

## СЕМАНТИЧЕСКОЕ ПОЛЕ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

### THE SEMANTICS OF PSYCHOLOGICAL TRAUMA OF BREAST CANCER PATIENTS

**A. Alekhin  
K. Kondratyeva**

*Summary.* The article presents data on the study of the semantic space of psychological trauma of young oncological patients with malignant neoplasms of the mammary gland based on the modified method "Semantic differential" by C. Osgood. The results of the study suggest that the main factor in trauma is the individual semantic burden of experiencing the situation of cancer and treatment in the context of a system of significant relationships and social-role functioning. It is shown that patients with a greater number of narcissistic experiences, that is, personally significant relationships in the context of social-role functioning, are more prone to mental trauma in a situation of cancer. It is also shown that patients with fewer emotionally loaded connections in the system of personality relations more successfully cope with the study of psycho-traumatic experience.

*Keywords:* experience, mental adaptation, semantic differential, breast cancer.

**Алехин Анатолий Николаевич**

Российский государственный педагогический  
университет им. А. И. Герцена, г. Санкт-Петербург  
termez59@mail.ru

**Кондратьева Кристина Орхановна**

Российский государственный педагогический  
университет им. А. И. Герцена, г. Санкт-Петербург;  
Национальный медицинский исследовательский центр  
онкологии им. Н. Н. Петрова, г. Санкт-Петербург  
cris.condratiewa@yandex.ru

*Аннотация.* В статье приводятся данные исследования семантического пространства психической травмы онкологических пациентов молодого возраста со злокачественными новообразованиями молочной железы на основании модифицированного метода «Семантический дифференциал» Ч. Осгуда. Полученные результаты исследования позволяют говорить о том, что основным фактором травматизации является индивидуальная семантическая нагрузка переживания ситуации онкологического заболевания и лечения в контексте системы значимых отношений и социально-ролевого функционирования. Показано, что более подвержены психической травматизации в ситуации онкологического заболевания пациенты, имеющие большее количество нагруженных нарциссическими переживаниями, то есть лично значимых отношений в контексте социально-ролевого функционирования. Также показано, что пациенты, имеющие меньшее количество эмоционально нагруженных связей в системе отношений личности более успешно справляется с проработкой психотравмирующего опыта.

*Ключевые слова:* переживание, психическая адаптация, семантический дифференциал, рак молочной железы.

**Ц**еленаправленное изучение влияния онкологического заболевания на психологическое состояние пациентов началось в 80-х годах XX века, хотя и ранее психологическим, социальным проблемам пациентов уделялось внимание в рамках поддерживающей терапии [1–6].

К настоящему времени выделены основные вопросы, касающиеся социальной и психической адаптации онкологических пациентов: изменение образа жизни, в том числе рискованного поведения для снижения риска рецидивов опухолевого роста, возникновения коморбидных заболеваний и состояний, имеющих влияние на ход лечения онкологического заболевания; контроль физических и психологических симптомов во время лечения, снижающих социальное и психическое функционирование пациента (например, нозогении, боль, астенические состояния различного генеза); проблемы психической и социальной адаптации пациентов в ремиссии; психологическая помощь и поддержка пациентов на паллиативном этапе [7,8].

По данным эпидемиологических исследований за последнее десятилетие наблюдается значительный прирост числа больных онкологическими заболеваниями, первое место среди них занимают злокачественные новообразования молочной железы. Помимо всего прочего наблюдается снижение среднего возраста заболевших женщин с 61 года до 35 лет, увеличение продолжительности жизни, показателей пятилетней выживаемости [9]. Психологические проблемы, возникающие у пациенток с РМЖ, требуют особого внимания, поскольку специфика заболевания и лечения влияет не только на продолжительность жизни, но и затрагивает глубинно-личностные переживания пациентов, связанные с материнством, женственностью. В связи с этой тенденцией проблема социальной и психической адаптации к заболеванию, психологической реабилитации, качества жизни пациентов со злокачественными новообразованиями молочной железы становится крайне актуальной.

В рамках психологической науки изучаются психические реакции и состояния пациентов, их родственников на различных этапах онкологического заболевания, определяется вклад психологических, психофизиологических, социальных факторов в процесс адаптации пациентов к ситуации онкологического заболевания, образу жизни. В последнее время наблюдается рост числа отечественных и зарубежных публикаций, связанных с оценкой психологического состояния онкологических пациентов: чаще всего упоминается выраженность дистресса, степень дезадаптации онкологических пациентов. Согласно таким исследованиям, онкологическое заболевание является психогенным и соматогенным фактором, где онкологическая патология оказывает колоссальное воздействие на физическое и психическое функционирование пациента, приводя к астении смешанного генеза (психической, физической) и формируя соматогенные психические нарушения [10–18].

Диагностирование угрожающего жизни заболевания создаёт ситуацию психической травматизации пациента, способную сформировать психические нарушения психогенно-реактивного характера. Ситуацию онкологического заболевания кроме того, принято считать психотравмирующей по ряду факторов, включающих стигматизацию рака в обществе, инвалидизацию, неопределенность, бесконтрольность, необходимость в резком изменении привычного образа жизни, то есть — индивидуальную для каждого пациента семантическую нагрузку самого конструкта «онкологическое заболевание», включающую весь комплекс представлений и переживаний больного, возникающий еще до обнаружения самой болезни.

Учитывая общепринятую включенность в содержание понятия «онкологическое заболевание» социально-культурных и смысловых значений представляется важным рассмотреть его, по крайней мере, в рамках двух контекстов: культурно-историческом и знаково-символическом.

Содержание представлений об онкологическом заболевании, его мифологизация отражает во многом общественно-политические, культурно-исторические тенденции современного общества, главным образом, своей неопределенностью и бесконтрольностью — контекст, в котором существует современный человек. Чувство неопределенности, потери контроля, возникающее в ситуации онкологического заболевания можно рассматривать как актуализацию переживания того, что до заболевания удавалось маскировать с помощью иллюзорности контроля над собственной жизнью, устойчивыми представлениями о себе и окружающей действительности, редко подвергавшимся сомнению или эмпирической проверке. Переживание ситуации онко-

логического заболевания представляет собой процесс трансформации и нестабильности системы значимых отношений, где все межличностные, внутриличностные конфликты и противоречия на фоне неопределенности, бесконтрольности «обнажаются».

Субъективная (внутренняя) неопределенность является одним из основных факторов психической травматизации за счет семантической многозначности ситуации онкологического заболевания и актуализации переживания онтологической тревоги, неуверенности в собственной идентичности. Определенность при этом, может являться столь же травмирующей, как переживаемая неопределенность: со слов В.П. Зинченко — «снятие» неопределенности неизбежно вновь порождает неопределенность, а значит последняя неопределенность представляет собой динамику самой жизни, противоположностью которой выступает определенность смерти [19, 20].

Ситуация онкологического заболевания представлена чередой противоречивых событий и переживания репрезентаций этих событий [представлений] в психической реальности имеет своей целью обретение некоего «семантического гомеостаза», целостности системы представлений о себе.

В речи пациента мы можем слышать переживание ситуации онкологического заболевания, как результат трансформации знаково-символической системы, изменения представлений о психической реальности. Система «знак-значение» при этом динамична и предполагает свою трансформацию во времени, то есть означивание ситуации онкологического заболевания также динамично и нелинейно: Ж. Лакан говорит о скольжении вдоль цепочки означающих, то есть ни одно значение нельзя признать окончательным и исчерпывающим [21].

В контексте сказанного необходимо понимать, какое *значение* имеет для женщин сама ситуация онкологического заболевания, вспомнив слова Выготского: «при одних и тех же законах мышления процесс будет разный, смотря по тому, в каком человеке он происходит» [22].

«Разворачивание» знака «онкологическое заболевание» опирается на индивидуальный опыт [переживания травматизации] каждого пациента, как процесс «означивания» поскольку «нет вообще знака без значения. Смыслообразование есть главная функция знака» [23–25]. Часто упоминающийся в исследованиях феномен «смерти», как *будто* неразрывно связанный с «онкологическим заболеванием», включенный в знаково-символическую систему в роли *значения* жизнеугрожающего заболевания, оказывается «пустым», «ничего-не-значащим» сам по себе; оказывается знаком, смыслообразую-

Таблица 1. Результаты факторизации оценки ситуации.

№ п/п	Прилагательные	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3
1	Обретенный — Утраченный	0,992		
2	Дающий возможности — Ограничивающий	- 0,991		
3	Энергичный — Усталый		0,976	
4	Активный — Пассивный			0,715
5	Безопасный — Опасный	0,913		
6	Дружелюбный — Агрессивный			0,376
7	Расслабленный — Напряженный		0,782	
8	Полноценный — Ущербный	0,811		
9	Смелый — Боязливый		0,827	
10	Защищенный — Уязвимый	0,982		
11	Бодрый — Вялый			0,511
12	Отзывчивый — Равнодушный			0,717
13	Тихий — Громкий		0,597	
14	Избавляющий — Уничтожающий			0,674
15	Сильный — Слабый		0,812	
16	Красивый — Безобразный	0,916		
17	Живой — Безжизненный			0,793
18	Быстрый — Медленный		0,712	
19	Обнадеживающий — Безнадежный	0,991		
20	Добрый — Жестокий		0,827	
21	Желанный — Невыносимый	0,935		
22	Радостный — Мучительный			0,717
23	Устойчивый — Изменчивый			- 0,513
24	Мягкий — Твердый		0,983	
Вес		26,531	19,516	17,734

щей единицей, вбирающей в себя некоторые значения Я, такие, как социальные роли, а точнее «события драмы» по Л.С. Выготскому [26]. Такое переживание столкновения мы можем слышать в речи пациента, где он сам «переживает» себя, как объект и «речь помогает ему овладеть этим объектом посредством предварительной организации и планирования собственных действий и поведения». С речью пациента обнаруживается переживание, как процесс упорядочивания, обобщения знаково-символической системы, *когда* он говорит, но не *оттуда*, откуда он говорит. Таким образом, мы можем предположить, что **переживание — это процесс преобразования семантического поля психической травмы с целью психической адаптации.**

С целью апробации вышеизложенного предположения на базе НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова было проведено исследование семантического пространства психической травмы среди пациентов молодого возраста (36±8) с онкологическими заболеваниями молочной железы (n=50). Условно были выделены подгруппы пациентов на основании системы отношений личности и объектных отношений: пациенты, имеющие детей и партнера (n=12) — «Подгруппа 1»; пациенты, имеющие

только детей (n=9) — «Подгруппа 2»; пациенты, имеющие только партнера (n=11) — «Подгруппа 3»; пациенты, не имеющие детей и партнера (n=18) — «Подгруппа 4».

Исследование проводилось с использованием метода «Семантический дифференциал» Ч. Осгуда, модифицированного для исследования психической травмы пациенток со злокачественными новообразованиями молочной железы. В качестве переменных использовались отобранные на основании литературного анализа 24 пары противоположных по смыслу прилагательных, представляющие субъективные оценки психотравмирующей ситуации. Категориями оценки служили ролевые позиции — «Я», «Я-женщина», «Я-жена», «Я-мать», «Я в прошлом», «Я в будущем», а также понятия, согласно доступной научной литературе, несущие «травматичность» ситуации заболевания — «смерть», «онкологическое заболевание» [27,28].

Посредством факторного анализа, представляющих разные субъективные оценки, мы выделили основные смысловые оси. Отобранные данные пригодны для проведения факторного анализа (мера Кайзера-Мейера-Олкина 0,612; коэффициент Бартлетта 0,003).

Таблица 2. Результаты исследования по методике «Семантический дифференциал»

Расстояние Понятие	Подгруппа			
	«Подгруппа 1» (n=12)	«Подгруппа 2» (n=9)	«Подгруппа 3» (n=11)	«Подгруппа 4» (n=18)
«Я» — «Я-женщина»	1,130	1,609	0,972	0,136
«Я» — «Я-мать»	0,428	0,608	1,180	1,020
«Я» — «Я-жена»	0,719	2,703	0,312	1,107
«Я» — «Я в прошлом»	0,812	0,836	2,413	1,052
«Я» — «Я в будущем»	2,591	1,816	2,841	0,916
«Онкологическое заболевание» — «Смерть»	0,993	0,302	2,750	2,490

В дальнейшем, с помощью метода главных компонентов было выделено 3 фактора (суммарная дисперсия более 63%).

Первый фактор (26,5%) включал следующие характеристики: с одной стороны — обретенный, возможный, безопасный, полноценный, защищенный, красивый, обнадеживающий, желанный; с другой — утраченный, ограничения, опасный, ущербный, уязвимый, безобразный, безнадежный, невыносимый. Данный фактор характеризует отношение к понятию, связанное с угрозой жизни, он был обозначен, как фактор «Оценка».

Второй фактор (19,5%) включал с одной стороны такие характеристики, как — усталый, напряженный, боязливый, громкий, слабый, медленный, жестокий, твердый; с другой стороны — энергичный, расслабленный, смелый, тихий, сильный, быстрый, добрый, мягкий. Данный набор противоположных по смыслу характеристик позволяет обозначить этот фактор, как «Сила».

Третий фактор (17,7%) на одном полюсе включил прилагательные — активный, дружелюбный, бодрый, отзывчивый, избавляющий, живой, радостный, устойчивый. На противоположном — пассивный, агрессивный, вялый, равнодушный, уничтожающий, безжизненный, мучительный, изменчивый. Фактор был назван нами «Активность».

В соответствии с теоретической моделью, положенной в основу данной методики, полученные 3 фактора рассматриваются нами как основные смысловые оси семантического пространства психической травмы, как она воспринимается испытуемыми. При анализе полученных данных мы использовали метод интервалов, где расстояние между понятиями в подгруппах характеризует их взаимосвязи.

Сравнительный анализ динамики расстояний между значимыми понятиями показал, что для группы пациентов, имеющих детей, в отличие от других групп па-

циентов, характерно усиление идентификации с ролью матери, о чем говорит семантическое расстояние между понятиями «Я»-«Я-мать». Кроме того, близость значений понятий «Я», «Я-мать», «Я-жена» и отдаленность понятия «Я-женщина» от этой группы, может говорить о значимости социально-ролевого функционирования при одновременном обесценивании нарциссических переживаний собственной женственности. В группе пациенток, не имеющих детей наблюдается обратная динамика: усиление идентификации с ролью женщины, превалируют нарциссические переживания, вероятно, связанные с косметическими дефектами в процессе лечения (аллопеция, полная или частичная резекция молочной железы). При этом, наблюдается увеличение расстояния в семантическом пространстве между понятиями «Я», «Я-мать», «Я-жена» в сравнении с группой пациенток, имеющих детей, что может говорить о наличии эмоциональных переживаний в связи с материнством и вступлением в отношения, либо изменением уже имеющих-ся.

Группы замужних и незамужних пациенток демонстрируют значительное расстояние между значениями понятий «Я» и «Я-мать», что может говорить о зоне напряжения в отношении идентификации себя с ролью матери, можно предположить, что лишение груди, как одного из символов материнства влечет за собой склонность женщины к оценке себя, как неспособной быть матерью. Кроме того, в группе незамужних женщин отмечается значительное увеличение расстояния между понятиями «Я», «Я-жена», «Я-женщина», в отличие от остальных групп, что может говорить о наличии эмоциональных переживаний в отношении самоидентификации и выстраивании межличностных отношений с мужчинами.

Анализ временного соотношения образов «Я»-«Я в будущем», «Я»-«Я в прошлом» демонстрирует динамику переживания представлений о себе: во всех группах пациентов отмечается значительное увеличение расстояния между понятиями «Я», «Я в будущем», что может говорить о наличии эмоциональных переживаний, напряжении

в отношении оценки и соотношения себя с известными ролевыми моделями в субъективном представлении о будущем. Кроме того, пациентки, не имеющие детей и незамужние пациентки демонстрируют схожую дистантность и в отношении понятий «Я»-«Я в прошлом», тогда как две другие группы пациенток склонны в большей степени, соотносить понятия «Я» и «Я в прошлом», что в свою очередь может говорить о желании некоторой константности, неизменности переживаемой ситуации.

Рассматривая взаимосвязь понятий «онкологическое заболевание» и «смерть» показывает разобщенность этих образов в различных группах пациенток: в группах пациенток, имеющих детей и замужних пациенток наблюдается сближение понятий, тогда как в двух других группах отмечается значительная отдаленность этих понятий.

Таким образом, исходя из полученных результатов, мы можем говорить о том, что зоной напряжения в семантическом пространстве на различных этапах лечения является соотношения образа «Я» и социально-ролевых моделей пациента, их трансформация и смещение во времени. В свою очередь, понятия «Онкологическое заболевание», «Смерть», также имея динамику в семантическом пространстве в разных группах, являются эмоционально окрашенными, нагруженными переживаниями объектами, связанными в контексте этого переживания со значимыми ролевыми моделями. Травматичность ситуации лечения и заболевания определяется изменчивостью представления о себе, динамикой образов Я в различных ролевых позициях, где само заболевание и сопровождающие его лечебные процедуры лишь опосредовано влияют на семантическое поле переживания пациента.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Непомнящая Н. И. Гипотеза о психосоматической природе рака // Психологический журнал. 1998. Т. 19. № 4. С. 132–145.
2. Русина Н. А. Психологическая диагностика и психотерапевтическая коррекция онкологических больных с калечащими операциями // Психология: современные направления междисциплинарных исследований: Материалы научной конференции, посвященной памяти члена-корреспондента РАН А. В. Брушлинского, 8 октября 2002 г. / Отв. Ред. А. Л. Журавлев, Н. В. Тарабрина. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2003. С. 236–255.
3. Тарабрина Н. В. Посттравматический стресс у больных угрожающими жизни (онкологическими) заболеваниями // Консультативная психология и психотерапия. — 2014. — No1. — С. 40–63.
4. Davidson J.R.T., Foa E. B. Diagnostic issues in posttraumatic stress disorder: considerations for the DSM-IV // *Abnormal Psychol.* 1991. P. 346–355.
5. Holland J.S., Rowland J. H. Handbook of psychooncology: psychological care of the patient with cancer. N.Y.: Oxford University Press, 1989.
6. Moos R.H., Tsu V. D. The crisis of physical illness an overview // *Coping with physical illness.* N.Y., 1977. P. 3–21.
7. Чулкова В.А., Моисеенко В. М. Психологические проблемы в онкологии // *Практическая онкология.* — 2009. — Т. 10. — No3. — С. 151–157.
8. Чулкова, В.А. О месте онкопсихологии в структуре психологической науки / В. А. Чулкова // Сборник тезисов IV Всероссийского Съезда онкопсихологов. — М., 2012. — С. 8–10.
9. Лесько К.А., Бяхов М. Ю., Абдураимов А. Б., Михайлова З. Ф., Карпова С. Н. Проблемы выбора стратегии скрининга рака молочной железы — Злокачественные опухоли, том 7, № 3, 2017.
10. Анцыферова Л. И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысление, преобразование ситуации и психологическая защита // Психологический журнал. 1994. № 1. С. 3–18.
11. Архипова И.В., Кокорина Н. П. Клинические и реабилитационные аспекты психических расстройств у женщин с диагнозом «рак молочной железы» на этапе хирургического лечения // *Псих. расстройства в общей медицине.* 2009. № 1. С. 37–41.
12. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. М., 1999.
13. Великолуг А.Н., Овчарова Р.В. Психологические особенности личности больных злокачественными опухолями различной локализации // *Паллиативная медицина и реабилитация.* М., 1997. № 2. С. 16–20.
14. Ильин Е. П. Переживание как импрессионный компонент эмоционального реагирования // *Эмоции и чувства.* — 2-е издание. — Санкт-Петербург: Питер, 2007. — 784 с.
15. Исаева Е. Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни. — СПб.: Издательство СПбГМУ, 2009. — 136 с.
16. Касимова Л.Н., Илюхина Т. В. Результаты психопатологического и психологического исследования онкологических больных / *Психические расстройства в общей медицине.* 2007. Т. 2. № 3. С. 33–36.
17. Куприянова И.Е., Слонимская Е. М., Бехер О. А. Нервно-психические расстройства у женщин, страдающих раком молочной железы / *Психические расстройства в общей медицине.* 2009. № 1. С. 53–57.
18. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. М.: МЕДпресс-информ, 2005.
19. Зинченко В. П. Порождение и метаморфозы смысла: от метафоры к метаформе // *Культурно-историческая психология.* 2007. № 3. С. 17.
20. Зинченко В. П. Проблема образующих сознания в деятельностной теории психики // *Вестн. МГУ. Сер. 14. Психология.* — 1988. — No3. — С. 25–33.
21. Лакан Ж. (1953). Функция и поле речи и языка в психоанализе. Пер.с фр./ Перевод. А. К. Черноглазова. М.: Гнозис. 1995. С. 70
22. Выготский Л. С. Психология искусства / *Общ. ред. В. В. Иванова.* 3-е изд. М.: Искусство, 1986. С. 9.
23. Выготский Л. С. Проблема сознания // *Психология грамматики.* М.: Изд-во МГУ, 1968. С. 178–196.

24. Выготский Л. С. Избранные психологические исследования. М.: Изд-во АПН РСФСР, 1956. С. 39–386.
25. Выготский Л. С. Проблемы дефектологии. М.: Просвещение, 1995. С. 196–199.
26. Выготский Л. С. Конкретная психология человека // Вестник МГУ. Сер. 14. Психология. 1986. № 1. С. 60.
27. Вассерман Л. И., Березин М. А., Косенков Н. И. О системном подходе в оценке психической адаптации // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. — 1994. — No3. — С. 16–25.
28. Вассерман Л. И., Трифонова Е. А., Червинская К. Р. Семантический дифференциал времени: экспертная и психодиагностическая система в медицинской психологии. Пособие для врачей и медицинских психологов. — СПб., 2009а. — 44 с.

© Алехин Анатолий Николаевич ( [termez59@mail.ru](mailto:termez59@mail.ru) ), Кондратьева Кристина Орхановна ( [cris.condratiewa@yandex.ru](mailto:cris.condratiewa@yandex.ru) ).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»



государственный педагогический университет им. А. И. Герцена