

Ценности и страхи: связь между ценностными предпочтениями и страхом перед нарушениями здоровья

Иосифян М.А.,

кандидат психологических наук, научный сотрудник, кафедра нейро- и патопсихологии, факультет психологии МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия, marina.iosifyan@gmail.com

Арина Г.А.,

старший преподаватель, кафедра нейро- и патопсихологии, факультет психологии МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия, g.a.arina@yandex.ru

Николаева В.В.,

доктор психологических наук, профессор, кафедра нейро- и патопсихологии, факультет психологии МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия, valentvas99@mail.ru

Оценка нарушений здоровья пациентом играет важную роль в принятии им медицинских решений. Данная оценка включает как когнитивный, так и аффективный компоненты. Так, эмоция страха играет важную роль в поведении по отношению к здоровью. Однако неясно, почему некоторые нарушения здоровья пугают больше, чем другие. В данном исследовании изучалась связь между страхом перед нарушениями здоровья и индивидуальными ценностными предпочтениями. В дизайне корреляционного исследования респонденты оценивали 14 нарушений здоровья от наиболее к наименее пугающим, также выбирали три ценности, которые окажутся под угрозой в случае каждого из нарушений здоровья. Кроме того, респонденты заполняли опросник ценностных предпочтений Ш. Шварца. Было обнаружено, что связь между ценностными предпочтениями и страхом опосредуется двумя параметрами: значимостью ценностей и их содержанием. Во-первых, наиболее страшные нарушения здоровья ассоциируются с угрозой наиболее значимым личностным ценностям. Во-вторых, чем больше нарушения здоровья ассоциируются с ценностями самостоятельности и безопасности, тем более пугающими они являются; в то время как с ценностями гедонизма и универсализма ассоциируются наименее пугающие нарушения здоровья. В целом

исследование показало, что аффективная оценка нарушений здоровья, а именно страх перед этими состояниями, связана с ценностными предпочтениями человека.

Ключевые слова: ценности, страх, здоровье, теория ценностей Шварца, мотивации и эмоции.

Для цитаты:

Иосифян М.А., Арина Г.А., Николаева В.В. Ценности и страхи: связь между ценностными предпочтениями и страхом перед нарушениями здоровья [Электронный ресурс]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija], 2019, vol. 8, no. 1, pp. 103–117. doi: 10.17759/psycljn.2019080107

For citation:

Iosifyan M.A., Arina G.A., Nikolaeva V.V. Values and Fears: Value Priorities and Fear of Health Impairments [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija], 2019, vol. 8, no. 1, pp. 103–117. doi: 10.17759/psycljn.2019080107 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

В современной медицине развивается пациент-центрированная парадигма, которая подразумевает, что пациент активно участвует в принятии решений, связанных с его здоровьем [6]. Эти решения могут касаться выбора метода лечения или отказа от лечения, причем они могут быть сопряжены как с относительно невысокими потенциальными потерями (например, принимать или не принимать таблетки от простудного заболевания, если они могут вызвать аллергию), так и с крайне высокими и драматичными. Так, в ряде случаев перед пациентами может встать задача выбора между болезненным методом лечения, который способен на какое-то время продлить жизнь, или менее болезненным паллиативным лечением. Для того, чтобы оказывать пациентам помощь, сопровождая их в период принятия важного решения, связанного со здоровьем, необходимо понять, как именно эти решения принимаются.

Процесс принятия решений, связанных со здоровьем, можно изучать, опираясь на когнитивный и аффективный аспекты этого процесса. Когнитивный аспект связан с изучением представлений пациентов о заболевании и методах его лечения, которые оказывают влияние на принятие решений, связанных со здоровьем [14]. Аффективный аспект представлен эмоциями, которые возникают у человека по отношению к заболеванию и способам его лечения. Такие эмоциональные состояния, как депрессия, тревога и страх могут возникать в связи с заболеванием и необходимостью принятия медицинских решений [8; 12].

Настоящее исследование посвящено изучению одного из аффективных аспектов принятия решений, связанных со здоровьем, – страху перед нарушениями

здоровья, который может оказывать влияние на процесс принятия решений, затрагивающих здоровье. Так, было показано, что вместе с возрастанием страха увеличивается готовность изменить свое поведение ради защиты здоровья [13; 17]. Разные нарушения здоровья вызывают разный по интенсивности страх, а некоторые нарушения здоровья оцениваются людьми как более пугающие, чем сама смерть [5]. Однако факторы, которые способны объяснить страх перед нарушениями здоровья, изучены недостаточно.

Одно из возможных объяснений страха дает мотивационный подход к эмоциям: страх возникает при отдалении от достижения желаемых целей, заданных мотивацией [10; 15]. Близкая точка зрения по данному вопросу была сформулирована П.В. Симоновым и В.К. Вилюнасом [2]. В рамках теории ценностей Ш. Шварца было показано, что ценности связаны с эмоцией страха [19]. Было высказано предположение, которое получило частичное эмпирическое подтверждение, что страх за себя и свое ближайшее окружение ассоциируется с ценностями, связанными с собственным благополучием (ценности гедонизма, достижений, власти, безопасности, стимуляции и самостоятельности). В то же время страхи, связанные не столько с личным благополучием, сколько с благополучием других (такие как страх войны или страх экологической катастрофы), ассоциируются с ценностями самотрансцендентности (ценности универсализма и доброты).

Эмпирически было показано, что люди с высокой значимостью ценностей универсализма и доброты испытывают больший страх перед войной, чем люди с относительно низкой значимостью этих ценностей [20]; люди с высокой значимостью ценности безопасности, традиций и конформности испытывают больший страх перед преступностью [3].

Таким образом, подобный подход позволяет расширить представления о роли мотивации в происхождении страха, включив в мотивационный аспект ценностную систему человека. Ценности определяются как абстрактная мотивация, не привязанная к конкретным ситуациям, но способная задавать жизненные цели и регулировать поведение на пути к достижению этих целей [1; 18]. Руководствуясь данным подходом, можно предположить, что люди испытывают страх перед некоторыми нарушениями здоровья, потому что эти состояния ассоциируются у них с угрозой значимым ценностям. Однако эмпирических доказательств к настоящему времени не получено.

Данное исследование направлено на изучение связи между ценностями и страхом перед нарушениями здоровья. Для этого проверяются следующие гипотезы:

1) наиболее пугающие нарушения здоровья связаны с наиболее значимыми личностными ценностями, в то время как наименее пугающие нарушения здоровья – с наименее значимыми ценностями;

2) наиболее пугающие нарушения связаны с ценностями гедонизма, достижений, власти, безопасности, стимуляции и самостоятельности, в то время как наименее значимые – с ценностями доброты и универсализма.

Методы

Выборка. Размер выборки составил 154 человека в возрасте от 18 до 76 лет (средний возраст – 25,95 лет; стандартное отклонение – 11,24 года; 30 мужчин, 124 женщины). Все респонденты приняли участие в исследовании добровольно.

Методики. Была разработана методика оценки угрозы ценностям в ситуации болезни. Респондентов просили проранжировать 14 состояний здоровья от наиболее к наименее пугающим. Таким образом, ранг 1 получало наиболее пугающее состояние, а ранг 14 – наименее пугающее. Состояния здоровья включали наиболее тяжелые нарушения, связанные с физическими, сенсорными, когнитивными и социальными ограничениями: паралич нижних и верхних конечностей, слепота, глухота, немота, аносмия, сексуальная дисфункция, утрата способности к обучению чему-либо, утрата умственной работоспособности, психическое расстройство, нарушение памяти, потеря возможности общаться с другими людьми, потеря привлекательной внешности, ожирение, сексуальная дисфункция.

Далее респондентов просили выбрать три ценности, которые могут оказаться под угрозой у человека в связи с каждым из этих состояний здоровья («Представьте, что внезапно вследствие заболевания или травмы человек переживает паралич верхних конечностей. Что из списка, который приведен ниже, в первую очередь потеряет такой человек?»). Список включал 10 основных ценностей в соответствии с теорией ценностей Ш. Шварца: гедонизм (удовольствия), власть (авторитет, контроль и деньги), безопасность (стабильность), конформность (самодисциплина, уважение социальных норм, вежливость), достижения (успех, амбиции), традиция (уважение традиций, скромность), доброта (альтруизм, помощь другим), универсализм (толерантность, мир, справедливость), самостоятельность (независимость, креативность и свобода), стимуляция (активная, стимулирующая жизнь).

Респонденты также заполнили опросник ценностных ориентаций Шварца в российской адаптации [16; 18]. Опросник включает 57 пунктов. Респондентам необходимо было оценить каждый пункт по шкале от -1 (противоположно моим ценностям) до 7 (исключительно важная ценность).

Статистический анализ. Для проверки гипотезы о том, что ценности, связанные с наиболее пугающими состояниями здоровья, являются наиболее значимыми, была измерена значимость ценностей по результатам опросника Шварца, а также значимость ценностей через их ассоциацию с пугающими состояниями здоровья. Значимость ценностей по результатам опросника Шварца определялась следующим образом: были посчитаны средние значения ценностей, затем они были центрированы относительно показателя MRAT (среднее значение по всем пунктам опросника).

Значимость ценностей через их ассоциацию с пугающими состояниями здоровья была подсчитана с помощью следующей формулы:

$$V = \sum (Hr) \times \left(\frac{1}{Vr}\right),$$

где V – значимость ценности; Hr – ранг пугающего состояния здоровья, с которым ассоциируется ценность (от 1 (наиболее пугающее) до 14 (наименее пугающее)); Vr – ранг ценности (от 1 (в первую очередь будет утрачена у человека с данным состоянием здоровья) до 3 (в третью очередь будет утрачена у человека с данным состоянием здоровья)).

Алгоритм данной формулы заключается в том, что чем чаще ценность ассоциируется с наиболее пугающими состояниями здоровья, тем значимей она считается. И наоборот: чем чаще ценность ассоциируется с наименее пугающими состояниями здоровья, тем менее значимой она является.

Затем был проведен корреляционный анализ между 10 ценностями, измеренными с помощью опросника Шварца, и 10 ценностями, измеренными через ассоциацию с пугающими состояниями здоровья, как описано выше. Коэффициенты корреляции Ч. Спирмена были подсчитаны для каждого человека индивидуально. Затем были оценены значимость отличия от нуля и знак среднего коэффициента корреляции по всей выборке. Данный коэффициент позволяет оценить, согласуются ли ценности, измеренные двумя разными способами: опросником Шварца и через ассоциацию с пугающими состояниями здоровья.

Для проверки гипотезы о связи между типом ценностей и страхами перед потерей здоровья была создана линейная регрессионная модель, в которой зависимой переменной выступал страх перед нарушениями здоровья, а независимой переменной – 10 ценностей, ассоциирующихся с каждым из этих нарушений здоровья. Возраст и пол были включены в модель, чтобы проконтролировать их потенциальный вклад в вариативность зависимой переменной. Регрессионная модель учитывала номер респондентов как повторяющийся фактор. Модель была создана в R (www.R-project.org/) с помощью пакета lme4 для регрессионных моделей со смешанными эффектами [4]. Предварительно был проведен анализ на наличие мультиколлинеарности среди независимых переменных (ценностей).

Также с помощью теста Фридмана было показано, отличаются ли 14 нарушений здоровья по степени ассоциаций со страхом. То есть являются ли одни нарушения более пугающими, чем другие.

Результаты

Какие нарушения здоровья являются наиболее пугающими?

Состояния здоровья значимо отличались друг от друга по степени ассоциаций со страхом, как показал тест Фридмана ($\chi^2(13)=1111,345$, $p<0,00001$). Среди наиболее пугающих состояний оказались утрата умственной работоспособности, психическое расстройство, слепота и паралич конечностей. Среди наименее пугающих – утрата привлекательной внешности, аносмия (потеря чувства вкуса) и ожирение (рис. 1).

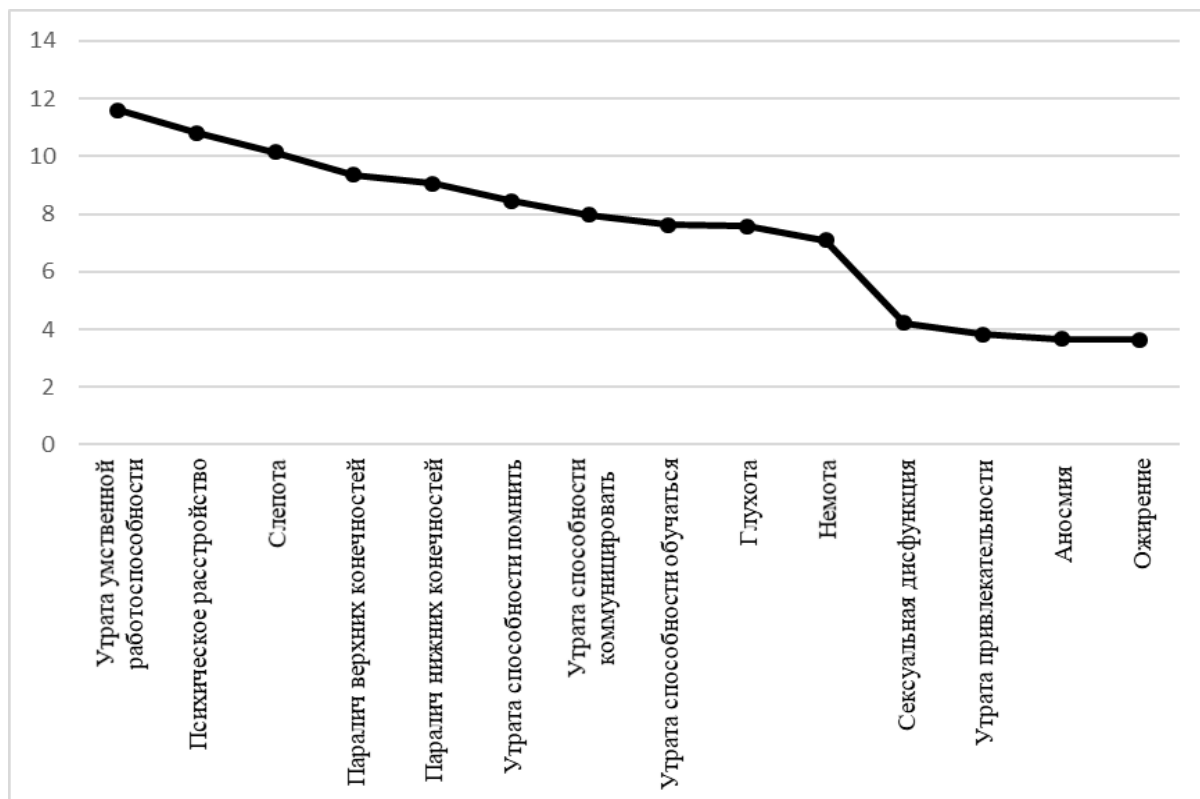


Рис. 1. Средняя оценка страха перед нарушениями здоровья: от наиболее к наименее пугающим (0 – наименее пугающее, 14 – наиболее пугающее)

Как ценности связаны с наиболее пугающими нарушениями здоровья?

Была проверена гипотеза о том, что ценности, связанные с наиболее пугающими состояниями здоровья, являются наиболее значимыми (по результатам опросника ценностей Шварца). Проверка этой гипотезы была осуществлена через построение индивидуальных корреляций между ценностями, измеренными этими двумя способами. Средний коэффициент корреляции между 10 ценностями, измеренными с помощью опросника Шварца, и 10 ценностями, измеренными с помощью ассоциаций с пугающими состояниями здоровья, по всей выборке (N=148 человек) составил $r=0,248$. Одновыборочный тест Вилкоксона показал, что он значительно отличается от нуля (стандартизированный коэффициент=8,038, стандартная ошибка=0,522, $p<0,0001$). То есть ценности, измеренные двумя разными способами, значительно связаны друг с другом, несмотря на способ измерения (рис. 2).

Далее была подготовлена регрессионная модель, чтобы проверить гипотезу о связи между типом ценностей и страхами перед состояниями здоровья. Предварительный анализ выявил мультиколлинеарность (значения нескольких ценностей высоко коррелировали между собой), поэтому в регрессионную модель были включены не все переменные (ценности), а только те, которые коррелировали со страхом перед состояниями здоровья на уровне $p<0,01$. После того как была устранена проблема мультиколлинеарности, была создана регрессионная модель,

где независимыми переменными выступили пять ценностей (гедонизм, безопасность, достижения, универсализм, саморазвитие), а зависимой переменной – страх перед состояниями здоровья (табл. 1). Регрессионная модель объяснила 18% вариативности зависимой переменной ($R^2=0,184$). При этом размер эффекта был средним ($f^2=0,225$).

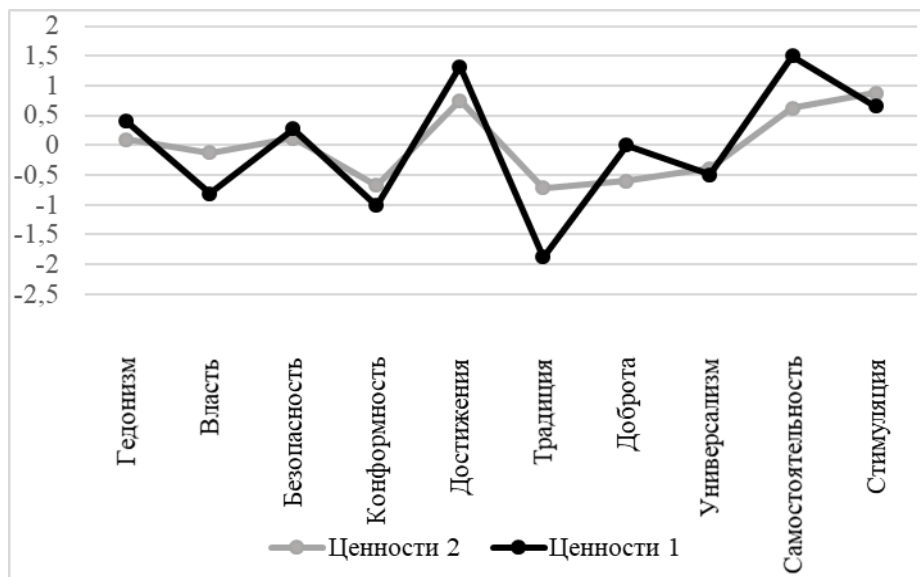


Рис. 2. Ценности, измеренные с помощью опросника ценностных ориентаций Шварца (Ценности 1), и ценности, измеренные через ассоциацию со страхом перед нарушениями здоровья (Ценности 2).

Таблица 1

Регрессионная модель, объясняющая страх перед нарушениями здоровья с помощью ценностей

Переменные	Estimate	SE	t	p
Пол	0,050	0,191	0,262	0,793
Возраст	-0,005	0,007	-0,672	0,502
Ценности				
Гедонизм	-0,855	0,072	-11,920	0,0001
Безопасность	0,303	0,079	3,799	0,0002
Достижения	0,025	0,068	0,371	0,711
Универсализм	-0,366	0,127	-2,888	0,005
Самостоятельность	0,346	0,076	4,551	0,0001

Примечание. Estimate – оценка, SE – стандартная ошибка. Значимые переменные выделены жирным шрифтом.

Результаты регрессионного анализа показывают, что ценности безопасности и самостоятельности положительно связаны со страхом перед нарушениями здоровья. В то время как ценности универсализма и гедонизма – отрицательно связаны с ним. Ценность достижения не была значимо связана со страхом, как и показатели возраста и пола.

Обсуждение результатов

В данном исследовании были изучены связи между ценностями и страхом перед нарушениями здоровья. Было показано, что связь между ценностями и страхом перед нарушениями здоровья опосредована не только видом ценностей (ценности, ориентированные на личное благо, положительно связаны с выраженностью страха, в то время как ценности, ориентированные на общее благо, отрицательно), но и индивидуальной значимостью этих ценностей. Так, было показано, что декларируемые человеком ценности (измеренные по опроснику Шварца) коррелируют с ценностями, значимость которых измерена через ассоциацию с пугающими состояниями здоровья. Это означает, что чем больше нарушение здоровья ассоциируется с угрозой значимой для данного человека ценности, тем более пугающим оно является.

Вторым важным результатом является то, что ценностные предпочтения связаны с вариативностью страха перед нарушениями здоровья. Ценности безопасности, универсализма, самостоятельности и гедонизма были значимо связаны со страхом перед нарушениями здоровья и объяснили его вариативность на 18%. Чем больше нарушение здоровья ассоциируется с угрозой ценностям безопасности и самостоятельности, тем более пугающим оно является. Чем больше нарушение здоровья ассоциируется с угрозой ценности универсализма, тем менее пугающим оно является. Этот результат частично подтверждает гипотезу, выдвинутую в рамках теории ценностей Шварца о том, что ценности, ориентированные на собственное благополучие, связаны со страхами и волнениями о собственном благо; в то время как ценности, связанные с общим, а не личным благополучием, не связаны или связаны отрицательно с этими страхами [20]. Так, ценности безопасности и самостоятельности ориентированы на собственное благополучие и потому положительно связаны со страхом перед нарушениями здоровья; в то время как ценность универсализма связана с общим, а не личным благом и поэтому отрицательно связана со страхом перед нарушениями здоровья.

Однако результаты данного исследования лишь частично соответствуют теории Шварца. Так, ценность гедонизма была отрицательно связана со страхом перед нарушениями здоровья. Это означает, что чем больше состояние здоровья ассоциируется с угрозой возможности получить удовольствия, тем менее пугающим оно является. Данный факт противоречит теории Шварца, так как ценность гедонизма является ценностью, ориентированной на личное благо, и должна быть положительно связана со страхом перед нарушениями здоровья. Этому факту можно дать следующее объяснение: одними из наименее пугающих нарушений здоровья были сексуальная дисфункция, потеря привлекательной внешности и аносмия (потеря чувства вкуса). Эти состояния действительно могут быть связаны с угрозой

гедонистическим мотивам и побуждениям в большей степени, чем с другими ценностями. Сам выбор таких форм нарушения здоровья как наименее пугающих и может создавать подобную отрицательную связь с ценностью гедонизма.

Наконец, исследование также показало, что люди по-разному оценивают нарушения, связанные со здоровьем: некоторые из них являются более пугающими, чем другие. В частности, нарушения здоровья, связанные с когнитивными функциями (утрата умственной работоспособности, психическое расстройство), являются наиболее пугающими. Похожий результат был получен в исследовании Р.Н. Ditto и коллег [5], которые обнаружили, что некоторые нарушения здоровья оцениваются людьми настолько негативно, что даже смерть является более предпочтительной.

В целом, тот факт, что угроза значимым ценностям связана со страхом перед нарушениями здоровья укладывается в классические представления о мотивационных и эмоциональных процессах: отдаление от достижения значимых целей (например, из-за нарушения здоровья) связано с активацией эмоции страха. Похожие результаты были получены при изучении связи между ценностями универсализма/мира и страхом войны. Чем выше значимость этих ценностей, тем выше страх войны [20]. При этом смысловое содержание ценностей универсализма/мира совпадает с содержанием страха войны, которая напрямую угрожает этим ценностям. Нарушения здоровья напрямую угрожают лишь ценностям безопасности и ценности здоровья, которая к ним относится. Как было показано в данном исследовании, нарушения здоровья ассоциируются не только с угрозой безопасности и здоровья, но и с угрозой другой ценности, такой как ценность самостоятельности (творчества и свободы). Тот факт, что нарушения здоровья могут ассоциироваться с угрозой самым разным ценностям, заслуживает дальнейшего исследования. Например, если люди ассоциируют нарушения здоровья с угрозой и потерей некоторых ценностей, то это может быть связано со стигматизацией по отношению к людям, у которых есть эти нарушения здоровья. Изучение ассоциаций между состояниями здоровья и ценностями может внести свой вклад в понимание проблемы стигматизации людей с нарушениями здоровья (как физического, так и психического). В свою очередь, стигматизация играет важную роль в несвоевременном обращении за медицинской помощью и принятии медицинских решений в целом [7; 23].

Важно учитывать некоторые ограничения при интерпретации полученных результатов. Во-первых, в исследовании не учитывался личный опыт болезни участников, а также их ближайшего окружения. Личный опыт болезни мог оказать влияние на страх перед нарушениями здоровья. Во-вторых, выборка была недостаточно сбалансирована по полу; женщин в ней было больше, чем мужчин. В-третьих, так как ценности и ценностное отношение к здоровью связаны с культурными различиями [9; 11], полученные результаты могут быть ограничены культурными особенностями выборки. Наконец, дизайн данного исследования корреляционный, поэтому нельзя сделать однозначных выводов о направленности связи между ценностями и страхом перед нарушениями здоровья. Возможно, что именно ценности вызывают усиленный страх перед нарушениями здоровья. Но

возможно также, что страх перед этими состояниями усиливает значимость некоторых ценностей. Будущие исследования могут ответить на вопрос о направленности связи между ценностями и страхом перед нарушениями здоровья. Так, например, следует проверить гипотезу о том, что активация ценности гедонизма снижает страх перед нарушениями здоровья, в то время как активация ценностей безопасности и самостоятельности повышает этот страх. Результаты подобных исследований могут иметь не только теоретическую значимость, проясняя связь между ценностными и аффективными процессами, но и обладать клинической значимостью. Известно, что страх может влиять на принятие решений, связанных со здоровьем [8; 12], а нарушения в регуляции этой эмоции связаны с множеством расстройств, таких как генерализованное тревожное расстройство, фобическое расстройство, паническое и посттравматическое стрессовое расстройство [22].

Выводы

1. Нарушения здоровья, связанные с физическими, сенсорными, когнитивными и социальными ограничениями, вызывают разный по интенсивности страх. Ценностные предпочтения у здоровых людей способны частично объяснить эту вариативность страха перед нарушениями здоровья.

2. Страх перед нарушениями здоровья связан со значимостью ценностей, которые ассоциируются с этими нарушениями. Чем больше нарушение здоровья ассоциируется с угрозой значимым ценностям, тем более пугающим оно является, и наоборот.

Содержание ценностей может частично объяснять интенсивность страха перед нарушениями здоровья. Чем больше нарушения здоровья ассоциируются с ценностями, связанными с собственным благополучием (безопасность, самостоятельность, кроме ценности гедонизма), тем более пугающими они являются. В то время как с ценностями, связанными с благополучием других (ценность универсализма), ассоциируются наименее пугающие нарушения здоровья.

Литература

1. Леонтьев Д.А. Ценностные представления в индивидуальном и групповом сознании: виды, детерминанты и изменения во времени // Психологическое обозрение. 1998. № 1. С. 13–25.

2. Психология эмоций. Тексты. Под ред. В. К. Вилюнаса, Ю. Б. Гиппенрейтер. Москва, Издательство Московского университета, 1984. 288 с.

3. Barni D., Vieno A., Roccato M., Russo S. Basic personal values, the country's crime rate and the fear of crime // Social Indicators Research. 2015. V. 129. № 3. P. 1057–1074. doi.org/10.1007/s11205-015-1161-9

4. Bates D., Mächler M., Bolker B., Walker S. Fitting linear mixed-effects models using lme4. ArXiv:1406.5823 [Stat] [Электронный ресурс]. 2014. URL: <http://arxiv.org/abs/1406.5823> (Дата обращения: 03.04.2019).
5. Ditto P.H., Druley J.A., Moore K.A., Danks J.H., Smucker W.D. Fates worse than death: the role of valued life activities in health-state evaluations // *Health Psychology*. 1996. Vol. 15. № 5. P. 332–343.
6. Donovan J. L. Patient Decision Making: The Missing Ingredient in Compliance Research // *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 1995. Vol. 11. № 3. P. 443–455. <https://doi.org/10.1017/S0266462300008667>
7. Hackler A.H., Vogel D.L., Wade N.G. Attitudes toward seeking professional help for an eating disorder: the role of stigma and anticipated outcomes // *Journal of Counseling & Development*. 2011. Vol. 88. № 4. P. 424–431. doi.org/10.1002/j.1556-6678.2010.tb00042.x
8. Halpern J., Arnold R.M. Affective forecasting: an unrecognized challenge in making serious health decisions // *Journal of General Internal Medicine*. 2008. Vol. 23. № 10. P. 1708–1712. doi.org/10.1007/s11606-008-0719-5
9. Hornsey M. J., Bain P. G., Harris E. A., Lebedeva N., Kashima E. S., Guan Y., González R., Chen S. X., Blumen S. How Much Is Enough in a Perfect World? Cultural Variation in Ideal Levels of Happiness, Pleasure, Freedom, Health, Self-Esteem, Longevity, and Intelligence // *Psychological Science*. 2018. Vol. 29. № 9. P. 1393–1404. doi.org/10.1177/0956797618768058.
10. Lazarus R.S. Cognition and motivation in emotion // *American Psychologist*. 1991. Vol. 46. № 4. P. 352–367. doi.org/10.1037/0003-066X.46.4.352
11. Lebedeva R., Dimitrova J., Berry J.W. Changing Values and Identities in Post-Communist World. Berlin: Springer, 2018. 434 p.
12. Loewenstein G. Hot-cold empathy gaps and medical decision making // *Health Psychology*. 2005. Vol. 24. № 4. P. 49–56. doi.org/10.1037/0278-6133.24.4.S49.
13. Maddux J.E., Rogers R.W. Protection motivation and self-efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude change // *Journal of Experimental Social Psychology*. 1983. Vol. 19. № 5. P. 469–479. [doi.org/10.1016/0022-1031\(83\)90023-9](https://doi.org/10.1016/0022-1031(83)90023-9).
14. Meyer D., Leventhal H., Gutmann M. Common-sense models of illness: the example of hypertension // *Health Psychology*. 1985. Vol. 4. № 2. P. 115–135.
15. Novacek J., Lazarus R.S. The structure of personal commitments // *Journal of Personality*. 1990. Vol. 58. № 4. P. 693–715. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1990.tb00250.x>.
16. Panyusheva T., Efremova M. A Validation study of a Russian version of the Schwartz Value Survey (SVS) Using cognitive interviewing [Электронный ресурс]. Rochester, NY:

Social Science Research Network. 2012. URL: <https://papers.ssrn.com/abstract=2185920>
(Дата обращения: 03.04.2019).

17. *Rogers R.W.* A Protection motivation theory of fear appeals and attitude change // *The Journal of Psychology*. 1975. Vol. 91. № 1. P. 93–114. doi.org/10.1080/00223980.1975.9915803

18. *Rokeach M.* The nature of human values. New York: Free Press. 1973. 438 p.

19. *Schwartz S.H.* A proposal for measuring value orientations across nations [Электронный ресурс] // In Questionnaire development report of the European Social Survey. 2003. URL: http://naticent02.uuhost.uk.uu.net/questionnaire/chapter_07.doc.
(Дата обращения: 03.04.2019).

20. *Schwartz S.H., Sagiv L., Boehnke K.* Worries and values // *Journal of Personality*. 2000. Vol. 68. № 2. P. 309–346.

21. *Schwartz S.H.* A proposal for measuring value orientations across nations [Электронный ресурс] // In Questionnaire development report of the European Social Survey. 2003. URL: http://naticent02.uuhost.uk.uu.net/questionnaire/chapter_07.doc.
(Дата обращения: 03.04.2019).

22. *Taylor S.* The structure of fundamental fears // *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 1993. Vol. 24. № 4. P. 289–299. Doi: 10.1016/0005-7916(93)90053-Y

23. *Wrigley S., Jackson H., Judd F., Komiti A.* Role of stigma and attitudes toward help-seeking from a general practitioner for mental health problems in a rural town // *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2005. Vol. 39. № 6. P. 514–521. Doi: 10.1080/j.1440-1614.2005.01612.x.

Values and Fears: Value Priorities and Fear of Health Impairments

Iosifyan M.A.,

PhD (Psychology), Research Associate, Department of neuro- and pathopsychology, Faculty of psychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia, marina.iosifyan@gmail.com

Arina G.A.,

Senior lecturer, Department of neuro- and pathopsychology, Faculty of psychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia, g.a.arina@yandex.ru

Nikolaeva V.V.,

PhD (Psychology), Professor, Department of neuro- and pathopsychology, Faculty of psychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia, valentvas99@mail.ru

The evaluation of health states is involved in a patient's medical decision making. This evaluation includes cognitive and affective components. The affective component of this evaluation may include the emotion of fear. For instance, some health states are more frightening than others. However, it is not yet known why. The present study investigates the link between the fear of health impairments and individual value priorities. Participants evaluated 14 health impairments from most to least frightening and selected three valued goals which could be lost in the event of those previously evaluated health states. Participants also answered the Schwarz's Values Survey. The results confirm that value preferences are related to the fear of different health states. From one side, this link is related to personal importance of value priorities: the most frightening health states are associated with the loss of preferred value goals. From another side, this link is related to value types: the more a health state is associated with a loss of security and self-direction, the more frightening it is; the more a health state is associated with a loss of hedonism and universalism, the less frightening it is. Overall, the study showed that affective evaluation of negative health states, particularly, fear of negative health states, is related to value preferences.

Keywords: values, fear, health, Schwartz theory of basic values, motivation and emotion.

References

1. Leont'ev D.A. Tsennostnye predstavleniia v individualnom i gruppovom soznanii vidy determinanty i izmeneniia vo vremeni. [Values in individual and social consciousness.]. *Psikhologicheskoe obozrenie*, 1998, no. 1, pp. 13–25.

2. *Psihologiya ehmocij. Teksty [Psychology of emotions. Texts.]*. In V.K. Vilyunasa, Yu.B. Gippenrejtser (eds.). Moscow, publ. of MSU, 1984. 288 p. (Accessed: 03.04.2019).
3. Barni D., Vieno A., Roccato M., Russo S. Basic personal values, the country's crime rate and the fear of crime. *Social Indicators Research*, 2015, vol. 3, no. 129, pp. 1057–1074. doi.org/10.1007/s11205-015-1161-9
4. Bates D., Mächler M., Bolker B., Walker S. Fitting linear mixed-effects models using lme4 [Electronic resource]. *ArXiv:1406.5823 [Stat]*, 2014. URL: <http://arxiv.org/abs/1406.5823> (Accessed: 03.04.2019).
5. Ditto P.H., Druley J.A., Moore K.A., Danks J.H., Smucker W.D. Fates worse than death: the role of valued life activities in health-state evaluations. *Health Psychology*, 1996; vol. 15, no. 5, pp. 332–343.
6. Donovan J.L. Patient Decision Making: The Missing Ingredient in Compliance Research. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 1995, vol. 11, no. 3, pp. 443–455. Doi: 10.1017/S0266462300008667.
7. Hackler A.H., Vogel D.L., Wade N.G. Attitudes toward seeking professional help for an eating disorder: the role of stigma and anticipated outcomes. *Journal of Counseling & Development*, 2011, vol. 88, no. 4, pp. 424–431. Doi: 10.1002/j.1556-6678.2010.tb00042.x.
8. Halpern J., Arnold R.M. Affective forecasting: an unrecognized challenge in making serious health decisions. *Journal of General Internal Medicine*, 2008, vol. 23, no. 10, pp. 1708–1712. Doi: 10.1007/s11606-008-0719-5.
9. Hornsey M. J., Bain P. G., Harris E. A., Lebedeva N., Kashima E. S., Guan Y., González R., Chen S. X., Blumen S. How Much Is Enough in a Perfect World? Cultural Variation in Ideal Levels of Happiness, Pleasure, Freedom, Health, Self-Esteem, Longevity, and Intelligence. *Psychological Science*, 2018, vol. 29, no. 9, pp. 1393–1404. Doi: 10.1177/0956797618768058.
10. Lazarus R.S. Cognition and motivation in emotion. *American Psychologist*, 1991, vol. 46, no. 4, pp. 352–367. Doi: 10.1037/0003-066X.46.4.352.
11. Lebedeva R., Dimitrova J., Berry J.W. Changing Values and Identities in Post-Communist World. Berlin: Springer, 2018. 434 p.
12. Loewenstein G. Hot-cold empathy gaps and medical decision making. *Health Psychology*, 2005, vol. 24, no. 4, pp. 49–56. Doi: 10.1037/0278-6133.24.4.S49.
13. Maddux J.E., Rogers R.W. Protection motivation and self-efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Experimental Social Psychology*, 1983, vol. 19, no. 5, pp. 469–479. Doi: 10.1016/0022-1031(83)90023-9.
14. Meyer D., Leventhal H., Gutmann M. Common-sense models of illness: the example of hypertension. *Health Psychology*, 1985, vol. 4, no. 2, pp. 115–135.

15. Novacek J., Lazarus R.S. The structure of personal commitments [Electronic resource]. *Journal of Personality*. 1990, vol. 58, no. 4, pp. 693–715. URL: [https://doi:10.1111/j.1467-6494.1990.tb00250.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1990.tb00250.x) (Accessed: 03.04.2019).
16. Panyusheva T., Efremova M. A Validation study of a Russian version of the Schwartz Value Survey (SVS) Using cognitive interviewing [Electronic resource]. Rochester, NY: Social Science Research Network. 2012. URL: <https://papers.ssrn.com/abstract=2185920> (Accessed: 03.04.2019).
17. Rogers R.W. A Protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *The Journal of Psychology*, 1975, vol. 91, no. 1, pp. 93–114. doi.org/10.1080/00223980.1975.9915803
18. Rokeach M. The nature of human values. New York: Free Press. 1973. 438 p.
19. Schwartz S.H. A proposal for measuring value orientations across nations [Electronic resource]. In *Questionnaire development report of the European Social Survey*. 2003. URL: http://naticent02.uuhost.uk.uu.net/questionnaire/chapter_07.doc. [Accessed: 03.04.2019].
20. Schwartz S.H., Sagiv L., Boehnke K. Worries and values. *Journal of Personality*, 2000, vol. 68, no. 2, pp. 309–346.
21. Schwartz S.H. A proposal for measuring value orientations across nations [Electronic resource]. In *Questionnaire development report of the European Social Survey*. 2003. URL: http://naticent02.uuhost.uk.uu.net/questionnaire/chapter_07.doc. [Accessed: 03.04.2019].
22. Taylor S. The structure of fundamental fears. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1993, vol. 24, no. 4, pp. 289–299. doi.org/10.1016/0005-7916(93)90053-Y
23. Wrigley S., Jackson H., Judd F., Komiti A. Role of stigma and attitudes toward help-seeking from a general practitioner for mental health problems in a rural town. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2005, vol. 39, no. 6, pp. 514–521. doi.org/10.1080/j.1440-1614.2005.01612.x.