатные вопросы, в том числе касающиеся репродуктивного здоровья и ИППП. Информация, полученная от «равных», при «горизонтальном» процессе общения, часто вызывает большее доверие, чем полученная из официальных источников или от тех, кто никогда не сталкивался с теми же жизненными ситуациями.

Обучение по методу «равный — равному» используется во многих сферах здравоохранения, включая обучение навыкам рационального питания, планирования семьи, применения лекарств и профилактики насилия. Однако особое значение этот метод имеет для профилактики ИППП/ГКИ [33]. Просвещение по методу «равный — равному» основано на ранее представленных социально-когнитивной теории А. Bandura и теории намеренного действия I. Ajzen, а также на теории распространения/диффузии инноваций (diffusion of innovation theory), сформулированной Е. М. Rogers в 1983 г. [34]. Последняя дает представление о том, как в обществе распространяются инновации, и лежит в основе многих профилактических программ, делающих ставку на авторитет лидеров общественного мнения (opinion leaders) как агентов поведенческих изменений.

Е. М. Rogers выделяет в популяции несколько групп, различающихся по степени «открытости» новому опыту. Наиболее сильно отличаются полярные группы — инноваторы (те, кто в первую очередь усваивает новое и стремится к этому) и консерваторы, активно сопротивляющиеся всему новому и необычному. Большая же часть популяции находится в промежуточном состоянии. Распространение инновации в сообществе начинается с инноваторов, затем охватывает большинство, и в конце концов принимается консерваторами, когда, по сути дела, инновация перестает быть таковой и становится обыденной нормой. Инноваторы, а также члены сообщества, пользующиеся большим авторитетом и влиянием, став субъектами поведенческих изменений, затем распространяют новые идеи и установки, влияют на социальные нормы, принятые в данной субпопуляции, будь то рискованные формы поведения либо, напротив, профилактические сообщения или превентивное поведение. Люди изменяются не потому, что им становятся доступны новые научные данные или свидетельства, но в результате восприятия субъективных суждений близких им и пользующихся их доверием людей равного социального или группового статуса, изменивших свое поведение и служащих убедительным примером правильности такого решения. Подготовленные «равные» наставники могут эффективно мотивировать представителей целевой группы, служить адекватными образцами в пользу изменения поведения [31].

Теория диффузии социальных инноваций в последнее время находит серьезное подтверждение в исследованиях профилактических программ в области общественного здоровья [35]. Одними из первых ее применили J. A. Kelly и соавторы [36–38] для исследования эффективности превентивных вмешательств на уровне сообщества, направленных на профилактику рискованного сексуального поведения и ВИЧ-инфекции. Серия проведенных лонгитюдных исследований показала, что профилактические тренинги с привлечением неформальных лидеров общественного мнения являются эффективной и ресурсосберегающей превентивной

технологией. Эмпирические данные свидетельствуют, что для достижения значимого эффекта в профилактических тренингах должно принять участие не менее 15 % членов сообщества. Участие «равных» наставников особенно важно в проектах, направленных на уязвимые группы, в силу закрытости и труднодоступности последних (ПИН, лица, живущие с ВИЧ, РКС, беспризорные дети, заключенные и т. п.). Показано, что наставники из числа «равных» могут стать наиболее эффективным катализатором желаемых поведенческих изменений в своих сообществах [39]. После прохождения обучения профилактической направленности, чаще всего в виде тренингов, они способны устанавливать эффективные и доверительные взаимоотношения, поскольку владеют адекватным знанием и используют понятный аудитории язык и терминологию, а также невербальные средства общения (например, жесты), позволяющие их собеседникам чувствовать себя комфортно в процессе обсуждения вопросов сексуальности и ИППП. Работа по принципу «равный — равному» значительно развивает и самих «равных» наставников, являющихся представителями целевой группы. Выступление в роли обучающего обеспечивает наиболее полное усвоение информации и выработку положительных жизненных навыков. Так, «равный» приобретает опыт общения, навыки лидерства, возможности для профессионального и личностного роста, контакты, способные помочь в будущем, например при трудоустройстве.

Положительный опыт применения теории диффузии инноваций с привлечением лидеров общественного мнения был получен нами в рамках международного лонгитюдного исследования приемлемости и эффективности групповой программы профилактики рискованного поведения в студенческих общежитиях Санкт-Петербурга [40]. Наш опыт показал, что при разработке профилактического вмешательства, основанного на модели «равный — равному», необходимо соблюдать следующие принципы: значимое участие равных на всех этапах разработки и реализации превентивной программы; вовлечение значимого окружения участников целевой группы, так как превентивные усилия могут не принести ожидаемого эффекта, если значимое окружение их не поддержит; учет меняющихся потребностей целевой группы; учет социально-демографических, поведенческих и культурных особенностей (пол, возраст, специфика поведения, язык, национальные и религиозные особенности, каналы получения той или иной информации, место работы, учебы, способы проведения досуга, стиль и образ жизни и др.) лиц, на которых направлено вмешательство [31]. Превентивные программы по модели «равный — равному» экономически выгоднее в сравнении с программами снижения вреда или социального сопровождения. Недостатком программ, реализуемых по принципу «равный — равному», является то, что «равные» могут выполнять только ограниченный спектр работ, а за профессиональной помощью представителей целевой группы необходимо направлять к специалистам. Представители целевых групп не всегда доверяют компетентности «равных» и предпочитают получать информацию, особенно связанную со здоровьем, от специалистов.

Все описанные теоретические концепции изменения поведения имеют ряд общих положений. Различия между теориями сводятся к разным детерминантам и механизмам реализации поведенческих изменений, которые они выделяют [41]. В практике реализации программ по профилактике наркомании, ИППП и других негативных явлений в области общественного здоровья возможно использование

разных теоретических подходов. Превентивные программы могут делать акцент на восприятии угрозы (модель убеждений, связанных со здоровьем), на намерении действовать (теория намеренного действия), на результативности развития специфического поведенческого опыта (теория социального научения), на мотивированности и готовности к изменениям (транстеоретическая модель), на влиянии лидеров общественного мнения (теория диффузии инноваций) и др.

Главным ограничением многих теоретических подходов является то, что они представляют собой концептуальные обобщения и абстрагированы от специфичности внешних и внутренних составляющих рискованного поведения. Это относится, в частности, к поведению, связанному с употреблением наркотиков, и к сексуальному поведению, включающим в себя ярко выраженные эмоциональные составляющие, в том числе переживания удовольствия и влечения [41]. Отсутствие комплексных теорий сексуального поведения и поведения, связанного с употреблением наркотиков, заставляет при разработке программ профилактики опираться на теории, касающиеся общих аспектов здоровья, социальных действий и поведенческих изменений. Одним из ключевых звеньев вовлечения человека в сексуальные контакты и употребление наркотиков являются человеческие взаимоотношения, однако существующие модели поведенческих изменений очень часто не апеллируют напрямую к таким уникальным аспектам этих взаимоотношений, как любовь, влечение, самооценка, власть, выживание, интимность, принуждение, доверие и т. д. Между тем слабо изучены и внутренние факторы рискованного поведения. Специалисты выделяют группы риска по социально-поведенческим признакам, но мало что могут сказать об индивидуальных психологических детерминантах рискованного поведения. Сложность человеческого поведения, неразрывная связь его со всем спектром человеческих взаимоотношений, с психологическими и социальными факторами создают огромные трудности для разработки, планирования, реализации и оценки результативности превентивных программ. Как правило, современные эффективные интервенции включают элементы различных теоретических концепций изменения поведения или основываются на комбинации нескольких теорий. Опыт западных специалистов по превенции ВИЧ-инфекции и других социально значимых заболеваний, часто ограничивающийся поведенческим уровнем анализа, необходимо дополнить достижениями отечественной психологии в области общепсихологических теорий и, в частности, личностного подхода — теорией отношений В. Н. Мясищева, теорией индивидуальности Б. Г. Ананьева, теорией деятельности А. А. Леонтьева, на фундаменте которых базируются принципы индивидуального подхода к диагностике, коррекции и оказанию психологической помощи.

## Литература

1. *Gandelman A. A., Vogan S. A., Dolcini M. M.* Assessing HIV prevention provider knowledge of behavior science theory: building on existing intuitive experience // *Health Promotion Practice*. 2005. Vol. 6, N 3. P. 299–307.
2. *Grau L. E. et al.* Cultural adaptation of an intervention to reduce sexual risk behaviors among patients attending a STI clinic in St. Petersburg, Russia // *Prevention Science*. 2013. Vol. 14, N 4. P. 400–410.
3. *Rhodes F., Wolitski R. J.* Perceived effectiveness of fear appeals in AIDS education: relationship to ethnicity, gender, age, and group membership // *AIDS Education and Prevention*. 1990. Vol. 2, N 1. P. 1–11.

4. *Rosenstock I. M.* Why people use health services // *Milbank Memorial Fund quarterly*. 1966. Vol. 44, N 3. P.94–127.
5. *Benotsch E. G.* et al. A comparison of HIV/AIDS knowledge and attitudes of STD clinic clients in St. Petersburg, Russia and Milwaukee, Wi, USA // *Journal Community Health*. 2004. Vol. 29, N 6. P.451–465.
6. *Takács J.* et al. «Condoms are reliable but I am not»: a qualitative analysis of AIDS-related beliefs and attitudes of young heterosexual adults in Budapest, Hungary, and St. Petersburg, Russia // *Central European journal of public health*. 2006. Vol. 14, N 2. P.59–66.
7. *Benotsch E. G.* et al. Drug use and sexual risk behaviours among female Russian IDUs who exchange sex for money or drugs // *International Journal of STD & AIDS*. 2004. Vol. 15, N 5. P.343–347.
8. *Janz N., Becker H. M.* The Health Belief Model: a decade later // *Health Education Quarterly*. 1984. Vol. 11, N 1. P.1–47.
9. *Ajzen I.* Attitudes, personality, and behavior. Chicago, IL: Dorsey Press, 1988. 175 p.
10. *Jannis I. L., Mann L.* Decision making: A psychological analysis of conflict, choice and commitment. New York: The Free Press, 1977. 512 p.
11. *Bandura A.* Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1986. 617 p.
12. *Bandura A.* Social learning theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1977. 247 p.
13. *Bandura A.* Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change // *Psychology Review*. 1977. Vol. 84, N 2. P.191–215.
14. *Meichenbaum D. H.* Examination of model characteristics in reducing avoidance behavior // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1971. Vol. 17, N 3. P.298–307.
15. *Bandura A.* Self-efficacy mechanism in human agency // *Am Psychology*. 1982. Vol. 37, N 2. P.122–147.
16. *Bandura A.* The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory // *Journal Social Clinic Psychology*. 1986. Vol. 4, N 3. P.359–373.
17. *Prochaska J. O., DiClemente C. C.* Toward a comprehensive model of change // *Treating addictive behaviors: process of change / eds W. R. Miller, N. Heather*. New York: Plenum Press, 1986. P.3–27.
18. *Прохоров А. В., Величер У. Ф., Прочаска Дж. О.* Транстеоретическая модель изменения поведения и ее применение // *Вопросы психологии*. 1994. № 2. С. 113–123.
19. *Velicer W. F., Prochaska J. O., Rossi J. S., Snow M. G.* Assessing outcome in smoking cessation studies // *Psychology Bulletin*. 1992. Vol. 111, N 1. P.23–41.
20. *DiClemente C. C.* et al. The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation and preparation stages of change // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1991. Vol. 59, N 2. P.295–304.
21. *Prochaska J. O., DiClemente C. C.* Processes and stages of change in smoking, weight control, and psychological distress // *Coping and substance abuse / eds S. Schiffman, T. Wills*. New York: Academic Press, 1985. P.319–345.
22. *Fisher J. D., Fisher W. A.* Changing AIDS risk behavior // *Psychology Bulletin*. 1992. Vol. 111, N 3. P.455–474.
23. *Lazarus J. V.* et al. Systematic review of interventions to prevent the spread of sexually transmitted infections, including HIV, among young people in Europe // *Croatian Medical Journal*. 2010. Vol. 51, N 1. P.74–84.
24. *Miller W. R.* Motivational interviewing with problem drinkers // *Behavioral Psychotherapy*. 1983. Vol. 11, N 2. P.147–172.
25. *Miller W. R., Rollnick S.* Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior. 2<sup>nd</sup> ed. New York: The Guilford Press, 2002. 428 p.
26. Мотивационное интервьюирование лиц, употребляющих инъекционные наркотики: Метод. рекомендации для социальных работников программ профилактики ВИЧ/СПИД. Киев: Изд-во СПИД Фонда «Восток — Запад», 2004. 108 с.
27. *Kelly J. A., St Lawrence J. S., Hood H. V., Brasfield T. L.* Behavioral intervention to reduce AIDS risk activities // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1989. Vol. 57, N 1. P.60–67.
28. *Kelly J. A.* et al. The effects of HIV/AIDS intervention groups for high-risk women in urban clinics // *American Journal of Public Health*. 1994. Vol. 84, N 12. P.1918–1922.
29. *Kelly J. A.* et al. A skills-training group intervention model to assist persons in reducing risk behaviors for HIV infection // *AIDS Education Preview*. 1990. Vol. 2, N 1. P.24–35.
30. *Abdala N.* et al. Efficacy of a brief HIV prevention counseling intervention among STI clinic patients in Russia: a randomized controlled trial // *AIDS and Behavior*. 2013. Vol. 17, N 3. P.1016–1024.



31. Критерии программ «равный — равному» по профилактике ВИЧ-инфекции и продвижению идеи здорового образа жизни среди молодежи в Российской Федерации: Руководство для практиков. М.: Изд-во «У-PEER», 2006. 113 с.
32. Тренинг для тренеров: Практическое руководство. М.: Изд-во «У-PEER», 2006. 203 с.
33. Просвещение по методу «равный — равному» и ВИЧ/СПИД: концепции, применение и проблемы. Женева: Изд-во ЮНЭЙДС, 2007. 40 с.
34. Rogers E. M. Diffusion of innovations. New York: Free Press, 2003. 512 p.
35. Winett R. A. et al. Enhancing social diffusion theory as a basis for prevention intervention: a conceptual and strategic framework // *Applied and Preventive Psychology*. 1995. Vol. 4, N 4. P.233–245.
36. Kelly J. A. Changing HIV Risk behavior: practical strategies. New York: The Guilford Press, 1995. 159 p.
37. Kelly J. A., Kalichman S. C. Increased attention to human sexuality can improve HIV/AIDS prevention efforts: key research issues and directions // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1995. Vol. 63, N 6. P.907–918.
38. Kelly J. A. Popular opinion leaders and HIV prevention peer education: resolving discrepant findings, and implications for the development of effective community programmes // *AIDS Care*. 2004. Vol. 16, N 2. P.139–150.
39. Ngugi E. N. et al. Focused peer mediated educational programs among female sex workers to reduce sexually transmitted disease and human immunodeficiency virus transmission in Kenya and Zimbabwe // *Journal of Infectious Diseases*. 1996. Vol. 174, Suppl 2. P.240–247.
40. Results of the NIMH collaborative HIV/sexually transmitted disease prevention trial of a community popular opinion leader intervention / NIMH Collaborative HIV/STD Prevention Trial Group // *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2010. Vol. 54, N 2. P.204–214.
41. Цветкова Л. А. и др. Теоретические модели формирования, контроля и коррекции наркопотребления. СПб.: Изд-во ГУ, 2006. 248 с.

**Для цитирования:** Красносельских Т. В., Шаболтас А. В. Зарубежные теоретические модели изменения поведения в сфере профилактики социально значимых заболеваний // Вестник СПбГУ. Психология и педагогика. 2017. Т. 7. Вып. 3. С. 249–267. <https://doi.org/10.21638/11701/spbu16.2017.305>

## References

1. Gandelman A. A., Vogan S. A., Dolcini M. M. Assessing HIV prevention provider knowledge of behavior science theory: building on existing intuitive experience. *Health Promotion Practice*, 2005, vol. 6, no. 3, pp. 299–307.
2. Grau L. E. et al. Cultural adaptation of an intervention to reduce sexual risk behaviors among patients attending a STI clinic in St. Petersburg, Russia. *Prevention Science*, 2013, vol. 14, no. 4, pp. 400–410.
3. Rhodes F., Wolitski R. J. Perceived effectiveness of fear appeals in AIDS education: relationship to ethnicity, gender, age, and group membership. *AIDS Education and Prevention*, 1990, vol. 2, no. 1, pp. 1–11.
4. Rosenstock I. M. Why people use health services. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1966, vol. 44, no. 3, pp. 94–127.
5. Benotsch E. G. et al. A comparison of HIV/AIDS knowledge and attitudes of STD clinic clients in St. Petersburg, Russia and Milwaukee, WI, USA. *Journal Community Health*, 2004, vol. 29, no. 6, pp. 451–465.
6. Takács J. et al. «Condoms are reliable but I am not»: a qualitative analysis of AIDS-related beliefs and attitudes of young heterosexual adults in Budapest, Hungary, and St. Petersburg, Russia. *Central European journal of public health*, 2006, vol. 14, no. 2, pp. 59–66.
7. Benotsch E. G. et al. Drug use and sexual risk behaviours among female Russian IDUs who exchange sex for money or drugs. *International Journal of STD & AIDS*, 2004, vol. 15, no. 5, pp. 343–347.
8. Janz N., Becker H. M. The Health Belief Model: a decade later. *Health Education Quarterly*, 1984, vol. 11, no. 1, pp. 1–47.
9. Ajzen I. *Attitudes, personality, and behavior*. Chicago, IL: Dorsey Press, 1988. 175 p.
10. Jannis I. L., Mann L. *Decision making: A psychological analysis of conflict, choice and commitment*. New York, The Free Press, 1977. 512 p.
11. Bandura A. *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, 1986. 617 p.
12. Bandura A. *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall, 1977. 247 p.
13. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychology Review*, 1977, vol. 84, no. 2, pp. 191–215.

14. Meichenbaum D.H. Examination of model characteristics in reducing avoidance behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1971, vol. 17, no. 3, pp. 298–307.
15. Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. *Am Psychology*, 1982, vol. 37, no. 2, pp. 122–147.
16. Bandura A. The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *Journal Social Clinic Psychology*, 1986, vol. 4, no. 3, pp. 359–373.
17. Prochaska J.O., DiClemente C. C. Toward a comprehensive model of change. *Treating addictive behaviors: process of change*. Eds W. R. Miller, N. Heather. New York, Plenum Press, 1986, pp. 3–27.
18. Prokhorov A. V., Velicher U. F., Prochaska Dzh.O. Transteoreticheskaia model' izmeneniia povedeniia i ee primenenie [Transteoretic model of behavior change and its application]. *Voprosy psikhologii* [Questions of Psychology], 1994, no. 2, pp. 113–123. (In Russian)
19. Velicer W. F., Prochaska J. O., Rossi J. S., Snow M. G. Assessing outcome in smoking cessation studies. *Psychology Bulletin*, 1992, vol. 111, no. 1, pp. 23–41.
20. DiClemente C. C. et al. The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1991, vol. 59, no. 2, pp. 295–304.
21. Prochaska J.O., DiClemente C. C. Processes and stages of change in smoking, weight control, and psychological distress. *Coping and substance abuse*. Eds S. Schiffman, T. Wills. New York: Academic Press, 1985, pp. 319–345.
22. Fisher J.D., Fisher W.A. Changing AIDS risk behavior. *Psychology Bulletin*, 1992, vol. 111, no. 3, pp. 455–474.
23. Lazarus J. V. et al. Systematic review of interventions to prevent the spread of sexually transmitted infections, including HIV, among young people in Europe. *Croatian Medical Journal*, 2010, vol. 51, no. 1, pp. 74–84.
24. Miller W.R. Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioral Psychotherapy*, 1983, vol. 11, no. 2, pp. 147–172.
25. Miller W.R., Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*. 2<sup>nd</sup> ed. New York, The Guilford Press, 2002. 428 p.
26. *Motivatsionnoe interv'uirovaniie lits, upotrebliaiushchikh in'ektsionnye narkotiki: Metod. rekomendatsii dlia sotsial'nykh rabotnikov programm profilaktiki VICH/SPID* [Motivational interviewing of people who use injecting drugs: guidelines for social workers in HIV/AIDS prevention programs]. Kiev, AIDS Publishing House of the East-West Foundation, 2004. 108 p. (In Russian)
27. Kelly J. A., St Lawrence J. S., Hood H. V., Brasfield T. L. Behavioral intervention to reduce AIDS risk activities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1989, vol. 57, no. 1, pp. 60–67.
28. Kelly J. A. et al. The effects of HIV/AIDS intervention groups for high-risk women in urban clinics. *American Journal of Public Health*, 1994, vol. 84, no. 12, pp. 1918–1922.
29. Kelly J. A. et al. A skills-training group intervention model to assist persons in reducing risk behaviors for HIV infection. *AIDS Education Preview*, 1990, vol. 2, no. 1, pp. 24–35.
30. Abdala N. et al. Efficacy of a brief HIV prevention counseling intervention among STI clinic patients in Russia: a randomized controlled trial. *AIDS and Behavior*, 2013, vol. 17, no. 3, pp. 1016–1024.
31. *Kriterii programm «ravnyi — ravnomu» po profilaktike VICH-infektsii i prodvizheniiu idei zdorovogo obraza zhizni sredi molodezhi v Rossiiskoi Federatsii: Rukovodstvo dlia praktikov* [Criteria for peer education programs for HIV prevention and promotion of healthy lifestyles among young people in the Russian Federation: a guide for practitioners]. Moscow, Y-PEER Publ., 2006. 113 p. (In Russian)
32. *Trening dlia trenerov: Prakticheskoe rukovodstvo* [Training for trainers: a practical guide]. Moscow, Y-PEER Publ., 2006. 203 p. (In Russian)
33. *Prosveshchenie po metodu «ravnyi — ravnomu» i VICH/SPID: kontseptsii, primenenie i problemy* [Peer education and HIV/AIDS: concepts, applications and challenges]. Zheneva, UNAIDS Publ., 2007. 40 p. (In Russian)
34. Rogers E. M. *Diffusion of innovations*. New York, Free Press, 2003. 512 p.
35. Winett R. A. et al. Enhancing social diffusion theory as a basis for prevention intervention: a conceptual and strategic framework. *Applied and Preventive Psychology*, 1995, vol. 4, no. 4, pp. 233–245.
36. Kelly J. A. *Changing HIV Risk behavior: practical strategies*. New York, The Guilford Press, 1995. 159 p.
37. Kelly J. A., Kalichman S. C. Increased attention to human sexuality can improve HIV/AIDS prevention efforts: key research issues and directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1995, vol. 63, no. 6, pp. 907–918.

38. Kelly J. A. Popular opinion leaders and HIV prevention peer education: resolving discrepant findings, and implications for the development of effective community programmes. *AIDS Care*, 2004, vol. 16, no. 2, pp. 139–150.

39. Ngugi E. N. et al. Focused peer mediated educational programs among female sex workers to reduce sexually transmitted disease and human immunodeficiency virus transmission in Kenya and Zimbabwe. *Journal of Infectious Diseases*, 1996, vol. 174, Suppl 2, pp. 240–247.

40. Results of the NIMH collaborative HIV/sexually transmitted disease prevention trial of a community popular opinion leader intervention / NIMH Collaborative HIV/STD Prevention Trial Group. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2010, vol. 54, no. 2, pp. 204–214.

41. Tsvetkova L. A. and others. *Teoreticheskie modeli formirovaniia, kontroliia i korrektsii narkopotrebleniia* [Theoretical models for the formation, control and correction of drug use]. St. Petersburg, St. Petersburg University Press, 2006. 248 p. (In Russian)

**For citation:** Krasnoselskikh T. V., Shabol'tas A. V. Foreign theoretical models of behavior change in the prevention of socially significant diseases. *Vestnik SPbSU. Psychology and Education*, 2017, vol. 7, issue 3, pp. 249–267. <https://doi.org/10.21638/11701/spbu16.2017.305>

Статья поступила в редакцию 20 июля 2017 г.  
Статья принята к публикации 7 сентября 2017 г.