

О СУБЪЕКТИВНЫХ СЕМАНТИЧЕСКИХ ПРОСТРАНСТВАХ ЛИЧНОСТИ ПРИ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Е.Ю. Устина, Е.Л. Николаев

*Чувашский государственный университет
имени И.Н. Ульянова, Чебоксары*

Соматическое заболевание оказывает серьезное влияние на человека. Его душевная жизнь и поведение в условиях болезни претерпевает значительные изменения, хотя меняются не сами психические процессы, а вызванные наличием болезни условия их протекания. Болезнь при этом выступает в качестве биологической предпосылки изменения привычного образа жизни, отношения к окружающему миру, работе, близким людям, самому себе и, как следствие, переоценки личностных смыслов и изменение сознания больного [1].

В 1957 году А.Р. Лурией был предложен термин «внутренняя картина болезни» (ВКБ). Образование ВКБ является результатом адаптационной реакции человека на изменившиеся условия его существования. Внутренняя картина болезни характеризуется прежде всего интеллектуальной интерпретацией диагноза заболевания, когнитивной оценкой его тяжести и прогноза, а также формированием эмоционального и поведенческого паттернов [4, 8].

Для пациента ВКБ складывается из понимания механизмов возникновения неприятных и болезненных ощущений, оценке их значения для будущего, а также реагирования на болезнь в виде эмоциональных переживаний, выбора действий и поведения в изменившихся для него условиях. Изучением реагирования на то или иное заболевание соматических больных разной нозологии с учетом их характерологических черт занимаются как психологи, так и врачи в русле «интегративных моделей» психосоматических расстройств [6, 7].

Согласно Б.В. Зейгарник [2], в выполнении любого экспериментально-психологического задания проявляются личностные особенности больного, поэтому они должны изучаться не

только специальными направленными на них методами, но и через учет их влияния на поведение и познавательную деятельность. «О патологическом изменении личности мы говорим тогда, когда под влиянием болезни у человека скудеют интересы, мельчают потребности, когда у него проявляется равнодушное отношение к тому, что его раньше волновало, когда действия его лишаются целенаправленности, поступки становятся бездумными, когда человек перестает регулировать свое поведение, не в состоянии адекватно оценивать свои возможности, когда меняется его отношение к себе и окружающему. Такое измененное отношение является индикатором измененной личности», – считает Б.В. Зейгарник.

Происходящие изменения затрагивают, в том числе, и смысловые составляющие сознания. Изучение реперезентативных особенностей смысловых пространств больных с помощью метода семантического дифференциала (Ч. Осгуд, В.Ф. Петренко) позволяет отметить и зафиксировать эти процессы, что важно для выявления особенностей формирования субъективной картины болезни и для более углубленного индивидуального подхода и оказания помощи больному в формировании у него более адаптивной ВКБ [3, 5].

Цель нашего исследования состояла в выявлении особенностей влияния соматического заболевания на характер и профиль изменения семантических пространств у терапевтических больных для выявления условий формирования у больного более адаптивной внутренней картины болезни.

В экспериментальной процедуре приняли участие 91 испытуемый (46 пациентов с различными терапевтическими заболеваниями и 45 здоровых добровольцев, давших согласие на участие в эксперименте). Данные, полученные у группы пациентов стационара, сравнивались с результатами, полученными у здоровых испытуемых.

В качестве экспериментальной методики было решено использовать метод семантического дифференциала. Построение субъективных семантических пространств широко используется в наше время как психологами, так и социологами. Этот метод позволяет выявлять и исследовать мало осознаваемые челове-

ком аффективные структуры, не существующие в словесной форме, в языковых системах. Они имеют психологическую природу, связаны с личностным смыслом, который всегда сугубо индивидуален. Язык – это надындивидуальное образование. И, добываясь от испытуемого информации с его аффективного уровня, мы, как правило, получаем ее с когнитивного. Когнитивная информация имеет совершенно другую природу. Она рациональна, непсихологична (описывает объект), нормативно окрашена и зависима от социального окружения. Когнитивный компонент находится под непосредственным, наиболее сильным давлением событий и их массовой интерпретации. Ситуация опроса вносит довольно сильные изменения именно на этом уровне осознания индивидом каких-либо явлений, поэтому соответствующая информация может быть весьма неопределенной [7].

Экспериментальная процедура для получения данных методом вербального семантического дифференциала заключалась в следующем: пациенты стационара и здоровые испытуемые с помощью 41 пары антонимичных прилагательных давали оценку шести заданным понятиям с помощью семибалльной шкалы (от -3 до +3, включая 0). Полученные результаты подвергались процедуре факторного анализа. В результате обработки полученных данных были выделены факторные структуры на основе индивидуальных данных для каждого понятия и семантические пространства, образованные для наиболее интересующих нас понятий «здоровье», «болезнь» и «я».

Основными, наиболее интересными для отражения формирования смысловых составляющих ВКБ, являются понятия «болезнь», «здоровье» и «я». Поэтому кроме индивидуальной оценки каждого понятия также было рассмотрено и семантическое пространство, сформированное для этих понятий. У пациентов стационара семантическое пространство понятий «здоровье» «болезнь» и «я» было образовано семью четко очерченными в смысловом плане факторами (т.е. все входящие в фактор шкалы имеют общее смысловое значение), из которых тремя базовыми (формирующими смысловое пространство) были: «Оценка» (46,06 % от общего числа показателей), «Сложность» (6,82%) и «Обычность» (5,1%), а также фактор «Значимость» (3,09%), об-

разованный из шкал факторов «Сложность» и «Сила». В состав пятого фактора вошли шкалы: «возбужденный – расслабленный» (0,63), «быстрый – медленный» (0,22), «порывистый – плавный» (0,47), «страстный – равнодушный» (0,23), «громкий – тихий» (0,65). Соответственно он получил название «Активность» (3,15%). Шестой фактор, образованный шкалой «упругий – пластичный» (0,86), также получил название «Активность» (2,9%). Кроме того, определен фактор «Устойчивость» (2,7%), состоящий из шкал факторов «Упорядоченность» и «Сложность». У пациентов с соматическими заболеваниями при общей независимости полученных факторных структур наблюдалась определенная согласованность для факторов «Оценка» и «Значимость» ($r=0,65$), «Оценка» и «Устойчивость» ($r=0,70$) и для факторов «Значимость» и «Устойчивость» ($r=0,57$).

В группе здоровых испытуемых семантическое пространство исследуемых понятий было образовано пятью факторами – «Оценка» (48,52 % от общего числа показателей), «Активность» (7,65%), «Сложность» (6,46%), «Сила» (3,9%) и «Обычность» (3,56%). Внутренняя согласованность получена для факторов «Оценка» и «Активность» ($r=0,42$); «Оценка» и «Сила» ($r=0,65$), «Активность» и «Сила» ($r=0,51$).

Соматическое заболевание и связанные с ним эмоциональные переживания глубоко и широко затрагивают личностные смысловые структуры, становясь частью внутреннего «личностного образа» как бы частью «я». Определение понятий «здоровье», «болезнь» и «я» для группы пациентов стационара носило более разнообразную субъективную характеристику, что и выразилось в большем числе осей факторов, формирующих смысловое пространство, чем для здоровых испытуемых. Внутригрупповая согласованность определена для факторов, имеющих смысловую репрезентацию таких семантических черт, как «Значимость» и «Устойчивость».

У здоровых испытуемых набор полученных факторов не отражал высокую степень субъективной значимости этой совокупности понятий. Согласованность наблюдалась для основных базовых факторов «Оценка», «Активность» и «Сила», которые отражают формирование в основном денотативных смысловых

структур понятий, обладающих не столь высокой личностной (коннотативной) значимостью.

Таким образом, соматическое заболевание как важное жизненное событие оказывает значительное влияние на изменение индивидуальной системы значений, которая выражается в своеобразии формирования семантических пространств, что проявляется в значительных различиях семантических характеристик заданных понятий в группе пациентов с соматическими заболеваниями и в группе здоровых испытуемых. Наиболее наглядно это характеризует понятия с высокой эмоциональной индивидуальной значимостью – «здоровье», «болезнь», «я».

Литература

1. *Выготский Л.С.* Психология развития человека. М., 2003.
2. *Зейгарник Б.В., Холмогорова А.Б., Мазур Е.С.* Саморегуляция поведения в норме и патологии // Психол. журн. 1989. № 2. С. 122-132.
3. *Лурия А.Р.* Язык и сознание. М., 1979.
4. *Менделевич В.Д., Соловьева С.Л.* Неврология и психосоматическая медицина. М., 2002.
5. *Петренко В.Ф.* Основы психосемантики. СПб., 2005.
6. *Акцентуация биопсиходинамических характеристик индивидуальности как фактор риска ишемической болезни сердца / В.В. Плотников [и др.] // Психол. журн. 2002. № 3. С. 63-77.*
7. *Торчинская Е.Е.* Роль ценностно-смысловых образований личности в адаптации к хроническому стрессу // Психол. журн. 2001. № 2. С. 27-35.
8. *Тхостов А.Ш., Арина Г.А.* Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни // Психологическая диагностика отношения к болезни. Л., 1990. С. 32-38.