

АПРОБАЦИЯ МЕТОДИК ДИАГНОСТИКИ ЛОКУСА КОНТРОЛЯ ПРИЧИН БОЛЕЗНИ И ЛЕЧЕНИЯ И САМОЭФФЕКТИВНОСТИ В ОТНОШЕНИИ ЛЕЧЕНИЯ

Е.И. Рассказова^{1,2}, А.Ш. Тхостов¹

¹ *Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, г. Москва*

² *Научный центр психического здоровья, г. Москва*

Отношение к болезни и лечению в широком смысле рассматривается как один из ключевых факторов саморегуляции в ситуации болезни в психосоматике и психологии здоровья. Публикация посвящена применению в этой области конструкторов локуса контроля (интернальной/экстернальной атрибуции событий) и самоэффективности (уверенности в своей способности осуществить задуманное). По результатам теоретического обзора показано, что как локус контроля, так и самоэффективность важно оценивать в конкретной ситуации болезни и лечения. Предполагается, что в структуре локуса контроля можно выделить не только внешний, внутренний и безличный локусы контроля – но и то, что локусы контроля причин болезни и лечения имеют разное функциональное значение. На основе этих предположений были разработаны методики диагностики локуса контроля в отношении причин болезни и лечения и самоэффективности в отношении лечения и апробированы на выборке 517 респондентов. Установлено, что значения коэффициентов надежности-согласованности шкал в разных выборках составляли 0,63–0,82 (кроме шкалы внешнего ЛК причин болезни, 0,53–0,58), ретестовая надежность – 0,58–0,81. Факторный анализ подтверждает шестифакторную структуру методики локуса контроля причин болезни и лечения, а также однофакторную композицию методики самоэффективности лечения. Характер корреляции с опросниками субъективного контроля и общей самоэффективности свидетельствуют в пользу их конвергентной валидности. Выделен типичный профиль внешнего, внутреннего и безличного локуса контроля в отношении причин болезни и лечения. Самоэффективность в отношении лечения связана с большинством индикаторов как физического, так и психологического субъективного благополучия, а внешний и безличный локус контроля как в отношении причин болезни так и в отношении лечения связаны с худшим качеством жизни (в сфере здоровья, эмоций), а в некоторых случаях – с симптомами тревоги и депрессии. Показано, что роль внутреннего и внешнего локуса контроля лечения менее однозначна. Разработанные методики могут применяться в исследованиях атрибуции причин и лечения и уверенности в себе при лечении.

Ключевые слова. Локус контроля причин болезни и лечения, самоэффективность в отношении лечения, психодиагностика, психология здоровья, психосоматика.

Проблема исследования психологических факторов заболеваемости, течения болезни и эффективности лечения является центральной как в психологии здоровья, так и в психосоматике. К настоящему времени предложена целая серия объяснительных понятий, описывающих ключевую роль переживаний, представлений, стремлений и отношения к болезни в саморегуляции при соматическом заболевании: отношения к болезни (Вассерман и соавт., 2011), внутренней картины болезни (Соколова, 1995, Тхостов, 2002), репрезентации болезни и лечения (Leventhal et al., 2003). Настоящая публикация посвящена применению в психологии здоровья и психосоматике двух конструкторов – локуса контроля (ЛК) и самоэффективности (СЭ), используемых в

общей психологии для описания, соответственно, особенностей атрибуции человеком происходящих с ним событий и его уверенности в своих силах добиваться поставленной цели.

Локус контроля как атрибуция причин болезни и лечения

Понятие локуса контроля (Rotter, 1966) было предложено в общей психологии для описания интернального стиля атрибуции событий (в отличие от экстернального). Дальнейшее развитие концепции было связано с двумя моментами.

Во-первых, критиковалось представление, что интернальность и экстернальность ЛК – противоположности; взамен были выделены

внутренний, внешний и безличный ЛК как связанные, но разные варианты атрибуции – себе и своим действиям, другим людям и случайности.

Во-вторых, разрабатывались методики для диагностики локуса контроля в разных ситуациях – например, в отношении здоровья (Multidimensional Health Locus of Control, Wallston et al., 1978) и специфических заболеваний (Wallston et al., 1994). Исследования отношения к здоровью и лечению показали, что экстернальная атрибуция также неоднородна: врачи и медицинский персонал выступают при этом особыми Другими, отношение к ним отличается от отношения к другим людям.

С нашей точки зрения, в диагностике локуса контроля важно также учитывать, об атрибуции какого рода ситуаций идет речь. Так, если интернальная атрибуция лечения скорее связана с ответственностью за процесс лечения, заботой о здоровье и самостоятельным выбором, то интернальная атрибуция причин болезни может, наоборот, препятствовать активному лечению – например, если больной фиксируется на чувстве вины и сожалении об ухудшении своего здоровья (Ташлыков, 1984).

Самоэффективность в отношении лечения

Термин «самоэффективность» (уверенность в своих силах делать что-то) был предложен А. Бандурой и в рамках социально-когнитивной теории (Bandura, 1987) рассматривается как фактор изменения поведения, связанного со здоровьем. Такая точка зрения довольно быстро завоевала признание (в том числе и под разными названиями) в других принятых в психологии здоровья моделях (например, Ajzen, 1991). Как и в случае локуса контроля, А. Бандура писал, что, наряду с общей диспозицией самоэффективности существует ситуативная самоэффективность как более точный предиктор конкретной деятельности. Р. Шварцер (Schwarzer, 2008) предложил в зависимости от этапа изменения поведения разделять мотивационную самоэффективность (уверенность в своих силах начать действие), самоэффективность совладания (уверенность в своих силах справиться с трудностями, которые в дальнейшем возникнут) и самоэффективность восстановления (уверенность в своих силах восстановиться после рецидива).

К настоящему времени предложено несколько специфических методик оценки конкретной самоэффективности – например, в отношении снижения веса, употребления алкоголя и т. д. (Schwarzer, Renner, 2000). Но насколько нам известно, до сих пор не предложено какой-либо методики оценки самоэффективности лечения как уверенности в своих способностях справиться и активно преодолеть ситуацию соматического заболевания.

Целью являлась разработка и апробация методик исследования локуса контроля причин болезни и лечения, а также самоэффективности в отношении лечения.

Исследование включало следующие этапы:

1. Формулирование пунктов методик в обширном их наборе, формирующемся на основе ряда существующих шкал и данных в научной литературе.

Методика локуса контроля причин болезни и лечения включила в себя несколько пунктов, предложенных И.А. Бевз (1998); большая же часть пунктов сформулирована в данной работе с целью независимой оценки проявлений внутреннего, внешнего и безличного локуса контроля в отношении как причин болезни, так и ее лечения.

Методика самоэффективности в отношении лечения создана на основе существующих методик (Schwarzer, Renner, 2000, Schwarzer, 1992), однако пункты были переформулированы таким образом, чтобы отражать установки при гипотетическом заболевании.

Всего было сформулировано 34 пункта методики диагностики ЛК причин болезни и лечения и 8 пунктов методики исследования самоэффективности в отношении лечения.

2. Сбор данных первичной выборке апробации и отбор пунктов на основе анализа распределения частот ответов, показателей надежности-согласованности и факторного анализа. По итогам этого этапа стимульный материал методики ЛК причин болезни и лечения был сокращен до 31 пункта.

3. Сбор данных по расширенной выборке апробации. Проводилось исследование профиля ЛК причин болезни и лечения, связи показателей методик с полом и возрастом респондентов, проверка надежности-согласованности, ретестовой надежности и факторной валидности методик.

4. Проверка внешней валидности, которая проводилась двумя способами. Во-первых, рассчитывалась корреляция показателей по шкалам методики с данными по опросникам уровня субъективного контроля и общей самооффективности. Поскольку все методики основаны на допустимости применения этих общепсихологических конструкторов к исследованию убеждений о болезни и лечении, предполагалось, что соответствующие показатели будут положительно связаны. Во-вторых, исследовались связи локуса контроля и самооффективности в отношении болезни и лечения с качеством жизни (в первую очередь, в сферах физического здоровья и эмоций) и психологическим благополучием. Предполагалось, что убеждения о причинах болезни и лечении в большей степени связаны с эмоциональным благополучием и лучшей оценкой своего физического здоровья и, в меньшей степени, с общим психологическим благополучием. Кроме того, закономерно ожидать, что внутренний локус контроля лечения связан с оптимизмом.

Процедура и методы исследования

Всего в исследовании приняли участие 517 человек, в том числе:

Первичная выборка апробации численностью 123 человека (48 мужчин и 75 женщин), жителей г. Москвы и Московской области в возрасте от 17 до 58 лет (средний возраст $22,42 \pm 7,49$ лет). Все респонденты этой выборки заполняли предварительную версию методик; часть респондентов заполняла опросник уровня субъективного контроля и опросник общей самооффективности (табл. 1).

Вторая выборка апробации включала 122 человека (42 мужчины, 79 женщин, 1 респондент не указал пол), студентов психологических факультетов, получающих первое и второе высшее образование в возрасте от 17 до 42 лет (средний возраст $21,79 \pm 5,50$ лет). Помимо окончательной версии методики, респонденты заполняли диспозиционный тест оптимизма, а часть выборки – краткую версию опросника качества жизни и удовлетворенности. Кроме того, 45 респондентов этой выборки заполняли методики повторно через 3 недели для оценки ретестовой надежности.

Помимо этого, в работу были включены данные двух выборок различных исследований. Респонденты в рамках исследования качества жизни и благополучия (158 человек жителей г. Москвы и Московской области, в том числе 34 мужчины, 124 женщин, в воз-

Таблица 1

Распределение использованных основных и дополнительных методик в различных по характеру и численности выборках исследования

Выборки исследования (N=517)	Наименование методик и численность выборки
Первичная выборка апробации (n=123)	<ul style="list-style-type: none"> • Методика локуса контроля причин болезни и лечения, методика самооффективности в отношении лечения – 123 человека. • Уровень субъективного контроля, опросник общей самооффективности – 69 человек
Вторая выборка апробации (n=122)	<ul style="list-style-type: none"> • Методика локуса контроля причин болезни и лечения, методика самооффективности в отношении лечения – 122 человека. • Диспозиционный тест оптимизма – 118 человек. • Опросник качества жизни и удовлетворенности, краткая версия – 70 человек. • Ретест (3 недели) – 45 человек
Исследование качества жизни и благополучия (n=158)	<ul style="list-style-type: none"> • Методика локуса контроля причин болезни и лечения, методика самооффективности в отношении лечения – 158 человека. • Опросник качества жизни и удовлетворенности, краткая версия – 158 человек. • Шкала субъективного счастья С. Любомирски – 158 человек. • Госпитальная шкала тревоги и депрессии
Исследование динамики качества жизни (n=114)	<ul style="list-style-type: none"> • Методика локуса контроля причин болезни и лечения, методика самооффективности в отношении лечения – 114 человека. • Шкала удовлетворенности жизнью – 114 человек. • Шкала позитивного и негативного опыта – 114 человек. • Опросник качества жизни ВОЗ, краткая версия – 114 человек. • Опросник качества жизни и удовлетворенности, краткая версия – 114 человек

расте от 18 до 79 лет, в среднем $32,71 \pm 14,40$ лет) дополнительно заполняли краткую версию опросника качества жизни и удовлетворенности, шкалу субъективного счастья, госпитальную шкалу тревоги и депрессии. Исследование динамики качества жизни проводилось на выборке 114 студентов психологического факультета МГУ имени М.В. Ломоносова (в том числе 109 женщин, средний возраст $19,29 \pm 3,17$ лет). В данную работу вошли результаты заполнения ими серии опросников качества жизни (см. табл. 1).

В целом, в разных выборках использовались следующие **методики**:

1. *Методика локуса контроля причин болезни и лечения*, состоящая из 31 пункта, оцениваемого по шкале Лайкерта от 1 до 7 баллов (перечень пунктов в табл. 2), которые были включены в шесть шкал, оценивающих внутренний, внешний и безличный ЛК причин болезни и лечения соответственно. *Методика самооффективности в отношении лечения*, включающая 8 пунктов, оцениваемых по той же шкале.

2. *Опросник уровня субъективного контроля* (Бажин и соавт., 1993; Rotter, 1966) – методика диагностики интернального атрибутивного стиля в противоположности экстернальному. В описываемой работе используется общий показатель, а также шкалы ЛК при достижении и при неудаче.

3. *Опросник общей самооффективности* (Шварцер и соавт., 1996, Schwarzer, 1993) – скрининговая методика диагностики общей уверенности испытуемых в своих силах выполнить ту или иную деятельность.

4. *Краткая версия опросника качества жизни ВОЗ* (Бурковский и соавт., 1995; Skevington et al., 2004) – состоящая из 24 пунктов, 22 из которых оценивают качество жизни в четырех доменах: физическое здоровье, психологическое качество жизни, социальное качество жизни и окружение, а оставшиеся два характеризуют общее здоровье и качество жизни. В описываемом исследовании показатели надежности-согласованности шкал варьировали от достаточного до приемлемого уровня ($0,68-0,79$).

5. *Краткий опросник качества жизни и удовлетворенности* (в модификации для психических заболеваний), включает четыре основные шкалы, характеризующие качество жизни в сфере здоровья, эмоциональной сфере, сфере активности в свободное время и в

сфере общения (Рассказова, 2012; Ritsner et al., 2005).

6. *Шкала субъективного счастья С. Любомирски* (Осин, Леонтьев, 2008; Lyubomirsky, Lepper, 1999) – скрининговая методика оценки уровня субъективного счастья, состоящая из 4 пунктов.

7. *Шкала удовлетворенности жизнью* (Осин, Леонтьев, 2008; Diener et al., 1985) – скрининговая методика оценки удовлетворенности жизнью, включающая 5 пунктов.

8. *Шкала позитивного и негативного опыта* (Diener et al., 2010) – скрининговая методика оценки эмоций, которой, согласно концепции Э. Динера (Diener, Ryan, 2009) важно дополнять диагностику удовлетворенности жизнью. Утверждения шкалы были переведены специально для описываемого исследования; надежность-согласованность субшкалы позитивных эмоций составила 0,90, а негативных эмоций – 0,84. Факторный анализ подтвердил двухфакторную структуру методики, объясняющую 63,05 % дисперсии данных; факторные нагрузки пунктов на «свои» факторы составляла 0,66–0,84, на «чужие» – менее 0,38 по модулю. Исключение составляет пункт «Я чувствовал себя напуганным», нагрузка которого на фактор негативных эмоций составила 0,33. Однако, учитывая общую факторную структуру и показатели надежности по субшкалам, а также его минимальную нагрузку (0,09) на фактор позитивных эмоций, этот пункт был все же оставлен в методике.

9. *Тест диспозиционного оптимизма* (Гордеева и соавт., 2010; Scheier, Carver, 1985) – методика диагностики оптимизма как диспозиции, состоящая из 10 пунктов.

10. *Госпитальная шкала тревоги и депрессии* (Сыропятов и др., 2003; Zigmond, Snaith, 1983), состоящая из 14 пунктов и включающая две шкалы, оценивающие выраженность депрессивной и тревожной симптоматики.

Результаты исследования

Факторная валидность методик диагностики локуса контроля причин болезни и лечения и самооффективности в отношении лечения

По результатам факторного анализа пунктов методики диагностики ЛК причин болезни и лечения выделено 6 факторов с собственными значениями, превышающими еди-

ницу; а полученное решение объясняет 50,52 % дисперсии данных. Структурная матрица факторных нагрузок после косоугольного вращения (Облимин) достаточно хорошо соответствует теоретической модели: факторные нагрузки пунктов на «свои» шкалы составляют 0,50–0,73. Исключение составили четыре пункта методики: «Если я буду заботиться о себе, я могу избежать болезни», «Я считаю, что законы течения болезни неподвластны человеку», «Я не соглашаюсь ни на какое лечение, пока не буду уверен в том, что оно достаточно верное и безопасное», «Болезнь – результат стрессов и излишнего напряжения». Первый из них более тесно связан с фактором внутреннего локуса контроля лечения, нежели причин болезни; второй – с безличным локусом контроля причин болезни, нежели лечения; третий – с внешним ЛК причин, нежели с внутренним ЛК лечения; четвертый – с внутренним ЛК лечения, а не причин. В трех случаях из четырех речь идет об интерференции пунктов с фактором, соответствующим тому же типу локуса контроля, а «запутанность» того, идет речь о причинах болезни или о лечении, объясняется, с нашей точки зрения, лишь тесной связью этих представлений у людей. Действительно, если человек склонен приписывать себе ответственность за происходящие события, это скорее будет проявляться как в отношении причин болезни, так и лечения.

Однофакторное решение для 8 пунктов, входящих в шкалу самооффективности в отношении лечения, объясняет 43,17 % дисперсии данных; факторные нагрузки варьируют от 0,52 до 0,79, что также свидетельствует в пользу факторной валидности шкалы.

Надежность методик диагностики локуса контроля причин болезни и лечения и самооффективности в отношении лечения

Как показано в табл. 2, показатели надежности-согласованности практически воспроизводятся в разных выборках: достаточной можно признать надежность шкал внутреннего ЛК в отношении причин и лечения, внешнего и безличного ЛК в отношении лечения и шкалы самооффективности. Надежность-согласованность шкалы безличного ЛК в отношении причин болезни можно признать приемлемой, тогда как надежность шкалы внешнего ЛК в отношении причин достаточно низка. В целом, такие результаты свидетельствуют в пользу надежности – согласованности шкал методик, однако указывают на важность доработки в дальнейших исследованиях шкалы внешнего ЛК причин болезни.

Ретестовая корреляция составила $r=0,58-0,81$ для разных шкал ($p<0,01$) и свидетельствовала о надежности – устойчивости обеих методик. Ни в одном случае изменения показателей по t-критерию Стьюдента не достигали

Таблица 2

Показатели надежности-согласованности (по коэффициенту альфа Кронбаха) шкал опросника локуса контроля в отношении болезни и лечения и шкалы самооффективности в отношении лечения

Выборки	Наименование шкал						
	ВнтЛКп	ВнтЛКл	ВншЛКп	ВншЛКл	БЛКп	БЛКл	СЭл
Первичная выборка апробации (n=123)	0,74	0,75	0,58	0,70	0,63	0,71	0,81
Вторая выборка апробации (n=122)	0,77	0,82	0,52	0,74	0,65	0,75	0,80
Исследование качества жизни и благополучия (n=158)	0,75	0,77	0,57	0,73	0,67	0,74	0,82
Исследование динамики качества жизни (n=114)	0,81	0,75	0,57	0,75	0,65	0,72	0,77

Примечание: ВнтЛКп – шкала Внутренний ЛК-причины (7 пунктов);
 ВнтЛКл – шкала Внутренний ЛК-лечение (7 пунктов);
 ВншЛКп – шкала Внешний ЛК – причины (3 пункта);
 ВншЛКл – шкала Внешний ЛК-лечение (5 пунктов);
 БЛКп – шкала Безличный ЛК – причины (4 пункта);
 БЛКл – шкала Безличный ЛК-лечение (5 пунктов);
 СЭл – шкала Самооффективность в отношении лечения (8 пунктов).

ли принятого уровня значимости – иными словами, нет оснований говорить о каком-либо систематическом сдвиге показателей в течение 3 недель, прошедших между двумя тестированиями.

Внешняя валидность методик диагностики локуса контроля причин болезни и лечения и самооффективности в отношении лечения

В подтверждение внешней валидности методик, интернальность в отношении лечения положительно связана с общей интернальностью, в том числе при достижении и при неудаче ($r=0,30-0,42$; $p<0,01$) безличность ЛК как в отношении причин, так и в отношении лечения – отрицательно, в первую очередь, с ЛК при неудаче ($r=-0,39...-0,36$; $p<0,01$), а самооффективность в отношении лечения тесно связана с общей самооффективностью ($r=0,50$; $p<0,01$). Корреляции общей интернальности с внутренним и внешним локусом контроля в отношении причин болезни в целом согласуются с гипотезой, но не достигают принятого уровня значимости. Единственное исключение составляет внешний локус контроля в отношении лечения – этот показатель не коррелирует с общим локусом контроля. С нашей точки зрения, ориентация на других людей (в первую очередь, на врачей) при лечении действительно наименее связана с общей интернальностью/экстернальностью, поскольку является нормативной и социально одобряемой при болезни и зависит от предыдущего опыта в этой сфере.

Корреляции с общепсихологическими индикаторами качества жизни и благополучия, в целом, слабее, что может объясняться тем, что методики направлены на оценку установки по отношению к болезни и лечению и не обязательно тесно связаны с благополучием.

- Интернальность в отношении причин болезни положительно связана удовлетворенностью жизнью (но не субъективным счастьем) и уровнем позитивных эмоций ($r=0,19-0,26$; $p<0,05$). Интернальность в отношении лечения положительно связана с оптимизмом ($r=0,28$; $p<0,01$), но и с уровнем тревоги ($r=0,17$; $p<0,05$).

- Внешний ЛК в отношении причин болезни слабоотрицательно коррелирует с качеством жизни в сфере здоровья ($r=-0,18$; $p<0,01$) и положительно – с уровнем тревоги ($r=0,27$; $p<0,01$), а внешний ЛК в отношении

лечения – слабоположительно с качеством жизни в социальной сфере ($r=0,12$; $p<0,05$) и уровнем позитивных эмоций ($r=0,23$; $p<0,05$). Безличный локус контроля в отношении причин и лечения слабоотрицательно коррелирует с качеством жизни в сферах здоровья и эмоций ($r=-0,21...-0,14$; $p<0,01$) и положительно – с уровнем тревоги ($r=0,22-0,27$; $p<0,01$). Кроме того, внешний ЛК в отношении причин болезни и безличность в отношении лечения слабоположительно коррелируют со шкалой депрессии ($r=0,17-0,19$; $p<0,05$), а первый из них, кроме того, слабо отрицательно – с тестом оптимизма ($r=-0,19$; $p<0,05$). Безличность в отношении причин болезни, хотя и не связана с депрессивными симптомами, положительно коррелирует с уровнем негативных эмоций ($r=0,20$; $p<0,05$) и отрицательно – со шкалой социальных отношений опросника качества жизни ВОЗ ($r=-0,21$; $p<0,05$).

- Самооффективность в отношении лечения положительно коррелирует с диспозиционным оптимизмом ($r=0,43$; $p<0,01$), удовлетворенностью жизнью и субъективным счастьем ($r=0,30-0,33$; $p<0,01$), выраженностью позитивных эмоций ($r=0,20$; $p<0,05$), шкалами физического, психологического здоровья и социальных отношений опросника качества жизни ВОЗ ($r=0,23-0,31$; $p<0,01$) и отрицательно – с субшкалой отрицательных эмоций, шкалами тревоги и депрессии ($r=-0,25...-0,19$; $p<0,05$). Кроме того, самооффективность в отношении лечения слабоположительно связана с качеством жизни и удовлетворенностью во всех сферах ($r=0,16-0,29$; $p<0,01$), особенно в сферах эмоций и общения.

Локус контроля и самооффективность в отношении болезни и лечения и их зависимость от пола и возраста

Связь локуса контроля и самооффективности с полом и возрастом респондентов исследовалась при помощи серии анализов модерации (Chaplin, 2007) для каждой из шкал методик: в качестве независимых переменных выступали пол (мужчинам приписывался балл –1, женщинам 1) и возраст (переменная центрировалась), а также их продукт (модератор). Чем старше респонденты, тем ниже у них показатели по шкалам внутреннего локуса контроля причин болезни и лечения, внешнего ЛК лечения и самооффективности ($\beta=-0,23$; $R^2=5,5\%$; $\beta=-0,17$, $R^2=3,1\%$; $\beta=-0,18$; $R^2=3,6\%$ и $\beta=-0,28$, $R^2=6,6\%$, соответст-

венно, $p < 0,01$) и тем выше показатель по шкале безличного локуса контроля в отношении лечения ($\beta = 0,15$, $R^2 = 2,6\%$, $p < 0,01$). Не выявлено значимого эффекта пола и эффекта взаимодействия пола и возраста.

Особенности профиля локуса контроля в отношении причин и лечения оценивались при помощи двухфакторного дисперсионного анализа с повторными измерениями вида « 3×2 » [(Внутренний / Внешний / Безличный) \times (В отношении причин / В отношении лечения)]. В целом (см. рисунок) люди более склонны брать на себя ответственность как за возникновение заболевания, так и за лечение ($F = 400,40$, $df = 2$, $p < 0,01$, $\eta^2 = 0,73$); при этом все оценки в отношении лечения в среднем несколько выше, чем оценки в отношении причин, однако величина статистического эффекта низка ($F = 9,17$; $df = 1$; $p < 0,01$; $\eta^2 = 0,11$). Кроме того, отмечается эффект взаимодействия между двумя факторами: в отношении причин заболевания люди реже приписывают ответственность себе и врачам, и чаще – случайности, а в отношении лечения зависимость обратная ($F = 128,53$; $df = 2$; $p < 0,01$; $\eta^2 = 0,53$).

Средний показатель по шкале самооффективности составляет $3,95 \pm 1,26$ баллов из 7 – иными словами, люди склонны оценивать свои способности и готовность справиться с

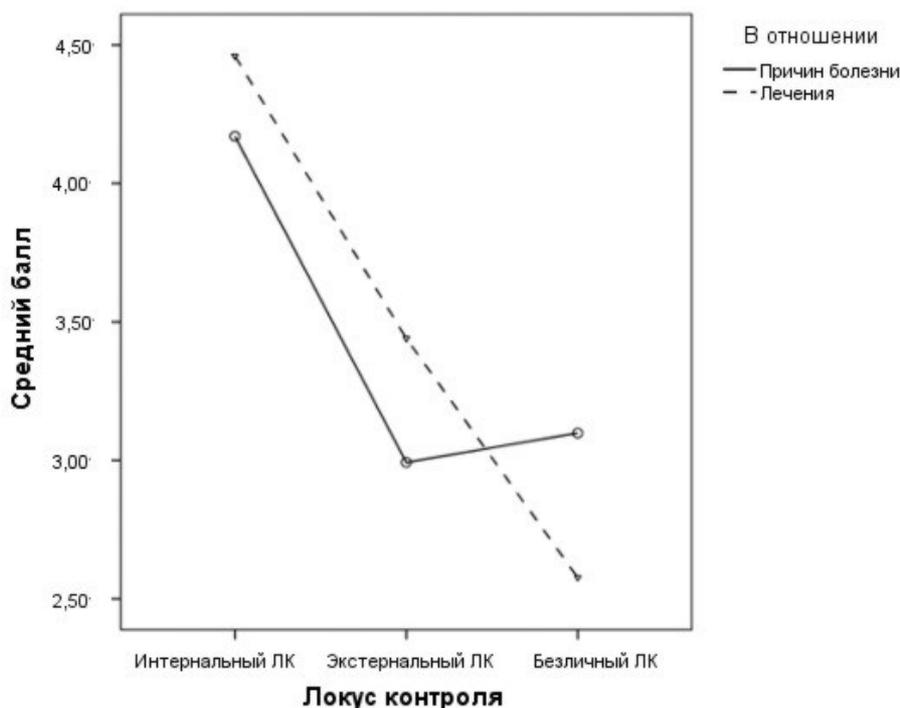
любым, в том числе тяжелым, заболеванием, как средние.

Обсуждение результатов

Таким образом, данные, полученные на различных выборках студентов и взрослых респондентов, свидетельствуют в пользу надежности-согласованности, ретестовой надежности и факторной валидности методик диагностики локуса контроля причин болезни и лечения, а также самооффективности в отношении лечения. Испытуемые старшего возраста реже считают, что болезнь и лечение зависят от них, менее уверены в своих силах справиться с болезнью и помощи со стороны врачей, а чаще уповают в лечении на судьбу и случайность.

Корреляции с общей шкалой самооффективности и опросником уровня субъективного контроля указывают на валидность методик в измерении конструкторов локуса контроля и самооффективности. Однако для методики «Уровень субъективности контроля» это совпадение не полное: можно предполагать, что разделение внутреннего, внешнего и безличного ЛК причин болезни и лечения дает более детализированную картину.

Исследование профиля локуса контроля в отличие от оценки общего показателя. Исследование внешней валидности показывает,



Соотношения локусов контроля в отношении причин болезни и лечения: результаты дисперсионного анализа с повторными измерениями

что как общий локус контроля, так и особенности качества жизни по-разному связаны с различными аспектами локуса контроля причин болезни и лечения. Так, общий локус контроля связан лишь с безличностью ЛК и с интернальностью ЛК в отношении лечения – но не связан значимо с экстернальностью в отношении причин болезни и лечения и интернальностью – в отношении причин болезни. В соответствии с нашими предположениями, эти типы ЛК имеют специфическое содержание: внутренний и внешний ЛК причин болезни могут быть связаны с обвинениями себя и других, с фиксацией на проблеме вместо поиска ее решения. В тоже время, внешний ЛК в отношении лечения может скорее отражать особенности специфической коммуникации с врачом, нежели общий стиль атрибуции. Следует отметить, что эта идея высказана в отношении самооэффективности Р. Шварцером (Schwarzer, 1992) – общая самооэффективность часто имеет достаточно слабое отношение к конкретной деятельности, поэтому диагностика самооэффективности требует учета содержания ситуации, в которой она проявляется. В пользу существования специфического профиля ЛК свидетельствуют и результаты анализа модераций: в целом, люди чаще атрибутируют себе причины и лечение болезни, чувствуют себя в средней степени уверенными в способностях справиться с болезнью и реже атрибутируют болезнь и лечение другим людям и случайности. Однако если в отношении причин болезни люди придают некоторое значение и другим людям, и случайности, то в отношении лечения они склонны больше доверять врачам и совсем не полагаться на волю случая. Заметим, что речь идет о нормативной выборке – более того, многие респонденты были студентами, поэтому закономерно ожидать, что это довольно «позитивный» профиль, часто в отсутствие опыта тяжелых и инвалидизирующих заболеваний.

Каково возможное функциональное значение различных компонентов локуса контроля и самооэффективности в отношении лечения? Самооэффективность в отношении лечения связана с большинством индикаторов субъективного благополучия как физического, так и психологического – иными словами, она является, по меньшей степени, проявлением общего благополучия.

Связи локуса контроля в отношении причин болезни и лечения с благополучием менее однозначны: скорее не столько интернальность (доминирующая в норме) связана с благополучием (хотя можно указать на его неспецифические связи с общим благополучием), сколько внешний ЛК в отношении причин болезни и безличный ЛК в отношении причин и лечения являются отрицательными индикаторами специфического благополучия – в первую очередь, в сфере здоровья и эмоций (некоторые связи выявлены и в отношении симптомов тревоги и депрессии). Образно говоря, **важно не то, в какой мере человек принимает на себя ответственность за болезнь и лечение, а то, какую ее часть он делегирует другим людям или случайным событиям («судьбе»)**. Это не обязательно означает, что склонность видеть в других людях и случайностях причину своих заболеваний, а лечение считать безличным случайным процессом *приводит* к ухудшению физического и психического состояния, хотя такой механизм вполне возможен. Например, обвинение других, согласно ряду исследований, является непродуктивной копинг-стратегией, препятствующей решению проблемы, в том числе, при соматических заболеваниях (Garnefski et al., 2009), а делегирование ответственности за лечение другим людям и событиям неминуемо связано с переживанием снижения собственного контроля за ситуацией, а в некоторых случаях – с ощущением бессилия и нарастанием пассивности, тогда как самоограничительное поведение является признанным негативным прогностическим признаком в психологии здоровья (Ogden, 2007, Kaplan et al., 1993).

Однако закономерность может быть и обратной: делегирование ответственности другим людям или событиям является проявлением нарастающей тревоги и депрессии, бессилия и пассивности, снижения психологического благополучия – например, следствием выученной беспомощности (Seligman, 1972).

Два момента требуют отдельного уточнения. Во-первых, интернальность в отношении лечения оказалась неоднозначно позитивным фактором, будучи связанной не только с оптимизмом, но и с тревогой – иными словами, принятие на себя ответственности за лечение связано не только с большей уверенностью, но и с большим беспокойством. Во-вторых, в отличие от экстер-

нальности в отношении причин болезни, экстернальность в отношении лечения связана только с уровнем позитивных эмоций и качеством жизни в социальной сфере, что, возможно, объясняется тем, что для доверия врачам важны социальные навыки в целом. С нашей точки зрения, готовность делегировать ответственность за лечение медицинскому персоналу во многом зависит от опыта человека (личного, семейной истории и т.п.) и культурно-специфических факторов (способность к социально одобряемому / неодобряемому поведению при заболевании); и продуктивность/непродуктивность этой стратегии (в отличие от безличного ЛК) не может быть оценена без учета конкретной ситуации: например, как именно человек выбирает врача и лечение, в чем состоит лечение и насколько оно эффективно и т. п.

Итак, методики диагностики локуса контроля причин болезни и лечения и самоэффективности являются надежными и валидными методиками и могут применяться в исследованиях атрибуции причин и лечения и уверенности в себе пациентов. Полученные в исследовании данные свидетельствуют скорее в пользу существования специфического профиля внутреннего, внешнего и безличного ЛК причин болезни и лечения, нежели в пользу единого фактора интернального/экстернального атрибутивного стиля. При этом самоэффективность в отношении лечения связана с большинством индикаторов как физического, так и психологического субъективного благополучия, а как внешний ЛК причин болезни, так и безличный ЛК причин болезни и лечения связаны с худшим качеством жизни (в сфере здоровья, эмоций), а в некоторых случаях – с симптомами тревоги и депрессии. Роль внутреннего и внешнего ЛК в отношении лечения менее однозначна. Задачей дальнейших исследований является уточнение психологических коррелятов различных профилей локуса контроля в отношении причин болезни и лечения – в том числе, их связь с соматическими жалобами в норме и при соматических заболеваниях.

Литература

1. Бажин, Е.А. Опросник уровня субъективного контроля (УСК) / Е.Ф. Бажин, Е.А. Голынкина, А.М. Эткинд. – М.: Смысл, 1993.
2. Бевз, И.А. Внутренняя позиция пациента по отношению к болезни и выбор стратегии медицинского поведения (на модели ишемической

болезни сердца): дис. ... канд. психол. наук. – М., 1998.

3. Бурковский, Г.В., Создание русской версии инструмента Всемирной организации здравоохранения для измерения качества жизни / Г.В. Бурковский, А.П. Коцюбинский, Е.В. Левченко, А.С. Ломаченко // Проблемы оптимизации образа жизни и здоровья человека. – СПб, 1995. – С. 27–28.

4. Вассерман, Л.И. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике. Практическое руководство / Л.И. Вассерман, Е.А. Трифонова, О.Ю. Щелкова. – СПб.: Речь, 2011.

5. Гордеева, Т.О. Разработка русскоязычной версии теста диспозиционного оптимизма (LOT) / Т.О. Гордеева, О.А. Сычев, Е.Н. Осин // Психологическая диагностика. – 2010. – № 2. – С. 36–64.

6. Соколова, Е.Т. Особенности личности при соматических заболеваниях / Е.Т. Соколова, В.В. Николаева. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. – М.: SvR-Аргус, 1995. – С. 207–357.

7. Осин, Е.Н. Апробация русскоязычных версий двух шкал экспресс-оценки субъективного благополучия / Е.Н. Осин, Д.А. Леонтьев // Материалы III Всероссийского социологического конгресса. – М.: Ин-т социологии РАН, Российское общество социологов, 2008. (ISBN 978-6-89697-157-3). – URL: <http://publications.hse.ru/chapters/78753840/>.

8. Рассказова, Е.И. Методика оценки качества жизни и удовлетворенности: психометрические характеристики русскоязычной версии / Е.И. Рассказова // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – 2012. – Т. 9. – № 4. – С. 81–90.

9. Сыропятов, О.Г. Ранняя диагностика и лечение депрессии в общей медицинской практике / О.Г. Сыропятов, Н.А. Дзеружинская, Ю.Н. Астапов, Г.В. Иванцова. – Киев: Гелариум-тест, 2003.

10. Таишлыков, В.А. Психология лечебного процесса / В.А. Таишлыков. – Л.: Медицина, 1984.

11. Тхостов, А.Ш. Психология телесности / А.Ш. Тхостов. М.: Смысл, 2002.

12. Шварцер, Р. Русская версия шкалы общей самоэффективности Р. Шварцера и М. Ерусалема / Р. Шварцер, М. Ерусалем, В. Ромек // Иностранная психология. – 1996. – № 7. – С. 71–76.

13. Ajzen I. The Theory of Planned Behavior / I. Ajzen // Organizational behavior and human decision processes. – 1991. – Vol. 50, iss. 2. – P. 179–211.

14. Bandura, A. Social foundation of thought and action: a social cognitive theory / A. Bandura. – Englewood-Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1986.

15. Chaplin, W.F. Moderator and mediator models in personality research / W.F. Chaplin // In Robins R.W., Fraley R.C., Krueger R.E. (eds). Handbook of research methods in personality psychology. – N.Y.: The Guilford Press, 2007. – P. 602–632.

16. Diener, E. *The Satisfaction With Life Scale* / E. Diener, R.A. Emmons, R.J. Larsen, S. Griffin // *Journal of Personality Assessment*. – 1985. – Vol. 49. – P. 71–75.
17. Diener, E. *Subjective well-being: a general overview* / E. Diener, K. Ryan // *South African Journal of Psychology*. – 2009. – Vol. 39. – P. 391–406.
18. Diener, E. *New well-being measures: short scales to assess flourishing and positive and negative feelings* / E. Diener, D. Wirtz, W. Tov et al. // *Social Indicators Research*. – 2010. – Vol. 97. – P. 143–156.
19. Garnefski, N. *Brief report: Cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescents with a chronic disease* / N. Garnefski, H. Koopman, V. Kraaij, R. ten Cate // *Journal of Adolescence*. – 2009. 32. P. 449–454.
20. Kaplan, R. *Health and Human Behaviour* / R. Kaplan, J. Sallis, T. Patterson. – New-York: McGraw-Hill, 1993.
21. 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*. – Routledge: New York, 2003. – P. 42–65.
22. Lyubomirsky, S. *A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation* / S. Lyubomirsky, H. Lepper // *Social Indicators Research*. – 1999. – 46(2). – P. 137–155.
23. Ogden, J. *Health psychology* / J. Ogden. – Buckingham: Open University Press, 2007.
24. Ritsner, M. *Validity of an abbreviated Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q-18) for schizophrenia, schizoaffective, and mood disorder patients*. / M. Ritsner, R. Kurs, A. Gibel et al. // *Quality of Life Research*. – 2005. – Vol. 14, № 7. – P. 1693–1703.
25. Rotter, J.B. *Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement* / J.B. Rotter // *Psychological Monographs*. – 1966. – Vol. 80, № 1. – P. 1–28.
26. Scheier, M.F. *Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies* / M.F. Scheier, C.S. Carver // *Health Psychology*. – 1985. – Vol. 4, № 3. – P. 219–247.
27. Schwarzer, R. *Modeling health behavior change: how to predict and modify the adoption and maintenance of health behavior* / R. Schwarzer // *Applied Psychology: An International Review*. – 2008. – Vol. 57, № 1. – P. 1–29.
28. Schwartz, R. *Measurement of perceived self-efficacy* / R. Schwartz // *Psychometric scales for cross-cultural research*. Berlin, Germany: Freie Universität Berlin, Institut für Psychologie, 1993.
29. Schwarzer, R. *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*. – Washington, DC: Hemisphere, 1992. – P. 217–243.
30. Schwarzer, R. *Health-specific self-efficacy scales* / R. Schwarzer, B. Renner. – Berlin: Freie Universität, 2000. – URL: <http://userpage.fu-berlin.de/health/healself.pdf>.
31. Seligman, M.E.P. *Learned helplessness* / M.E.P. Seligman // *Annual Review of Medicine*. – 1972. – Vol. 23, № 1. – P. 407–412.
32. Skevington, S.M. *The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial A Report from the WHOQOL Group* / S.M. Skevington, M. Lotfy, K.A. O'Connell // *Quality of Life Research*. – 2004. – 13. – P. 299–310.
33. Wallston, K.A. *Development of the multidimensional HLOC (MHLC) scales* / K.A. Wallston, B.S. Wallston, R. DeVellis // *Health Education Monographs*. – 1978. – Vol. 6, № 2. – P. 160–170.
34. Wallston, K.A. *Form C of the MHLC Scales: A Condition-Specific Measure of Locus of Control* / K.A. Wallston, M.J. Stein, C.A. Smith // *Journal of Personality Assessment*. – 1994. – Vol. 63. – P. 534–553.
35. Zigmond, A.S. *The hospital anxiety and depression scale* / A.S. Zigmond, R.P. Snaith // *Acta Psychiatrica Scandinavia*. – 1983. – Vol. 67. – P. 361–370.

Рассказова Елена Игоревна, кандидат психологических наук, доцент, факультет психологии, Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, старший научный сотрудник, Научный центр психического здоровья, e.i.rasskazova@gmail.com

Тхостов Александр Шамилевич, доктор психологических наук, зав. каф. нейро- и патопсихологии факультета психологии, Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, tkhostov@gmail.com

Поступила в редакцию 10 ноября 2015 г.

VALIDATION OF ILLNESS- AND TREATMENT-RELATED LOCUS OF CONTROL SCALE AND TREATMENT-RELATED SELF-EFFICACY SCALE

E.I. Rasskazova^{1,2}, e.i.rasskazova@gmail.com

A.Sh. Tkhostov¹, tkhostov@gmail.com

¹Lomonosov's Moscow State University, Moscow, Russian Federation

²Mental Health Research Center, Moscow, Russian Federation

Illness and treatment representation in the broad sense is considered as one of the key factors of self-regulation in the situation of the illness in psychosomatics and health psychology. This work is devoted to the application of locus of control constructs (internality / externality of attribution of events) and self-efficacy (confidence of the person in her ability to realize her plans) to health and illness. According to the results of the theoretical review, it is important to assess the locus of control and self-efficacy in the specific situation – like situation of illness and treatment. We assume that the structure of the locus of control can be distinguished to not only internal, external and impersonal locus of control – but also that the locus of control of illness reasons and of treatment have different functions. On the basis of these assumptions we developed illness- and treatment-related locus of control scale and treatment-related self-efficacy scale and validated them on a sample of 517 respondents. Consistency of scales in different samples was 0,63-0,82 (with the exception of external locus of control subscale for illness reasons, 0,53-0,58), test-retest reliability - 0,58-0,81. Factor analysis confirms the 6-factor structure of the illness- and treatment-related locus of control scale, and single-factor of treatment-related self-efficacy scale. Correlation with general locus of control questionnaire and general self-efficacy scale is in favor of their convergent validity. Typical profile of internal, external and impersonal locus of control regarding the illness reasons and treatment was revealed. Treatment self-efficacy is related to the majority of indicators of both physical and psychological subjective well-being, while external and impersonal LC regarding illness reasons and impersonal LC of treatment are associated with worse quality of life (in domains of health, emotions), and in some cases - with symptoms of anxiety and depression. The role of internal LC and external LC of treatment is less clear. The scales could be used in studies of the attribution of illness and treatment and confidence in the treatment.

Keywords. Illness- and treatment-related locus of control, treatment-related self-efficacy, psychodiagnosics, health psychology, psychosomatics.

References

1. Bazhin E.F., Golyunkina E.A., Etkind A.M. *Oprosnik Urovnya Sub"ektivnogo Kontrolya (USK)* [The Questionnaire Level of Subjective Control (LSC)]. Moscow, Smysl Publ., 1993. 15 p.
2. Bezv I.A. *Vnutrennyaya pozitsiya patsienta po otnosheniyu k bolezni i vybor strategii meditsinskogo povedeniya. (na modeli ishemicheskoy bolezni serdtsa). Dis. kand. psikholog. nauk* [The Internal Position of the Patient Relative to the Disease and the Choice of Strategy Health Behavior. (On the Model of Coronary Heart Disease). Diss. Kand. (Psychology)]. Moscow, 1998.
3. Burkovskiy G.V., Burkovskiy G.V., Kotsyubinskiy A.P., Levchenko E.V., Lomachenkov A.C. [Creating a Russian Version of the Tool of the World Health Organization to Measure Quality of Life]. *Problemy optimizatsii obraza zhizni i zdorov'ya cheloveka* [Problems of Optimization of Lifestyle and Health]. St. Petersburg, 1995, pp. 27–28. (in Russ.)
4. Vasserman L.I., Trifonova E.A., Shchelkova O.Yu. *Psikhologicheskaya diagnostika i korrektsiya v somaticheskoy klinike. prakticheskoe rukovodstvo* [Psychological Diagnostics and Correction in Somatic Clinic. A Practical Guide.]. St. Petersburg, Rech' Publ., 2011.
5. Gordeeva T.O., Sychev O.A., Osin E.N. [The Development of the Russian-language Version of the Test Dispositional Optimism (LOT)]. *Psikhologicheskaya diagnostika*, 2010, no. 2, pp. 36–64. (in Russ.)
6. Sokolova E.T., Nikolaeva V.V., [Personality Traits in Somatic Diseases]. *Osobennosti Lichnosti Pri Pogranichnykh Rasstroystvakh i Somaticheskikh Zabolevaniyakh* [Personality Traits in Borderline Disorders and Somatic Diseases]. Moscow, SvR-Argus Publ., 1995, pp. 207–357. (in Russ.)

7. Osin E.N., Leont'ev D.A. *Aprobatsiya russkoyazychnykh versiy dvukh shkal ekspress-otsenki sub"ektivnogo blagopoluchiya* [Testing of Russian Versions of the Two Scales of a Rapid Assessment of Subjective Well-being]. *Materialy III Vserossiyskogo sotsiologicheskogo kongressa* [Materials of III All-Russian Congress of Sociology]. Available at: <http://publications.hse.ru/chapters/78753840/> (accessed 14.07.2014).
8. Rasskazova E.I. [Methods of Assessing the Quality of Life and Satisfaction: Psychometric Characteristics of the Russian Version]. *Psikhologiya. Zhurnal Vysshey shkoly ekonomiki* [Psychology. Journal of Higher School of Economics], 2012, vol. 9, no. 4, pp. 81–90. (in Russ.)
9. Syropyatov O.G., Dzeruzhinskaya N.A., Astapov Yu.N., Ivantsova G.V. *Rannyyaya Diagnostika i Lechenie Depressii v Obshchey Meditsinskoj Praktike* [Early Diagnosis and Treatment of Depression in General Medical Practice]. Kiev, Gelarium-test Publ., 2003.
10. Tashlykov V.A. *Psikhologiya Lechebnogo Protsessa* [The Psychology of the Therapeutic Process]. Leningrad, Meditsina Publ., 1984.
11. Tkhostov A.Sh. *Psikhologiya telesnosti* [Psychology of Corporeality]. Moscow, Smysl Publ., 2002. 210 p.
12. Shvartser R., Erusaleim M., Romek V. *Russkaya Versiya Shkaly Obshchey Samoeffektivnosti* [Russian Version of the Self-efficacy Scale]. *Inostrannaya Psikhologiya* [Foreign Psychology], 1996, no. 7, pp. 71–76.
13. Ajzen I. The Theory of Planned Behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 1991, iss. 2, vol. 50, pp. 179–211.
14. Bandura A. *Social Foundation of Thought and Action: a Social Cognitive Theory*. Englewood-Cliffs, N.J., Prentice-Hall, 1986. DOI: 10.1177/105960117700200317.
15. Chaplin W.F., Robins R.W., Fraley R.C., Krueger R.E. (Eds) *Moderator and Mediator Models in Personality Research. Handbook of research methods in personality psychology*. N.Y., The Guilford Press, 2007. pp. 602–632.
16. Diener E., Emmons R.A., Larsen R.J., Griffin S. The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 1985, vol. 49, pp. 71–75. DOI:10.1207/s15327752jpa4901_13.
17. Diener E., Ryan K. Subjective Well-being: a General Overview. *South African Journal of Psychology*, 2009, vol. 39, pp. 391–406. DOI: 10.1177/008124630903900402.
18. Diener E., Wirtz D., Tov W., Kim-Prieto C., Choi D., Oishi S., Bisqas-Diener R. New Well-Being Measures: Short Scales to Assess Flourishing and Positive and Negative Feelings. *Social Indicators Research*, 2010, vol. 97, pp. 143–156. DOI: 10.1007/s11205-009-9493-y.
19. Garnefski N., Koopman H., Kraaij V., ten Cate R. Brief Report: Cognitive Emotion Regulation Strategies and Psychological Adjustment in Adolescents with a Chronic Disease. *Journal of Adolescence*, 2009, vol. 32, pp. 449–454. DOI:10.1016/j.adolescence.2008.01.003.
20. Kaplan R., Sallis J., Patterson T. *Health and Human Behaviour*. New-York, McGraw-Hill, 1993.
21. Leventhal H., Brissette I., Leventhal E., Cameron L.D. 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.
22. Lyubomirsky S., Lepper H. A Measure of Subjective Happiness: Preliminary Reliability and Construct Validation. *Social Indicators Research*, 1999, vol. 46(2), pp. 137–155. DOI: 10.1023/A:1006824100041.
23. Ogden J. *Health Psychology*. Buckingham, Open University Press, 2007.
24. Ritsner M., Kurs R., Gibel A., Ratner Y., Endicott J. Validity of an Abbreviated Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q-18) for Schizophrenia, Schizoaffective, and Mood Disorder Patients. *Quality of Life Research*, 2005, vol. 14, no. 7, pp. 1693–1703. DOI: 10.1007/s11136-005-2816-9.
25. Rotter J.B. Generalized Expectancies for Internal versus External Control of Reinforcement. *Psychological Monographs*, 1966, vol. 80, no. 1, pp. 1–28. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/h0092975>.
26. Scheier M.F., Carver C.S. Optimism, Coping, and Health: Assessment and Implications of Generalized Outcome Expectancies. *Health Psychology*, 1985, vol. 4, no. 3, pp. 219–247. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.4.3.219>.
27. Schwarzer R. *Measurement of Perceived Self-Efficacy. Psychometric Scales for Cross-Cultural Research*. Berlin, Germany, Freie Universitat Berlin, Institut für Psychologie, 1993.
28. Schwarzer R. Modeling Health Behavior Change: How to Predict and Modify the Adoption and Maintenance of Health Behavior. *Applied Psychology, An International Review*, 2008, vol. 57, no. 1, pp. 1–29.
29. Schwarzer R. Self-Efficacy in the Adoption and Maintenance of Health Behaviors: Theoretical Approaches and a New Model. *Self-efficacy: Thought control of action*. Washington, DC, Hemisphere, 1992, pp. 217–243. DOI: 10.1111/j.1464-0597.2007.00325.x.
30. Schwarzer R., Renner B. *Health-Specific Self-Efficacy Scales*. Berlin, Freie Universitet, 2000. Available at: <http://userpage.fu-berlin.de/health/healself.pdf> (accessed 04.03.2014).
31. Seligman M.E.P. Learned Helplessness. *Annual Review of Medicine*, 1972, vol. 23, no. 1, pp. 407–412. DOI: 10.1146/annurev.me.23.020172.002203.

32. Skevington S.M., Lotfy M., O'Connell K.A. The World Health Organization's WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment: Psychometric Properties and Results of the International Field Trial A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, 2004, vol. 13, pp. 299–310. DOI: 10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00.

33. Wallston K.A., Stein M.J., Smith C.A. Form C of the MHLC Scales: A Condition-Specific Measure of Locus of Control. *Journal of Personality Assessment*, 1994, vol. 63, pp. 534–553. DOI: 10.1207/s15327752jpa6303_10.

34. Wallston K.A., Wallston B.S., DeVellis R. Development of the Multidimensional HLOC (MHLC) Scales. *Health Education Monographs*, 1978, vol. 6, no. 2, pp. 160–170. DOI: 10.1177/109019817800600107.

35. Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 1983, vol. 67, pp. 361–370. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.

Received 10 November 2015

ОБРАЗЕЦ ЦИТИРОВАНИЯ

Рассказова, Е.И. Апробация методик диагностики локуса контроля причин болезни и лечения и самоофективности в отношении лечения / Е.И. Рассказова, А.Ш. Тхостов // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». – 2016. – Т. 9, № 1. – С. 71–83. DOI: 10.14529/psy160108

FOR CITATION

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
