

МОТИВАЦИОННЫЕ МОДЕЛИ ПОВЕДЕНИЯ, СВЯЗАННОГО СО ЗДОРОВЬЕМ: ПРОБЛЕМА «РАЗРЫВА» МЕЖДУ НАМЕРЕНИЕМ И ДЕЙСТВИЕМ

Е.И. РАССКАЗОВА, Т.Ю. ИВАНОВА



Рассказова Елена Игоревна — доцент кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии МГУ им. М.В. Ломоносова, старший научный сотрудник международной лаборатории позитивной психологии личности и мотивации НИУ ВШЭ, кандидат психологических наук.

Сфера научных интересов: психология саморегуляции, психология здоровья, нарушения саморегуляции при психических и соматических заболеваниях, методы количественной обработки данных.

Контакты: e.i.rasskazova@gmail.com



Иванова Татьяна Юрьевна — научный сотрудник международной лаборатории позитивной психологии личности и мотивации НИУ ВШЭ.

Сфера научных интересов: позитивная психология, психология личности, организационная психология.

Контакты: tatiana.yivanova@gmail.com

Резюме

Статья посвящена анализу мотивационных моделей (моделей континуума) поведения, связанного со здоровьем (модель убеждений о здоровье, теория мотивации защиты, теория запланированного поведения, социально-когнитивная теория, теория субъективной ожидаемой полезности, модель информации-мотивации-поведенческих навыков). Выявлены общие принципы данных моделей, включающие направленность на предсказание поведения; рассмотрение намерения в качестве ключевого медиатора связи других факторов с поведением; акцент на готовность к действию, а не на процесс реализации поведения. К числу теоретических ограничений такого подхода относятся недоучет иррациональности поведения человека, его динамической составляющей, сложности мотивационной сферы,

Исследование осуществлено в рамках Программы фундаментальных исследований НИУ ВШЭ в 2013 г.

особенностей взаимодействия между конструктами, возможная подмена объяснения предсказанием, а также так называемая проблема «бутылочного горлышка». Среди эмпирических ограничений выделены проблема «разрыва» между намерением и данными об эффективности интервенций, актуализирующих ассоциативные связи между мотивационными факторами и поведением без изменения выраженности осознанного намерения. Преодоление ограничений происходит либо по пути улучшения предсказания — уточнения или дополнения моделей континуума (модели актуализации стереотипов, выявление модераторов, влияющих на переход от намерения к действию), либо по пути отказа от задачи предсказания поведения в пользу описания его динамики (модели стадий) и/или его объяснения (модели саморегуляции). Задачами дальнейших исследований являются дифференциация предложенных в рамках мотивационных моделей факторов на обладающие объяснительной силой и индикаторы изменений в поведении, а также выявление особенностей взаимодействия мотивационных факторов в процессе формирования поведения.

Ключевые слова: поведение, связанное со здоровьем, поведение, представляющее риск для здоровья, защитное поведение, модели континуума, мотивационные модели, проблема «разрыва» между намерением и действием, проблема «бутылочного горлышка», теория убеждений о здоровье, теория мотивации защиты, теория запланированного поведения.

Вопрос об изменении поведения, связанного со здоровьем, является центральным для психологии здоровья (Kaplan et al., 1993; Brannon, Feist, 2007; Ogden, 2007) во многом благодаря зависимости психического и соматического состояния человека и процессов развития и хронификации заболеваний от его действий (см.: Mann et al., 2013). По словам одного из бывших директоров Всемирной организации здравоохранения Х. Брундтланд, «мир живет опасно — либо потому, что у него нет выбора, либо потому, что совершает свой выбор неправильно» (цит. по: Hall, Fong, 2007, р. 7). Одна только эта цитата показывает, насколько большое значение в изменении поведения отводится мотивационным факторам (выбору, формированию намерения и т.п.).

Мотивационные модели в психологии здоровья (Armitage, Conner, 2000; второе известное их название — модели континуума) были изначально предложены для предсказания

поведения, связанного со здоровьем, и затем под воздействием эмпирических данных о том, что точное предсказание поведения не всегда дает информацию о закономерностях его изменения, модифицировались для решения этой новой задачи. Несмотря на то что к настоящему времени эти модели заняли лидирующее положение среди концепций поведения, связанного со здоровьем (Painter et al., 2008), в отечественной психологии здоровья большинство из них обсуждается почти исключительно в социально-психологическом контексте (Бовина, 2008) или применительно к отдельным проблемам, таким как употребление психоактивных веществ (например: Никифоров, 2006; Ананьев, 1998), что делает неизбежным избирательный акцент на отдельных моделях и их аспектах.

Данная работа посвящена сопоставительному анализу мотивационных моделей в психологии здоровья, а также обсуждению наиболее распространенных теоретических и

методических трудностей, связанных с их использованием (в частности, недоучет эффектов прайминга, проблема иррациональности поведения, проблема «разрыва» между намерениями и действиями, так называемая проблема «бутылочного горлышка»), и возможных путей их преодоления. Первая часть статьи посвящена обзору различных моделей и эмпирических данных в их поддержку, вторая — выявлению проблемных областей данных концепций.

Мотивационные модели поведения, связанного со здоровьем: основные положения и результаты эмпирических исследований

К числу наиболее распространенных мотивационных моделей относятся модель убеждений о здоровье А. Розенстока (Rosenstock, 1974), теория мотивации защиты Р. Роджерса (Rogers, 1983), теория запланированного поведения А. Айзена и М. Фишбайна (Ajzen, 1991), социально-когнитивная теория А. Бандуры (Bandura, 1986). Менее известна сегодня теория субъективной ожидаемой полезности В. Эдвардса (Edwards, 1954), являвшаяся по сути претечей всех последующих моделей такого типа.

Можно выделить две общие черты этих концепций. Во-первых, рассмотрение мотивационных факторов в качестве основного предиктора, приводящего к некоторым действиям или изменению поведения, что

и дало этим моделям название мотивационных (Armitage, Conner, 2000). При этом имплицитно¹ под «мотивационностью» подразумевается скорее способ действия (механизм), нежели предметная область — обширный круг ценностей, смыслов, установок, убеждений, представлений, переживаний и ощущений, который может способствовать формированию намерения и постановке цели. Более того, в наиболее социально-ориентированных вариантах этих концепций к «мотивационным» относятся и внешние факторы, так называемые дистальные предикторы поведения, действие которых опосредствуется субъективным восприятием: например, субъективные описательные нормы формируются как следствие того, как ведут себя значимые другие, какие выборы они совершают (Manning, 2009). Во-вторых, предметной областью описываемых моделей выступает не поведение, а готовность к некоторым действиям. Согласно им, в зависимости от выраженности некоторых социальных и психологических факторов (индикаторов) каждого человека можно представить как занимающего определенное место в континууме готовности к действию. Эта особенность определила второе название означенных моделей — модели континуума (см.: Abraham, 2008).

Теория субъективной ожидаемой полезности

Теория субъективной ожидаемой полезности (subjective expected utility

¹ В известных нам работах нет прямых указаний на эту особенность.

theory)² была предложена еще в 50-е гг. XX в. В. Эдвардсом для объяснения процесса принятия решения (Edwards, 1954) и во многом предопределила ход развития моделей континуума, поставив во главу угла соотношение ожиданий и ценности поведения (см.: Sutton, 1987). Согласно теории, поведение, связанное со здоровьем, является следствием субъективной оценки его ожидаемой полезности, под которой понимается сумма всех субъективных ценностей (пользы) каждого из возможных результатов действия, умноженных на субъективно оцениваемую вероятность того, что оно приведет к соответствующим результатам. Это, конечно, не значит, что человек совершает математические операции осознанно, но он действует так, как если бы их совершал. Важнейшей чертой теории (которая, кстати, была утрачена в ряде более поздних концепций: например, теории убеждений о здоровье и теории мотивации защиты) является предложение мультипликативного правила, учитывающего соотношение разных компонентов. Например, в случае, когда с точки зрения одного человека вероятность того, что курение приводит к раку легких, мала, но рак легких — большой риск для жизни и здоровья (высокая отрицательная ценность), общая субъективная оценка полезности прекращения курения будет средней. Тот же уровень оценки субъективной полезности может быть у человека, который

не задумывается о тяжести рака легких, но считает вероятность получить его вследствие курения высокой.

Модель часто использовалась для предсказания аддиктивного поведения и отказа от него (см. Там же). При этом субъективная полезность была значимо связана как с частотой аддиктивного поведения (курение, употребление легких наркотиков, алкоголя), так и — хотя и в слабой степени — с эффективностью лечения. Несмотря на преимущества, связанные с учетом соотношения разных компонентов, а не просто их выраженности, теорию часто критиковали за неполноту, и было предложено несколько расширений, а также путей ее интеграции с другими моделями. Например, С. Саттон (Там же) предлагал дополнить модель уверенностью (субъективной оценкой вероятности успеха собственных действий) и использовать вместо единой субъективной оценки полезности разность между субъективной оценкой полезности нового и текущего поведения. Д. Ронис (Ronis, 1992) указал, что модель не учитывает содержания убеждений, важных для некоторого поведения (например, уязвимость и тяжесть, выгода от него и затраты на реализацию), и принял попытку синтеза теории субъективно ожидаемой полезности с теорией убеждений о здоровье (см. далее). Согласно его идеям, представления о том, что поведение позволит снизить собственную уязвимость (например, прекращение курения —

² Поскольку теория создавалась на основе экономических моделей, термин «utility» был предложен авторами именно по аналогии с экономической полезностью. В связи с этим данный термин целесообразно переводить как «полезность».

снизить рак легких), изменяют воспринимаемую выгоду лишь настолько, насколько человек верит в тяжесть этого заболевания. И наоборот, представление, что вовремя сделанная маммография может снизить тяжесть рака груди, поскольку он будет выявлен раньше (поведение снижает тяжесть некоторого последствия), изменяет воспринимаемую выгоду в той мере, в которой женщина считает, что подвержена риску рака. На примере использования взрослыми зубной нити с целью профилактики заболеваний полости рта Д. Ронису удалось показать, что относительная уязвимость (изменение уязвимости благодаря использованию зубной нити, взвешенное в соответствии с субъективной оценкой тяжести заболевания) предсказывает как оценки полезности поведения, так и реальное поведение, тогда как прямая оценка уязвимости, в соответствии с традиционной моделью убеждений о здоровье — нет.

Хотя в настоящее время теория субъективной ожидаемой полезности практически не применяется, ключевое для нее представление об относительном действии разных переменных и их взаимодействии было воспринято большинством последующих подходов.

Модель убеждений о здоровье

В модели убеждений о здоровье³ (health belief model, Rosenstock, 1974) выделяется шесть факторов, определяющих поведение, связанное со здоровьем: воспринимаемая уяз-

вимость, воспринимаемая тяжесть, воспринимаемая выгода, воспринимаемые барьеры, мотивация к здоровью (мотивация совершать действия, способствующие здоровью) и стимулы (cues) к действию. Хотя в самой модели все шесть компонентов рассматриваются как независимые предикторы здоровья (Armitage, Conner, 2000), имплицитно в ней предполагается, что воспринимаемую уязвимость можно объединить с воспринимаемой тяжестью (воспринимаемая угроза), а воспринимаемые барьеры — с воспринимаемой выгодой (оценка планируемых/предпринимаемых действий). Соответственно, вероятность поведения, связанного со здоровьем, выше, если человек чувствует угрозу (он подвержен риску тяжелого заболевания), если выгоды от него субъективно «перевешивают» те трудности, с которыми можно столкнуться. Кроме того, если человек мотивирован к осуществлению поведения, связанного со здоровьем, и есть дополнительные факторы, побуждающие его к действиям (например, он переживает соматические симптомы или, давая советы, его врач был убедительным), его шансы повышаются.

Метаанализ эмпирических исследований показал, что, хотя все факторы действительно предсказывают поведение, статистический эффект невелик ($r < 0.21$, Harrison et al., 1992). Модель неоднократно критиковалась за то, что определение ее компонентов недостаточно четкое и их трудно измерить в исследовании, а также за то, что правила, по кото-

³ Используется устоявшийся перевод названия модели (см., например: Бовина, 2008).

рым факторы объединяются и взаимодействуют, в ней эксплицитно не описаны (см.: Armitage, Conner, 2000).

Теория мотивации защиты

Теория мотивации защиты⁴ (motivation protection theory) для объяснения того, как формируется готовность человека следовать рекомендованному поведению, была предложена Р. Роджерсом (Rogers, 1983). Изначально она основывалась на транзактной модели стресса, предложенной Р. Лазарусом (Lazarus, Folkman, 1984), согласно которой человек, столкнувшись с некоторым событием, оценивает его с точки зрения угрозы и собственных возможностей справиться с трудностями. Стресс является результатом этой оценки только в том случае, если ситуация расценивается как угрожающая, а собственные ресурсы — как недостаточные. Переживание стресса актуализирует усилия по совладанию с ним — копинг-стратегии, которые могут быть более или менее адаптивными.

Пользуясь той же логикой применительно к психологии здоровья, Р. Роджерс рассматривает поведение, связанное со здоровьем, как более или менее адаптивную с точки зрения поддержания здоровья или ущерба для него копинг-стратегию. Такое поведение зависит от мотивации защиты здоровья, которая, в свою очередь, определяется взаимодействием двух процессов — оценкой

угрозы и оценкой совладания. Как и в модели убеждений о здоровье, к первой относится восприятие тяжести заболевания, серьезности риска и собственной уязвимости к этой угрозе. В случае, если дезадаптивное поведение не является выгодным для человека, эти оценки актуализируют мотивацию защиты, и тогда мотивация защиты снижается. Оценка совладания включает восприятие эффективности некоторого поведения и уверенности в своих возможностях действовать соответствующим образом. В случае, когда затраты на реализацию поведения, связанного со здоровьем, не слишком высоки и оба фактора воспринимаются как значимые, мотивация защиты растет.

Согласно результатам метаанализа корреляционных исследований, основанных на данном подходе (Milne et al., 2000), средняя корреляция между мотивацией защиты и будущим поведением составляет 0.40, т.е. относительно невысока. Тем не менее описанная теория часто используется при разработке интервенций, поскольку выделенные в модели факторы относительно легко меняются под воздействием извне (см.: Armitage, Conner, 2000).

Теория запланированного поведения

Теория запланированного поведения (theory of planned behavior, Ajzen, 1991) и ее «предтеча» — теория причинного действия (theory of reasoned

⁴ Мы считаем не вполне корректным предложенный ранее (см.: Бовина, 2008) перевод названия модели как «теория защитной мотивации», поскольку речь идет не о специфической форме или содержании мотивации, а о том, что побуждает человека к защите своего здоровья.

action, Ajzen, Fishbein, 1980) — являются, наряду с моделью убеждений о здоровье, одной из наиболее распространенных и влиятельных моделей в психологии здоровья, направленных на предсказание поведения.

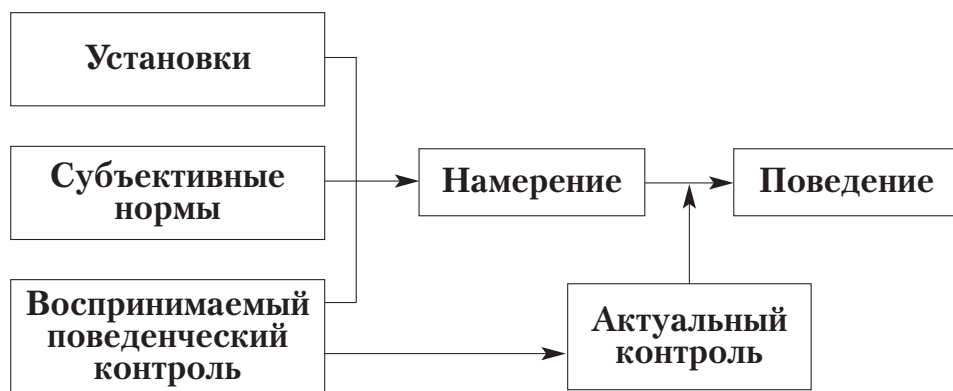
Согласно этой модели (рисунок 1), поведение, связанное со здоровьем, определяется мотивационными факторами (intention): силой намерения выполнять определенные действия и достигать поставленных целей (например, «Я собираюсь заниматься спортом два раза в неделю»). В свою очередь, намерение зависит от установок (attitudes), субъективных норм (subjective norms) и воспринимаемого поведенческого контроля (perceived behavioral control). Установки — это отношение человека к поведению; оно является результатом субъективной оценки и может быть положительным или отрицательным (например, «Занятия спортом два раза в неделю — хорошо (или плохо) для меня»). Субъективные

нормы — представления человека о том, что, по мнению значимых окружающих людей, он должен делать (например, «Большинство значимых для меня людей считают, что мне стоит заняться спортом как минимум два раза в неделю»). Воспринимаемый поведенческий контроль отражает, насколько легким или трудным видится человеку достижение цели (например, «Мне было бы легко (или трудно) заниматься спортом два раза в неделю»).

В отличие от установок и субъективных норм, которые влияют на поведение только опосредованно — через намерение (т.е. если намерение не сформировано, никакого эффекта не будет), а роль воспринимаемого поведенческого контроля двояка: через намерение и напрямую выражается в поведении. Иными словами, если человек считает, что может достичь поставленных целей относительно легко, вероятность того, что он перейдет к действиям, выше —

Рисунок 1

Теория запланированного поведения



даже независимо от его желания достигать этих целей. Эта закономерность, однако, верна только в том случае, если воспринимаемый поведенческий контроль соответствует реальности (так называемому актуальному контролю человека за выполнением действий). Если человек действительно может добиться поставленных целей, ему помогает вера в свои силы.

На настоящий момент теория запланированного поведения — одна из наиболее эмпирически подтвержденных на примерах самого разного поведения моделей. Несколько метааналитических работ, статистически обобщающих результаты эмпирических исследований, были посвящены двум вопросам: насколько хорошо модель предсказывает намерения, во-первых, и объясняет поведение, во-вторых. В среднем, установки, субъективные нормы и воспринимаемый поведенческий контроль позволяют предсказать 39–42% дисперсии намерений, тогда как сами намерения и воспринимаемый поведенческий контроль предсказывают 28–34% дисперсии поведения (Armitage, Conner, 2000; Godin, Kok, 1996; Trafimow et al., 2002). Для психологии это высокие показатели, однако они далеки от 100%, — по всей видимости, есть и другие факторы, влияющие на намерение, но не учтенные в теории, и между намерениями и поведением создается значительный «разрыв» (gap), который требует дальнейших объяснений. Тем не менее модель запланированного поведения нередко является объектом критики, однако основания такой критики характерны для всех мотивационных

моделей в целом и будут рассмотрены ниже.

Социально-когнитивная теория

В социально-когнитивной теории А. Бандуры (Bandura, 1986) центральными детерминантами поведения считаются самоэффективность и ожидание результата (связанного с ситуацией и действием). Ожидание результата в некоторой ситуации имеет место в тех случаях, когда человек считает, что последствия зависят от окружающего мира, а не от его контроля. Ожидание же результата собственных действий связано с убеждением, что некоторые действия самого человека приведут к определенным последствиям. Самоэффективность — уверенность в своих способностях осуществить некоторое поведение. Таким образом, поведение, связанное со здоровьем, выполняется, если человек считает, что он в силах его осуществить, что может контролировать результат, что барьеров, препятствующих осуществлению задуманного, немного (см.: Armitage, Conner, 2000).

Как и большинство моделей континуума, факторы, предложенные в социально-когнитивной теории, обеспечивают слабое или среднее по величине статистического эффекта предсказание осуществления поведения, связанного со здоровьем, причем наибольший вклад принадлежит самоэффективности. Более того, во многом под влиянием этой теории данный конструкт или близкие к нему понятия были включены в большинство концепций и моделей. Это даже позволило части исследователей (см. Там же) утверждать, что

социально-когнитивная теория важна не сама по себе, а благодаря развитию других моделей, в том числе противопоставляемых моделям континуума, — теорий стадий. Ниже мы рассмотрим процессуальный подход к действиям, связанным со здоровьем (Schwarzer, 1992), для которого понятие самоэффективности, осмысленное и переработанное на новом уровне, является центральным.

Модель информации — мотивации — поведенческих навыков

Модель информации — мотивации — поведенческих навыков (information-motivation-behavioral skills model, Fisher, Fisher, 1992) была предложена для предсказания и изменения поведения, связанного с риском ВИЧ-инфекции, быстро получила популярность в этой области и стала применяться в отношении других видов поведения, связанного со здоровьем. Согласно модели, в основе поведения, связанного с риском ВИЧ-инфицирования, и поведения по профилактике этого риска лежат три компонента: информация, мотивация и поведенческие навыки, — имеющие своей целью профилактику. Предполагается, что все три компонента напрямую влияют на поведение человека. Кроме того, как информация, которой обладает человек, так и личностная и социальная мотивация влияют на поведение во многом благодаря формированию соответствующих поведенческих навыков (т.е. опосредствованно). Иными словами, хорошо информированный и высоко мотивированный человек будет стараться освоить

более новые и сложные навыки профилактики риска.

Важно отметить, что, хотя данная модель позиционирует себя как мотивационная, включение компонента навыков в качестве самостоятельного и непосредственно (не через намерение) влияющего на поведение, по сути, «выводит» эту модель за рамки традиционных моделей континуума. Здесь поведение сводится уже не только к мотивации, но и к поведенческим умениям, которые играют в данном случае не мотивирующую, а операционально-техническую роль.

Притягательность этой модели для исследователей объясняется, с одной стороны, ее простотой, а с другой стороны, практичностью. В структуре интервенции информированию, мотивированию и инструментальному обучению модель предполагает четкое место, причем основную роль играют обучение некоторым навыкам и упрощение их реализации. С теоретической точки зрения, модель интересна двумя моментами. Во-первых, она предполагает, что человек может не знать о риске, которому подвергается сам и подвергает других (например, в силу образовательных или других социальных факторов). Близкая идея о возможности «неосведомленности» получила развитие в одной из моделей стадий — модели принятия мер предосторожности (Weinstein, Sandman, 1992). Во-вторых, внимание акцентируется здесь на неумении, неудобстве или отсутствии опыта в реализации некоторого поведения. Кроме того, в отличие, например, от социально-когнитивной модели, где для описания этих переживаний вносится специальный

конструкт самоофективности, данная концепция использует понятие навыков, которые относительно легко объективно измерить и которым можно обучить.

Основное эмпирическое подтверждение модель получила в области распространения ВИЧ-инфекции: например, в недавнем исследовании 1388 ВИЧ-инфицированных жителей Южной Африки было показано, что информация о профилактике ВИЧ и соответствующая мотивация действуют на риск распространения инфекции в данной популяции не напрямую, а через формирование навыков профилактического поведения (Kiene et al., 2013) — в том числе в отношении сексуального партнера, который не был заражен или ВИЧ-статус которого был неизвестен. У мужчин информация и мотивация профилактики влияли на поведение не только опосредствованно (через навыки), но и напрямую — т.е. информированные и мотивированные мужчины были к ней склонны, даже если это было трудно на уровне поведения, чего не отмечалось у женщин. Ключевая роль поведенческих навыков в формировании профилактического поведения была подтверждена и в лонгитюдном исследовании ВИЧ-инфицированных больных в течение девяти месяцев (Walsh et al., 2011). Мотивация профилактики влияла на использование презервативов как напрямую, так и через поведенческие навыки. Модель информации — мотивации — поведенческих навыков применялась также в исследованиях профилактического скрининга груди у женщин и использования защиты при вождении мотоцикла.

На наш взгляд, в простоте данной модели кроется не только ее сила, но и слабость: она с трудом применима к ситуациям, когда попытки прямого воздействия — информирования, мотивирования и обучения навыкам — недостаточны и необходимо более детальное понимание мотивационных и волевых детерминант, обеспечивающих соответствующее поведение.

Ограничения и «проблемные» области мотивационных моделей в психологии здоровья

Обширный эмпирический материал, свидетельствующий в пользу мотивационных моделей в психологии здоровья, позволил выявить и их существенные трудности и ограничения как теоретического, так и эмпирического плана.

Теоретические ограничения моделей континуума

С теоретической точки зрения, можно указать на следующие ограничения мотивационных моделей в психологии здоровья: проблема иррациональности поведения, проблема предпочтения предсказания объяснению, проблема недоучета временной составляющей поведения (его динамики, стабильности и т.п.), проблема «бутылочного горлышка» (выделения одного ключевого фактора, через который действуют все остальные) и правил взаимодействия переменных, недоучет сложности мотивационной сферы.

1. Проблема иррациональности человеческого поведения

Теория субъективной ожидаемой полезности как претеча дальнейших

моделей континуума предопределила и основное их ограничение: имплицитное или эксплицитное указание на рациональную природу поведения человека, действующего, «как если бы» он совершал осознанные математические операции. Вопрос о рациональности поведения неоднозначен уже на уровне повседневного опыта: так, многим известно, что ходьба пешком полезна для здоровья, но лишь 31% взрослых (исследование проводилось в Великобритании) могут похвастаться тем, что в будние дни ходят пешком хотя бы полчаса (см.: Abraham, Graham-Rowe, 2009). Еще сложнее обстоит дело с таким рискованным для здоровья поведением, как употребление психоактивных веществ: многие люди прибегают к нему вопреки пониманию риска. Так, по данным лонгитюдных исследований, отслеживающих подростков от 13 до 30 лет (Mahalik et al., 2013), по мере взросления рискованное для здоровья поведение только учащается, и эта тенденция одинакова для курения, употребления алкоголя и марихуаны, частоты смены сексуальных партнеров. К настоящему времени накоплено большое количество теоретических и эмпирических данных, свидетельствующих о важной роли неосознаваемых (Sheeran et al., 2013) и эмоциональных (DeSteno et al., 2013) факторов в выборе и реализации поведения, связанного со здоровьем.

2. Проблема предпочтения предсказания объяснению

«Отправная» точка мотивационных моделей в психологии здоровья состоит в том, что понимание и объяснение поведения человека должно идти по пути предсказания: точность

предсказания является залогом хорошего теоретического обоснования. Ограничения такого подхода, на наш взгляд, прекрасно описывают слова автора модели саморегуляции в отношении здоровья и болезни Х. Левенталя: «...существует большой разрыв между описанием/предсказанием и объяснением... Хотя описательные модели могут быть ценны для предсказания результата, они не позволяют выявить факторы, стоящие за и (или) вызывающие те или иные последствия. Самооценка здоровья — прекрасный пример для иллюстрации этого факта. Оценка людьми своего здоровья по простой 5-балльной шкале (отличное, очень хорошее, хорошее, среднее и плохое) — мощный предиктор смертности и заболеваемости, и ее предсказательные способности сохраняются после контроля широкого круга социальных, демографических и медицинских факторов при помощи уравнений множественной регрессии... Однако маловероятно и нет никаких доказательств в пользу предположения, что оценка своего здоровья является причиной заболеваемости и смертности» (Leventhal, Mora, 2008, p. 54–55).

Исходной целью моделей континуума было предсказание поведения. Соответственно, эти модели эффективны настолько, насколько хорошо предсказывают поведение и его изменение на основе некоторого набора психологических факторов. В терминах статистики речь идет о проценте объясняемой дисперсии. И хотя следует признать, что в большинстве случаев за этим показателем авторы старались уловить действующие силы и механизмы, такой подход

нередко превращает концепции в длинный перечень факторов.

3. Проблема недоучета временной/динамической составляющей поведения

Задачей мотивационных моделей в психологии здоровья является предсказание готовности к действию — конкретное осуществление действия рассматривается лишь как прямое следствие этой готовности (Abraham, 2008). Говоря математически, речь идет не о предсказании действий (и тем более поведения), а о предсказании их вероятности. Однако, поведение, связанное со здоровьем, — сложный конструкт: многие виды поведения требуют длительного поддержания (в отличие от однократного «пробования», скажем, делать зарядку, бросить курить), меняются с течением времени и в разных условиях (например, утреная пробежка в снегопад или во время задымления в связи с летними пожарами) и зависят от оценки человеком того, насколько эффективно он меняет собственное поведение. Согласно эмпирическим данным, ключевой вклад в поведение человека на данный момент (во многом превосходящий вклад мотивационных факторов) принадлежит поведению человека в прошлом (Skar et al., 2008) и привычному поведению (Ouellette, Wood, 1998). Иными словами, привычка нередко оказывается большей силой, нежели знание «лучшего» пути.

Согласно эмпирическим данным, мотивационные модели хорошо предсказывают актуальное поведение и значительно слабее — изменения в поведении в будущем (Skar et al., 2008). Как предполагает Ф. Снихот-

та (Sniehotta, 2009), ключевая причина этого — в неразработанности самих интервенций, отсутствии в модели указаний на то, как именно изменять социальные нормы, установки и воспринимаемый контроль. Например, по метааналитическим данным лонгитюдных исследований, то, как вел себя человек в прошлом, предсказывает 26% дисперсии будущего поведения. Добавление конструктов теории запланированного поведения улучшает предсказание лишь на 7%. Таким образом, хорошо доказанный эффект установок, социальных норм и воспринимаемого контроля во многом зависит от того, как человек вел себя раньше. Правда, нужно отметить, что изменение намерений в ходе интервенций, созданных на основе этой модели, влияет на поведение, но эффект довольно слабый (Webb, Sheeran, 2006).

4. Проблемы «бутылочного горлышка» и правил взаимодействия факторов в модели

Еще одна трудность мотивационных моделей — так называемая проблема «бутылочного горлышка» (bottleneck, Sniehotta, 2009). Основное их предположение состоит в том, что большинство факторов (в первоначальных версиях — все) влияет на поведение через намерение. Второй ключевой путь, выделенный в процессе развития моделей континуума, — через воспринимаемый контроль (самоэффективность). Но намерение и воспринимаемый контроль объясняют в среднем менее 30% дисперсии поведения — это немало, но в то же время недостаточно, чтобы основывать на них всю объяснительную модель. Более того, звучат сомнения в том, можно ли считать

намерение причиной последующего поведения или оно является лишь эпифеноменом, когнитивным предвосхищением последующего поведения, коррелирующим с ним, но не определяющим его (Hall, Fong, 2007), т.е. не более чем удачным индикатором изменений.

Смежная проблема касается правил взаимодействия факторов в моделях континуума. На основе анализа модели убеждений о здоровье, теории субъективной ожидаемой полезности, теории мотивации защиты и теории запланированного поведения Н. Вайнштайн (Weinstein, 1993) показывает, что ключевые конструкты во всех моделях относительно близки, тогда как основные различия касаются правил их комбинирования для предсказания поведения. Например, если в теории убеждений о здоровье и теории мотивации защиты воспринимаемые уязвимость и тяжесть, а также эффективность и сложность нового поведения рассматриваются как не связанные друг с другом независимые переменные, в теории субъективной ожидаемой полезности и теории запланированного поведения учитываются особенности их комбинации. Здесь мотивационные модели сталкиваются с двумя трудностями. С одной стороны, описания правил комбинирования переменных во многих концепциях нечетки, что не позволяет ни сопоставить их, ни использовать. С другой стороны, большинство эмпирических исследований было направлено на выявление пред-

сказательной силы конструктов, тогда как задача сравнения различных правил комбинации и их эффективности в предсказании поведения ставилась крайне редко.

5. Недоучет сложности мотивационной сферы

Традиционно в психологии здоровья намерение и цель рассматриваются в отношении к конкретной деятельности, а значит, в изоляции от других намерений и целей (Abraham, 2008). Между тем интенции могут быть по-разному связаны с несколькими целями более высокого порядка, каждая из которых может сама по себе быть более или менее значима для человека и соответственно актуализирована в данный момент. В традиции отечественной психологии эта мысль хорошо артикулирована в разделении А.Н. Леонтьевым (1975) побудительной и смыслообразующей функций мотивов. На наш взгляд, единственной моделью, которая в настоящий момент имеет потенциал для рассмотрения намерений, связанных со здоровьем, в структуре мотивации, является теория самодетерминации (Deci, Ryan, 2000)⁵, но и подобный взгляд основан на видах потребностей и не учитывает других особенностей мотивационной сферы.

Эмпирические ограничения моделей континуума

К числу эмпирически установленных ограничений мотивационных

⁵ Применение теории самодетерминации в психологии здоровья выходит за рамки мотивационных моделей, и ее следует относить к моделям саморегуляции, подробное рассмотрение которых не является задачей данной статьи (см.: Рассказова, 2014).

моделей в психологии здоровья можно отнести «разрыв» между намерением и действием и эффективность моделей прайминга.

1. «Разрыв» намерения и действия

Объяснительные способности теорий континуума определяются двумя моментами. Во-первых, тем, насколько, опираясь на намерение, можно предсказать поведение в данный момент и будущее поведение. Как мы обсуждали на примере конкретных теорий выше, возможности такого предсказания существенны, но невелики. В одной из работ (Sheeran, 2002) было проведено обобщение результатов 10 метаанализов (так называемый мета-анализ метаанализов) — 422 работ, проведенных на более чем 82000 испытуемых. Согласно полученным данным, корреляция между намерением и поведением, связанным со здоровьем, составляет 0.53 — или, другими словами, намерение объясняет 28% дисперсии в поведении. При этом при сравнении предсказательной способности разных моделей «пальму первенства» обычно отдают теории запланированного поведения, превосходящей теорию мотивации защиты, социально-когнитивную теорию и модель убеждений о здоровье (Armitage, Conner, 2000), хотя вполне возможно, что причина этого «превосходства» заключается в более четком определении и операционализации терминов⁶. Во-вторых, важно, приводит ли изменение намерений, например при психологических интервенциях, к изменениям

реального поведения. В метаанализе 47 экспериментальных исследований изменения намерений (Webb, Sheeran, 2006) было показано, что средние или значительные изменения в уровне намерений приводят лишь к слабым или средним подвижкам в поведении, связанным со здоровьем. Таким образом, на эмпирическом уровне отмечается «разрыв», когда сформированное намерение не всегда успешно транслируется в поведение, заставляя предположить либо существование других, не учтенных в мотивационных моделях факторов и механизмов формирования поведения, либо наличие специфических факторов, влияющих на успешность перехода намерения в действие.

2. Эффективность интервенций, основанных на ассоциативных связях

В эмпирических исследованиях было показано, что предсказательная способность моделей континуума зависит от того, о каком типе поведения идет речь. Так, факторный анализ данных о различных видах поведения, связанного со здоровьем (отказе от курения, правильном питании, физической активности и т.п.), позволяет четко выделить (Lippke et al., 2012) два типа: поведение по улучшению здоровья (health-promoting) и рискованное для здоровья поведение (health-risk). Характерно, что разное поведение в рамках одного типа связано между собой, а с поведением другого типа — практически нет: например, тот, кто ведет активный образ жизни, чаще

⁶ Четкая операционализация приводит к тому, что надежность каждого из показателей выше, а значит, результаты предсказания более точны.

старается придерживаться здорового питания (улучшающее здоровье поведение), но ни склонность к активному образу жизни, ни склонность к правильному питанию не связаны с курением (рискованное поведение). Такого рода эмпирические данные привели к созданию ряда моделей, предлагающих предсказывать поведение на основе актуализации ассоциативных связей с мотивационными факторами. Характерный пример: модель прототипа — готовности (prototype — willingness model, Gibbons et al., 2003), предложенная для объяснения рискованного поведения. Согласно модели, поведение, связанное со здоровьем, развивается в соответствии с теорией запланированного поведения только в том случае, если оно имеет защитный характер (чтобы избежать чего-либо, человек выполняет физические упражнения или проходит диспансеризацию). Если же речь идет о рискованном поведении, для которого важен социальный контекст (курение, предохранение при половых контактах), социальные реакции значительно более важны, нежели запланированные действия. Поведенческая готовность, созданная под влиянием ситуации, может «перевешивать» любые благие намерения, возникшие как результат установок, социальных норм и прошлого поведения, и определяется прототипом — социальным образом человека, вовлеченного в рискованное поведение (например, «курильщики — крутые ребята»). Эмпирические исследования в целом поддерживают модель прототипа — готовности: так, поведенческая готовность часто лучше предсказывает рискованное для здо-

ровья поведение, нежели намерения, особенно среди молодых людей и людей, не имеющих достаточно опыта в данной области (см.: Webb, Sheeran, 2010). Более того, успешность интервенции, направленной против употребления алкоголя подростками 10–12 лет, объяснялась ее влиянием на поведенческую готовность, а не на намерения. Такого рода данные позволяют усомниться в том, что осознаваемое намерение является ключевым фактором поведения: ассоциативные связи между представлениями (стереотипами, установками и т.п.) и поведением могут быть не менее важны, чем выраженность намерения.

Пути дальнейшего развития мотивационных моделей

Развитие моделей континуума в психологии здоровья, в первую очередь, было направлено на преодоление указанных ограничений. Следует отметить, что до настоящего времени не предложено способов разрешения проблемы сложности мотивационной сферы и практически отсутствуют исследования правил комбинации факторов в моделях — эти направления являются одной из задач дальнейшего развития области.

Основной путь развития мотивационных моделей в психологии здоровья был связан с попытками преодоления «разрыва» намерения и действий, которые сводятся к двум направлениям.

1. Поиск дополнительных предикторов поведения представляет собой, по сути, ответ на вопрос «Если не только намерение, то что еще?..» В целом, предположения о прямом

(независимом от намерения) влиянии на поведение высказываются в отношении поведения в прошлом (Skar et al., 2008), самооффективности (Ajzen, 1991), описательных норм (Manning, 2009).

2. Выявление модераторов, опосредствующих связь намерение — поведение в исследованиях. Выделяют три основные группы таких модераторов (Webb, Sheeran, 2006).

— Концептуальные — психологические особенности, в зависимости от которых намерение может лучше или хуже воплощаться в действии. Например, такие функции может выполнять волевой контроль, или самооффективность: при большей уверенности человека в своих силах связь намерения и поведения будет сильнее, тогда как неуверенность приведет к тому, что даже сильное желание никак не скажется на реальных действиях. Дополнительную путаницу вносит то, что иногда намерения измеряют как интенции («Собираетесь ли вы?...»), а иногда — как поведенческие ожидания, что значительно больше зависит от самооффективности («Насколько вероятно, что вы будете делать?...»). Другой возможный модератор — тип поведения: так, намерения лучше предсказывают поведение защиты, нежели рискованное поведение, для которого важен социальный контекст (Gibbons et al., 2003). Наконец, третий фактор — привычность поведения. Если человек в стабильных условиях часто совершает одни и те же действия, привычка сама по себе позволяет их контролировать (так называемый привычный контроль, *habitual control*), — и поведение значительно сильнее зависит от при-

вычки, чем от намерений. Результаты метаанализа исследований привычного поведения (Ouellette, Wood, 1998) подтверждают эту идею: связь намерения и поведения значительно сильнее, если человек делает что-то нерегулярно в изменяющихся условиях, и снижается по мере того, как поведение становится привычным и стабильным. Среди других концептуальных кандидатов на роль модераторов выделяют такую личностную черту, как добросовестность, а также предвосхищение сожаления в будущем (по: Conner, 2008). Например, отказ от курения и физические упражнения нередко поддерживаются предвосхищением того, что неудача приведет к отрицательным переживаниям и сожалению.

— Связанные с особенностями измерения намерений и поведения. Так, закономерно, что связь между намерениями и поведением тем сильнее, чем меньше временной интервал между измерениями того и другого. Кроме того, немаловажно, как оценивалось поведение — субъективные оценки больше связаны с намерениями, чем с объективными оценками из-за эффектов социальной желательности и памяти. При этом формулировки самого намерения должны быть сопоставимы с требуемым поведением (Manning, 2009): если исследуется готовность упражняться три раза в неделю по полчаса, вопрос о намерении быть здоровым приведет к слабой связи намерения и поведения, тогда как вопрос о намерении упражняться с нужной частотой и длительностью — к усилению связи. В экспериментальных исследованиях эффект интервенции зависит и от того, что происходило в

контрольной группе: связь намерения и поведения может быть выше, если в контрольной группе вовсе не было никакого воздействия, и ниже, если в ней проводилась интервенция другого типа.

– Связанные с особенностями проведения и публикации исследований. Сюда относятся технические трудности. Во-первых, многие исследования проводятся на студентах, которые могут быть более мотивированы отвечать на вопросы, причем отвечать последовательно и непротиворечиво, нежели работающие люди или представители групп риска, что может приводить к переоценке связей между намерением и поведением. Во-вторых, поскольку работы с отрицательными результатами нередко не публикуют, они часто не включаются в метаанализы, что также приводит к преувеличению эффекта.

По результатам уже упоминавшегося метаанализа 47 работ (Webb, Sheeran, 2006), в которых производилось экспериментальное воздействие на намерение и затем оценивались изменения в поведении, связь изменение намерения — изменение поведения действительно опосредствовалась влиянием волевого контроля (чем выше воспринимаемый контроль, тем сильнее связь), привычным контролем (чем менее привычное поведение, тем сильнее связь), эффектом социальной реакции на поведение (при поведении защиты связь сильнее, чем при рискованном поведении). Меньший временной интервал между оценкой намерения и оценкой поведения (менее 11.5 недель), использование субъективных, а не объективных оценок поведения и отсутствие в контрольной

группе альтернативных интервенций приводили к усилению влияния намерения на изменение поведения. Особенности проведения и публикации в этом исследовании не оказывали существенного влияния на результат.

Альтернативный путь преодоления указанных ограничений — выход за пределы моделей континуума и разработка моделей другого типа (свободных от ограничений «бутылочного горлышка» и предполагающих влияние разных факторов на разных этапах деятельности). При этом в части случаев такого рода модели презентуются как дополнение мотивационных, а в ряде случаев как качественное новообразование.

Характерный пример первого варианта (дополнения мотивационных моделей) — разработка *моделей актуализации стереотипов*, или *моделей прайминга* (stereotype priming models, Pechmann, 2001), направленных на преодоление проблемы разных типов поведения (защиты и риска). В духе традиционных моделей континуума задачей интервенций является изменение убеждений, влияющих на мотивацию человека, а в качестве основного метода предлагается информирование и мотивирование. Учет социального контекста предлагает другой путь (таблица 1) — путь выявления у человека позитивных и негативных стереотипов, связанных с определенным поведением, их формирования и актуализации (прайминга). Теоретическая идея, стоящая за моделями прайминга, заключается в том, что поведение зависит не столько от выраженности тех или иных факторов (например, установок), сколько от силы связи

Таблица 1

**Различия в интервенциях, основанных на «обучении риску» и актуализации стереотипов
(по: Pechmann, 2001, p. 193–194)**

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

(ассоциации) между этими факторами и намерениями, а также намерениями и поведением⁷ (Fishbein, Yzer, 2003). Если в интервенциях, основанных на моделях континуума, изменится интенсивность убеждений, то прайминг усиливает (актуализирует) связи убеждений с намерением и поведением. В целом, эти две стратегии не противоречат друг другу, и их можно совмещать, хотя важно понимать, что способы выбора убеждения-мишени в моделях прайминга и моделях континуума разные. Так, модели континуума предлагают в качестве мишени убеждения, которые недостаточно сильны, тогда как модели прайминга, наоборот, наиболее важны для человека убеждения в качестве, если связаны с намерениями и поведением нужным образом (Там же). Практическое преимущество моделей прайминга состоит в том, что подобного рода интервенции могут быть эффективны, даже действуя на неосознанном уровне. Ограничение же состоит в том, что они не формируют у человека новых убеждений и представлений, лишь актуализируя уже существующие (Pechmann, 2001).

Второй вариант связан с развитием моделей, противопоставляющих себя моделям континуума. В частности, речь идет о моделях стадий, предлагающих описывать процесс изменений поведения (Prochaska et al., 1992), и о моделях саморегуляции, акцентирующих внимание на механизмах формирования и изменения поведения (Mann et al., 2013).

Подробное их рассмотрение выходит за пределы данной работы, но тем не менее важно упомянуть, что качественная специфика более поздних моделей определяется отказом от принципов предсказания поведения и континуума поведенческой готовности в пользу решения задач описания и (или) объяснения поведения.

Заключение

Итак, несмотря на всю актуальность и значимость, применение моделей континуума в психологии здоровья связано с рядом как теоретических (проблема иррациональности поведения человека, недоучета динамической составляющей поведения, проблема «бутылочного горлышка» и т.п.), так и эмпирических («разрыв» намерения и действия, возможности актуализации стереотипов) ограничений. Возвратимся к цитате, с которой была начата данная работа, «мир живет опасно — либо потому, что у него нет выбора, либо потому, что совершает свой выбор неправильно» (цит. по: Hall, Fong, 2007, p. 7). Как определить «правильность» выбора и от чего она зависит? Как заставить себя действовать в соответствии с совершенным выбором — хотя бы один раз или продолжительное время? Большой потенциал мотивационных моделей поведения, связанного со здоровьем, заключается в выявлении эмпирически важной группы предикторов поведения и его изменения — в первую

⁷ Строго говоря, это означает, что речь может идти о прайминге не только стереотипов, но и любых ассоциаций между убеждениями и намерениями, намерениями и поведением (Fishbein, Yzer, 2003). В этом смысле, эта группа моделей называется также теорией медиапрайминга.

очередь, психологических, открывающих возможности для интервенций (как психотерапевтических, так и социально-психологических программ). Однако полного ответа на поставленные выше вопросы эти модели дать не могут — он требует анализа причин изменений в поведении. При этом неизбежно часть предикторов окажутся лишь индикато-

рами, тогда как другая часть укажет на действительные механизмы изменения поведения (Leventhal, Moga, 2008). Дифференциация этих двух типов факторов, выражаясь метафорически, переход от их списка к описанию психологических механизмов, является одной из наиболее актуальных задач в психологии здоровья в настоящее время.

Литература

- Ананьев, В. А. (1998). *Введение в психологию здоровья: Учебное пособие*. СПб.: СПбМАПО.
- Бовина, И. Б. (2008). *Социальная психология здоровья и болезни*. М.: Аспект Пресс.
- Леонтьев, А. Н. (1975). *Деятельность. Сознание. Личность*. М.: Политиздат.
- Никифоров, Г. С. (Ред.). (2006). *Психология здоровья*. СПб.: Питер.
- Рассказова, Е. И. (2014). Понятие саморегуляции в психологии здоровья: новый подход или область применения? *Теоретическая и экспериментальная психология*, 7(1), 43–56. Режим доступа: <http://tepjournal.com/images/pdf/2014/1/07.pdf>
- Abraham, C. (2008). Beyond stages of change: multi-determinant continuum models of action readiness and menu-based interventions. *Applied Psychology: An International Review*, 57(1), 30–41.
- Abraham, C., & Graham-Rowe, E. (2009). Are worksite interventions effective in increasing physical activity? A systematic review and meta-analysis. *Health Psychology Review*, 3(1), 108–144.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179–211.
- Ajzen I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Armitage, C. J., & Conner, M. (2000). Social cognition models and health behavior: a structured review. *Psychology and Health*, 15, 173–189.
- Bandura, A. (1986). *Social foundation of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Brannon, L., & Feist, J. (2007). *Health psychology: an introduction to behavior and health*. New Delhi, India: Thompson Wadsworth.
- Conner, M. (2008). Initiation and maintenance of health behavior. *Applied Psychology: An International Review*, 57(1), 42–50.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227–268.
- DeSteno, D., Gross, J. J., & Kubzansky, L. (2013). Affective science and health: the importance of emotion and emotional regulation. *Health Psychology*, 32(5), 474–486.
- Edwards, W. (1954). The theory of decision making. *Psychological Bulletin*, 51, 380–417.
- Fishbein, M., & Yzer, M. C. (2003). Using theory to design effective health behavior interventions. *Communication Theory*, 13(2), 164–183.
- Fisher, J. D., & Fisher, W. A. (1992). Changing AIDS risk behavior. *Psychological Bulletin*, 111, 455–474.

- Gibbons, F. X., Gerrard, M., & Lane, D. J. (2003). A social reaction model of adolescent health risk. In J. M. Suls, & K. A. Wallston (Eds.), *Social psychological foundations of health and illness* (pp. 107–136). Oxford, England: Blackwell.
- Godin, G., & Kok, G. (1996). The theory of planned behavior: A review of its applications to health-related behavior. *American Journal of Health Promotion, 11*, 87–98.
- Hall, P. A., & Fong, G. Y. (2007). Temporal self-regulation theory: a model for individual health behavior. *Health Psychology Review, 1*(1), 6–52.
- Harrison, J. A., Mullen, P. D., & Green, L. W. (1992). A meta-analysis of studies of the Health Belief Model with adults. *Health Education Research, 7*(1), 107–116.
- Kaplan, R., Sallis, J., & Patterson, T. (1993). *Health and human behaviour*. New York: McGraw-Hill.
- Kiene, S. M., Fisher, W. A., Shuper, P. A., Cornman, D. H., Christie, S., MacDonald, S., ... Fisher, J. D. (2013, in press). Understanding HIV transmission risk behavior among HIV-infected south africans receiving antiretroviral therapy: An information–motivation–behavioral skills model analysis. *Health Psychology*.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Leventhal, H., & Mora, P.A. (2008). Predicting outcomes or modeling process? Commentary on the Health Action Process Approach. *Applied Psychology: An International Review, 57*(1), 51–65.
- Lippke, S., Nigg, C. R., & Maddock, J. E. (2012). Health-promoting and health-risk behaviors: theory-driven analysis of multiple health behavior change in three international samples. *International Journal of Behavioral Medicine, 19*, 1–13.
- Mahalik, J. R., Coley, R. L., McPherran Lombardi, C., Doyle Lynch, A., Markowitz, A. J., & Jaffe, S. R. (2013). Changes in health risk behaviors for males and females from early adolescence through early childhood. *Health Psychology, 32*(6), 685–694.
- Mann, T., de Ridder, D., & Fujita, K. (2013). Self-regulation of health behavior: social psychological approaches to the goal setting and goal striving. *Health Psychology, 32*(5), 487–498.
- Manning, M. (2009). The effects of subjective norms on behaviour in the theory of planned behavior: a meta-analysis. *British Journal of Social Psychology, 48*(4), 649–705.
- Milne, S., Sheeran, P., & Orbell, S. (2000). Prediction and intervention in health related behaviour: A meta-analytic review of Protection-Motivation Theory. *Journal of Applied Social Psychology, 30*, 106–143.
- Ogden, J. (2007). *Health psychology*. Buckingham, England: Open University Press.
- Ouellette, J. A., & Wood, W. (1998). Habit and intention in everyday life: The multiple processes by which past behavior predicts future behavior. *Psychological Bulletin, 124*(1), 54–74.
- Painter, J. E., Borba, C. P., Hynes, M., Mays, D., & Glanz, K. (2008). The use of theory in health behavior research from 2000 to 2005: A systematic review. *Annals of Behavioral Medicine, 35*, 358–362.
- Pechmann, C. (2001). A comparison of Health Communication Models: Risk learning versus stereotype priming. *Mediapyschology, 3*, 189–210.
- Rogers, R. W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A Revised theory of protection motivation. In J. Cacioppo, & R. Petty (Eds.), *Social psychophysiology* (pp. 153–176). New York: Guilford Press.
- Ronis, D. (1992). Conditional health threats: health beliefs, decisions and behaviors among adults. *Health Psychology, 11*(2), 127–134.
- Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventative behavior. *Health Education Monographs, 2*, 354–386.

- Scar, S., Sniehotta, F. F., Araujo-Soares, V., & Molloy, G. J. (2008). Prediction of behavior vs. prediction of behaviour change: The role of motivational moderators in the theory of planned behavior. *Applied Psychology, 57*(4), 609–627.
- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 217–243). Washington, DC: Hemisphere.
- Sheeran, P. (2002). Intention–behavior relations: a conceptual and empirical review. *European Review of Social Psychology, 12*(1), 1–36.
- Sheeran, P., Gollwitzer, P. M., & Bargh, J. A. (2013). Nonconscious processes and health. *Health Psychology, 32*(5), 460–473.
- Sniehotta, F. F. (2009). Towards a theory of intentional behavior change: plans, planning and self-regulation. *British Journal of Health Psychology, 14*, 261–273.
- Sutton, S. (1987). Social-psychological approaches to understanding addictive behaviors: attitude-behavior and decision-making models. *British Journal of Addiction, 82*, 355–370.
- Trafimow, D., Sheeran, P., Conner, M., & Finlay, K. A. (2002). Is perceived behavioral control a multi-dimensional construct? Perceived difficulty and perceived control. *British Journal of Social Psychology, 41*, 101–121.
- Walsh, J. L., Senn, T. E., Scott-Sheldon, L. A. J., Vanable, P. A., & Carey, M. P. (2011). Predicting condom use using the Information-Motivation-Behavioral Skills (IMB) Model: A multivariate latent growth curve analysis. *Annals of Behavioral Medicine, 42*, 235–244.
- Webb, T. L., & Sheeran, P. (2010). A viable, integrative framework for contemporary research in health psychology: commentary on Hall and Fong's temporal self-regulation theory. *Health Psychology Review, 4*(2), 79–82.
- Webb, T. L., & Sheeran, P. (2006). Does changing behavioral intentions engender behavior change? A meta-analysis of the experimental evidence. *Psychological Bulletin, 132*(2), 249–268.
- Weinstein, N. D. (1993). Testing four competing theories of health-protective behavior. *Health Psychology, 12*(4), 324–333.
- Weinstein, N. D., & Sandman, P. M. (1992). A model of the precaution adoption process: evidence from home radon testing. *Health Psychology, 11*(3), 170–180.

Motivational Models of Health Behavior: The Problem of the “Gap” between Intention and Action

Elena I. Rasskazova

Associate professor, department of clinical psychology, psychology faculty, Moscow State University*; Senior research fellow, International Laboratory of Positive Psychology of Personality and Motivation, HSE**
E-mail: e.i.rasskazova@gmail.com

Tatiana Yu. Ivanova

Research fellow, International Laboratory of Positive Psychology of Personality and Motivation, HSE**
E-mail: tatiana.yivanova@gmail.com

Address: * GSP-1, Leninskie Gory, Moscow, 119991, Russian Federation
** 20 Myasnitskaya str., Moscow, 101000, Russian Federation

Abstract

The paper analyzes continuum motivational models of health behavior (health belief model, motivation protection theory, theory of planned behavior, social cognitive theory, subjective expected utility theory, information-motivation-behavioral skills model). The general principles of these models are revealed, including the focus on the behavior prediction; consideration of the intention as the key mediator of the relationships between other psychological factors and behavior; emphasis on the readiness for action rather than on the actual behavior. Theoretical limitations of this approach are the underestimation of the irrationality and dynamism of human behavior, the complexity of the motivational sphere (competing intentions and behaviors), the interactions between the constructs as well as possible substitution of explanation by prediction and so-called “bottleneck” problem. Among the empirical limitations we highlighted the most important are the problem of intention-behavior “gap” and the empirical support for the actualization of associations between motivational factors and behavior without change in conscious intentions. Attempts to overcome these limitations were focused on the improvement of the behavior prediction (development of priming models, identifying moderators affecting the transition from intention to action) or changed the focus from behavior prediction to the description of behavior dynamics (stage models) and/or behavior explanation (self-regulation models). Further research could concentrate on the differentiation between motivational factors explaining behavior and motivational factors serving as indicators of behavioral change as well as on the identification of complex interactions between motivational factors in the process of behavior.

Keywords: health behavior, health-promoting behavior, health-risk behavior, continuum models, motivational models in health psychology, intention-behavior gap, bottleneck problem, health belief model, motivation protection theory, theory of planned behavior.

References

Abraham, C. (2008). Beyond stages of change: multi-determinant continuum models of action readiness and menu-based interventions. *Applied Psychology: An International Review*, 57(1), 30–41.

- Abraham, C., & Graham-Rowe, E. (2009). Are worksite interventions effective in increasing physical activity? A systematic review and meta-analysis. *Health Psychology Review*, 3(1), 108–144.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179–211.
- Ajzen I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Ananiev, V. A. (1998). *Vvedenie v psikhologiyu zdorov'ya* [Introduction to health psychology]. Saint Petersburg: Saint Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies.
- Armitage, C. J., & Conner, M. (2000). Social cognition models and health behavior: a structured review. *Psychology and Health*, 15, 173–189.
- Bandura, A. (1986). *Social foundation of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bovina, I. B. (2008). *Sotsial'naya psikhologiya zdorov'ya i bolezni* [Social psychology of health and illness]. Moscow: Aspekt Press.
- Brannon, L., & Feist, J. (2007). *Health psychology: an introduction to behavior and health*. New Delhi, India: Thompson Wadsworth.
- Conner, M. (2008). Initiation and maintainance of health behavior. *Applied Psychology: An International Review*, 57(1), 42–50.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227–268.
- DeSteno, D., Gross, J. J., & Kubzansky, L. (2013). Affective science and health: the importance of emotion and emotional regulation. *Health Psychology*, 32(5), 474–486.
- Edwards, W. (1954). The theory of decision making. *Psychological Bulletin*, 51, 380–417.
- Fishbein, M., & Yzer, M. C. (2003). Using theory to design effective health behavior interventions. *Communication Theory*, 13(2), 164–183.
- Fisher, J. D., & Fisher, W. A. (1992). Changing AIDS risk behavior. *Psychological Bulletin*, 111, 455–474.
- Gibbons, F. X., Gerrard, M., & Lane, D. J. (2003). A social reaction model of adolescent health risk. In J. M. Suls, & K. A. Wallston (Eds.), *Social psychological foundations of health and illness* (pp. 107–136). Oxford, England: Blackwell.
- Godin, G., & Kok, G. (1996). The theory of planned behavior: A review of its applications to health-related behavior. *American Journal of Health Promotion*, 11, 87–98.
- Hall, P. A., & Fong, G. Y. (2007). Temporal self-regulation theory: a model for individual health behavior. *Health Psychology Review*, 1(1), 6–52.
- Harrison, J. A., Mullen, P. D., & Green, L. W. (1992). A meta-analysis of studies of the Health Belief Model with adults. *Health Education Research*, 7(1), 107–116.
- Kaplan, R., Sallis, J., & Patterson, T. (1993). *Health and human behaviour*. New York: McGraw-Hill.
- Kiene, S. M., Fisher, W. A., Shuper, P. A., Cornman, D. H., Christie, S., MacDonald, S., ... Fisher, J. D. (2013, in press). Understanding HIV transmission risk behavior among HIV-infected south africans receiving antiretroviral therapy: An Information–Motivation–Behavioral Skills Model analysis. *Health Psychology*.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Leontiev, A. N. (1975). *Deyatel'nost'. Soznanie. Lichnost'* [Activity. Consciousness. Personality]. Moscow: Politizdat.

- Leventhal, H., & Mora, P.A. (2008). Predicting outcomes or modeling process? Commentary on the Health Action Process Approach. *Applied Psychology: An International Review*, 57(1), 51–65.
- Lippke, S., Nigg, C. R., & Maddock, J. E. (2012). Health-promoting and health-risk behaviors: theory-driven analysis of multiple health behavior change in three international samples. *International Journal of Behavioral Medicine*, 19, 1–13.
- Mahalik, J. R., Coley, R. L., McPherran Lombardi, C., Doyle Lynch, A., Markowitz, A. J., & Jaffe, S. R. (2013). Changes in health risk behaviors for males and females from early adolescence through early childhood. *Health Psychology*, 32(6), 685–694.
- Mann, T., de Ridder, D., & Fujita, K. (2013). Self-regulation of health behavior: social psychological approaches to the goal setting and goal striving. *Health Psychology*, 32(5), 487–498.
- Manning, M. (2009). The effects of subjective norms on behaviour in the theory of planned behavior: a meta-analysis. *British Journal of Social Psychology*, 48(4), 649–705.
- Milne, S., Sheeran, P., & Orbell, S. (2000). Prediction and intervention in health related behaviour: A meta-analytic review of Protection-Motivation Theory. *Journal of Applied Social Psychology*, 30, 106–143.
- Nikiforov, G. S. (Ed.). (2006). *Psikhologiya zdorov'ya* [Health psychology]. Saint Petersburg: Piter.
- Ogden, J. (2007). *Health psychology*. Buckingham, England: Open University Press.
- Ouellette, J. A., & Wood, W. (1998). Habit and intention in everyday life: The multiple processes by which past behavior predicts future behavior. *Psychological Bulletin*, 124(1), 54–74.
- Painter, J. E., Borba, C. P., Hynes, M., Mays, D., & Glanz, K. (2008). The use of theory in health behavior research from 2000 to 2005: A systematic review. *Annals of Behavioral Medicine*, 35, 358–362.
- Pechmann, C. (2001). A comparison of Health Communication Models: Risk learning versus stereotype priming. *Mediapsychology*, 3, 189–210.
- Rasskazova, E. I. (2014). The concept of self-regulation in health psychology: a new approach or a range of application? *Teoreticheskaya i eksperimental'naya psikhologiya*, 7(1), 43–56. Retrieved from <http://tepjournal.com/images/pdf/2014/1/07.pdf>
- Rogers, R. W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A Revised theory of protection motivation. In J. Cacioppo, & R. Petty (Eds.), *Social psychophysiology* (pp. 153–176). New York: Guilford Press.
- Ronis, D. (1992). Conditional health threats: health beliefs, decisions and behaviors among adults. *Health Psychology*, 11(2), 127–134.
- Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventative behavior. *Health Education Monographs*, 2, 354–386.
- Scar, S., Sniehotta, F. F., Araujo-Soares, V., & Molloy, G. J. (2008). Prediction of behavior vs. prediction of behaviour change: The role of motivational moderators in the theory of planned behavior. *Applied Psychology*, 57(4), 609–627.
- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 217–243). Washington, DC: Hemisphere.
- Sheeran, P. (2002). Intention–behavior relations: a conceptual and empirical review. *European Review of Social Psychology*, 12(1), 1–36.
- Sheeran, P., Gollwitzer, P. M., & Bargh, J. A. (2013). Nonconscious processes and health. *Health Psychology*, 32(5), 460–473.
- Sniehotta, F. F. (2009). Towards a theory of intentional behavior change: plans, planning and self-regulation. *British Journal of Health Psychology*, 14, 261–273.

- Sutton, S. (1987). Social-psychological approaches to understanding addictive behaviors: attitude-behavior and decision-making models. *British Journal of Addiction*, 82, 355–370.
- Trafimow, D., Sheeran, P., Conner, M., & Finlay, K. A. (2002). Is perceived behavioral control a multi-dimensional construct? Perceived difficulty and perceived control. *British Journal of Social Psychology*, 41, 101–121.
- Walsh, J. L., Senn, T. E., Scott-Sheldon, L. A. J., Venable, P. A., & Carey, M. P. (2011). Predicting condom use using the Information-Motivation-Behavioral Skills (IMB) Model: A multivariate latent growth curve analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 42, 235–244.
- Webb, T. L., & Sheeran, P. (2010). A viable, integrative framework for contemporary research in health psychology: commentary on Hall and Fong's temporal self-regulation theory. *Health Psychology Review*, 4(2), 79–82.
- Webb, T. L., & Sheeran, P. (2006). Does changing behavioral intentions engender behavior change? A meta-analysis of the experimental evidence. *Psychological Bulletin*, 132(2), 249–268.
- Weinstein, N. D. (1993). Testing four competing theories of health-protective behavior. *Health Psychology*, 12(4), 324–333.
- Weinstein, N. D., & Sandman, P. M. (1992). A model of the precaution adoption process: evidence from home radon testing. *Health Psychology*, 11(3), 170–180.