

УДК 159.9:613.2/3

DOI: 10.17072/2078-7898/2016-2-86-94

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИНТЕРВЕНЦИИ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

**Шевкова Елена Викторовна**

*Пермский государственный национальный исследовательский университет*

**Мишенкова Ольга Владимировна**

*ООО «Биллинговые системы»*

В статье представлены результаты сравнения эффектов групповых программ формирования здорового пищевого поведения, построенных на двух моделях — транстеоретической модели Дж. Прохазки и К. Ди Клементи и модели интернализации здорового поведения А. Беллг. В исследовании приняли участие 2 группы женщин (по 10 в каждой группе) с избыточной массой тела, мотивированные к снижению веса, в возрасте от 27 до 67 лет. До и после прохождения программ сделаны замеры веса, особенностей пищевого поведения, а также показатели самоэффективности в ситуациях, связанных с питанием.

Обнаружены общие для программ эффекты — увеличение самоэффективности в выборе между низкокалорийной и высококалорийной пищей в разных ситуациях, рост interoцептивной компетентности на фоне снижения веса (в интервале 2 месяцев). Эффектом модели интернализации здорового поведения стало также снижение показателя «неэффективность» — неспособности контролировать собственную жизнь.

Установлено, что программа психологических интервенций, основанная на модели интернализации здорового поведения, более успешна в развитии самоэффективности в ситуациях, когда социальные и внутренние факторы провоцируют переедание, а также в развитии interoцептивной компетентности.

*Ключевые слова:* психология здоровья; здоровое поведение; пищевое поведение; транстеоретическая модель; модель интернализации здорового поведения; самоэффективность; interoцептивная компетентность.

## PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS IN THE DEVELOPMENT OF HEALTH EATING BEHAVIOR

**Elena V. Shevkova**

*Perm State University*

**Olga V. Mishenkova**

*LLC «Billing Systems»*

The article focuses on the results of comparing the effects of group programs dealing with health eating behavior. This programs are based on two models — Trans-theoretical Model (J. Prochazka, C. DiClemente) and Health Behaviour Internalization Model (A. Bellg). The study involved 2 groups of women (10 in each group), willing to reduce weight, aged from 27 to 67 years. Before and after the program measurements of the weight and characteristics of eating behaviour and self-efficacy in eating situations were carried out.

In both programs were found such effects as increasing of self-efficacy in the choice between a low-calorie food and high-calorie food in different situations, the growth of interoceptive competence and weight redusing (in the period of 2 months). Another effect of Health Behaviour Internalization model ws reducing of «inefficiency» — incapability of personal life control.

It was found that a program of psychological interventions, based on the Health Behavior Internalization model was more successful in the development of self-efficacy in situations where social and internal factors provoke overeating, as well as in the development of interoceptive competence.

*Key words:* health psychology; health behaviour; eating behaviour; Trans-theoretical Model; Health Behavior Internalization Model; self-efficacy; interoceptive competence.

Проблема формирования здорового пищевого поведения остро стоит перед современным обществом в связи с «эпидемией» ожирения населения развитых стран и развитием количества сопутствующих лишнему весу заболеваний. Одной из основных причин появления избыточной массы тела и ожирения признано неправильное питание (сверхпотребление высококалорийной пищи, жиров, сахара, соли и одновременно недопотребление богатых минералами, клетчаткой фруктов и овощей), которое находит свое отражение в неадекватном с точки зрения энергетического баланса привычном поведении. Пищевое поведение, таким образом, является мишенью психологических интервенций, разрабатываемых психологией здоровья. Так, одной из важнейших задач психологии здоровья является обнаружение психологических причин и механизмов, определяющих поведение, с помощью которых можно было бы контролировать поведение человека в сфере здоровья и обучать его самостоятельно осуществлять контроль над поведением. Вместе с тем самостоятельное изменение паттернов привычного пищевого поведения часто связано с непреодолимыми трудностями, так как это длительный процесс, связанный с изменением устойчивых стереотипов пищевого поведения и установок по отношению к нему, требующий большого количества личных ресурсов, а также и ресурсов социальной поддержки. В силу этого групповые программы формирования навыков здорового пищевого поведения под руководством специалистов (врачей, психологов, велнес-коучей и др.) становятся все более популярными среди людей, мотивированных на поиск эффективных способов оздоровления образа жизни и образа питания в том числе.

В этой связи актуальность приобретает поиск методологических оснований построения программ формирования здорового пищевого поведения (программ снижения веса, коррекции нарушений пищевого поведения и т.д.), а также научно обоснованных и доказавших свою эффективность психологических интервенций, нацеленных на развитие здорового пищевого поведения. Традиционно набор используемых в программе интервенций для стимуляции и поддержания здорового пищевого поведения определяется теоретической моделью здорового поведения.

В настоящем исследовании предпосылками для построения программ формирования здорового пищевого поведения выступили транстеоретическая модель здорового поведения Дж. Прохазки и К. Ди Клементи [10] и модель интернализации здорового поведения А. Беллга [6]. Выбор данных моделей был обусловлен их принадлежностью к разным классам психологических моделей, объясняющих поведение человека, — моделям стадий и моделям саморегуляции [4], а также их нацеленностью на разные эффекты. Так, транстеоретическая модель зарекомендо-

вала себя как хороший инструмент для закрепления здорового поведения, так как фокусируется на поддержании результата и предотвращении возврата к нездоровому поведению. Модель интернализации здорового поведения направлена на изменение ценностной системы человека, «встраивание» нового, здорового поведения в его систему ценностей.

В настоящем исследовании предпринята попытка изучения эффективности программ интервенций, построенных на транстеоретической и интернализационной моделях здорового поведения в рамках пищевого поведения, а также выявления специфических эффектов каждой из программ в изменении пищевого поведения у женщин в процессе перехода к здоровому пищевому поведению.

### **Транстеоретическая модель здорового поведения Дж. Прохазка и К. Ди Клементи**

Транстеоретическая модель изменения поведения (Trans-theoretical Model — ТТМ) [10], разработанная на основе обобщения разных методов психотерапии (преимущественно в результате работы с лицами, зависимыми от психоактивных веществ), быстро приобрела известность. Дж. Прохазка и К. Ди Клементи пришли к выводу, что вне зависимости от вида психотерапии клиенты проходят схожие стадии изменения, задаваемые не только периодом времени, но и набором задач, которые должен решить человек, чтобы перейти на следующую стадию [8]. Эти стадии изменения образуют континуум от нежелания что-либо менять через готовность к самому действию. В транстеоретической модели выделяют шесть этапов изменения: сопротивление изменениям, размышление, подготовка, действие, сохранение изменений, завершение. Для понимания того, что происходит на этих стадиях, Дж. Прохазка и К. Ди Клементи выделили процессы изменения и описали их. Из большого количества вариантов психотерапии (авторы проанализировали более 400 подходов) выделилось 8–10 общих процессов, эффективных на определенных стадиях изменения [9] и остающихся достаточно стабильными при разных заболеваниях [4]. К таким процессам относят, например, повышение осознания — степень, когда люди ищут и усваивают новую информацию, пересмотр отношения к себе и своих ценностей в связи с проблемным поведением.

Транстеоретическая модель показала высокую эффективность при формировании здорового поведения в отношении курения, физических упражнений, отказа от алкогольной зависимости, соблюдения диеты и контроля веса [2]. Метаанализ 39 исследований Norgcross et al. (2011) показал, что эффект психотерапии зависит от того, на какой стадии был пациент в начале работы [8]. Эта модель часто подвергалась критике за условность в выделении стадий и нечеткость границ между ними (например, неясно, откуда взялись сроки в полгода и месяц).

Кроме того, хотя в модели хорошо описаны изменения, но не уделено должного внимания механизмам изменений, а также причинам индивидуальных различий в поведенческих изменениях [5]. Наконец, авторы модели призывают к использованию интервенций так, чтобы они «подходили» под соответствующие стадии изменений, но нигде не говорят, в чем именно должно заключаться это соответствие, не предлагают программ и четких критериев [3].

### **Модель интернализации здорового поведения**

#### **А. Беллг**

Модель интернализации здорового поведения (Health Behavior Internalization Model — НВИМ) — это саморегуляционная модель здорового поведения. Она включает в себя континуум опыта, связанного со здоровьем, от регулируемого внешним контролем (поведение связывается и регулируется вне собственного Я) через интроецирование к интегрированию саморегуляции [6].

Внешняя регуляция содержит восприятие внутренней позиции другого человека или непредвиденных условий среды (обстоятельств) при принятии нового поведения в отношении здоровья. Ощутимые последствия поведения воспринимаются внешними по отношению к себе и своему самочувствию, так как регулируются внешними причинами, например, приятны врачу, супругу и т.д. (внешняя мотивация). На этом уровне человек откликается на внешнее социальное вознаграждение и непредвиденные обстоятельства для реализации поведения, но, предвидя последствия поведения, регулирует его в соответствии с ними. Например, отказывается от здорового питания на работе, так как там есть традиция совместного чаепития. Человек может согласиться с рекомендациями, но не выполнять и игнорировать их.

Внутренняя мотивация также может различаться. Даже когда человек интроецирует новое поведение в отношении здоровья, исходя из внутренних факторов, он может руководствоваться виной, стыдом, внешним давлением и конфликтами, касающимися осуществления старого поведения (выговор начальства за курение в рабочее время). Интроецированная мотивация чаще очевидна, когда цель не достигается, и пациент с интроецированной мотивацией воспринимает факт неудачи как личный провал, а не как нейтральную информацию о не подходящей для него стратегии поведения.

Существует много промежуточных положений на континууме интернализации саморегуляции, но конечная точка (реализация здорового поведения) достижима, когда определенное поведение становится частью ценностей личности, ее структуры и самоощущения. Здоровое поведение становится успешным тогда, когда оно личностно-детерминировано и связано (интегрировано) с ценностями человека. Именно этот уровень интернализации позволяет говорить о большей вероятности

закрепления здорового поведения. Например, иллюстрацией этого уровня интернализации являются личностно-детерминированные активные занятия (хобби) и серьезные жизненные изменения с успешным завершением (новая работа, переезд).

Модель интернализации здорового поведения опирается на теорию самодетерминации Э. Деси и Р. Райана [7]. В теории самодетерминации выделяются три группы потребностей: потребность в компетентности (понимании, как добиваться целей, и уверенности в своей возможности их добиться), потребность в автономии (в убеждении, что у человека есть выбор и воля в отношении целей), потребность в межличностных отношениях (в переживании уважения и поддержки со стороны значимых других). Если говорить о самодетерминации в контексте профилактики и лечения [11], то следует заметить, что у человека есть потребности в понимании того, как добиваться целей, связанных со здоровьем, в уверенности в своих силах, в убеждении, что у него есть выбор в отношении этих целей и в уважении и поддержке в отношении его целей и поведения, связанных со здоровьем, со стороны окружающих — в том числе со стороны медицинских работников.

Опираясь на теорию самодетерминации Э. Деси и Р. Райана, А. Беллг определил ряд факторов (потребностей, которые должны удовлетворяться в процессе реализации здорового поведения), влияющих на процесс интернализации здорового поведения. Он разделил их на две группы — связанные с личностными потребностями (идентификация, самоопределение, безопасность и потребность в поддержке) и связанные с реализацией самого поведения (предпочтения, контекст, компетентность, стратегии преодоления трудностей).

Данная теория объясняет то, что может влиять на процесс интернализации здорового поведения, но не дает четких указаний на способы увеличения степени интернализации здорового поведения, указывая только на интервенции, используемые в других теориях. Например, в модели интернализации здорового поведения часто используются интервенции, обобщенные и описанные в рамках транстеоретической модели здорового поведения, но адаптированные к особенностям данной модели [4].

### **Организация и методы исследования**

Для изучения эффективности интервенций в рамках разных моделей здорового поведения нами проводился эксперимент в двух группах испытуемых. Каждая из групп проходила программу снижения веса, составленную для разных моделей — одна группа должна была следовать транстеоретической модели, а другая — интернализационной модели. Участницы набирались в группы на базе «Пермского краевого центра медицинской профилактики» г. Перми, куда они обращались за профилактическим обследованием. После получения результатов обследования жен-

щинам предлагалось поучаствовать в программе снижения веса. Приглашались женщины, мотивированные к снижению веса, не имеющие хронических заболеваний сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта, имеющие избыточную массу тела (индекс массы тела в пределах 25–30). В исследовании приняли участие 20 женщин в возрасте от 27 до 67 лет ( $M = 40,6$ ;  $SD = 11,96$ ); 10 из них проходили программу по снижению веса в рамках трансформационной модели здорового поведения, 10 — в рамках интернализационной модели здорового поведения.

Исследование предполагало реализацию программ по снижению веса в форме групповых встреч. До и после прохождения программ проводились замеры веса и особенностей пищевого поведения, а также самооценки в ситуациях, связанных с питанием. Для этого нами использовались следующие методики: Шкала оценки пищевого поведения (ШОПП) D. Garner в адаптации О.А. Ильчик, С.В. Сивуха, О.А. Скугаревского, С. Суихи [1] и Шкала самооценки поведения, связанного с питанием, основанного на сценариях (The DIET-SE) A. Tint, B. Kläuper, C. Stich [12] в адаптации О.В. Мишенковой, Ю.С. Копыловой, позволяющие зафиксировать особенности пищевого поведения участников. Также каждый день участницы отправляли по электронной почте отчет по специально разработанной форме. Ежедневный самоотчет служил иллюстрацией особенностей протекания процесса перехода к здоровому образу жизни, а также поддержкой вне встреч, так как на каждый отчет давалась обратная связь. В дальнейшем отчеты подвергались контент-анализу.

### Программы интервенций

Обе программы интервенций для снижения веса предполагали 8 групповых занятий продолжительностью 90 минут 1 раз в неделю. Каждая встреча содержала тот или иной способ изменения, соответствующий модели, в рамках которой была разработана программа. Каждая встреча состояла из двух блоков — информационного (участницы получали информацию по здоровому питанию и физической активности) и психологического (упражнения, поддержка). Также в начале каждой встречи проводилось обсуждение результатов прошедшей недели.

Программа интервенций в ситуации снижения веса в рамках трансформационной модели предполагала использование методов изменения, соответствующих этапам изменения — этап размышлений, этап подготовки к действию и затем этап действия. Именно на этих этапах и находились участницы до прохождения программы и во время ее прохождения. Мы использовали следующие методы и приемы: повышение осознанности, социальное освобождение, эмоциональное пробуждение, принятие обязательств, контроллинг, вознаграждение, поддерживающие отношения и сохранение измене-

ний. Оценка этапа, на котором находились участницы, осуществлялась с помощью опросника, предложенного Дж. Прохазка и К. Ди Клементи.

Программа интервенций в рамках интернализационной модели здорового поведения предполагала использование упражнений, направленных на удовлетворение личностных потребностей и потребностей, касающихся здорового поведения, которые помогают новому поведению успешно интернализироваться. Нами использовались методы и приемы: повышение осознанности в отношении изучения новых фактов, знаний о здоровом поведении; самостоятельная переоценка поведения участницами; стимулирование осознания, что поведение является важной частью личности; принятие ответственности за изменение; предоставление поддержки; помощь в развитии компетенции в выявлении новых моделей здорового поведения; помощь для развития компетенций здорового поведения; предложение стратегий для достижения целей участницы и альтернативных вариантов. Стратегия поддержки реализовывалась путем проведения всех встреч в групповом формате.

Обе программы, во избежание риска формирования или усугубления признаков нарушений пищевого поведения (в частности, ограничительного пищевого поведения), не предполагали определенных диет, а были нацелены на снижение веса посредством развития навыков здорового пищевого поведения, регулируемого чувством голода и осознанностью в потреблении пищи.

### Результаты

Так как распределение данных по шкалам было нормальным, мы использовали t-критерий Стьюдента для связанных выборок, чтобы определить различия в показателях до и после прохождения программ (табл. 1–2). Было обнаружено, что вес участниц значительно снизился после прохождения обеих программ:  $t = 6,69$ ;  $p < 0,001$  — для программы ТТМ,  $t = 4,44$ ;  $p < 0,01$  — для программы НВИМ.

Из табл. 1–2 также видно, что после прохождения обеих программ участницы стали более уверены в том, что в ситуациях выбора между здоровой и вредной пищей они выберут здоровую пищу в ситуациях, связанных с количеством высококалорийных продуктов ( $t = -2,71$ ;  $p < 0,02$  для ТТМ,  $t = -5,54$ ;  $p < 0,001$  для программы НВИМ), в сложных эмоциональных ситуациях ( $t = -2,75$ ;  $p < 0,02$  для ТТМ,  $t = -2,63$ ;  $p < 0,03$  для НВИМ), и в социально значимых ситуациях ( $t = -3,59$ ;  $p < 0,005$  для ТТМ,  $t = -4,38$ ;  $p < 0,001$  для НВИМ). Можно говорить о том, что интервенции, представленные в программах, помогают увеличить самооценку в выборе между низкокалорийной пищей и высококалорийной в разных ситуациях.

Таблица 1. Результаты сравнения показателей до и после прохождения программы по снижению веса в рамках транстеоретической модели (ТТМ)

Переменная	Ср. значения в группе ТТМ «до»	Ср. значения в группе ТТМ «после»	t – Критерий Стьюдента	Уровень значимости (p)
<b>Шкала высококалорийной пищи (DIET-SE)</b>	<b>8,1</b>	<b>10,9</b>	<b>-2,71</b>	<b>0,02</b>
<b>Шкала внешних и внутренних факторов (DIET-SE)</b>	<b>7,8</b>	<b>9,1</b>	<b>-2,75</b>	<b>0,02</b>
<b>Шкала негативных эмоциональных событий (DIET-SE)</b>	<b>7,7</b>	<b>10,8</b>	<b>-3,59</b>	<b>0,005</b>
Стремление к худобе (ШОПП)	6,5	6,4	1,00	0,34
Булимия (ШОПП)	6,7	6,3	1,80	0,10
Неудовлетворенность телом (ШОПП)	7,5	7,8	-1,96	0,08
Неэффективность (ШОПП)	7,1	7,5	-1,00	0,34
Перфекционизм (ШОПП)	4,8	4,9	-1,00	0,34
Недоверие в межличностных отношениях (ШОПП)	7,4	6,9	1,10	0,29
<b>Интероцептивная некомпетентность (ШОПП)</b>	<b>6,4</b>	<b>4,6</b>	<b>4,32</b>	<b>0,001</b>
<b>Вес, кг</b>	<b>76,1</b>	<b>73,2</b>	<b>6,69</b>	<b>0,000089</b>

Примечание: ШОПП — Шкала оценки пищевого поведения; DIET-SE — Шкала самооэффективности поведения, связанного с питанием, основанного на сценариях.

Таблица 2. Результаты сравнения показателей до и после прохождения программы интервенций по снижению веса в рамках модели интернализации здорового поведения (НВИМ)

Переменная	Ср. значения в группе НВИМ «до»	Ср. значения в группе НВИМ «после»	t – Критерий Стьюдента	Уровень значимости (p)
<b>Шкала высококалорийной пищи (DIET-SE)</b>	<b>5,7</b>	<b>11,0</b>	<b>-5,54</b>	<b>0,00035</b>
<b>Шкала внешних и внутренних факторов (DIET-SE)</b>	<b>6,5</b>	<b>10,8</b>	<b>-2,63</b>	<b>0,027</b>
<b>Шкала негативных эмоциональных событий (DIET-SE)</b>	<b>6,5</b>	<b>9,6</b>	<b>-4,38</b>	<b>0,001</b>
Стремление к худобе (ШОПП)	6,7	5,8	1,53	0,15
Булимия (ШОПП)	5,2	4,5	1,90	0,088
Неудовлетворенность телом (ШОПП)	4,8	4,8	0	0
<b>Неэффективность (ШОПП)</b>	<b>5,7</b>	<b>4,6</b>	<b>2,40</b>	<b>0,0398</b>
Перфекционизм (ШОПП)	5,1	4,9	0,36	0,726
Недоверие в межличностных отношениях (ШОПП)	6,00	5,6	0,84	0,422
<b>Интероцептивная некомпетентность (ШОПП)</b>	<b>6,8</b>	<b>3,7</b>	<b>8,90</b>	<b>0,000009</b>
<b>Вес, кг</b>	<b>78,5</b>	<b>76,1</b>	<b>4,44</b>	<b>0,0016</b>

Примечание: ШОПП — Шкала оценки пищевого поведения; DIET-SE — Шкала самооэффективности поведения, связанного с питанием, основанного на сценариях.

Также получено «общее» для двух программ значимое различие по шкале интероцептивной некомпетентности ( $t = 4,32$ ;  $p < 0,001$  для ТТМ,  $t = 4,44$ ;  $p < 0,001$  для НВІМ), которая трактуется как дефицит уверенности в отношении распознавания чувства голода и насыщения. Таким образом, интервенции, сконструированные в рамках обеих моделей, повышают уровень осознанности своего собственного тела, развивают способность прислушиваться к себе и хорошо дифференцировать свои ощущения (особенно голод и насыщение).

В рамках интернализационной модели получено важное различие в динамике «до» и «после» программы по шкале оценки пищевого поведения «неэффективность» ( $t = 2,40$ ;  $p < 0,04$ ) — показатели по этой шкале снизились после прохождения программы; можно заключить, что уменьшилось ощущение общей неадекватности (имеется в виду чувство одиночества, отсутствие ощущения безопасности) и неспособности контролировать собственную жизнь.

Для сравнения эффективности двух программ снижения веса, сконструированных в рамках разных моделей здорового поведения, мы вычислили и сравнили сдвиги в измеряемых показателях между состоянием «до» и состоянием «после» прохождения программы.

Так как часть сдвигов по шкалам подчинялась закону нормального распределения, а часть нет, нами было принято решение использовать два критерия для выявления различий в эффективности двух программ. Для выявления различий по шкалам «стремление к худобе», «булимия» и «перфекционизм» был использован непараметрический критерий U-Манна-Уитни (табл. 3). Для остальных шкал был использован t-критерий Стьюдента для независимых выборок (табл. 4).

Различий в эффективности программ интервенций для снижения веса, сконструированных в рамках разных моделей здорового поведения по данным переменным, не выявлено.

Таблица 3. Результаты сравнения эффективности программ интервенций, сконструированных в рамках разных моделей здорового поведения с помощью U-критерия Манна-Уитни

Переменная	Сумма рангов		U-критерий Манна-Уитни	Уровень значимости (p)
	Группа ТТМ	Группа НВІМ		
Стремление к худобе (ШОПП)	91,5	118,5	36,5	0,30
Булимия (ШОПП)	87,0	123,0	32,0	0,17
Перфекционизм (ШОПП)	84,0	126,0	29,0	0,11

Таблица 4. Результаты сравнения эффективности программ интервенций, сконструированных в рамках разных моделей здорового поведения (t-критерий Стьюдента)

Переменная	Ср. значения в группе ТТМ	Ср. значения в группе НВІМ	t – Критерий Стьюдента	Уровень значимости (p)
Шкала высококалорийной пищи (DIET-SE)	-2,8	-5,3	1,77	0,094
<b>Шкала внешних и внутренних факторов (DIET-SE)</b>	<b>-1,3</b>	<b>-4,9</b>	<b>4,30</b>	<b>0,0004</b>
Шкала негативных эмоциональных событий (DIET-SE)	-3,1	-3,1	0,00	1,00
Неэффективность (ШОПП)	-0,4	0,7	-1,83	0,083
<b>Интероцептивная некомпетентность (ШОПП)</b>	<b>1,5</b>	<b>3,1</b>	<b>-2,62</b>	<b>0,01</b>
Вес, кг	2,9	2,3	0,88	0,38

Были выявлены различия в эффективности интервенций (программ) по шкале самооффективности «внешних и внутренних факторов» ( $t = 4,30$ ;  $p < 0,001$ ) и по показателю «интероцептивная некомпетентность» ( $t = -2,62$ ;  $p < 0,01$ ). Показатели выше в группе интернализационной модели здорового поведения. Таким образом, интервенции, сконструированные в рамках интернализационной моде-

ли, более успешно могут увеличивать самооффективность здорового пищевого поведения в ситуациях, когда действуют как социальные (внешние), так и внутренние факторы (физическое или эмоциональное состояние), а также более успешно снижают такую характеристику нарушений пищевого поведения, как «интероцептивная некомпетентность»,

чем интервенции, сконструированные в рамках транстеоретической модели.

Для выявления особенностей процесса перехода к здоровому образу жизни нами был проведен контент-анализ ежедневных отчетов. Были выявлены различия в частоте встречаемости отдельных категорий в отчетах участниц. Так как ежедневный отчет был структурирован и в нем присутствовали пункты «питание за день» и «оценка физической активности», самыми распространенными категориями в обеих группах были категории «питание» (56,9 % для ТТМ и 35,6 % для НВМ) и «физическая активность» (26,8 % для ТТМ и 18,5 % для НВМ).

Были получены различия в частоте встречаемости подкатегорий категории «питание»: например, подкатегории «низкокалорийная пища» ( $\phi = 10,8$ ,  $p < 0,001$ ) и «напитки» ( $\phi = 24,6$ ,  $p < 0,001$ ) встречались чаще в группе транстеоретической модели, как и категория «физическая активность» ( $\phi = 4,1$ ,  $p < 0,01$ ), что может говорить о том, что участники этой группы сосредотачивали свое внимание больше на продуктах, их калорийности и физической активности для достижения цели. Для этой группы также было характерно наличие категории «калории», предполагающее их подсчет в ежедневном отчете как один из способов контроля над калорийностью потребляемой пищи.

В то же время для группы интернализационной модели было характерно фокусирование внимания на процессе принятия здорового поведения, так как в отчетах данной группы присутствовала категория «описание перехода к здоровому образу жизни», которой не было в ежедневных отчетах группы транстеоретической модели. Также в группе интернализационной модели чаще встречалась категория «эмоции», причем позитивные эмоции встречались чаще, чем негативные. Данный факт может говорить о том, что фокусировка на процессе перехода к здоровому образу жизни и на собственных предпочтениях влечет за собой обращение внимания на свое собственное настроение и эмоции, тем самым способствуя определению подходящего способа реализации здорового поведения. Еще одной характерной для интернализационной модели категорией была категория «проблемы с мотивацией». Это неудивительно, так как согласно исследованиям А. Беллга [6] в процессе интернализации здорового поведения человек ищет внутреннюю мотивацию и контроль взамен внешних.

В целом самоотчеты участниц отражали содержательное наполнение интервенций программ снижения веса.

### Обсуждение

В результате анализа эффективности интервенций, сконструированных в рамках двух моделей здорового

поведения, нами был обнаружен ряд отличительных черт каждой из программ интервенций.

Так, транстеоретическая модель здорового поведения предполагала продвижение участниц по стадиям, описанным в модели. В результате диагностики стадий определили, что все участницы программы сменили стадию, на которой находились, на следующую за ней стадию. По мнению авторов транстеоретической модели, такой переход играет важную роль в формировании самооэффективности в реализации здорового поведения. В нашем исследовании самооэффективность в ситуациях, связанных с выбором между полезной и вредной пищей, после прохождения программы была выше, чем при первичных замерах. При переходе от одного этапа на другой (например, от этапа подготовки к действию на этап действия) уверенность, а следовательно, и самооэффективность повышались.

После прохождения программы по снижению веса, основанной на интервенциях в рамках транстеоретической модели, по показателям особенностей пищевого поведения снизился показатель «интерцептивная некомпетентность», который включает в себя способность тонко дифференцировать свои ощущения и потребности, в том числе пищевые. Один из методов, используемых в программах интервенций в рамках транстеоретической модели — это метод повышения осознанности, предполагающий как раз обращение внимания на процесс, на дифференцирование ощущений, «замедление» сознания. По мнению Дж. Прохазка и его коллег [9], использование данного метода эффективно на этапах «размышление», «подготовка к действию» и «действие». В нашем случае участницы в начале программы находились в основном на этапе «подготовка к действию», и на этапе «действие» после окончания программы, следовательно, использование метода повышения осознанности могло привести как раз к снижению уровня «интерцептивной некомпетентности».

После прохождения участницами программы интервенций в рамках интернализационной модели самооэффективность поведения, связанного с питанием по разным шкалам также увеличилась по сравнению с уровнем «до» прохождения программы. Эти результаты подтверждаются также наличием различия между состоянием показателя «неэффективность» по шкале оценки пищевого поведения «до» и «после» прохождения программы интервенций в рамках интернализационной модели здорового поведения. Согласно А. Беллгу [6], самооэффективность имеет прямое отношение к компетентности, т.е. способности и готовности к здоровому поведению. Самооэффективность в этом контексте становится компонентом компетентности в выбранном поведении как атрибута успешной интернализации здорового поведения.

Так же, как и в после прохождения программы в рамках транстеоретической модели, после прохождения программы в рамках интернализационной модели здорового поведения снизился уровень interoцептивной некомпетентности. Можно предположить, что так как, по мнению А. Беллги, интернализация здорового поведения влечет за собой подбор способов реализации такого поведения под свои потребности, особенности и условия жизни, то необходимым условием такой «ориентировки» является четкое осознание того, подходит ли данный способ или нет. Это, в свою очередь, предполагает ориентировку не только во внешнем жизненном пространстве, но и во внутренних сигналах. Следовательно, человек становится более компетентен в распознавании сигналов от своего тела и уровень interoцептивной некомпетентности снижается.

Хотя исследование носило характер пилотажного, можно говорить о том, что обе программы были эффективны для снижения веса в течение двух месяцев, так как показатель веса участниц статистически значимо снизился в обеих программах. Кроме того, произошли изменения в психологических переменных, обуславливающих пищевое поведение. Так, важным результатом обеих программ является увеличение самоэффективности в ситуациях, связанных с выбором здоровой пищи, в сложных ситуациях и interoцептивной компетентности как показателя осознанности и естественной регуляции пищевого поведения чувством голода. Сравнение содержания психологических интервенций показало, что транстеоретическая модель больше сфокусирована на переход от этапа к этапу и на средствах осуществления перехода и достижения результата, а модель интернализации здорового поведения больше сфокусирована на процессе перехода к новому поведению и на ориентировке в собственных предпочтениях в реализации нового поведения. Для определения долгосрочной эффективности необходимо проведение дополнительного исследования на больших выборках с программами интервенций на протяжении минимум 6 месяцев, так как именно такой срок, по мнению Дж. Прохазка и его коллег, необходим для формирования устойчивого нового поведения.

#### Список литературы

1. Ильчик О.А., Сивуха С.В., Скугаревский О.А., Суихи С. Русскоязычная адаптация методики «Шкала оценки пищевого поведения» // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2011. № 1. С. 39–50.
2. Рассказова Е.И. Модели стадий изменения поведения в психологии здоровья: возможности и ограничения // Вестник Московского университета. Серия 14: Психология. 2014. № 4. С. 102–119.

3. Рассказова Е.И. Саморегуляция в психологии здоровья и клинической психологии // Вопросы психологии. 2012. № 1. С. 75–82.
4. Рассказова Е.И., Кошелева Н.В. Психологические методы изменения поведения, связанного со здоровьем: возможности и ограничения // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Т. 22, № 3. С. 183–205.
5. Armitage C.J. Is there utility in the transtheoretical model? // British Journal of Health Psychology. 2009. № 14. P. 195–210.
6. Bellg A.J. Maintenance of Health Behavior Change in Preventive Cardiology: Internalization and Self-Regulation of New Behaviors // Behaviour Modification. 2003. № 27. P. 103–131.
7. Deci E.L., Ryan R.M. The «what» and «why» of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior // Psychological Inquiry. 2000. № 11. P. 227–268.
8. Norcross J.C., Krebs P.M., Prochaska J.O. Stages of change // Journal of Clinical Psychology: In Session. 2011. № 67(2). P. 143–154.
9. Prochaska J.O., DiClemente C.C. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1983. № 51(3). P. 390–395.
10. Prochaska J.O., DiClemente C.C., Norcross J.C. In search of how people change. Applications to addictive behaviors // American Psychologist. 1992. № 47(9). P. 1102–1114.
11. Sheldon K., Williams J., Joiner T. Self-determination theory in the clinic. New Haven; London: Yale University Press, 2003. 208 p.
12. Tint A., Knäuper B., Stich C. A Scenario-Based Dieting Self-Efficacy Scale: The DIET-SE // Assessment. № 16. 2009. P. 16–30.

Получено 18.01.2016

#### References

1. Ilchik O.A., Sivukha S.V., Skugarevskiy O. A., Suikhi S. [Russian adaptation of «Scale of eating behaviour assessment» methodics]. *Psikhiatriya, psikhoterapiya i klinicheskaya psikhologiya* [Psychiatrics, psychotherapy, and clinical psychology]. 2011, no 1, pp. 39–50. (In Russian).
2. Rasskazova E.I. [Models of stages of behaviour changing in psychology of health: possibilities and limitations]. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14: Psikhologiya*. [Moscow University Bulletin. Series 14: Psychology]. 2014, no 4, pp. 102–119. (In Russian).
3. Rasskazova E.I. [Self-regulation in psychology of health and clinical psychology]. *Voprosy psikhologii* [Issues of psychology]. 2012, no 1, pp. 75–82. (In Russian).
4. Rasskazova E.I., Kosheleva N.V. [Psychological methods of behavior changing, connected with health]. *Konsultativnaya psikhologiya i psikhoterapiya*

- [Consultive psychology and psychotherapy]. 2014, vol. 22, no 3, pp. 183–205. (In Russian).
5. Armitage C.J. Is there utility in the transtheoretical model? *British Journal of Health Psychology*. 2009, no 14, pp. 195–210. (In English).
  6. Bellg A.J. Maintenance of Health Behavior Change in Preventive Cardiology: Internalization and Self-Regulation of New Behaviors. *Behaviour Modification*. 2003, no 27, pp. 103–131. (In English).
  7. Deci E.L., Ryan R.M. The «what» and «why» of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*. 2000, no 11, pp. 227–268. (In English).
  8. Norcross J.C., Krebs P.M., Prochaska J.O. Stages of change. *Journal of Clinical Psychology: In Session*. 2011, no 67(2), pp. 143–154. (In English).
  9. Prochaska J.O., DiClemente C.C. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1983, no 51(3), pp. 390–395. (In English).
  10. Prochaska J.O., DiClemente C.C., Norcross J.C. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*. 1992, no 47(9), pp. 1102–1114. (In English).
  11. Sheldon K., Williams J., Joiner T. Self-determination theory in the clinic. New Haven; London: Yale University Press, 2003, 208 p. (In English).
  12. Tint A., Knäuper B., Stich C. A Scenario-Based Dieting Self-Efficacy Scale: The DIET-SE. *Assessment*. 2009, no 16, pp. 16–30. (In English).

The date of the manuscript receipt 18.01.2016

### Об авторах

#### Шевкова Елена Викторовна

кандидат психологических наук, доцент,  
доцент кафедры общей и клинической  
психологии

Пермский государственный национальный  
исследовательский университет,  
614990, Пермь, ул. Букирева, 15;  
e-mail: eshevkova@gmail.com

#### Мишенкова Ольга Владимировна

менеджер ООО «Биллинговые системы»,  
614087, Пермь, ул. Малкова, 12;  
e-mail: gvaeglor@gmail.ru

### About the authors

#### Shevkova Elena Viktorovna

Ph.D. in Psychology, Docent, Associate Professor  
of Department of General and Clinical Psychology

Perm State University,  
15, Bukirev str., Perm, 614990, Russia;  
e-mail: eshevkova@gmail.com

#### Mishenkova Olga Vladimirovna

manager LLC «Billing Systems»,  
12, Malkov str., Perm, 614087, Russia;  
e-mail: gvaeglor@gmail.ru

### Пробьба ссылаться на эту статью в русскоязычных источниках следующим образом:

Шевкова Е.В., Мишенкова О.В. Психологические интервенции в формировании здорового пищевого поведения // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. 2016. Вып. 2(26). С. 86–94. doi: 10.17072/2078-7898/2016-2-86-94

### Please cite this article in English as:

Shevkova E.V., Mishenkova O.V. Psychological interventions in the development of health eating behavior // Perm University Herald. Series «Philosophy. Psychology. Sociology». 2016. Iss. 2(26). P. 86–94. doi: 10.17072/2078-7898/2016-2-86-94