

## ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОДЕРЖАНИЕ «ИПОХОНДРИЧЕСКОГО ДИСКУРСА»: СВЯЗЬ ЦЕННОСТИ ЗАБОТЫ О ЗДОРОВЬЕ С ОТНОШЕНИЕМ К ТЕЛУ, БОЛЕЗНИ И ЛЕЧЕНИЮ

**Е.И. Рассказова<sup>1,2</sup>, В.В. Гульдман<sup>3</sup>, А.Ш. Тхостов<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> *Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, г. Москва*

<sup>2</sup> *Научный центр психического здоровья, г. Москва*

<sup>3</sup> *Московский областной центр социальной и судебной психиатрии, г. Москва*

Представления о здоровье и болезни и ценность здоровья традиционно рассматриваются в качестве центральных факторов, обеспечивающих формирование поведения, связанного со здоровьем, а также особенностей саморегуляции в ситуации соматического заболевания и лечения. В психологии телесности предполагается, что широкое распространение и авторитетность медицинского дискурса в отношении тела в культуре может быть фактором, усиливающим риск симптомообразования. Целью описываемой работы является исследование моделей ценности заботы о себе и своем здоровье в их связи с представлениями о теле, болезни и лечении в норме, а также с частотой простудных заболеваний и обострения хронических соматических заболеваний. Исследовались четыре модели ценности заботы о здоровье: модели здоровья как истощаемого ресурса, требующего сохранения; модели здоровья как хрупкой ценности, требующей защиты и контроля; модели здоровья как источника успеха, общения и счастья; модели здоровья как явления, требующего периодического восстановления немедикаментозными методами. Обследовано 113 респондентов в возрасте от 21 до 76 лет, которые заполняли опросник ценности заботы о здоровье; опросник представлений о теле и здоровье; методики принятия решения в отношении лечения; локуса контроля причин болезни и лечения; самоэффективности в отношении лечения. Полученные результаты свидетельствуют в пользу широкой распространенности в культуре моделей заботы о здоровье в форме здоровья как истощаемого ресурса, требующего сохранения, и хрупкой ценности, требующей проверки и защиты. Было показано, что в норме принятие моделей ценности заботы о здоровье связано, с одной стороны, с большей готовностью обращаться за медицинской помощью и следовать лечению, и, с другой стороны, со склонностью к чрезмерному вниманию к своим ощущениям, соматосенсорной амплификации, мониторингу и катастрофизации телесных ощущений. Обсуждаются психологические проявления и следствия распространения «ипохондрического дискурса» в культуре в различных ее формах.

*Ключевые слова: психология телесности, ценность заботы о здоровье, «ипохондрический дискурс», представления о теле, болезни и лечении, катастрофизация в отношении телесных ощущений, соматосенсорная амплификация.*

Представления о здоровье и болезни традиционно рассматриваются в качестве одного из центральных факторов, обеспечивающих формирование поведения, связанного со здоровьем (например, Ajzen, 1991), а также особенности саморегуляции в ситуации соматического заболевания (Leventhal et al., 2003) и лечения (Horne, 2003). В рамках культурно-исторического подхода в психосоматике было показано, что у подростков с бронхиальной астмой ценность здоровья связана с готовностью к превентивному поведению и негативной оценкой рискованного для здоровья поведения (Иосифян и соавт., 2015), а аттитюды могут выступать в качестве медиатора этой связи.

При этом вопрос о роли социокультурных факторов в отношении здоровья и болезни не-

однозначен: например, не способствует ли пропаганда ценности заботы о здоровье чрезмерному вниманию к телесным ощущениям, их катастрофизации и мониторингу, характерным, в частности, для пациентов с соматоформными и ипохондрическими заболеваниями? В психологии телесности выдвигалось предположение, что широкое распространение и авторитетность медицинского дискурса в отношении тела в культуре может быть фактором, усиливающим риск симптомообразования (Тхостов, Райзман, 2005). В этом случае ценность заботы о здоровье сопряжена не только с сопутствующими социальными практиками заботы, но и с избирательным вниманием к телесным ощущениям. Результатом этого может стать искажение процессов телесной перцепции, первичного и вто-

ричного означения ощущений в форме симптомов и в структуре заболеваний. Говоря в этом смысле об «ипохондрическом дискурсе», характерном для культуры и распространяемом в СМИ, можно выделить следующие модели, в рамках которых телесность становится объектом медицинского описания:

а) модель «угрозы» здоровью и необходимости профилактики;

б) модель сохранения здоровья и «чудесного» оздоровления;

в) модель телесных процессов как источника субъективных переживаний и межличностных отношений (в рамках рекламного дискурса).

Во всех случаях эти модели могут быть сопряжены с навязыванием личности «ипохондрической позиции» как единственно возможной и социально одобряемой.

**Целью** данной работы является исследование моделей ценности заботы о себе и своем здоровье и их связи с представлениями о теле, болезни и лечении в норме, а также частотой простудных заболеваний и обострения хронических соматических заболеваний. Выдвигались следующие **гипотезы**:

1. Опросник ценности заботы о здоровье является надежной методикой, а его факторная структура соответствует теоретическим представлениям о четырех моделях ценности заботы о здоровье, распространенных в рамках «ипохондрического дискурса»: модели здоровья как истощаемого ресурса, требующего сохранения; модели здоровья как хрупкой ценности, требующей защиты и контроля; модели здоровья как источника успеха, общения и счастья; модели здоровья как требующего периодического восстановления немедикаментозными методами. По сравнению с оригинальной теоретической моделью (Тхостов, Райзман, 2005), были разведены модели сохранения здоровья и «чудесного» исцеления, поскольку, с нашей точки зрения, вторая представлена специфическим интересом к альтернативной медицине и немедицинским способам исцеления.

2. В норме принятие моделей ценности заботы о здоровье связано, с одной стороны, с большей готовностью обращаться за медицинской помощью и следовать лечению, и, с другой стороны, со склонностью к чрезмерному вниманию к своим ощущениям, соматосенсорной амплификации, мониторингу и их катастрофизации телесных ощущений.

3. Модели ценности заботы о здоровье слабо связаны с частотой простудных заболеваний, но не связаны с количеством, тяжестью и частотой обострений хронических соматических заболеваний. Кроме того, предполагается, что приверженность той или иной модели может косвенно – через актуализацию специфических способов совладания с болезнью и формирование уверенности в своих силах – определять частоту и течение заболеваний.

### Процедура и методы исследования

В исследовании приняли участие 113 жителей Москвы и Московской области, в том числе 28 мужчин и 85 женщин в возрасте от 21 до 76 лет (средний возраст  $37,8 \pm 15,2$  лет). Большинство (81 человек) имели высшее образование, остальные – среднее специальное или незаконченное высшее. Исключались респонденты с диагностированными психическими заболеваниями, обострением хронических соматических заболеваний на момент проведения исследования, инвалидизирующими и/или угрожающими жизни соматическими заболеваниями (например, онкологическими), с зависимостью от психоактивных веществ.

*Опросник ценности заботы о здоровье* был разработан в настоящем исследовании на основе классификации моделей ипохондрического дискурса в современной культуре (Тхостов, Райзман, 2005). В соответствии с тремя типами моделей, в рамках которых телесность становится объектом медицинского описания (моделей угрозы и необходимости профилактики, сохранения здоровья и «чудесного» оздоровления, телесных процессов как источника субъективных переживаний), были сформулированы 18 утверждений о здоровье, относящиеся к пониманию его как:

- истощаемого ресурса и ценности его сохранения/сбережения – шкала «Забота о здоровье – Сохранение» (пример утверждения: «Если здоровье не беречь, оно тратится с годами»);

- находящегося под угрозой и требующего постоянной защиты и контроля – шкала «Забота о здоровье – Защита» (пример: «Важно регулярно проходить диспансеризацию, иначе можно пропустить серьезное заболевание»);

- источника успеха, счастья и общения – шкала «Забота о здоровье – Успех» («Чтобы быть счастливым, важно быть здоровым»);

- требующего периодического восстановления немедикаментозными методами, в первую очередь, средствами и способами альтернативной медицины – шкала «Забота о здоровье – Оздоровление» («Лучший способ профилактики болезней – регулярно «оздоравливаться» народными методами»).

Поскольку ожидалось, что ценности сохранения здоровья и «чудесного» оздоровления будут дифференцированы в исследуемой культурной общности, эти шкалы рассматривались как отдельные. Респондентов просили оценить меру согласия с каждым из утверждений (с использованием шкалы Лайкерта размерностью от 1 до 4), а затем выбрать только те утверждения, о которых они думают и которыми руководствуются, заботясь о своем здоровье.

*Методика принятия решения в отношении лечения* (Tkhostov, Rasskazova, 2013) основана на теории самодетерминации Э. Деси и Р. Райана и направлена на диагностику автономного, контролируемого и безличного способов принятия решений в отношении общих лечебных ситуаций. Она состоит из 48 пунктов, представляющих собой причины следования лечению в пяти общемедицинских ситуациях (например, «Обычно я прихожу к врачу...», «Если врач прописывает мне лечебные процедуры, требующие регулярного посещения (например, иглоукалывание, массаж), то я их выполняю, потому что...»). Выделяется четыре шкалы, характеризующих следование лечению:

- «Автономный локус каузальности» (с опорой на себя и свои убеждения);
- «Внешний локус каузальности – близкие» (лечение по их настоянию, просьбе или с их помощью);
- «Внешний локус каузальности – врач» (лечение по настоянию, просьбе или с помощью врача);
- «Безличный локус каузальности» (лечение по случайным или спонтанным причинам, из соображений удобства).

Кроме того, выделяется также дополнительная шкала отказа от лечения. Кроме того, четыре шкалы принятия лечения объединяются в шкалу второго порядка – «Общее согласие с лечением по любым причинам». В описываемом исследовании показатели надежности-согласованности (по коэффициенту альфа Кронбаха) шкал следования лечению составляли 0,77–0,78, а шкалы отказа от лечения – 0,67.

*Методики локуса контроля причин болезни и лечения и самооффективности в отношении лечения* (Рассказова, Тхостов, 2016) направлены на диагностику общих особенностей атрибуции болезни и лечения и уверенности собственными силами преодолеть заболевание и следовать назначенному лечению. Методика локуса контроля причин болезни и лечения состоит из 31 пункта, объединенных в шесть шкал: внутренний, внешний и безличный локус контроля причин болезни, а также аналогичных шкал локуса лечения (соответственно). Методика самооффективности в отношении лечения включает 8 пунктов. В настоящем исследовании при ответе на методику использовалась шкала Лайкерта (размерностью также от 1 до 4 баллов). Надежность – согласованность большинства шкал была приемлемой (0,64–0,80), за исключением шкал внешнего локуса контроля, надежность которых была низка, что также соответствует результатам апробации.

*Опросник представлений о теле и здоровье* («Cognition about Body and Health Questionnaire», Rief et al., 1998, в апробации Е.И. Рассказовой, Г.В. Коврова, А.И. Мачулиной, Т.А. Лысовой), состоящий из 39 утверждений и оценивающий выраженность когнитивных убеждений, характерных для соматоформных и ипохондрических расстройств. Структура опросника представлена шестью шкалами:

1. «Катастрофизация в отношении телесных ощущений»;
2. «Автономные ощущения» (содержит интрацептивные ощущения, в норме встречающиеся лишь в редких ситуациях, например, респондент слышит свое сердцебиение);
3. «Физическая слабость» (выявляющей представление о слабости и уязвимости своего тела);
4. «Непереносимость телесных ощущений» (для случаев, когда неприятные ощущения воспринимаются как непереносимые);
5. «Привычки, связанные со здоровьем» (фиксирующей попытки респондента вести здоровый образ жизни и следить за своим здоровьем);
6. «Соматосенсорная амплификация» (регистрирующая чрезмерно выраженные соматические ощущения).

Для оценки частоты простудных и обострений хронических заболеваний, а также способов совладания и субъективной скоро-

сти выздоровления использовались 7 анкетных вопросов с закрытыми вариантами ответов. Распределение выборки по характеру частотных характеристик ответов на эти вопросы представлено в следующем виде:

- Четверть выборки – 26 человек (22,8 %) сообщили, что не болели простудными заболеваниями в течение года или более, 66 (57,9 %) – что обычно болеют 1–2 раза в год, 22 (19,3 %) человека – 3 и более раза в год.

- Еще меньше – 17 человек (15,0 %) сообщили, что при простудных заболеваниях обычно не лечатся (переносят «на ногах»), 76 (67,3 %) – стараются самостоятельно снять симптомы привычными методами, не обращаясь к врачу, 20 человек (17,7 %) обращаются к врачу и берут «больничный», однако лишь 8 из них соблюдают все рекомендации врача.

- Субъективная скорость выздоровления после простудных заболеваний у большинства (77 человек, 68,2 %) составляет 3 дня – неделю, в 17 случаях (15,0%) – 1–2 дня и в 19 случаях (16,8 %) – более недели.

- У половины обследованных – 59 человек (52,2% выборки) есть одно или более хронических соматических заболеваний (преимущественно заболевания аллергической природы, болезни дыхательной системы, желудочно-кишечного тракта, сколиозы, миопия, артериальная гипертония). Частота обострений у большинства респондентов (91,5 %) таких заболеваний оценивалась ими как «реже, чем раз в год», «один или несколько раз в год»; при этом изучалось, могут ли респонденты во время обострений ходить на работу, справляться со всеми (или с частью) рабочими и домашними обязанностями. Продолжительность обострений варьирует, однако в абсолютном своем большинстве (89,1 % случаев) не превышает двух недель.

Полученные в исследовании результаты обрабатывались с помощью компьютерных пакетов статистических программ SPSS Statistics ver. 17.0 и EQS ver. 7.1.

### Результаты исследования

#### *Проверка структуры и показателей надежности-согласованности опросника заботы о здоровье*

С целью проверки факторной структуры методики проводился конфирматорный факторный анализ (Митина, 2008, Brown, 2006). Критериями оценки соответствия модели эм-

пирическим являлись следующие показатели: критерий относительного согласия модели (comparative fit index, CFI) – более 0,90 (учитывалось также, что с точки зрения ряда авторов, допустимыми являются также значения CFI в диапазоне 0,85–0,90); квадратичная усредненная ошибка аппроксимации (root mean-square error of approximation, RMSEA) не превышает 0,05 (допустимыми считаются значения 0,06–0,08); частное от  $\chi^2$  и числа степеней свободы около 2<sup>1</sup>. Результаты подтверждают достаточное соответствие 4-факторной модели эмпирическим данным:  $\chi^2$  (df = 153) = 729, CFI=0,96, RMSEA=0,04 (95 % CI 0,00–0,07).

Как показано в табл. 1, шкалы сохранения здоровья, защиты и успеха характеризуются достаточными, а шкала оздоровление – невысокими, но приемлемыми для научных целей характеристиками надежности – согласованности. При этом респонденты в среднем согласны с большинством пунктов, касающихся сохранения и защиты здоровья и «скорее согласны»<sup>2</sup> с пунктами успеха и оздоровления, что свидетельствует в пользу ценности заботы о здоровье и гипотезы «ипохондрического дискурса». Следует, отметить, что, несмотря на согласие с большинством пунктов опросника, респонденты в тоже время далеко не всегда руководствуются этими соображениями в заботе о своем здоровье: в целом, отдавая несколько большее предпочтение мыслям о сохранении здоровья, респонденты отмечают в среднем лишь только один из каждых 3–4 пунктов шкалы как влияющий на их поведение.

Убеждения о важности здоровья, его сбережения и восстановления связаны между собой ( $r=0,33-0,68$ ;  $p<0,01$ ); в особенности это касается представлений о том, что здоровье истощается, что его важно контролировать и что оно важно для успеха и счастья. При этом установлено, что чем более выражено каждое из убеждений, тем чаще человек склонен думать о нем и руководствоваться им ( $r=0,23-$

<sup>1</sup> Использовался метод ROBUST. Допускались корреляции между ошибками пунктов, если эти пункты относились к одной шкале или характеризовались общим содержанием (например, пункты «Здоровье важно периодически восстанавливать...» и «Важно регулярно проходить диспансеризацию...» объединяет представление о необходимости регулярных действий ради здоровья). Всего было добавлено 7 связей между ошибками пунктов, из них две – между пунктами, относящимися к разным шкалам.

<sup>2</sup> Формулировка соответствующего пункта шкалы Лайкерта.

Статистические и психометрические показатели шкал опросника «Ценности заботы о здоровье» (значения описательных статистик и показателей надежности-согласованности)

Шкалы опросника ценности заботы о здоровье	Кол-во пунктов	Ценность заботы о здоровье			Мысли при заботе о здоровье	
		Среднее	Станд. откл.	Альфа Крон-баха	Среднее	Ст. Откл.
Забота о здоровье – Сохранение	3	3,25	0,64	0,71	0,37	0,35
Забота о здоровье – Оздоровление	3	2,42	0,62	0,62	0,16	0,24
Забота о здоровье – Успех	6	2,75	0,59	0,77	0,22	0,24
Забота о здоровье – Защита	6	3,13	0,56	0,71	0,30	0,29

0,36;  $p < 0,01$ ), независимо от других его представлений о здоровье. Однако следует заметить, что корреляции между представлениями и частотой мыслей невысоки: иными словами, то, что человек считает важным, не обязательно сказывается на том, как он принимает непосредственные решения о своем здоровье.

С возрастом люди более склонны верить в народную медицину ( $r = 0,30$ ;  $p < 0,01$ ) и считать, что без здоровья не добиться успеха в работе и общении ( $r = 0,20$ ;  $p < 0,05$ ). Не выявлено связи убеждений и мыслей о здоровье с полом респондентов.

*Статистические характеристики показателей методики «Ценности заботы о здоровье и представления о теле, здоровье и лечении»*

Все модели заботы о здоровье связаны с большими показателями субъективного согласия с лечением по любым причинам (табл. 2). В первую очередь это касается представлений об угрозе здоровью и необходимости защиты. Такой результат воспроизводится для вариантов автономного, внешнего и безличного принятия решения. Интересно, что отказ от лечения негативно связан только с представлениями об угрозе здоровью и важности его защиты и контроля.

Анализ корреляций моделей заботы о здоровье с локусом контроля причин болезни и лечения позволяет предполагать наличие двух направлений этих связей – общие и специфические. Так, представления о здоровье как источнике успеха и о здоровье как требующем защиты и контроля сопряжены с общей склонностью респондентов искать причины своей болезни и поиском ответственных за лечение (склонностью к любым атрибуциям болезни и лечения в целом). Напротив,

ценность сохранения здоровья связана исключительно с атрибуцией причин болезни, но не атрибуцией лечения, своей ответственности или случайных факторов. Ценность оздоровления связана с внутренним локусом контроля причин болезни и лечения, но также оказалась связанной и с безличным локусом контроля лечения.

Ни одна из моделей заботы о здоровье не связана с самоэффективностью лечения.

Наконец, большинство когнитивных убеждений, характерных для соматоформных расстройств, связаны с теми или иными моделями «ипохондрического дискурса». В первую очередь, это относится к показателям катастрофизации и непереносимости телесных ощущений. Соматосенсорная амплификация связана с ценностями оздоровления, защиты и пониманием здоровья как источника успеха; привычки, связанные со здоровьем – с ценностями сохранения здоровья, защиты и здоровья как источника успеха; а физическая слабость – только с двумя последними. В целом, можно говорить о последовательной поддержке гипотезы о связи между моделями ипохондрического дискурса и когнитивными факторами риска соматоформных и ипохондрических расстройств в норме.

Предпочтение моделей оздоровления и успеха в заботе о здоровье связано с меньшей частотой простудных заболеваний, но не связано с их лечением, наличием хронических заболеваний и частотой их обострений (табл. 2). Более того, количество указанных респондентами хронических заболеваний положительно характеризуются наличием мыслей о здоровье как источнике успеха и о его защите ( $r = 0,26 - 0,28$ ;  $p < 0,01$ ). Иными словами, те, кто верят в оздоровление и считают, что их успехи зависят от их же здоровья,

Таблица 2

Характеристики связи различных ценностей заботы о здоровье, частоты заболеваний и представлений о теле, здоровье и лечении

Представления о теле, болезни и лечении	Ценность заботы о здоровье			
	Забота о здоровье – Сохранение	Забота о здоровье – Оздоровление	Забота о здоровье – Успех	Забота о здоровье – Защита
Частота простудных заболеваний	-0,01	-0,23*	-0,21*	-0,15
Согласие с лечением	0,34**	0,42**	0,46**	0,52**
Автономный локус каузальности в отношении лечения	0,21*	0,39**	0,42**	0,49**
Внешний локус каузальности в отношении лечения – близкие	0,25**	0,39**	0,28**	0,25**
Внешний локус каузальности в отношении лечения – врачи	0,36**	0,27**	0,39**	0,48**
Безличный локус каузальности в отношении лечения	0,22*	0,28**	0,34**	0,42**
Отказ от лечения	-0,11	0,15	-0,02	-0,23*
Внутренний локус контроля причин болезни	0,25**	0,23*	0,34**	0,30**
Внутренний локус контроля лечения	0,14	0,25**	0,27**	0,27**
Внешний локус контроля причин болезни	0,03	0,17	0,24**	0,11
Внешний локус контроля лечения	0,11	-0,05	0,15	0,27**
Безличный локус контроля причин болезни	0,27**	0,18	0,28**	0,33**
Безличный локус контроля лечения	0,06	0,41**	0,27**	0,20*
Катастрофизация телесных ощущений	0,40**	0,34**	0,57**	0,54**
Физическая слабость	0,06	0,15	0,28**	0,25**
Непереносимость телесных ощущений	0,29**	0,23*	0,35**	0,41**
Привычки, связанные со здоровьем	0,28**	0,17	0,40**	0,37**
Соматосенсорная амплификация	0,16	0,28**	0,35**	0,23*

Примечания: 1. Указаны только представления, для которых получены корреляции, значимые на уровне  $p < 0,05$ .

2. \* –  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ .

реже болеют простудными заболеваниями. Напротив, те, у кого больше хронических соматических заболеваний, чаще руководствуется при заботе о здоровье мыслями об успехе и защите.

### Обсуждение результатов

*Психологическое содержание «ипохондрического дискурса».* В пользу гипотезы о существовании в современной культуре ипохондрического дискурса (Тхостов, Райзман, 2005) свидетельствует принципиальное согласие респондентов с большинством пунктов шкал сохранения и защиты здоровья и «скорее согласие» с пунктами шкал оздоровления и успеха. Иными словами, в нашей выборке у респондентов действительно доминирует ценность заботы о здоровье, причем ключевыми являются модели здоровья как источника ресурса (который важно беречь и сохранять) и здоровья как чего-то хрупкого (постоянно подверженного риску и требую-

щего мониторинга и защиты). В обыденных представлениях эти модели тесно связаны между собой ( $r = 0,68$ ;  $p < 0,01$ ). Несколько менее распространены модель здоровья как источника и условия благополучия, успеха и общения (задаваемая зачастую рекламными образами), а также модель оздоровления средствами нетрадиционной медицины. Последняя является более распространенной у респондентов старшего возраста.

Следует, однако, отметить, что между общими представлениями и мыслями при актуальной заботе о здоровье нет прямой зависимости. Респонденты, находящиеся под влиянием той или иной модели ипохондрического дискурса, несколько чаще руководствуются им в мыслях и действиях, но статистики этой связи невелики ( $r = 0,23-0,36$ ;  $p < 0,01$ ) и такая связь ограничена одним-двумя аспектами. Это представляется закономерным, поскольку, как мы предполагаем, наши респонденты не «поглощены» тревогами и

размышлениями о здоровье, поскольку они являются относительно здоровыми людьми, представления которых могут актуализироваться в ситуациях соматического благополучия и обострений, но не охватывают всю их жизнь и интересы. Тем не менее, можно предполагать, что именно такие представления могут стать регуляторной основой переживаний и деятельности в ситуации болезни, при ухудшении здоровья с возрастом, а также в периоды внешней угрозы (например, эпидемий).

*Модели заботы о здоровье и заболеваемость.* Отсутствие ожиданий тесной связи между моделями заботы о здоровье и заболеваемостью респондентов сформировало предположение, что приверженность той или иной модели может косвенно (через актуализацию специфических способов совладания с болезнью и посредством формирования уверенности в своих силах) определять частоту и течение заболеваний. И наоборот, опыт частых болезней (в первую очередь, хронических) может способствовать более легкой актуализации мыслей, связанных с «ипохондрическим дискурсом». В исследовании не получено согласованных результатов в ответ на это предположение. В то же время те, кто верят в оздоровление и считают, что их успех зависит от их здоровья, реже болеют простудными заболеваниями. С другой стороны, те, у кого больше хронических соматических заболеваний, чаще руководствуется при заботе о здоровье мыслями об успехе и защите. Возможно, за этими связями стоят разные психологические механизмы. Так, опыт соматических заболеваний и лечения обеспечивает легкость актуализации мыслей об успехе и защите, в частности, о своих ограничениях, связанных с болезнями, и о необходимости следить за своим здоровьем. Уверенность же в том, что от здоровья многое зависит, и в том, что немедикаментозные средства эффективны, может в ситуации простудных заболеваний способствовать более своевременному и эффективному лечению или профилактике. Тем не менее, для прояснения и верификации полученного результата требуются дальнейшие исследования.

*Две стороны «ипохондрического дискурса».* Данные о связи ценности заботы о здоровье и представлений о теле, здоровье и лечении позволяют говорить о двух сторонах «ипохондрического дискурса». С одной стороны («светлой»), ценность заботы о здоровье

устойчиво сопряжена с согласием с лечением. Другими словами, независимо от того, какими причинами руководствуется человек (делает ли он это по настоянию врачей или близких, по собственному выбору или спонтанно), он в большей мере склонен быть приверженным лечению и обращаться за медицинской помощью. Как ни парадоксально, такой вывод является верным и для тех, кто придерживается модели оздоровления средствами альтернативной медицины. Более того, все модели (кроме модели оздоровления), сопряжены и с привычками, связанными со здоровьем, а также с действительными или декларируемыми попытками придерживаться здорового образа жизни. Хотя эти данные позволяют рассматривать распространение в культуре ценности заботы о здоровье как позитивный предиктор комплайенса и лечения, у «светлой» стороны есть и ограничение: она связана лишь со случаями согласия, но не отказа от лечения. В психологии здоровья активно обсуждается тезис, что поведение по улучшению здоровья и поведение риска детерминруется разными по своей природе факторами (Lippke et al., 2012). При этом поведение риска нередко не зависит от осознанных намерений человека и его сложнее изменить (Gibbons et al., 2003). Возможно, и отказ от лечения подчиняется тем же закономерностям, в меньшей степени завися от декларируемых ценностей. Лишь представление об угрозе здоровью и важности его защиты слабо негативно связано с отказом от лечения. Кроме того, ни одна из рассматриваемых моделей не связана с самоэффективностью в отношении лечения – уверенностью в своих силах, от которой во многом зависит, будет ли выбор лечения, с которым согласен человек, воплощен в жизнь или останется как пассивное согласие и ожидание.

Другая («темная») сторона «ипохондрического дискурса» определяется связью моделей ценностей здоровья с чрезмерным вниманием к телесным ощущениям, порой принимающим форму соматосенсорной амплификации – фактора, предложенного А. Барски в качестве психологического механизма развития ипохондрических расстройств (Barsky, Wyshak, 1990). Кроме того, отмечается связь с катастрофизацией в отношении телесных ощущений и представлениями о непереносимости неприятных интрацептивных ощущений для человека. Все эти факторы описаны ранее как факторы риска соматизации и ипо-

хондризации, а также как клинически выраженные феномены при соматизированном и ипохондрическом расстройствах (Rief et al., 1998). Такого рода данные не позволяют обосновать вывод от том, приводят ли модель здоровья как источника успеха и модель защиты здоровья к опасениям в своей физической слабости, к «прислушиванию» к своим ощущениям и переживаниям из-за них. Аналогично, возможно, что при исходной уязвимости личности к соматизации и ипохондризации определенные зачатки «ипохондрического дискурса» попадают на более «плодородную почву» и легче принимаются человеком. Однако в обоих рассматриваемых случаях модели заботы о здоровье можно рассматривать как потенциальный фактор-триггер или фактор хронификации соматоформных и ипохондрических расстройств.

Говоря о возможных негативных проявлениях «ипохондрического дискурса», следует отметить и связь всех моделей ценности о здоровье с внутренним локусом контроля причин болезни. В отличие от внутреннего локуса контроля лечения, интернальность в отношении причин болезни нередко сопряжена с переживанием чувства вины, а также с попытками пациента ответить на вопрос о том, почему возникло заболевание, препятствуя совладанию с ним и успешному лечению (Ташлыков, 1984). Такая неоднозначная роль этого вида интернальности подтверждалась и в исследованиях «неклинических» респондентов группы «норма» (Рассказова, Тхостов, 2016). Можно предполагать, что, привлекая внимание человека к поиску причин ухудшения здоровья, модели ценности здоровья могут отвлекать его от действий по улучшению здоровья (в отличие от стремления к его сохранению и проверке).

*Особенности моделей заботы о здоровье.* Все модели заботы о здоровье связаны с согласием с лечением, с катастрофизацией, непереносимостью телесных ощущений. Кроме того, большинство из этих моделей оказались связанными внутренним локусом причин болезни и лечения, с привычками, связанными со здоровьем и с соматосенсорной амплификацией. Однако если представления о здоровье как источнике успеха и о здоровье как требующем защиты и контроля сопряжены, во-первых, с общей склонностью искать причины болезни и ответственных за лечение (склонностью к любым атрибуциям болезни и лечения в целом) и, во-вторых, с большей вы-

раженностью представлений, характерных для соматоформных расстройств, то ценности сохранения здоровья и оздоровления обладают рядом специфических особенностей.

Так, ценность оздоровления связана с внутренним локусом контроля причин болезни и лечения, но также и с безличным локусом контроля лечения. С нашей точки зрения, эта модель, являясь альтернативой традиционной медицины, требует признания большей ответственности субъекта за свою болезнь и ее лечение, требующих большей самостоятельности. Человек должен быть увлечен этим и готов отстаивать эту модель в споре с представителями мейнстрима. Однако определенная «успешность» народной медицины в обычном сознании зависит от многих факторов, что может объяснять связь этой модели с безличным локусом контроля лечения. Другими словами, такой человек верит, что сам может многое сделать для своего здоровья, но и многое зависит и от случая, судьбы и т. п.

Напротив, ценность сохранения здоровья связана исключительно с атрибуцией себе и случайности истинных причин болезни. При этом в отношении атрибуции ответственности лечения такого рода данных не получено. Такой результат представляется закономерным, учитывая содержание атрибутивности модели: если здоровье является истощаемым ресурсом, то тогда болезни зависят от времени, воли случая и умения человека его сберечь. Ни представления о собственной телесной слабости, ни склонность к соматосенсорной амплификации не связаны с моделью сохранения здоровья. По всей видимости, потому, что относятся скорее к изначальному восприятию тела как уязвимого (в этом смысле модель угрозы и защиты более релевантна), а не как к изначальное здоровому, но постепенно «теряющему» это здоровье телу.

### Заключение

В описываемом исследовании не ставилась задача ответа на вопрос о том, насколько та или иная модель о здоровье соответствует реальности. Как и любые когнитивные представления, убеждения о здоровье могут выполнять различные функции, способствуя улучшению или ухудшению здоровья, независимо от того, насколько они верны. По таким же основаниям, на материале полученных данных нельзя сказать, делает ли принятие человеком одной из моделей здоровья, пред-

ставленных в «ипохондрическом дискурсе» (и соответствующие механизмы объективации телесности), более чувствительным к своим телесным проявлениям, более склонными к катастрофизации и ориентированными на свою телесную слабость. Или же, напротив, специфические когнитивные убеждения о здоровье и теле приводят к уязвимости людей в доминирующем в культуре дискурсе? Возможно, имеет место циклическое взаимодействие или действует третий, не исследованный нами фактор.

Однако полученные результаты свидетельствуют в пользу широкой распространенности в нашей культуре моделей заботы о здоровье в форме здоровья как истощаемого ресурса, требующего сохранения, а также как хрупкой ценности, требующей проверки и защиты. Следует отметить, что, несмотря на все усилия бумажных, электронных и телевизионных средств массовой информации, модели оздоровления и здоровья как источника успеха и счастья в популяции распространены в несколько меньшей степени.

При этом роль этих моделей неоднозначна. С одной стороны, они связаны с большей готовностью следовать назначенному лечению и с вниманием к здоровью и поведению, связанному со здоровьем. С другой стороны, они не только не связаны с уверенностью в лечении, но и сопряжены с целой серией когнитивных убеждений, характерных для пациентов с соматоформными и ипохондрическими расстройствами. Иными словами, запуская избирательное внимание к телесным ощущениям и процессы означения телесных ощущений в форме симптомов, модели ценностей здоровья могут выступать в роли факторов риска, а не факторов протекции.

Обобщая две описанные стороны «ипохондрического дискурса», можно выдвинуть предположение о том, что модели ценности здоровья указывают человеку, **на что обратить внимание** (нередко вполне правильное указание), но лишь частично предопределяют, **что именно должно быть сделано**, и не связаны с тем, **станет ли это внимание чрезмерным или нет и будут ли** выбранные действия продуктивными.

*Исследование выполнено при поддержке РГНФ, проект №14-36-01277 «Психологический смысл переживания и предъявления соматических симптомов в норме и патологии».*

### Литература

1. Иосифян, М.А. Аттитуды как фактор ценностной регуляции поведения, связанного со здоровьем, у подростков с астмой / М.А. Иосифян, Г.А. Арина, С. Флао // Психологические исследования. – 2015. – Т. 8, № 41. – С. 2. – URL: <http://psystudy.ru>
2. Митина, О.В. Моделирование латентных изменений с помощью структурных уравнений / О.В. Митина // Экспериментальная психология. – 2008. – № 1. – С. 131–148.
3. Рассказова, Е.И. Апробация методик диагностики локуса контроля причин болезни и лечения и самоэффективности в отношении лечения / Е.И. Рассказова, А.Ш. Тхостов // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». – 2016. – Т. 9, № 1. – С. 71–83.
4. Ташлыков, В.А. Психология лечебного процесса / В.А. Ташлыков. – Л.: Медицина, 1984.
5. Тхостов, А.Ш. Субъективный телесный опыт и ипохондрия: культурно-исторический аспект / А.Ш. Тхостов, Е.М. Райзман // Психологический журнал. – 2005. – Т. 26, № 2. – С. 102–107.
6. Ajzen, I. The theory of planned behavior / I. Ajzen // Organizational behavior and human decision processes. – 1991. – 50. – P. 179–211.
7. Barsky, A.J. Hypochondriasis and somatosensory amplification / A.J. Barsky, G. Wyshak // British Journal of Psychiatry. – 1990. – 157. – P. 404–409.
8. Brown, T. Confirmatory factor analysis for applied research / T. Brown. – New York; London: The Guilford Press, 2006.
9. Gibbons, F.X. A social reaction model of adolescent health risk / F.X. Gibbons, M. Gerrard, D.J. Lane // In J.M. Suls, K. A. Wallston (eds.). Social psychological foundations of health and illness. – Oxford, UK: Blackwell, 2003. – P. 107–136.
10. Horne, R. Treatment perception and self-regulation / R. Horne // In L.D. Cameron, H. Leventhal (Eds.) The self-regulation of health and illness behavior. – Routledge: New York, 2003. – P. 138–153.
11. Leventhal, H. The common-sense model of self-regulation of health and illness / H. Leventhal, I. Brissette, E. Leventhal // In L.D. Cameron, H. Leventhal (Eds.) The self-regulation of health and illness behavior. – New York: Routledge, 2003. – P. 42–65.
12. Lippke, S. Health-promoting and health-risk behaviors: theory-driven analysis of multiple health behavior change in three international samples / S. Lippke, C.R. Nigg, J.E. Maddock // International Journal of Behavioral Medicine. – 2012. – 19. – P. 1–13.
13. Rief, W. Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome / W. Rief, W. Hiller, J. Margraf // Journal of Abnormal Psychology. – 1998. – Vol. 107, No. 4. – P. 587–595.
14. Tkhostov, A., Rasskazova, E. Compliance-Related Causality Orientations Scale: development and psychometric properties in Russian sample // Procedia – Social and Behavioral Sciences. – 2013. – 86. – P. 536–542. DOI: 10.1016/j.sbspro.2013.08.610 – URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042813027419>

**Рассказова Елена Игоревна**, кандидат психологических наук, доцент, факультет психологии, Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова; старший научный сотрудник, Научный центр психического здоровья (Москва), e-mail: e.i.rasskazova@gmail.com

**Гульдан Виктор Викторович**, доктор психологических наук, профессор, руководитель психологической лаборатории, Московский областной центр социальной и судебной психиатрии (Москва), e-mail: vguldan@mail.ru

**Тхостов Александр Шамилович**, доктор психологических наук, зав. каф. нейро- и патопсихологии факультета психологии, Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова (Москва), e-mail: tkhostov@gmail.com

Поступила в редакцию 19 февраля 2016 г.

DOI: 10.14529/psy160207

## PSYCHOLOGICAL MEANING OF “HYPOCHONDRIAC DISCOURSE”: THE RELATIONSHIP BETWEEN VALUES OF THE HEALTH CARE AND COGNITIVE BELIEFS ABOUT BODY, ILLNESS AND TREATMENT

*E.I. Rasskazova<sup>1,2</sup>, e.i.rasskazova@gmail.com*

*V.V. Guldan<sup>3</sup>, vguldan@mail.ru*

*A.Sh. Tkhostov<sup>1</sup>, tkhostov@gmail.com*

<sup>1</sup> *Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russian Federation*

<sup>2</sup> *Mental Health Research Center, Moscow, Russian Federation*

<sup>3</sup> *Moscow region center of social and justice psychiatry, Moscow, Russian Federation*

The cognitive beliefs about health and illness and the value of health are traditionally regarded as one of the key factors of health behavior, as well as self-regulation in health and illness. The model of psychological regulation of body functions assumes that widespread and authoritative medical discourse on the body in the culture may be factor that increases the risk of unexplained somatic symptoms. The aim of this study is to investigate the models of value of caring for selves and health in people and their relationship with cognitive beliefs about body, illness and treatment as well as the frequency of colds and exacerbation of chronic somatic diseases. We studied four models of values of caring for health: health as a depletable resource requiring conservation, health as fragile value requiring protection and control, health as a necessary source of success, communication and happiness, health as requiring periodic restoration by methods of alternative medicine. 113 respondents aged 21 to 76 years completed Questionnaire of Values of Health Care, Compliance-related Causality Orientations Scale, Locus of Control of Illness Reasons and Treatment Scale, Compliance-related Self-Efficacy Scale, Cognitive Attitudes About Body And Health Scale. The results demonstrates the prevalence in the culture of models of health as health as a depletable resource requiring conservation and health as fragile value requiring protection and control. The acceptance of models of health values is, on the one hand, related to willingness to seek medical help and follow treatment, but, on the other hand, to an excessive attention to bodily sensations, somatosensory amplification, monitoring and catastrophization about bodily sensations. We discuss the psychological consequences of the spread of “hypochondriac discourse” in a culture in its various forms.

*Keywords.* The model of psychological regulation of body functions, the value of health care, “hypochondriac discourse”, cognitive beliefs about body, illness and treatment, catastrophization about bodily sensations, somatosensory amplification.

### References

1. Iosifyan M.A., Arina G.A., Flao S. [Attitudes as a Factor in the Value of Regulation of Behavior Associated with Health in Adolescents with Asthma]. *Psikhologicheskie issledovaniya* [Psychological Research], 2015, vol. 8, no. 41, p. 2. (in Russ.) Available at: <http://psystudy.ru> (accessed 03.05.2015).
2. Mitina O.V. [Modelling of the Latent Changes in Using Structural Equations]. *Ekspertimetal'naya psikhologiya* [Experimental Psychology], 2008, no. 1, pp. 131–148. (in Russ.)
3. Rasskazova E.I., Tkhostov A.Sh. Validation of Illness And Treatment-Related Locus of Control Scale and Treatment-Related Self-Efficacy Scale. *Bulletin of the South Ural State University. Ser. Psychology*. 2016, vol. 9, no. 1, pp. 71–83. (in Russ.). DOI: 10.14529/psy160108
4. Tashlykov V.A. *Psikhologiya lechebnogo protsessa* [Psychology of the Treatment Process]. Leningrad, Meditsina Publ., 1984. (in Russ.)
5. Tkhostov A.Sh., Raizman E.M. [The Subjective Body Experience and Hypochondria: the Cultural and Historical Aspect]. *Psikhologicheskii zhurnal* [Psychological Journal], 2005, vol. 26, no. 2, pp. 102–107. (in Russ.)
6. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 1991, vol. 50, pp. 179–211. DOI: 10.1016/0749-5978(91)90020-T
7. Barsky A.J., Wyshak G. Hypochondriasis and somatosensory amplification. *British Journal of Psychiatry*, 1990, vol. 157, pp. 404–409. DOI: 10.1192/bjp.157.3.404
8. Brown T. *Confirmatory factor analysis for applied research*. The Guilford Press: N.Y., London, 2006. DOI: 10.1177/1094428108323758
9. Gibbons F.X., Gerrard M., Lane D.J., Suls J.M., Wallston K.A. (Eds.) A social reaction model of adolescent health risk. *Social psychological foundations of health and illness*. Oxford, UK, Blackwell, 2003, pp. 107–136. DOI: 10.1002/9780470753552.ch5
10. Horne R., Cameron L.D., Leventhal H. (Eds.) *Treatment perception and self-regulation. The self-regulation of health and illness behavior*. Routledge, New York, 2003, pp. 138–153.
11. Leventhal H., Brissette I., Leventhal E., L.D.Cameron, H.Leventhal (Eds.) *The common-sense model of self-regulation of health and illness. The self-regulation of health and illness behavior*. Routledge, New York, 2003, pp. 42–65.
12. Lippke S., Nigg C.R., Maddock, J.E. Health-promoting and health-risk behaviors: theory-driven analysis of multiple health behavior change in three international samples. *International Journal of Behavioral Medicine*, 2012, vol. 19, pp. 1–13. DOI: 10.1007/s12529-010-9135-4
13. Rief W., Hiller W., Margraf J. Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome. *Journal of Abnormal Psychology*, 1998, vol. 107, no. 4, pp. 587–595. DOI: [dx.doi.org/10.1037/0021-843x.107.4.587](https://doi.org/10.1037/0021-843x.107.4.587).
14. Tkhostov A., Rasskazova E. Compliance-Related Causality Orientations Scale: development and psychometric properties in Russian sample. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 2013, vol. 86, pp. 536–542. DOI: 10.1016/j.sbspro.2013.08.610.

*Received 19 February 2016*

---

### ОБРАЗЕЦ ЦИТИРОВАНИЯ

Рассказова, Е.И. Психологическое содержание «ипохондического дискурса»: связь ценности заботы о здоровье с отношением к телу, болезни и лечению / Е.И. Рассказова, В.В. Гульдман, А.Ш. Тхостов // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». – 2016. – Т. 9, № 2. – С. 60–70. DOI: 10.14529/psy160207

### FOR CITATION

Rasskazova E.I., Guldan V.V., Tkhostov A.Sh. Psychological Meaning of “Hypochondriac Discourse”: The Relationship between Values of the Health Care and Cognitive Beliefs about Body, Illness and Treatment. *Bulletin of the South Ural State University. Ser. Psychology*. 2016, vol. 9, no. 2, pp. 60–70. (in Russ.). DOI: 10.14529/psy160207