

## МОРАЛЬНАЯ ОЦЕНКА БОЛЬНЫХ: ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ И НЕПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О БОЛЕЗНЯХ

Е.В. УЛЫБИНА, И.С. ПЕЛЕВИНА

---

### Резюме

*Работа посвящена исследованию влияния вида образования и опыта болезни на моральную оценку больных гипертонией и депрессией. Моральная оценка как отдельное независимое измерение восприятия психических больных выделена Н. Хаслемом наряду с патологическим, медицинским и психологическим измерениями. Полученные результаты позволяют говорить о том, что вид образования (медицинское, психологическое и т. д.) влияет на выраженность моральной оценки больного и на связь моральной оценки с другими параметрами представления о болезни. На рассмотренном материале получены данные, свидетельствующие о том, что независимость моральной оценки свойственна только людям, имеющим медицинское или психологическое образование.*

*Собственный опыт болезни не оказывает влияние на уровень моральной оценки больного.*

**Ключевые слова:** моральная оценка, непрофессиональные теории психических болезней, непрофессиональные теории соматических болезней, Н. Хаслем

---

Отношение к больным включает комплекс разнонаправленных реакций — от стремления помочь и защитить до отвержения и осуждения. К последним можно отнести стигматизацию больных и моральное осуждение. В социальной психологии и социологии активно изучается фено-

мен стигматизации больных — наделения больных статусом «иных», помещение их за пределы нормального человеческого общества. Менее изучен феномен морального осуждения больных, при котором болезнь считается следствием отрицательных черт характера. Н. Хаслем выделил

измерение «морализации» как одно из четырех измерений, в которых непрофессионалы описывают психические болезни (Haslam, 2003, 2007). Кроме морализации он отметил измерение патологизации, медикализации и психологизации. Измерение патологизации — обобщающее по отношению к психическим расстройствам, оно содержит суждения о степени, в которой специфическая форма поведения или опыта является отклоняющейся, ненормативной или неправильной. Измерение морали представляет степень, в которой отклонение поведения оценивается как безнравственность, как проявление моральной распушенности или недостатков самовоспитания. В этом случае болезнь как бы игнорируется. Морализируя, непрофессионалы используют в качестве инструментов тот же самый набор причин, верований и желаний, который используется для объяснения повседневных обычных действий. Это позволяет устранить противопоставление «мы — они», «мы — другие» (Н. Хаслем). Использование измерения морали поддерживает «веру в справедливый мир» (Lerner, 1980), согласно которой с хорошим человеком, живущим по правилам, не может произойти ничего плохого. Если человек по этой логике заболел, то он сам виноват, потому что неправильно относился к жизни, нарушал режим питания и пр. Моральная оценка, согласно теории веры в справедливый мир, служит средством снятия тревоги перед неизвестным, позволяя считать нежелательные явления результатом действий самого пострадавшего (заболевшего). Если человек располагает другими способами объяснения

причин болезни, то ему нет необходимости прибегать к моральному осуждению для сохранения непротиворечивой картины мира.

«Медицинское» измерение представляет описание ненормальности как результат соматических нарушений, понимая психические расстройства как обычные болезни. Медицинское измерение противоположно моральному, оно создает эффект стигмы и не позволяет использовать для объяснения поведения больного те же основания, что и для объяснения поведения здорового. Объяснения в пространстве «психологического» измерения содержит объяснение болезни в терминах психологических причин, включая психические травмы, негативный детский опыт, внутриличностный конфликт или эмоциональный стресс. Использование психологического измерения по отношению к психическим болезням повышает симпатию к больному и одновременно смягчает моральное осуждение, так как действие психологических факторов считается неподконтрольным субъекту. Выделенные Н. Хаслем измерения представлений о психических болезнях могут, как предполагается, быть применены и для описания представлений о соматических болезнях.

Многие соматические и психологические болезни, в том числе гипертония и депрессия, развиваются под воздействием как психологических, так и биологических причин. Кроме того, и гипертония, и депрессия требуют соблюдения определенного образа жизни, нарушение которого ведет к обострению симптоматики. В той мере, в которой болезнь признается зависящей от

этих «бытовых способов» помощи себе, больной может считаться ответственным за развитие болезни и вызывать осуждение. Представления о большей или меньшей действенности каждого из этих факторов могут различаться у людей, обладающих различными видами образования, и у людей с одинаковым образованием. Это позволяет сформулировать следующие предположения: 1) выраженность морального измерения и его связь с другими измерениями будет различной у людей с психологическим и медицинским образованием и людей без психологического и медицинского образования; 2) возможность объяснить болезнь биологическими (у людей с медицинским образованием) или психологическими причинами (у психологов) будет уменьшать моральное осуждение больных.

Моральное осуждение больного при сохранении веры в справедливый мир приходит в противоречие с собственным опытом болезни, заставляя либо считать себя виновным в заболевании, либо признавать мир несправедливым. Это позволяет предположить, 3) что люди с опытом болезни будут в большей степени осуждать больного и считать болезнь подающейся бытовым способом лечения, чем не имеющие такого опыта.

**Испытуемые** — 250 человек (суждения о гипертонии оценивали 247 человек), 211 женщин, 39 мужчин. 67 человек — студенты-психологи (средний возраст — 20.6), 50 человек — люди с высшим медицинским образованием (средний возраст — 43.2), 55 человек — люди со средним специальным медицинским образованием (средний возраст — 45.1), 38 чело-

век — люди с высшим немедицинским образованием (средний возраст — 48), 37 человек — люди со средним и средним специальным немедицинским образованием (средний возраст — 38.8). Психиатры участия в опросе не принимали. Испытуемые составили три группы: 1) люди с медицинским образованием, включая высшее и среднее; 2) психологи и 3) люди без медицинского и психологического образования. Хотя у психологов есть некоторые представления о депрессии, однако студенты-психологи не могут считаться профессионалами в области психических расстройств. У людей с медицинским образованием есть знания о гипертонии и депрессии, однако знания о депрессии при отсутствии специализации не являются в строгом смысле профессиональными.

Выборка неуравновешенна по полу, возрасту и образованию: психологи имеют только незаконченное высшее образование, среди представителей других профессий незаконченное высшее образование имеют только 6 человек. Однако предварительный характер исследования позволяет использовать данный материал. Исследование проводилось в Москве и Владимире в 2009 году.

### Инструментарий

Испытуемым предлагался список суждений (84 суждения о депрессии и 79 о гипертонии), которые они должны были оценить по 7-балльной шкале по степени согласия. Список включал суждения о симптомах, причинах, методах лечения. Суждения составлялись на основе пилотажного опроса врачей, медсестер и

сотрудников больницы без медицинского образования и специальной литературы. В анкете использовался бытовой язык, формулировки были близки полученным в пилотажном опросе.

Моральная оценка больного гипертонией определялась по совокупности суждений, включающих интерпретацию болезни как вины самого больного, получающего «вторичную выгоду» от болезни в виде жалости и внимания окружающих и прямую негативную оценку. Альфа Кронбаха для пяти суждений, приведенных ниже, — 0.57.

7. *Повышение кровяного давления — результат неумения справляться со стрессами.*

37. *Повышенное кровяное давление — результат неверного отношения к внешнему миру.*

67. *Если человек не подготовлен к жизни, он будет неправильно относиться к происходящему, и давление повысится.*

73. *Давление скорее повысится у злого, агрессивного человека.*

77. *Человек может быть сам виноват в заболевании, не лечится, потому что ему так удобно — близкие уделяют ему внимание, жалеют его.*

Уровень моральной оценки больного депрессией определялся по согласию с суждениями о том, что депрессивный больной сам виноват в своем расстройстве, которое ему выгодно, так как вызывает жалость и внимание окружающих, и он сам отгораживается от них. Прямая негативная оценка больного депрессией не включалась в анкету, так как подобные утверждения не были обнаружены в материалах пилотажной части исследования. Альфа Кронбаха = 0.49.

29. *Человек, страдающий депрессией, сам отгораживается от общества.*

37. *Депрессией можно заболеть в результате неправильного отношения к внешнему миру.*

39. *Люди с депрессией сами жалеют себя.*

57. *Человек в депрессии в чем-то сам виноват, не умеет управлять собой.*

67. *Депрессивному пациенту просто так удобно жить, окружающие уделяют ему внимание, жалеют его.*

В качестве предикторов использовались: уровень согласия испытуемых с 1) действием психологических причин развития болезни, для гипертонии (7 пунктов),  $\alpha = 0.57$ , для депрессии (7 пунктов),  $\alpha = 0.54$ ; 2) действием биологических причин развития болезни: для гипертонии (7 пунктов),  $\alpha = 0.56$ , для депрессии (7 пунктов),  $\alpha = 0.50$ ; 3) возможностью коррекции состояния больного с помощью бытовых средств и усилий самого пациента («чтобы не страдать от депрессии, нужно самому помогать другим», «домашние животные помогают нормализовать давление» и пр.) для гипертонии (7 пунктов),  $\alpha = 0.52$ , для депрессии (8 пунктов),  $\alpha = 0.51$  и 4) оценка неизлечимости болезни.

Выделение испытуемых, обладающих опытом болезни, производилось на основе согласия с суждениями: «Я сам пережил однажды депрессивный эпизод» (146 — «да», 104 — «нет») и «Бывает, что давление повышается и у меня» (170 человек — «да», 77 — «нет»).

## Результаты

Средние значения моральной оценки больного гипертонией приведены

в таблице 1, депрессивного больного — в таблице 2.

Для проверки гипотезы о зависимости моральной оценки от вида образования был проведен однофакторный дисперсионный анализ ANOVA, который показал, что моральная оценка больного гипертонией значимо связана с видом образования ( $F(2, 244) = 5.96, p = 0.002$ ). Наибольшее осуждение больные с повышенным давлением вызывают у людей с медицинским образованием, наименьшее — у студентов-психологов. Существует значимая, но несколько меньшая зависимость ( $F(2, 247) = 3.538, p = 0.031$ ) в уровне моральной оценки больных депрессией от вида образования испытуемых. У людей без медицинского образования моральное осуждение больных наибольшее, у людей с медицинским образованием — несколько меньше, у психологов — существенно меньшее. Наименьшее осуждение больные люди вызывают у психологов. Люди с медицинским образованием проявляют большее осуждение больных гипертонией, возлагая на них

вину за повышение давления. Люди без медицинского образования проявляют наибольшую нетерпимость к больным депрессией. Данные о значимых различиях в уровне моральной оценки больных людей определили необходимость проведения дальнейшего анализа внутри групп людей с медицинским образованием, психологическим образованием и людей без медицинского и психологического образования.

Корреляционный анализ показал, что рассматриваемые предикторы (биологические и психологические причины болезни и бытовые способы помощи) не являются независимыми, они связаны друг с другом, что соответствует и медицинским (профессиональным) моделям рассматриваемых болезней (см. таблицы 3 и 4).

Для выделения тех предикторов, которые вносят наибольший вклад в предсказание негативной моральной оценки больных, была использована множественная регрессия с пошаговым исключением предикторов.

Результаты показали, что в группе людей с медицинским образованием

Таблица 1

**Средние значения моральной оценки больного гипертонией**

	<b>Есть опыт болезни</b>	<b>Нет опыта болезни</b>
Люди с медицинским образованием	4.481	4.295
Люди без медицинского образования	4.357	4.075
Студенты-психологи	4.083	4.240

Таблица 2

**Средние значения моральной оценки депрессивного больного**

	<b>Есть опыт болезни</b>	<b>Нет опыта болезни</b>
Люди с медицинским образованием	4.453	4.241
Люди без медицинского образования	4.549	4.428
Студенты-психологи	4.192	4.114

уровень морального осуждения больных гипертонией предсказывается только уровнем согласия испытуемых с действенностью бытовых способов регуляции давления ( $\beta = 0.610$ ;  $t = 7.813$ ;  $p = 0.000$ ),  $R^2 = 0.37$ . Чем больше люди уверены в том, что образ жизни и режим питания может снижать давление, тем выше осуждение больных гипертонией. Другие предикторы не вносят значимого вклада в осуждение больного.

Моральная оценка больных гипертонией людьми с немедицинским образованием может быть значимо предсказана на основании уровня согласия с действенностью психологических причин повышения давления ( $\beta = 0.570$ ;  $t = 6.012$ ;  $p = 0.000$ ),  $R^2 = 0.32$ . Люди с повышенным давлением вызывают осуждение, если считается, что их болезнь — это ре-

зультат тревожных мыслей, страхов, детской травмы и пр., с чем, возможно, больные не умеют справляться.

В группе студентов-психологов моральная оценка больных гипертонией значимо предсказывается двумя предикторами: согласием с действенностью психологических причин болезни ( $\beta = 0.558$ ;  $t = 6.390$ ;  $p = 0.000$ ) и действенностью бытовых способов коррекции давления ( $\beta = 0.356$ ;  $t = 4.068$ ;  $p = 0.000$ ),  $R^2 = 0.53$ . Больные гипертонией подвергаются осуждению, если болезнь рассматривается и как результат психологических причин, и как следствие неправильного образа жизни.

Согласие с биологическими причинами развития болезни и оценка неизлечимости во всех случаях не вошли в число значимых предикторов.

Таблица 3

**Корреляции между биологическими и психологическими причинами гипертонии и бытовыми способами коррекции давления**

	<b>Психологические причины</b>	<b>Бытовые способы помощи</b>
Биологические причины	0.57	0.63
Психологические причины		0.56

*Примечание.* Все корреляции значимы на уровне  $p < 0.01$ .

Таблица 4

**Корреляции между биологическими и психологическими причинами депрессии и бытовыми способами помощи себе**

	<b>Психологические причины</b>	<b>Бытовые способы помощи</b>
Биологические причины	0.37	0.35
Психологические причины		0.58

*Примечание.* Все корреляции значимы на уровне  $p < 0.01$ .

Моральное осуждение больных депрессией в группе людей с медицинским образованием может быть предсказано взаимодействием согласия с психологическими причинами болезни ( $\beta = 0.352; t = 4.830; p = 0.000$ ) и оценкой ее неизлечимости ( $\beta = 0.328; t = 3.822; p = 0.000$ ),  $R^2 = 0.24$ . Больные депрессией вызывают осуждение, если считается, что болезнь зависит от психологических факторов и является хронической, что требует повышенного внимания к своему здоровью.

Осуждение больных депрессией людьми без медицинского образования может быть предсказано на основании уровня согласия только с психологическими причинами развития болезни ( $\beta = 0.485; t = 4.106; p = 0.000$ ),  $R^2 = 0.22$ . Больные осуждаются, если не считаются слишком чувствительными, эмоциональными и не имеющими цели в жизни.

Негативная моральная оценка людей, страдающих депрессией, студентами-психологами может быть значимо предсказана на основании согласия действенностью бытовых способов помощи себе при болезни ( $\beta = 0.636; t = 6.651; p = 0.000$ ),  $R^2 = 0.40$ . Больные вызывают моральное осуждение, если признается возможность влиять на развитие болезни бытовыми средствами, не прибегая к помощи специалиста. Признание ответственности психологических причин незначимо.

Для проверки гипотезы о влиянии опыта болезни на моральное осуждение больного был использован дисперсионный анализ, который показал отсутствие значимых различий в моральной оценке больного гипертонией людьми, имевшими

опыт повышенного давления и не имевшими такого опыта, и отсутствие различий в оценке больного депрессией в зависимости от собственного опыта депрессии. Гипотеза не подтвердилась.

Линейная регрессия с пошаговым исключением подтвердила предположение, что у людей с опытом и без опыта болезни моральное осуждение связано с различными предикторами. В подвыборке людей с опытом гипертонии, включающей испытуемых всех специальностей, моральное осуждение может быть предсказано на основе согласия с психологическими причинами болезни ( $\beta = 0.451; t = 6.553; p = 0.000$ ) и бытовыми способами коррекции ( $\beta = 0.323; t = 4.684; p = 0.000$ ),  $R^2 = 0.47$ . В подвыборке людей без опыта повышенного давления моральная оценка может быть предсказана на основе согласия с психологическими причинами болезни ( $\beta = 0.465; t = 4.553; p = 0.000$ ),  $R^2 = 0.20$ .

Моральное осуждение больных депрессией людьми, имеющими опыт болезни, может быть предсказано на основании согласия с психологическими причинами ( $\beta = 0.368; t = 4.310; p = 0.000$ ) и бытовыми способами помощи себе ( $\beta = 0.302; t = 3.535; p = 0.000$ ),  $R^2 = 0.36$ . Осуждение больных депрессией людьми без опыта болезни предсказывается только уровнем согласия с психологическими причинами ( $\beta = 0.528; t = 6.280; p = 0.000$ ),  $R^2 = 0.27$ .

### Обсуждение результатов

Подтвердилась гипотеза о зависимости уровня осуждения больных от характера образования испытуемых. Больные гипертонией вызывают

наибольшее осуждение у людей с медицинским образованием, для которых повышение давления связывается с безответственностью самого больного. Больные депрессией вызывают наибольшее осуждение у людей без медицинского и психологического образования, у которых отсутствует биологическая или психологическая модель болезни, позволяющая объяснить появление и развитие симптомов депрессии. В этом случае изменение настроения, апатия и пр. считаются лишь следствием моральной распушенности и стремлением получить выгоду от своего состояния. Полученные результаты можно объяснить отсутствием сформированной профессиональной модели болезни у людей без специального медицинского и психологического образования. Это подтверждает более общее положение: если у человека нет объяснительной модели, то используется защита в виде осуждения больного. Медики и психологи располагают специализированными моделями объяснения болезни, они не склонны без учета этой модели кого-либо осуждать.

Имеющиеся данные не позволяют подтвердить предположение Н. Хаслема о независимости морального и психологического измерений в оценке болезней. Признание психологических причин болезни не уменьшает морального осуждения, но увеличивает его. Однако существуют различия в связи морального измерения с психологическим в зависимости от образования испытуемых и вида болезни. Осуждение больных гипертонией людьми с медицинским и психологическим образованием опосредовано признанием о действительности

сти бытовых способов помощи себе, а люди без медицинского образования (немедики) осуждают больных в случае признания психологических причин болезни. Моральное измерение по отношению к соматической болезни представлено как независимое только у людей со специальным медицинским образованием. В остальных случаях психологическое и моральное измерение выступают как связанные друг с другом. Признание биологических причин и неизлечимости болезни во всех случаях не позволяет предсказать моральную оценку, что показывает независимость морального и медицинского измерения болезни в непрофессиональных теориях гипертонии.

По отношению к больным депрессией моральное измерение как независимое выявлено только в подвыборке студентов-психологов, которые осуждают больных, если признают действенность бытовых способов борьбы с депрессией. У людей без психологического образования (с медицинским и немедицинским образованием) моральная оценка опосредована оценкой признания психологических причин болезни, что не позволяет говорить о том, что для них моральное и психологическое измерение независимы. У людей с медицинским образованием к числу значимых предикторов морального осуждения добавляется оценка неизлечимости болезни. Возможно, в этом случае депрессия помещается в разряд хронических заболеваний, к проявлению которых больной должен приспосабливаться и предпринимать специальные меры для предотвращения симптомов. Однако эта интерпретация носит



предварительный характер и нуждается в дополнительной проверке.

Полученные результаты позволили выделить моральное измерение как независимое от психологического и медицинского только при наличии медицинского образования в отношении соматической болезни и психологического образования в отношении психического расстройства. В обоих случаях речь не идет о собственно профессиональных моделях болезней, однако имеющаяся специализация оказывается достаточной для различения морального и психологического измерения в моделях болезней.

Опыт гипертонии и депрессии вносит в число предикторов, предсказывающих моральное осуждение больного, признание действительности бытовых способов воздействия на болезнь. Для больного человека важно иметь представление о возможности самому влиять на свое состояние, в этом случае моральное осуждение связано с предположением о пренебрежении этими правилами. Во всех случаях моральное осуждение сочетается с признанием психологических причин развития болезни, которые рассматриваются как потенциально поддающиеся контролю и не снимающими вины с больного.

## Литература

*Haslam N.* Folk psychiatry: lay thinking about mental disorder // *Social research* 2003. 70. 2. 621–644.

*Haslam N.* Lay conceptions of mental disorder: Introduction to the special issue // *Australian Psychologist*. 42. 79–80.

*Lerner M.J.* The Belief in a Just World: A Fundamental Delusion. N.Y: Plenum Press, 1980.

**Улыбина Елена Викторовна, профессор Российского государственного гуманитарного университета им. Л.С. Выготского, доктор психологических наук**

Контакты: ulib@mail.ru

**Пелевина Ирина Станиславовна, ведущий инженер-программист отдела автоматизированных систем управления областной клинической больницы г. Владимира**

Контакты: ipelevina@rambler.ru