

УДК 159.97

ПОЛОВЫЕ/ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ФОБИЙ ЗАБОЛЕВАНИЙ

© 2023 г. И. В. Groшев^{1,2,*}, Ю. А. Давыдова^{1,**}

¹АНО НИИ образования и науки;

123056, г. Москва, ул. Большая Грузинская, д. 32, стр. 3, Россия.

²ФГБНУ “Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии”;

141534, Московская область, Солнечногорский район, д. Лыткино, 777, Россия.

* Доктор психологических наук, доктор экономических наук, профессор, заместитель

директора по науке НИИ образования и науки. E-mail: aus_tgy@mail.ru

** Кандидат психологических наук, доцент, заместитель директора по связям с общественностью НИИ образования и науки.

E-mail: UA_Davidova@mail.ru

Поступила 11.05.2022

Аннотация. Исследована связь между заболеванием и формированием его фобической фабулы у мужчин и женщин. Методология работы базировалась на вторичном анализе результатов проведенных и опубликованных исследований по имеющимся объектам (заболеваниям) фобий. На основе метаанализа данных более 70 научных работ получена выборка из 35 620 тыс. человек и выявлено 136 заболеваний, на которые у мужчин и женщин формируются фобические тревожные расстройства, из них в группе мужчин — 44 заболевания, у женщин — 76 заболеваний; 15 болезней одновременно детерминируют появление и формирование стойких фобий в обеих группах. Данный вид фобий встречается во многих случаях у женщин, что обуславливается такими факторами, как соматизация, контекст симптома заболевания, обсессия, компульсия и др. У мужчин, использующих “компенсаторные стратегии”, процент фобий тела меньше. Выделено четыре условные группы заболеваний, одинаково вызывающих страх у мужчин и женщин. На основе когнитивного подхода описан процесс моделирования фобического пространства и показано, что мужчины чаще используют параметр “реальное”, женщины — параметр “воображаемое”. В фобическое пространство женщин включаются замещения в виде различных чувств и эмоций, которые имеют разную степень фобийности. В основе процесса у женщин находится сильная фобическая установка. Показано, что троирование этиологии фобий тела не позволяет однозначно утверждать об их причинной детерминированности. В качестве вывода делается заключение о большей распространенности и преобладании по частоте развития и коморбидности фобий тела в группе женщин. Однако однозначно констатировать, чем обусловлено это гендерное различие, на данный момент не представляется возможным, что актуализирует дальнейшее изучение фобий заболеваний у мужчин и женщин.

Ключевые слова: женщины, заболевания, здоровье, мужчины, поведенческие паттерны, половые/гендерные¹ различия, расстройство, симптоматика, страхи, факторы, фобии.

DOI: 10.31857/S020595920024907-3

Биологические и психосоциальные особенности мужчин и женщин определяют их различия по многим показателям, включая соотношение в распространенности заболеваемости и подверженности ей в разных возрастах, течении болезни, выздоровлении, иммунном, психическом и социальном статусе.

Соотношение полов людей с теми или иными заболеваниями резко отклоняется от пропорции 1:1.

Эти различия могут быть обусловлены биологическими особенностями мужчин и женщин, спецификой репродуктивной функции, психосоциальными факторами. Э. Гринглас показала, что различия мужчин и женщин являются динамической как биологической, так и социально-психологической детерминантой, глубоко и всеобъемлюще влияющей на здоровье [2, с. 137].

В предыдущих наших работах [5] были представлены данные о различиях мужчин и женщин в некоторых видах заболеваний и частоте заболеваемости. Продолжая исследовать данную

¹ В статье синонимично используются понятия “пол” и “гендер”. В научном дискурсе эти понятия различаются: под полом понимаются психофизиологические различия между мужчинами и женщинами, под гендером — социокультурные различия.

проблематику, мы задались вопросом о том, существуют ли фобии тех или иных заболеваний, детерминированные фактором пола? И если да, то какие болезни вызывают наибольший страх у мужчин и женщин, формируя фобическое тревожное расстройство (ФТР)²? Фобии являются, с одной стороны, невротическим нарушением (психическим расстройством), представляющим собой примордиальные и эссенциальные реакции индивидов, фреймирующие их восприятие и определяющие их поведенческий репертуар, а с другой — предиктором рефлексии страха того или иного заболевания. Заболевания могут быть как стимулами фобий, так и реакцией на них. Иными словами, заболевание предопределяет другое заболевание, его глубину, протекание и клинические особенности. В настоящее время данную проблематику актуализировала пандемия коронавирусной инфекции COVID-19 с ее вирулентностью и высокой мерой патогенности, вызывающая вот уже четырехлетний общесоциальный мировой стресс и активизацию различных страхов.

К наиболее маркированным, провоцирующим психосоматическую симптоматику, детерминирующую психическую соматизацию и вызывающим возникновение ФТР у мужчин и женщин, как указывают некоторые зарубежные ученые [22; 24; 33], относятся такие объекты страха, как болезнь(и), боль и врач(и). В связи с этим, а также учитывая вышеизложенное, подтверждается определенная целесообразность изучения фобий заболеваний через призму половых/гендерных различий, что позволяет актуализировать к данной проблеме научный интерес. Исследование носит пилотный характер и представляет собой движение в направлении верификации феномена фобий тела (ФТ) (согласно классификации, предложенной С. Джуан [22]) в пределах ФТР, включающего в себя страх болезни(ей), синдромов, боязнь медицинских процедур и лечения, частей тела, а также несоциального поведения.

Частотность использования слова “фобия” на онтологическом поле современных исследований. Результаты исследования фобической фразеологии, употребляемой в американском обществе, проведенного Н. Афшари с соавторами, демонстрируют

актуальность проблемы. [11]. Выявлена частота употребления фобической фразеологии и стилистических средств, связанных со страхами, в коммуникативных процессах американцев, а также в разных типах текстов. Анализ коммуникативных тем, вербализуемых в течение дня, позволил авторам выявить основные темы американского образа жизни с характерной для него фразеологией, как в личностной, так и в социально-общественной сферах. К ним были отнесены (по частоте использования): здоровье, феминизм, фобии (страхи, фобические состояния), политкорректность, успех в жизни, защита гражданских и личных прав, гендерное равенство и др.³ Исходя из полученных результатов, исследователи пришли к выводу о том, что тематика фобийности — одна из лингвистических и психологических доминант современности, а фобии в широком проявлении являются маркером увеличивающейся соматизации американского общества.

Импактность и “влиятельность” понятия фобий подтверждают многие научные источники (доклады на конференциях и семинарах, научные статьи и т.п.) (более подробно см. [4–6]). Вышеприведенные данные можно конвертировать в заключение о том, что изучение фобий является актуальной научной проблематикой, учитывая значительный интерес к ее исследованию со стороны как мирового, так и российского научного сообщества.

Распространенность фобий среди мужчин и женщин. Исследователи указывают, что на каждый взятый год от 10 до 12% взрослого населения имеют фобии [13; 16]. Более того, показатели растут, так как в прошлом диагностическими критериями для ФТР уточнялось, что людям с подобным диагнозом свойственно замалчивать о своих состояниях. В одном из исследований было показано, что риск возникновения фобии в течение жизни равен 13.3% [26]. Аналогичная частота заболеваний была зарегистрирована и в другом исследовании, хотя срезовая частота⁴ заболевания выше и составляет приблизительно 15% [36]. Сведения прочих, методически трудоемких, описательных эпидемиологических исследований, проведенных в разных странах мира, подтверждают, что около 40–50% населения когда-либо в жизни страдали фобическими расстройствами [17].

² Фобическое тревожное расстройство — это иррациональный страх, имеющий обсессивную природу, постоянно и стойко возникающий, представленный навязчиво и сильно, выражающийся в определенном модусе проявления тревоги в виде боязни одушевленных или неодушевленных (специфических) объектов, отдельных предметов, действий, событий и, в частности, различных заболеваний (называемых стимулами фобий), развивающийся в ответ на определенные как внутренние импульсы, так и внешние ситуации.

³ К сожалению, такого рода исследований в России пока не проводилось. Можно полагать, что результаты были бы интересными не только для лингвистов, социологов, политологов, но и для психологов.

⁴ Срезовая частота — частота заболеваний, зарегистрированная в течение месяца.

Что касается половых/гендерных различий, многочисленные данные подтверждают тот факт, что фобии особенно широко распространены среди женщин, частота заболеваний в год составляет около 21%, для мужчин — 11% [6; 23]. Данные проведенного нами анализа литературы по коморбидности показывают, что в течение жизни ФТР поражают приблизительно 38–42% женщин и более 20% мужчин [3]. При этом среди самых частых психиатрических диагнозов ФТР значится на втором месте у женщин и на четвертом — у мужчин [7]. Сравнительная частота их развития значительно варьирует в зависимости не только от типа фобии, возраста мужчин и женщин, но и от родительского (родственного) фактора. Средний возраст появления ФТР у мужчин и женщин также имеет значительные колебания [33].

Таким образом, среди основных консигнаторов, влияющих на различные концепты фобийности, исследователи помимо всего прочего выделяют гендерный фактор, проявляющийся в половых различиях. При этом необходимо отметить, что фактор пола/гендера не только в фобических установках, но и в реальных поведенческих моделях является одним из основных детерминант, который в исследованиях указывают в основном лишь зарубежные ученые. Российский же дискурс по данной проблематике, как правило, идет по пути анализа причин, особенностей и методов преодоления различных видов фобий, но при этом почти не затрагиваются аспекты о гендерной/половой детерминированности явления фобийности.

Нам не удалось обнаружить работ отечественных исследователей, конкретно посвященных выявлению половых/гендерных различий в реакциях, связанных со страхом, объектом которого являются те или иные существующие заболевания. В связи с этим мы попытались ответить на следующие вопросы. Имеется ли какая-либо зависимость проявления фобий от гендерного фактора и обусловлена ли частота фобийности к тем или иным заболеваниям (или группам заболеваний) этим фактором? Какие фобии заболеваний в значительной степени распространены среди мужчин и в группе женщин? Для каких заболеваний фобии у людей обоих полов заданного возраста развиваются одинаково часто? Происходит ли детерминация фобийности половой дифференцированностью, наследственной гетерогенностью, возрастным фактором и другими составляющими?

Предпринята попытка сравнительного анализа и систематизации некоторых результатов исследований, современных научных данных медицинской, социологической, психиатрической, психо-

логической и другой литературы по профилю заболеваемости ФТР с учетом гендерно-половозрастных различий. Данная проблема до сих пор остается актуальной комплексной задачей изучения человека для клинической, медицинской и социальной психологии как в теоретическом, так и в практическом аспектах. Однако, несмотря на ее многоаспектность, более подробно рассмотрим влияние лишь одного фактора на частоту ФТР, а именно фактора пола/гендера.

Цель, объект и предмет исследования. Актуальность заключается в том, что, несмотря на широкое использование термина “фобия” в медицинских, психиатрических и психологических науках, нами не было обнаружено российских научных исследований, которые бы описывали гендерные/половые особенности детерминированности фобий заболеваний.

Цель исследования — выявление, анализ и систематизация существующих результатов исследований фобийности, в частности фобий к тем или иным группам заболеваний, относящихся к ФТ, а также детерминант (идентификационных факторов), влияющих на процесс их формирования. К последним относятся гендер/пол, возраст начала проявления фобии, распространенность среди близких родственников и населения в целом, соотношение полов и гендерное преимущество.

Объект исследования — мужчины/юноши/мальчики, женщины/девушки/девочки населения тех стран, в которых проводились замеры.

Предмет исследования — особенности влияния гендера/пола на процесс формирования и проявления фобий к тем или иным (той или иной группе) заболеваниям(й).

МЕТОДИКА

Методология исследования базировалась на вторичном анализе результатов ранее проведенных исследований. При этом выбор фобий определялся лишь одним признаком их принадлежности к группе фобий, детерминирующих выявленный спектр заболеваний. Никакие другие виды фобий (к животным, явлениям природы, продуктам питания, абстрактным понятиям, ситуациям, веществам, иностранцам, действиям, цветам и др.) анализу не подвергались. Работая с базой данных, представленных в научной литературе по фобиям, нам не удалось обнаружить “протянутых” в онтогенезе исследовательских показателей в форме, которая стала бы релевантной по времени проведения исследований, возрастному фактору, образованию

и др. Представленные в работе существующие фобии к 136 заболеваниям, которые выявлены нами и на которые они формируются, на данный момент являются исчерпывающими, так как в проанализированной литературе, включая МКБ-10 и DSM-IV, не было обнаружено еще каких-либо заболеваний, вызывающих фобии. Основанием для объединения данных о конкретной фобии болезни являлся параметр пола/гендера. Именно через призму наличия половых различий в существующих и обнаруженных фобиях анализировался исследовательский материал⁵.

В основе вторичного анализа данных — результаты исследований конкретных объектов (в данном случае заболеваний) фобийности. Работа осуществлялась с массивами исследовательских данных, позволившими получить картину фобийности по имеющимся объектам (заболеваниям) фобий. Все данные ассемблировались вне зависимости от привязки к какому-то конкретному периоду (времени) исследований, так как этот принцип не дал бы возможности интегрировать полученную информацию. Источники информации выбирались не по каким-то определенным принципам, как, впрочем, и периоды исследований, а информация собиралась по всем возможным проведенным исследованиям по каждой фобии в отдельности с дальнейшей ее аппроксимацией в целях представления выявленной информации в определенном формате.

В процессе теоретического анализа зарубежных исследований, во-первых, выбирались статьи лишь тех ученых, которые были посвящены изучению фобий с выделением при этом гендерной/половой их составляющих (хотя картина в итоге получилась немного “смазанной” другими аспектами данной проблематики) и отвечали на вопросы, имеющие значение для целеполагания работы (например, количество респондентов в исследовании, их возраст, соотношение мужчин и женщин в представленных выборках⁶, распространенность среди населения и (близких) родственников и др.); во-вторых, фиксировалась (по возможности) частота ссылок на отобранные работы зарубежных исследователей; в-третьих, использовался поиск по многим базам

данных, включая электронные библиотеки, которые отражают популярность не только тех или иных теоретических дискурсов, а также практическую признанность тематики публикаций, выступая ориентиром для выбора учеными актуальной исследовательской проблематики (например, научные базы КиберЛенинка, РИНЦ, социальная сеть Academia.edu, сайты практически всех ведущих университетов мира и издаваемых ими научных журналов (Кембриджский университет⁷, Оксфордский университет⁸, Калифорнийский университет в Беркли⁹, Йельский университет¹⁰, Гарвардский университет¹¹ и ряд других)), рабочие материалы, посвященные изучению фобий: от докладов на конференциях до научных статей¹²; в-четвертых, в качестве ключевых выступали такие слова, как фобия, заболевание, половые/гендерные различия, мужчины, женщины¹³. Таким образом, в представленной нами работе использовался вторичный анализ результатов ранее проведенных исследований о различиях фобий, опубликованных за рубежом, поиск которых осуществлялся по всем возможным базам с выделением определенных ключевых слов по каждой фобии в отдельности (сюжету фобии), связанных с болезнями у разных полов, и дальнейшим их обобщением.

Период времени анализируемых исследований составил более 40 лет, с 1980 по 2021 г. Возраст респондентов (пациентов), включая детей и пожилых, находился в пределах от 5 до 50 лет и старше. Это может являться определенным критерием валидации представленных данных и их корреляции между собой. В анализируемых работах имелись различия во времени проведения исследований, в использовании различных опросников, в типах

⁷ См.: URL: <http://search.cam.ac.uk/web?query=xenophobia&offset=0&max=10>

⁸ См.: URL: <https://www.ox.ac.uk/funnelback/search?query=xenophobia&wssl=1>

⁹ См.: URL: <http://www.berkeley.edu/search?q=xenophobia>

¹⁰ См.: URL: <https://www.yale.edu/search/google/xenophobia?query=xenophobia>

¹¹ См.: URL: <http://www.harvard.edu/searches?searchtext=xenophobia#gsc.tab=0&gsc.q=xenophobia#gsc.page=1>

¹² Более подробно данный аспект представлен в наших предыдущих работах (см., например, [4; 6]).

¹³ Возможность оценить, насколько слово специфично для отдельных предметных областей, позволяет коэффициент Жуайна (D), который для слова “фобия” равен 87. Чем коэффициент ближе к 100, тем слово равномернее встречается в текстах разного направления и значимо для большего числа предметных областей, т.е. не является узкоспециализированным. Анализ алфавитного списка лемм показывает, что частота (ipm) слова “фобия” составляет 1.83. Следовательно, в современном языке, как указывает К.Д. Пипия, слово “фобия” употребляется в разных научных направлениях, что показывает признание данного слова с точки зрения языка [8, с. 43].

⁵ Мы исходили из того факта, что если у одного автора в каком-либо году выявлялись половые различия и в работе другого автора эти различия подтверждались или повторялись, т.е. носили по времени пролонгированный характер, это как раз и подтверждало действительное их наличие, что и отражалось в приведенных данных.

⁶ Обычно большая разница между мужской и женской группами респондентов наталкивает на вопросы о достоверности большего/меньшего влияния того или иного явления на мужчин или женщин.

выборки респондентов. Мы рассматривали лишь те фобии, по которым исследовались достаточно многочисленные группы пациентов (не менее 150 человек), поскольку на малых выборках результаты опроса являются менее репрезентативными.

На основе метаанализа более 70 научных работ получена выборка свыше 35 тыс. человек¹⁴. Всего в исследованиях по результатам публикаций приняли участие 35 620 респондентов, из них женщин/девушек/девочек — 19 904 человека, а мужчин/юношей/мальчиков — 15 716 человек. Количество респондентов, принявших участие в исследованиях, дифференцированных по признаку пола, не демонстрирует значимость тех или иных фобий, а презентует лишь количественную составляющую участвующих респондентов, которых могло бы быть и больше, и меньше¹⁵.

Количественная методология (количество респондентов фиксирует лишь количественный параметр выборки) была дополнена качественной — анализом результатов, позволившим выявить и более четко рефлексировать гендерную направленность в целях определения направлений дальнейшего изучения явления фобийности у мужчин и женщин.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В итоге проведенного метаанализа нами было выявлено 136 заболеваний, на которые у мужчин и женщин формируются ФТР. Иными словами, пол/гендер и диагностируемое заболевание стали в работе одними из основных установленных предикторов, что позволило проанализировать отдельно нозологическую специфику и влияние на нее половых различий, а также их сочетанное воздействие, т.е. изменение признака в зависимости от определенного пола при конкретной нозологии.

Дифференцируя заболевания через призму пола/гендера, мы обнаружили 15 болезней, которые и у мужчин, и у женщин вызывают стойкие фобии. Основываясь на этом, некоторые зарубежные ученые полагают, что ФТ отличаются от большей части других фобий тем, что они в равной мере встречаются среди мужчин и женщин [21; 35].

¹⁴ Разные выборки у авторов по каждому объекту фобий мы суммировали, получив итоговое число.

¹⁵ Как правило, в зарубежных и отечественных эмпирических исследованиях обязательно указывается количество респондентов, что подтверждает валидность самого исследования и его результаты. Исходя из этого были представлены числовые значения участников исследований, указанных в анализируемых работах.

Однако существуют данные из некоторых популяционных исследований, в которых была установлена более высокая распространенность ФТ среди женщин [18]. Это может быть связано с тем, что в клинических исследованиях нередко недооценивается частота этого ФТР в группе женщин, так как у них чаще диагностируется избегающее личностное расстройство [12], которое в определенной степени стигматизирует ФТ. Взаимосвязь у женщин ФТ и личностных расстройств тревожного кластера, представляющих собой единый континуум, подтверждается рядом исследований [28; 30]. У мужчин, можно полагать, меньшая распространенность данного вида фобий, вероятно, связана с тем, что они чаще, чем женщины, прибегают к выработке и использованию компенсаторных стратегий, например, к алкоголю, наркотическим и другим средствам, что может приводить к недооценке фобийности в популяционных исследованиях.

Как правило, фобические опасения у мужчин и женщин, характеризуясь персистирующей направленностью, концентрируются вокруг конкретного заболевания. При этом тревога может возникать при любых обстоятельствах, связанных с болезнью, и не имеет тенденции к снижению интенсивности с течением времени, что находит свое подтверждение во многих исследованиях [14; 32]. Распространенность фобий заболеваний в группах мужчин и женщин имеет следующую картину (рис. 1).

Гистограмма наглядно демонстрирует (по численному соотношению) четыре условных группы заболеваний, одинаково вызывающих страх у мужчин и женщин. Принципом такого деления явились принцип распространенности в сочетании с принципом преобладания той или иной фабулы фобии у одного из полов. В первую группу заболеваний, вызывающих наибольший страх, согласно результатам исследований, попали коронавирусная инфекция и онкологическое(и)е заболевание(я) (рак). Информация об этих болезнях у мужчин и женщин, помимо ФТ, может обуславливать тревожно-депрессивные расстройства со значительной соматогенной астенией, повышенной утомляемостью и слабостью, частота которых достигает 40% случаев [19]. Эти болезни на общем тревожном фоне являются триггером страха и стресса, детерминируя возникновение пароксизмов тревоги [11].

Во вторую группу включены зубная боль, а также собственное безумие и диарея. В третьей условной группе находятся психические заболевания, СПИД, ВИЧ, алопеция, проктит, геморрой,

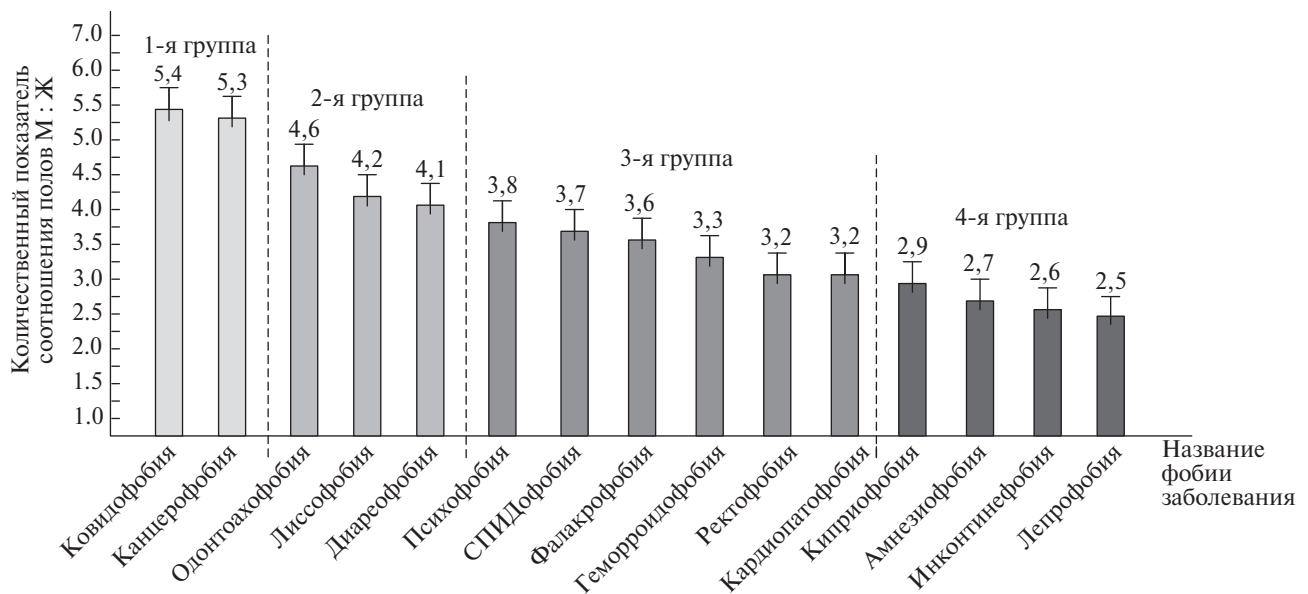


Рис. 1. Гистограмма распространности фобий заболеваний в группах мужчин и женщин

заболевания прямой кишки и кровяное давление с его повышенным или пониженным уровнями. Четвертая группа включает заболевания, передающиеся половым путем, амнезию, недержание мочи и болезнь Хансена (лепра). Сложно нозологически структурировать представленные данные, так как заболевания находятся в разных классах, рубриках и подразбиках МКБ-10.

В группе мужчин 44 заболевания вызывают ФТ (рис. 2). У женщин 76 заболеваний детерминируют появление и их формирование (рис. 3). Представленная информация наглядно демонстрирует маркер различия в реакциях, связанных со страхом к заболеваниям у мужчин и женщин (не учитывая при этом возрастной фактор): у них разные заболевания вызывают ФТ, они по-разному их оценивают и, соответственно, ведут себя по-разному.

У мужчин наибольший страх вызывает эректильная дисфункция, а заболевание, связанное с появлением слепых пятен в области зрения, — наименьший. У женщин ожирение провоцирует максимально глубокое фобическое расстройство, а спинная сухотка не вызывает столь сильного страха. Женщины чаще испытывают фобии от таких заболеваний, как базедова болезнь, бесплодие, болезнь вообще, генитальные бородавки, фобия(и), послеродовая депрессия, условно выделенных нами в первую группу по количественному показателю соотношения мужского пола к женскому. Мужчины чаще страдают от фобий, связанных с импотенцией, бессонницей, глухотой, заболеваниями сердца, хронической болью, инсультом, сифилисом и другими заболеваниями.

Интересен выявленный факт в отношении анартрияфобии и пселлизмофобии. Так, согласно ранее представленным нами данным [5], утрата членораздельной речи и заикание являются заболеваниями, чаще вызывающими страх у женщин. Однако результаты других исследований демонстрируют иную клиническую картину — проявления чаще у мужчин. Объяснить полученную иррелевантность однозначно довольно сложно, поскольку необходимо знать условия замеров, сезонность (так называемые приливы и отливы ФТ), характеристики выборки, используемые методики и другие факторы. Более того, мы полагаем, что значение имеют качественные различия в гендерной культуре, разные уровни социальной реальности, ментальности и ряд других.

Количественное преобладание ФТ у женщин, вызываемыми заболеваниями, в отличие от мужчин, может быть обусловлено многими факторами. Среди консигнаторов, способствующих их развитию, можно выделить *соматизацию*. Женщины, в отличие от мужчин, чаще суггестируют себя на том или ином заболевании, т.е. начинают прислушиваться к своему организму, используя при этом мыслительные, симптоматические и другие процессы и состояния. Это приводит как к личностной инкапсуляции заболевания, так и усилению у них соматизации не только в отношении отдельных болезней, но и к нарастанию соматки более тяжелых регистров. Иными словами, фобии заболеваний, по нашему мнению, формируются двумя встречными потоками: от личностной

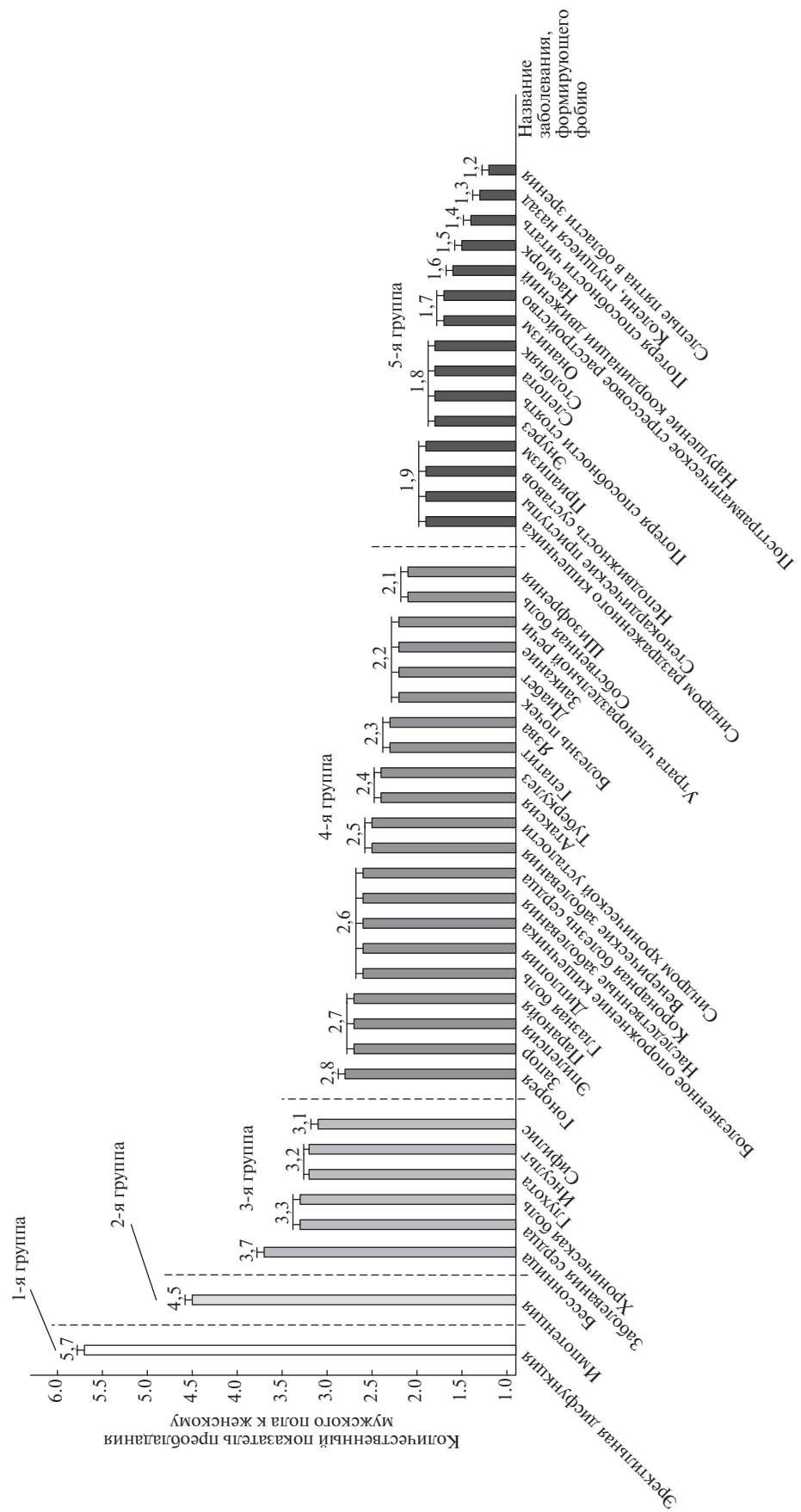


Рис. 2. Гистограмма распространенности заболеваний, формирующих фобии в группе мужчин



установки о наличии заболевания и страха¹⁶ перед ним к концептуализации предрассудка и, наоборот, от конструкции фобии к личностному осознанию детерминирующего ее заболевания с последующим переходом фобической установки в реальные поведенческие паттерны. Процесс такой циркуляции, однако, не позволяет ответить на вопрос: фобия порождает заболевание или заболевание детерминирует формирование фобий? Однозначно рефлексировать это взаимодействие не представляется возможным.

Другими детерминантами могут являться *когнитивные факторы* (наличие той или иной медицинской информации, личностные убеждения в отношении своего состояния здоровья/нездоровья), так называемый *контекст симптома того или иного заболевания* (ответная реакция окружающих и субъективные ожидания касательно нее), *степень субъективной актуальности или объем вовлеченности в отношении симптома* (высокая субъективная актуальность ассоциируется с тенденцией к преувеличению симптома заболевания и формированием коморбидных идей отношения к нарушению определенных функций организма (например, заболеваниям желудочно-кишечного тракта, мозга, вирусным, кожным заболеваниям, заболеваниям аутистического спектра и т.д.), проявляющимся формированием соответствующей фобической фабулы (гастроэнтерокофобии, менингитофобии, герпесофобии, дерматопатофобии, аутизмфобии и т.д.) заболевания(й)), а также *обсессия* (невозможность отвлечься или переключиться от мыслей о наличии заболевания), *компульсия* (повторение определенных действий, постоянно подтверждающих наличие симптомов заболевания) и *аффективный фон* (например, при депрессии и тревоге соматические симптомы более выражены). Данное предположение находит свое подтверждение в ряде публикаций [10; 28; 30]. Более того, именно в этих случаях формирование ФТ у женщин можно интерпретировать в том числе и в рамках личностного развития [31; 34].

Фобии заболеваний можно рассматривать не только как аскриптивный и психологический продукт, но и как следствие формирующейся социальной реальности, например ковидофобия. Троирование фобий биологическими, психологическими и социальными составляющими, т.е.

тройная избыточность их этиологии, не позволяет до сих пор утверждать, являются ли причиной предрасположенности людей к страху какие-то конкретные факторы. Именно поэтому фобии выступают объектами исследования одновременно многих наук (социологии, медицины, психиатрии, психологии и др.). По нашему мнению, факторы, значимые для этиологии и патогенеза фобий заболеваний, могут находиться на разных уровнях, — биологическом (генетическом, нейробиологическом, нейроэндокринологическом), психологическом, социальном. Исходя из гипотезы о существовании врожденных программ поведения человека, можно высказать предположение о том, что биологические свойства человека изначально организованы, ограничены в определенные программы, или метафункциональные системы [1]. Поэтому внутреннее, на которое действует внешнее, выступает уже не только в виде условий [9, с. 109], но и в виде факторов, структур, программ, причин индивидуального поведения. Следовательно, риск формирования фобий заболеваний — это сумма совместного в разной степени влияния биопсихосоциальных сенсibiliзирующих факторов или факторов риска ее формирования, которые должны рассматриваться в сложной системе, представляющей собой многофакторную модель.

При анализе условий, детерминирующих у мужчин и женщин формирование ФТ, обычно идентифицируются те переменные, которые поведенчески и/или когнитивно обуславливают и поддерживают расстройство, являясь его катализатором. Можно полагать, что возникновение фобий заболеваний опосредовано и самой динамикой поведения человека, что может означать замаскированность причин возникновения более высоким уровнем свойств индивидуальности — личностными и социально-психологическими. Так, в частности, при моделировании фобического пространства мужчинами и женщинами особая роль принадлежит критерию “реальное/воображаемое”. В качестве метода анализа, позволяющего экзантикулировать значение данного критерия, как правило, используется когнитивный подход. Интересной в этом плане является работа С.Л. Кляйна, К.Л. Фланагана [25], в которой приводятся данные по гендерным группам. Так, при моделировании фобического пространства мужчины чаще используют параметр реального, а женщины в процесс моделирования обычно включают параметр воображаемого. То есть женское фобическое пространство зачастую очерчено нерелевантными границами существующей действительности, в отличие от мужского. В фобическое пространство женщин включаются все возможные замещения в виде

¹⁶ При активизации большого страха той или иной болезни происходит активизация значительного количества мелких, вследствие чего из подсознания поднимаются страхи, не имеющие отношения к данному заболеванию, но порождающие различные психосоматические состояния и усиливающие, как указывают некоторые исследователи [15; 27], формирование фобии именно данного заболевания.

различных чувств и эмоций. Они при этом имеют различную степень фобийности: от более легкой (например, непонимание, отрицание и т.д.) до более тяжелой (например, раздражение, нетерпимость, агрессия, гнев и т.д.), которую позволяет более глубоко дифференцировать психологический подход. В основе процесса моделирования фобического пространства женщинами, в отличие от мужчин, находится сильная фобическая установка, где имеет место как угроза, так и провокация страха перед тем или иным конкретным заболеванием. Вышеприведенные данные находят свое подтверждение в ряде других научных исследований (см., например, [20; 29]), в которых приводятся данные о фобических состояниях и степени фобийности мужчин и женщин. Однако более глубокий анализ данного аспекта исследуемой проблемы выходит за рамки вынесенной в статье темы.

ВЫВОДЫ

В целом фобии заболеваний преобладают в группе женщин; однако распространенность некоторых фобий выше в группе мужчин. При этом у женщин по имеющимся объектам (заболеваниям) фобий выявляется разнообразный их набор, что может быть связано как с большей количественной составляющей женщин по имеющимся общим выборкам респондентов, так и большим в целом разнообразием объектов, провоцирующим появление фобий. Однако, учитывая приблизительное количественное соотношение и сопоставимость числа обследованных женщин числу обследованных мужчин (около 20 тыс. и 16 тыс. соответственно), такое большое разнообразие фобий заболеваний у женщин по сравнению с мужчинами — результат, заслуживающий особого внимания и дальнейшего исследования.

Данные, представленные в работе, основаны на показателях в основном зарубежных исследований, среди теоретических и практических исследований работы отечественных авторов на настоящий момент отсутствуют. Следовательно, и говорить о выявленных гендерных/половых особенностях фобической фабулы заболеваний можно лишь в отношении тех стран, в которых проводились данные исследования, а аппроксимировать их на все современное общество, применительно к любой стране, любой культуре в определенной степени неправомерно. Более того, отсутствие отечественных исследований по данной проблематике не позволяет отразить российские особенности и специфику формирования фобий заболеваний. В контексте этого возникает много проблемных

вопросов, например, влияет ли фактор национальности на частоту формирования ФТ? В каких странах преобладают какие заболевания, которые детерминируют появление этой части существующей линейки фобий? Требуют дальнейшего изучения психопатологическая структура ФТ и особенности ее динамики у мужчин и женщин в зависимости, например, от коморбидной личностной патологии и др.

В целом результаты представленного нами материала позволяют надеяться, что помимо утилитарной функции они послужат источником новых идей в разных областях теоретизирования и практической работы, создавая возможности для организации дальнейшего изучения фобийности через призму половых/гендерных различий, что созвучно потребностям не только зарубежных исследователей, но и российских психологов.

В завершение необходимо сказать, что трудно назвать достаточными имеющиеся в настоящее время данные о гендерных/половых различиях, в том числе и о причинной детерминированности ФТ (возраст начала проявления фобии, соотношение полов, гендерное преимущество, связь с близкими родственниками, распространенность среди населения), основываясь на которых было бы возможно однозначно констатировать, чем обусловлено это гендерное различие, например более высокой врожденной предрасположенностью женщин к такой реакции, как фобия, или же действием других сенсibilизирующих факторов. Все это актуализирует дальнейшее изучение фобий заболеваний у мужчин и женщин, представляя научный и практический интерес в контексте изучения индивидуальных различий.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Анохин П.К. Социальное и биологическое в природе человека // Материалы симпозиума по соотношению биологического и социального в человеке. М.: Наука, 1975. С. 301–318.
2. Гринглас Э. Психофизиологическая характеристика ранних субклинических изменений регуляции гомеостаза // Психологический журнал. 1994. Т. 15. № 2. С. 132–139.
3. Грошев И.В. Анализ современных исследований гендерно-половозрастных характеристик социофобических психических расстройств, детерминирующих поведенческие паттерны личности // Российский психиатрический журнал. 2010. № 3. С. 16–24.
4. Грошев И.В. Гендерные особенности ксенофобии (обзор зарубежных исследований) // Социологические исследования. 2021. № 5. С. 139–147.

5. *Грошев И.В.* Пол и болезни: краткий обзор современных исследований // Социология медицины. 2004. Т. 5. № 2. С. 35–50.
6. *Грошев И.В., Давыдова Ю.А., Пряникова Т.И.* Гендерные различия ксенофобии в современном обществе // Вопросы психологии. 2021. Т. 67. № 4. С. 88–110.
7. *Каплан Г.И., Сэдок Б. Дж.* Клиническая психиатрия: В 2 т.: Пер. с англ. М.: Медицина, 1994. Т. 1.
8. *Липия К.Д.* Ксенофобские настроения в российском общественном мнении и пути их предотвращения: Дис. ... канд. социол. наук. М., 2017.
9. *Рубинштейн С.Л.* Проблемы общей психологии. М.: Наука, 1976.
10. *Соколова Е.Т., Николаева В.В.* Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М.: SvR-Аргус, 1995.
11. *Afshari N., Farokhzadian J., Abdi K., Sheikhbardsiri H.* Gender Matter, Social Phobia and High-Risk Behaviors in Young Medical Students // Ethiop J Health Sci. 2021. V. 31. № 2. P. 359–370.
12. *Arrais K.C. et al.* Social anxiety disorder women easily recognize fearful, sad and happy faces: the influence of gender // Journal of Psychiatric Research. 2010. V. 44. № 8. P. 535–540.
13. *Blazer D.C., Hughes D., George L.K.* Generalized anxiety disorder // Psychiatric disorders in America: The epidemiologic catchment area study / Eds. L.N. Robins, D.A. Regier. N.Y.: Maxwell Macmillan International, 1991. P. 271–304.
14. *Boll S. et al.* Disorders Attentional mechanisms of social perception are biased in social phobia // Journal of Anxiety Disorders. 2016. № 40. P. 83–93.
15. *Choy Y., Fyer A.J., Goodwin R.D.* Specific phobia and comorbid depression: a closer look at the National Comorbidity Survey data // Compr. Psychiatry. 2020. V. 48. P. 132–136.
16. *Crow T.J.* Molecular pathology of schizophrenia: More than one disease process? // Brit. Med. J. 1980. V. 280. P. 66–78.
17. *Davey G.* Phobias. L.: John Wiley, 1997.
18. *Farahani S.H., Rafie poor A., Razian S.* The Role of Gender in the Social Anxiety // Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal. 2019. V. 7. № 10. P. 243–254.
19. *Feng Z., Liu X., Chen Z.* Characteristics of mental health problems among general public during the COVID-19 epidemic // J. Southwest Univ. Social Sci. Ed. 2020. № 46. P. 109–115.
20. *Heimberg R.G. et al.* Social anxiety disorder in DSM-5 // Depression and Anxiety. 2014. V. 31. № 6. P. 472–479.
21. *Joseph S., Yule W., Williams R.* Understanding Post-Traumatic stress. Chichester: John Wiley, 1997.
22. *Juan S.* Who's Afraid of Butterflies? Australia: c/o Harper Collins Publishers, 2011.
23. *Kessler L.N.* Panic and phobia. N.Y.: Maxwell Macmillan International, 1994.
24. *Klahn A.L. et al.* Commonalities and differences in the neural substrates of threat predictability in panic disorder and specific phobia // Neuroimage Clin. 2017. V. 14. P. 530–537.
25. *Klein S.L., Flanagan K.L.* Sex differences in immune responses // Nature Reviews Immunology. 2016. V. 16. № 10. P. 16–26.
26. *Lacôte C.* Note's sur la phobie // La Phobie / Ed. M. Lerude-Flechét. P.: A.L.I., 2008. P. 234–301. (In French)
27. *Liebowitz M.R., Heimberg R.G., Fresco D.M.* Social phobia or social anxiety disorder: what's in a name? // Archives of General Psychiatry. 2000. V. 57. P. 181–192.
28. *Liebowitz M.R., Marshall R.D.* Pharmacological treatments: clinical applications // Social phobia: diagnosis, assessment, and treatment / Eds. R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope, F.R. Schneier. N.Y., L.: The Guilford Press, 1996. P. 366–383.
29. *McCullough L.D. et al.* NIH initiative to balance sex of animals in preclinical studies: generative questions to guide policy, implementation and metrics // Biology of sex differences. 2014. V. 5. № 1. P. 15–24.
30. *Rapee R.M.* Descriptive Psychopathology of Social Phobia // Social phobia: diagnosis, assessment and treatment / Eds. R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope, F.R. Schneier. N.Y.: The Guilford Press, 1995. P. 41–59.
31. *Reich J. et al.* A prospective follow-along study of the course of social phobia // Psychiatry Research. 1994. V. 54. № 3. P. 249–258.
32. *Tibi L. et al.* The correlates of social phobia in OCD: Findings from a large clinical sample // Br. J. Clin. Psychol. 2021. Sep. V. 60. № 3. P. 312–332.
33. *Trumpf J. et al.* Becker Specific phobia predicts psychopathology in young women // Soc. Psychiat. Epidemiol. 2010. V. 45. P. 1161–1166.
34. *Tyrer P.* The national service framework: A scaffold for mental health // British Medical Journal. 1999. № 319. P. 1017–1018.
35. *Veale D.* Treatment of social phobia // Advances in Psychiatric Treatment. 2003. № 9. P. 258–264.
36. *Wittchen H.-U., Perkonig A.* Epidemiologie psychischer Störungen. Grundlagen, Häufigkeit, Risikofaktoren und Konsequenzen // Enzyklopadie der Psychologie, Themenbereich D Praxisgebiete. Band. 1, Grundlagen der Klinischen Psychologie / A. Ehlers, K. Hahlweg (Hrsg.). Göttingen: Hogrefe, 1996. P. 69–144.

DIFFERENCES IN PHOBIA PHOBIAS ASSOCIATED WITH DISEASES IN MEN AND WOMEN

I. V. Groshev^{1,2,*}, Yu. A. Davydova^{1,**}

¹ANO Research Institute of Education and Science;

123056, Moscow, Bolshaya Gruzinskaya str., 32, bldn. 3, Russia.

²Federal Scientific and Clinical Center of Resuscitation and Rehabilitation;

141534, Solnechnogorsky district, Moscow region, Lytkino village, 777, Russia.

*Doctor of Psychological Sciences, Doctor of Economics, Professor, Deputy Director of Science
of the Research Institute of Education and Science.

E-mail: aus_tgy@mail.ru

**Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor, Deputy Director of Public Relations
at the Research Institute of Education and Science.

E-mail: UA_Davidova@mail.ru

Received 11.05.2022

Abstract. The relationship between the presence of the disease and the formation of its phobic plot in men and women has been investigated. The methodology of the work was based on a secondary analysis of the results of conducted and published studies on the existing objects (diseases) of phobias. Based on a meta-analysis of data from more than 70 scientific papers, a sample of 35 620 thousand people was obtained and 136 diseases were identified for which men and women form FTD, of which 44 diseases in the group of men, 76 diseases in women; 15 diseases simultaneously determine the appearance and formation of persistent phobias in both sex groups. It is concluded that this type of phobias occurs in many cases in women who suffer from it more often, which is caused by such factors as somatization, the context of the symptom of the disease, obsession, compulsion, etc. Men using compensatory strategies have a lower percentage of FT. There are four conditional groups of diseases that equally cause fear in men and women. Based on the use of the cognitive approach, the process of modeling the phobic space is described and it is shown that men use the “real” parameter more often, women use the “imaginary” parameter. The phobic space of women includes substitutions in the form of various feelings and emotions that have different degrees of phobia. At the heart of this process in women is a strong “phobic” attitude. It is shown that the prediction of the etiology of FT does not allow us to unequivocally assert their inherent determinacy. As a conclusion, the conclusion is made about the greater prevalence and prevalence in the frequency of development and comorbidity of FT in the group of women. However, it is not possible to state unequivocally what causes this gender difference at the moment, which actualizes further study of phobias of diseases in men and women.

Keywords: women, diseases, health, men, behavioral patterns, gender/gender differences, disorder, symptoms, fears, factors, phobias.

REFERENCES

1. Anokhin P.K. Social'noe i biologicheskoe v prirode cheloveka. Materialy simpoziuma po sootnosheniju biologicheskogo i social'nogo v cheloveke. Moscow: Nauka, 1975. P. 301–318. (In Russian)
2. Gringlas E. Psihofiziologicheskaja harakteristika rannih subklinicheskikh izmenenij reguljacji gomeostaza. Psikhologicheskii zhurnal. 1994. V. 15. № 2. P. 132–139. (In Russian)
3. Groshev I.V. Analiz sovremennykh issledovanij gendernopolovozrastnykh harakteristik sociofobicheskikh psichicheskikh racctrojstv, determinirujushhiih povedencheskie patterny lichnosti. Rossijskij psihiatricheskij zhurnal. 2010. № 3. P. 16–24. (In Russian)
4. Groshev I.V. Gendernye osobennosti ksenofobii (obzor zarubezhnykh issledovanij). Socis. 2021. № 5. P. 139–147. (In Russian)
5. Groshev I.V. Pol i bolezni: kratkij obzor sovremennykh issledovanij. Sociologija mediciny. 2004. V. 5. № 2. P. 35–50. (In Russian)
6. Groshev I.V., Davydova Yu.A., Pryanikova T.I. Gendernye razlichija ksenofobii v sovremennom obshhestve. Voprosy psihologii. 2021. V. 67. № 4. P. 88–110. (In Russian)
7. Kaplan G.I., Sadok B.J. Klinicheskaja psihiatrija: in 2 v.: per. s angl. Moscow, 1994. V. 1. (In Russian)
8. Pipia K.D. Ksenofobskie nastroyeniya v rossijskom obshhestvennom mnenii i puti ih predotvrashheniya: Dis. ... kand. sociol. nauk. Moscow, 2017. (In Russian)
9. Rubinstein S.L. Problemy obshhej psihologii. Moscow: Nauka, 1976. (In Russian)

10. *Sokolova E.T., Nikolaeva V.V.* Personality features in borderline disorders and somatic diseases. Moscow: SvR-Argus, 1995. (In Russian)
11. *Afshari N., Farokhzadian J., Abdi K., Sheikhbardsiri H.* Gender Matter, Social Phobia and High-Risk Behaviors in Young Medical Students. *Ethiop. J. Health Sci.* 2021. V. 31. № 2. P. 359–370.
12. *Arrais K.C. et al.* Social anxiety disorder women easily recognize fearful, sad and happy faces: the influence of gender. *Journal of Psychiatric Research.* 2010. V. 44. № 8. P. 535–540.
13. *Blazer D.C., Hughes D., George L.K.* Generalized anxiety disorder. *Psychiatric disorders in America: The epidemiologic catchment area study.* Eds. L.N. Robins, D.A. Regier. New York: Maxwell Macmillan International, 1991. P. 271–304.
14. *Boll S. et al.* Disorders Attentional mechanisms of social perception are biased in social phobia. *Journal of Anxiety Disorders.* 2016. № 40. P. 83–93.
15. *Choy Y., Fyer A.J., Goodwin R.D.* Specific phobia and comorbid depression: a closer look at the National Comorbidity Survey data. *Compr. Psychiatry.* 2020. V. 48. P. 132–136.
16. *Crow T.J.* Molecular pathology of schizophrenia: More than one disease process? *Brit. Med. J.* 1980. V. 280. P. 66–78.
17. *Davey G.* Phobias. London: John Wiley, 1997.
18. *Farahani S.H., Rafie poor A., Razian S.* The Role of Gender in the Social Anxiety. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal.* 2019. V. 7. № 10. P. 243–254.
19. *Feng Z., Liu X., Chen Z.* Characteristics of mental health problems among general public during the COVID-19 epidemic. *J. Southwest Univ. Social Sci.* Ed. 2020. № 46. P. 109–115.
20. *Heimberg R.G., et al.* Social anxiety disorder in DSM-5. *Depression and Anxiety.* 2014. V. 31. № 6. P. 472–479.
21. *Joseph S., Yule W., Williams R.* Understanding Post-Traumatic stress. Chichester: John Wiley, 1997.
22. *Juan S.* Who's Afraid of Butterflies? Australia: c/o Harper Collins Publishers, 2011.
23. *Kessler L.N.* Panic and phobia. New York: Maxwell Macmillan International, 1994.
24. *Klahn A.L. et al.* Commonalities and differences in the neural substrates of threat predictability in panic disorder and specific phobia. *Neuroimage Clin.* 2017. V. 14. P. 530–537.
25. *Klein S.L., Flanagan K.L.* Sex differences in immune responses. *Nature Reviews Immunology.* 2016. V. 16. № 10. P. 16–26.
26. *Lacôte C.* Note's sur la phobie. *La Phobie.* Ed. M. Lerude-Flechét. Paris: A.L.I., 2008. P. 234–301. (In French)
27. *Liebowitz M.R., Heimberg R.G., Fresco D.M.* Social phobia or social anxiety disorder: what's in a name? *Archives of General Psychiatry.* 2000. V. 57. P. 181–192.
28. *Liebowitz M.R., Marshall R.D.* Pharmacological treatments: clinical applications. *Social phobia: diagnosis, assessment, and treatment.* Eds. R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope, F.R. Schneier. New York, London: The Guilford Press, 1996. P. 366–383.
29. *McCullough L.D. et al.* NIH initiative to balance sex of animals in preclinical studies: generative questions to guide policy, implementation and metrics. *Biology of sex differences.* 2014. V. 5. № 1. P. 15–24.
30. *Rapee R.M.* Descriptive Psychopathology of Social Phobia. *Social phobia: diagnosis, assessment and treatment.* Eds. R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope, F.R. Schneier. New York: The Guilford Press, 1995. P. 41–59.
31. *Reich J. et al.* A prospective follow-along study of the course of social phobia. *Psychiatry Research.* 1994. V. 54. № 3. P. 249–258.
32. *Tibi L. et al.* The correlates of social phobia in OCD: Findings from a large clinical sample. *Br. J. Clin. Psychol.* 2021. Sep. V. 60. № 3. P. 312–332.
33. *Trumpf J. et al.* Becker Specific phobia predicts psychopathology in young women. *Soc. Psychiat. Epidemiol.* 2010. V. 45. P. 1161–1166.
34. *Tyrer P.* The national service framework: A scaffold for mental health. *British Medical Journal.* 1999. № 319. P. 1017–1018.
35. *Veale D.* Treatment of social phobia. *Advances in Psychiatric Treatment.* 2003. № 9. P. 258–264.
36. *Wittchen H.-U., Perkonig A.* Epidemiologie psychischer Störungen. Grundlagen, Häufigkeit, Risikofaktoren und Konsequenzen. *Enzyklopadie der Psychologie, Themenbereich D Praxisgebiete.* Band. 1, Grundlagen der Klinischen Psychologie. A. Ehlers, K. Hahlweg (Hrsg.). Gottingen: Hogrefe, 1996. P. 69–144.