

# Семантика переживания психической травмы молодыми женщинами со злокачественными новообразованиями молочной железы

**Алехин А.Н.,**

*доктор медицинских наук, заведующий кафедрой клинической психологии и психологической помощи института психологии, ФГБОУ ВО «Российский государственный университет им. А.И. Герцена», Санкт-Петербург, Россия, termez59@mail.ru*

**Кондратьева К.О.,**

*аспирант, кафедра психологии, институт психологии, ФГБОУ ВО «Российский государственный университет им. А.И. Герцена», Санкт-Петербург, Россия, termez59@mail.ru*

---

В статье приводятся данные исследования семантического пространства онкологического заболевания как психической травмы. Исследование проведено с использованием модифицированной методики «Семантический дифференциал» (Ч. Осгуда) среди онкологических пациентов со злокачественными новообразованиями молочной железы. На основании полученных результатов делается вывод о том, что тяжесть психической травматизации может определяться семантической нагрузкой ситуации онкологического заболевания. Пациентки со злокачественными новообразованиями, демонстрирующие высокий индекс травматичности, обнаруживают большее количество субъективно значимых отношений в семантическом пространстве, где само заболевание может «означиваться» как угрожающее распаду этих связей. Для пациенток с низким индексом травматичности получено меньшее количество субъективно значимых отношений в семантическом пространстве, а зона напряжения выстраивается в отношении усиления самоидентификации; заболевание при этом не «означивается» как угроза распада Я. Полученные результаты могут быть использованы для определения мишени психологической коррекции в рамках психологической реабилитации пациентов с раком молочной железы.

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

---

**Для цитаты:**

Алехин А.Н., Кондратьева К.О. Семантика переживания психической травмы молодыми женщинами со злокачественными новообразованиями молочной железы [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2019. Том 8. № 3. С. 40–55. doi: 10.17759 /psyclin.2019080303

**For citation:**

Alekhin A.N., Kondrateva K.O. Semantics of Experience of a Mental Trauma by Young Women with Breast Cancer [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2019, vol. 8, no. 3, pp. 40–55. doi: 10.17759/psycljn. 2019080303 (In Russ., abstr. in Engl.)

Целенаправленное изучение влияния онкологического заболевания на психологическое состояние пациентов началось в 80-х годах XX века, хотя и ранее психологическим и социальным проблемам пациентов уделялось внимание в рамках поддерживающей терапии [20–26].

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, возникновение 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 [23; 24].

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 и показателей пятилетней выживаемости [18]. Психологические проблемы, возникающие у пациенток с раком молочной железы (РМЖ), требуют особого внимания, поскольку специфика заболевания и лечения влияет не только на продолжительность жизни, но и затрагивает глубинно-личностные переживания пациентов. В связи с этой тенденцией проблемы социальной и психической адаптации к заболеванию, психологической реабилитации, качества жизни пациентов со злокачественными новообразованиями молочной железы становятся крайне актуальными.

В рамках психологической науки изучаются психические реакции и состояния пациентов и их родственников на различных этапах онкологического заболевания, определяется вклад психологических, психофизиологических, социальных факторов

в процесс адаптации пациентов к ситуации онкологического заболевания, к новому образу жизни. В последнее время наблюдается рост числа отечественных и зарубежных публикаций, связанных с оценкой психологического состояния онкологических пациентов, в фокус этих публикаций попадает в основном уровень дистресса и степень дезадаптации онкологических пациентов. Согласно таким исследованиям, онкологическое заболевание оказывает влияние на психическую деятельность как психогенный и соматогенный фактор: онкологическая патология является одним из тяжелых в соматическом плане факторов, существенно влияющим на психическую деятельность человека и формирующим соматогенные психические нарушения [1–3; 6; 13–14; 19].

Диагностирование угрожающего жизни заболевания создает ситуацию психической травматизации пациента, способную сформировать психические нарушения психогенно-реактивного характера. Кроме того, ситуацию онкологического заболевания принято считать психотравмирующей по ряду факторов, включающих стигматизацию рака в обществе, инвалидизацию, неопределенность, бесконтрольность, необходимость в резком изменении привычного образа жизни. Таким образом, она несет индивидуальную для каждого пациента семантическую нагрузку, включающую весь комплекс представлений и переживаний больного. 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.

Чувство неопределенности и потери контроля, возникающее в ситуации онкологического заболевания, можно рассматривать как актуализацию переживания того, что до заболевания поддавалось субъективному контролю: ощущение контролируемости собственной жизни, устойчивых представлений о себе и окружающей действительности, которое редко подвергалось сомнению или эмпирической проверке. Переживание ситуации онкологического заболевания представляет собой процесс трансформации и нестабильности системы значимых отношений, где все межличностные и внутриличностные противоречия на фоне неопределенности «обнажаются».

Субъективная (внутренняя) неопределенность является одним из основных факторов психической травматизации за счет семантической многозначности ситуации онкологического заболевания и актуализации переживания базовой онтологической тревоги, неуверенности в собственной идентичности. Определенность при этом может являться столь же травмирующей, как и 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 [11; 12].

Ситуация онкологического заболевания представлена чередой противоречивых событий, и переживания репрезентаций этих событий

в психической реальности имеет своей целью обретение некоторого «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 [16].

В контексте сказанного необходимо понимать, какое значение имеет для больных сама ситуация онкологического заболевания, вспомнив слова Л.С. Выготского: «при одних и тех же законах мышления процесс будет разный, смотря по тому, в каком человеке он происходит» [7].

Разворачивание «знака» онкологического заболевания опирается на индивидуальный опыт (переживания травматизации) каждого пациента как процесс означивания поскольку, согласно Л.С. Выготскому, «нет вообще знака без значения. Смыслообразование есть главная функция знака» [8, с. 162]. Так, часто упоминающийся в исследованиях феномен смерти, несущий психическую травматизацию, включенный в знаково-символическую систему в роли значения жизнеугрожающего заболевания еще до болезни, имеет ряд значений, то есть пациент уже имеет некоторое представление и систему смыслов, отражающих переживание смерти. В ситуации онкологического заболевания феномен смерти оказывается знаком, вбирающим в себя некоторые значения Я пациента, включающие субъективно значимое социально-ролевое функционирование, подвергающееся вынужденной трансформации. Такое переживание столкновения с реальностью, обнаружение собственной «смертности» мы можем слышать в речи пациента, где он сам переживает себя как объект, а «речь помогает ему овладеть этим объектом посредством предварительной организации и планирования собственных действий и поведения» [10, с. 24]. В речи пациента обнаруживается переживание как процесс упорядочивания, обобщения знаково-символической системы. Таким образом, важным представляется понимание семантической нагрузки психической травмы в ситуации онкологического заболевания.

На базе отделения опухолей молочной железы НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова было проведено исследование семантического пространства психической травмы среди пациенток молодого возраста ( $36 \pm 8$  лет) с онкологическими заболеваниями молочной железы ( $N=50$ ). В выборку вошли женщины с верифицированным диагнозом «злокачественное новообразование молочной железы I-II стадии», получившие комплексное противоопухолевое лечение в течение  $9,6 \pm 1,4$  мес.

Одним из важных аспектов настоящего исследования являлось исследование тяжести психической травматизации у пациенток молодого возраста с РМЖ. С этой

целью был использован «Опросник травматических ситуаций» (Life Experience Questionnaire, LEQ) в адаптации Н.В. Тарабриной [22]. Методика позволяет изучить степень влияния предшествующих психических травм пациентов и тяжесть переживания происходящих травматических событий: суммарный индекс травматичности свидетельствует о тяжести переживаемого события, трудностях совладания с ситуацией.

Вся выборка женщин была условно поделена на подгруппы исходя из степени выраженности психической травмы (индекс травматичности (ИТ) по методике LEQ): подгруппа 1 (n=12) – высокая степень выраженности травматичности (ИТ=2,7), подгруппа 2 (n=9) – средняя степень выраженности травматичности (ИТ=2,3), подгруппа 3 (n=29) – низкая степень выраженности травматичности (ИТ=1,5).

Исследование в подгруппах проводилось с использованием модифицированной методики «Семантический дифференциал» Ч. Осгуда. Психосемантический подход, лежащий в основе данной методики, показал свою эффективность при оценке различных сторон психической репрезентации индивидуального опыта: «психосемантическая парадигма рассматривает индивида как носителя субъективного опыта, обладающего индивидуальной системой смыслов. Субъективный опыт представляется в виде семантического пространства, осями которого являются обобщенные смысловые основания, используемые испытуемым для соотнесения и противопоставления стимулов или объектов» [4; 5, с. 15].

Необходимо упомянуть, что шкалы семантического дифференциала являются метафорическим выражением отношения пациента к заболеванию. В семантическом пространстве отражен личностный смысл какого-либо объективного значения. В полученном пространстве значений фиксируется сближение понятий, на которые пациент реагирует сходным образом, и разведение понятий, имеющих различные эмоциональные связи. Расстояние между понятиями выражается определенным числом (семантическое расстояние), что в общем виде позволяет различать оценки одного и того же понятия разными подгруппами пациентов, а также разных понятий одним и тем же пациентом.

В качестве переменных использовались отобранные на основании литературного анализа 24 пары противоположных по смыслу прилагательных, представляющие разные субъективные оценки психотравмирующей ситуации болезни. Литературный анализ осуществлялся на основе отечественных и зарубежных исследований в области психической травмы онкологических пациентов с опухолями молочной железы. Были проанализированы 116 зарубежных и 83 отечественных научных статьи, опубликованных в период с 2010 по 2019 годы.

Оцениваемыми категориями в нашем исследовании служили ролевые позиции и понятия, согласно доступной научной литературе, определяющие травматичность ситуации заболевания – «Я», «Я – женщина», «Я – жена», «Я – мать», «Я в прошлом», «Я в будущем», «Смерть», «Онкологическое заболевание». Пациенткам предлагалось оценить каждую категорию («Я», «Я – женщина», «Я – жена», «Я – мать», «Я

в прошлом», «Я в будущем», «Смерть», «Онкологическое заболевание») по списку попарно сгруппированных прилагательных, выражающих противоположные характеристики оцениваемого понятия. Чем ближе показатель к цифре «3», тем больше данное прилагательное характеризует данное понятие (табл. 1).

Таблица 1

**Бланк модифицированной методики «Семантический дифференциал»**

№ п/п									
1	Обретенный	3	2	1	0	1	2	3	Утраченный
2	Ограничивающий	3	2	1	0	1	2	3	Дающий возможности
3	Энергичный	3	2	1	0	1	2	3	Усталый
4	Пассивный	3	2	1	0	1	2	3	Активный
5	Безопасный	3	2	1	0	1	2	3	Опасный
6	Агрессивный	3	2	1	0	1	2	3	Дружелюбный
7	Расслабленный	3	2	1	0	1	2	3	Напряженный
8	Полноценный	3	2	1	0	1	2	3	Ограниченный
9	Боязливый	3	2	1	0	1	2	3	Смелый
10	Защищенный	3	2	1	0	1	2	3	Уязвимый
11	Вялый	3	2	1	0	1	2	3	Бодрый
12	Отзывчивый	3	2	1	0	1	2	3	Равнодушный
13	Тихий	3	2	1	0	1	2	3	Громкий
14	Избавляющий	3	2	1	0	1	2	3	Уничтожающий
15	Сильный	3	2	1	0	1	2	3	Слабый
16	Безобразный	3	2	1	0	1	2	3	Красивый
17	Живой	3	2	1	0	1	2	3	Безжизненный
18	Медленный	3	2	1	0	1	2	3	Быстрый
19	Обнадеживающий	3	2	1	0	1	2	3	Безнадежный
20	Жестокий	3	2	1	0	1	2	3	Добрый
21	Желанный	3	2	1	0	1	2	3	Невыносимый
22	Мучительный	3	2	1	0	1	2	3	Радостный
23	Изменчивый	3	2	1	0	1	2	3	Устойчивый
24	Мягкий	3	2	1	0	1	2	3	Твердый

Посредством эксплораторного факторного анализа мы выделили основные смысловые оси семантического пространства ситуации болезни. Отобранные

данные пригодны для проведения факторного анализа (мера Кайзера–Мейера–Олкина – 0,612; коэффициент Бартлетта – 0,003). Затем с помощью метода главных компонентов было выделено 3 фактора (суммарная объясненная дисперсия – 63,7%). Результаты факторизации оценки ситуации представлены в Приложении. Реконструкция модели семантического пространства дает возможность увидеть ситуацию болезни с точки зрения восприятия самого пациента. В своих исследованиях Ч. Осгуд показал, что при шкалировании по наиболее универсальным оценочным шкалам наиболее весомыми базисными факторами групповых семантических пространств являются факторы – Оценка, Сила, Активность. Данные факторы также были использованы для построения семантического пространства ситуации болезни в настоящем исследовании.

Первый фактор (объясненная дисперсия – 26,5%) включал следующие прилагательные: с одной стороны, *обретенный, дающий возможности, безопасный, полноценный, защищенный, красивый, обнадеживающий, желанный*; с другой – *утраченный, ограничивающий, опасный, ущербный, уязвимый, безобразный, безнадежный, невыносимый*. То есть один полюс смысловой оси семантического пространства негативно оценивает ситуацию болезни, другой полюс дает позитивную оценку ситуации болезни. Данный фактор характеризует оценку ситуации болезни с точки зрения угрозы жизни и был нами обозначен как фактор «Оценка».

Второй фактор (объясненная дисперсия – 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*. На данной смысловой оси семантического пространства расположены значения, описывающие эмоциональное восприятие интенсивности ситуации болезни. Данный набор противоположных по смыслу характеристик позволяет обозначить этот фактор как «Сила».

Третий фактор (объясненная дисперсия – 17,7%) на одном полюсе содержит 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 соответствие с теоретической моделью, положенной в основу данной методики, полученные три фактора рассматриваются нами как основные смысловые оси семантического пространства психической травмы с точки зрения ее восприятия испытуемыми. При анализе полученных данных мы использовали метод интервалов, где расстояние между ролевыми позициями и понятиями, представленными как точки в многомерном пространстве, характеризует их взаимосвязи (табл. 2).

По результатам исследования получено, что для пациенток подгруппы 1, демонстрирующих высокий индекс травматичности, характерны усиление

идентификации с ролью матери, жены и напряжение в отношении переживания себя в роли женщины, что отражается в близости расстояний между категориями «Я», «Я – мать», «Я – жена» при одновременном отдалении категории «Я – женщина» от этой группы понятий. Также пациентки данной подгруппы демонстрируют зону напряжения в отношении категорий «Я», «Я в прошлом», «Я в будущем», что может быть соотнесено с вербализуемыми пациентками переживаниями, связанными с поиском причин заболевания, чувством вины за его возникновение, чувством неопределенности, утратой контроля над будущим.

Таблица 2

**Расстояние между понятиями в семантическом пространстве**

Ролевые позиции и понятия	Расстояние		
	подгруппа 1 (n=12)	подгруппа 2 (n=9)	подгруппа 3 (n=29)
«Я» – «Я – женщина»	1,689	2,211	0,172
«Я» – «Я – мать»	0,217	0,118	1,340
«Я» – «Я – жена»	0,542	1,308	1,102
«Я» – «Я в прошлом»	0,607	0,654	2,314
«Я» – «Я в будущем»	0,367	0,118	2,954
«Онкологическое заболевание» – «Смерть»	0,993	0,789	3,620
«Я – мать» – «Смерть»	0,326	0,225	1,212
«Я – мать» – «Онкологическое заболевание»	0,298	0,418	1,199
«Я – жена» – «Смерть»	0,449	0,798	1,070
«Я – жена» – «Онкологическое заболевание»	0,315	0,818	1,221
«Я – женщина» – «Смерть»	0,892	0,916	2,212
«Я – женщина» – «Онкологическое заболевание»	0,991	0,716	2,298

Близость в семантическом пространстве категорий «Я – мать», «Я – жена», «Онкологическое заболевание» и «Смерть» можно рассматривать как ассоциирование переживания потери значимых отношений личности и социально-ролевого функционирования с символом смерти в ситуации заболевания.

Пациентки подгруппы 2, для которых характерен средний индекс травматичности, демонстрируют отдаленность категорий «Я», «Я – женщина», «Я – жена» от группы категорий «Я», «Я-мать», что можно расценивать как усиление идентификация с ролью матери при одновременном обесценивании восприятия себя в роли женщины и жены, что находит свое отражение в структуре переживаний женщин о косметических изменениях на фоне лечения, чувстве стыда в связи с этим. Также пациентки данной подгруппы, аналогично подгруппе 1, демонстрируют сближение расстояний между категориями «Я», «Я в прошлом», «Я в будущем», что может быть также соотнесено с отраженными пациентками переживаниями, связанными с поиском причин заболевания и чувством вины за его возникновение, ощущением «неправильно» прожитой жизни; направленность в будущее переживания чувства неопределенности, утраты контроля.

Пациентки подгруппы 3, показывающие низкий индекс травматичности, демонстрируют близость категорий «Я», «Я – женщина» и отдаленность их от группы категорий «Я – жена», «Я – мать», что можно расценивать как преобладание переживаний самовосприятия при одновременном дистанцировании от роли матери и жены, что находит свое отражение в структуре переживаний женщин о направленности переживаний в отношении образа Я, поиска идентичности в иных социально-ролевых моделях. Кроме того, пациентки данной подгруппы сообщали о постепенном снижении чувства вины и жалости к себе в контексте утраты (временной или постоянной) фертильности на фоне лечения, преобладании переживаний самовосприятия и самооценности, попытках изменения образа жизни, повышения качества жизни. Также пациентки данной подгруппы, в отличие от других подгрупп, демонстрируют значительное расстояние между категориями «Я», «Я в прошлом», «Я в будущем», что может быть также соотнесено с отраженными пациентками переживаниями, связанными с самовосприятием в настоящий момент жизни. Значительное расстояние категорий «Смерть» и «Онкологическое заболевание» от остальной группы категорий можно расценивать как отсутствие напряжения в отношениях данных понятий. Вероятно, для данной подгруппы пациентов травматический характер онкозаболевания не определяется распадом значимых отношений личности, чем может объясняться низкий индекс выраженности психической травматизации.

Таким образом, исходя из полученных результатов, мы можем говорить о том, что зоной напряжения в семантическом пространстве являются соотношение образа «Я» и социально-ролевых моделей пациента, их трансформация и смещение во времени. В свою очередь понятия «Онкологическое заболевание» и «Смерть» являются эмоционально окрашенными, нагруженными переживаниями объектами, связанными в контексте этого переживания со значимыми ролевыми моделями для пациентов, с большим количеством субъективно значимых отношений в семантическом пространстве ситуации болезни. 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 опосредованно влияют на семантическое поле переживания пациента.

## Литература

1. Анцыферова Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуации и психологическая защита // Психологический журнал. 1994. Т. 15. № 1. С. 3–16.
2. Архипова И.В., Кокорина Н.П. Клинические и реабилитационные аспекты психических расстройств у женщин с диагнозом «рак молочной железы» на этапе хирургического лечения // Психические расстройства в общей медицине. 2009. № 1. С. 20–22.
3. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. М.: МЕДпресс-информ, 1999. 412 с.
4. Вассерман Л.И., Березин М.А., Косенков Н.И. О системном подходе в оценке психической адаптации // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 1994. № 3. С. 16–25.
5. 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.
6. Великолуг А.Н., Овчарова Р.В. Психологические особенности личности больных злокачественными опухолями различной локализации // Паллиативная медицина и реабилитация. М., 1997. №2. С. 16–20.
7. Выготский Л.С. Психология искусства / Под ред. В.В. Ивановой. 3-е изд. М.: Искусство, 1986. 477 с.
8. Выготский Л.С. Собрание сочинений: В 6-ти т. Т. 1. Вопросы теории и истории психологии/Под ред. А. Р. Лурия, М. Г. Ярошевского. М.: Педагогика, 1982. 488 с.
9. Выготский Л.С. Конкретная психология человека // Вестник МГУ. Сер. 14. Психология. 1986. № 1. С. 11–18.
10. Выготский Л.С. Психология развития человека. М.: Смысл; Эксмо, 2005. 1136 с.
11. Зинченко В.П. Порождение и метаморфозы смысла: от метафоры к метаформе // Культурно-историческая психология. 2007. № 3. С. 17–30.
12. Зинченко В.П. Проблема образующих сознания в деятельностной теории психики // Вестн. МГУ. Сер. 14. Психология. 1988. № 3. С. 25–33.
13. Ильин Е.П. Переживание как импрессивный компонент эмоционального реагирования // Эмоции и чувства. 2-е изд. Санкт-Петербург: Питер, 2007. 784 с.
14. Исаева Е.Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни. СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2009. 136 с.

15. 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.
16. Куприянова И.Е., Слонимская Е.М., Бехер О.А. Нервно-психические расстройства у женщин, страдающих раком молочной железы // Психические расстройства в общей медицине. 2009. Т. 1. № 1. С. 53–57.
17. Лакан Ж. Функция и поле речи и языка в психоанализе. М.: Гнозис. 1995. 310 с.
18. Лесько К.А., Бяхов М.Ю., Абдураимов А.Б., Михайлова З.Ф., Карнова С.Н. Проблемы выбора стратегии скрининга рака молочной железы // Злокачественные опухоли. 2017. Т. 7. № 3. С. 13–17. doi:10.18027/2224-5057-2017-3-5-12
19. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. М.: МЕДпресс-информ. 2005. 432 с.
20. Непомнящая Н.И. Гипотеза о психосоматической природе рака // Психологический журнал. 1998. Т. 19. № 4. С. 132–145.
21. 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 (г. Москва, 8 октября 2002 г.). М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2003. С. 236–255.
22. Тарабрина Н.В. Посттравматический стресс у больных угрожающими жизни (онкологическими) заболеваниями // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Т. 22. № 1. С. 40–63.
23. Чулкова В.А., Моисеенко В.М. Психологические проблемы в онкологии // Практическая онкология. 2009. Т. 10. № 3. С. 151–157.
24. Davidson J.R., Foa E.B. Diagnostic issues in posttraumatic stress disorder: considerations for the DSM-IV // Abnormal Psychology. 1991. Vol. 100. № 3. P. 346–355.
25. Holland J.S., Rowland J.H. Handbook of psychooncology: psychological care of the patient with cancer. N.Y.: Oxford University Press, 1989. 812 p.
26. Moos R.H., Tsu V.D. The crisis of physical illness an overview // In R.H. Moos (ed.) Coping with Physical Illness. Boston, MA: Springer, 1977. P. 3–21.

ПРИЛОЖЕНИЕ

**Результаты факторизации оценки ситуации болезни**

№ п/п	Пары противоположных по смыслу прилагательных	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	
	<b>Вес</b>	<b>26,531</b>	<b>19,516</b>	<b>17,734</b>

# Semantics of Experience of a Mental Trauma by Young Women with Breast Cancer

**Alekhin A.N.,**

*Doctor of Medicine, head of the department of clinical psychology and psychological support, Herzen State Pedagogical University of Russia, Saint-Petersburg, Russia, termez59@mail.ru*

**Kondrateva K.O.,**

*PhD Student, department of clinical psychology and psychological support, Herzen State Pedagogical University of Russia, Saint-Petersburg, Russia, cris.condratiewa@yandex.ru*

---

The article reports the data of research of semantic field of cancer, as a mental trauma. In the study was used a modified "Semantic Differential" (Ch. Osgood) among breast cancer patients. Based on the results obtained, concluded that the severity of mental trauma can be determined by the semantic field of oncological disease. Breast cancer patients, who exhibit a high injury index exhibit more subjective significant relationships in the semantic field, where the disease itself can be meant to threaten the breakdown of these connections. For patients with a low injury index, a smaller number of subjective significant relationships in semantic field obtained, the stress zone built in relation to the enhancement of self-identification; the disease is not meant as a threat of decay self-concept. The obtained results can be used to determine the target of psychological correction within the framework of psychological rehabilitation of breast cancer patients.

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

---

## References

1. Antsyferova L.I. Lichnost v trudnykh zhiznennykh usloviyakh: pereosmyslivaniye. preobrazovaniye situatsii i psikhologicheskaya zashchita [Personality in difficult living conditions: rethinking, transforming the situation and psychological protection]. *Psikhologicheskii zhurnal [Psychological Journal]*, 1994, vol. 15, no. 1, pp. 3–18. (In Russ., Abstr. in Engl.).

2. Arkhipova I.V., Kokorina N.P. Klinicheskiye i reabilitatsionnyye aspekty psikhicheskikh rasstryostv u zhenshchin s diagnozom «rak molochnoy zhelezy» na etape khirurgicheskogo lecheniya [Clinical and rehabilitation aspects of mental disorders at women with the diagnosis "breast cancer" at a stage of surgical treatment].

*Psikhologicheskie rasstroystva v obshchey meditsine [Mental Disorders in General Medicine]*, 2009, no 1, pp. 20–22. (In Russ., Abstr. in Engl.).

3. Broytigam V., Kristian P., Rad M. Psikhosomaticheskaya meditsina [Psychosomatic medicine]. Moscow: MEDpress-inform, 1999. 412 p. (In Russ.).

4. Vasserman L.I., Berebin M.A., Kosenkov N.I. O sistemnom podkhode v otsenke psikhicheskoy adaptatsii [About system approach in assessment mental adaptations]. *Obozreniye psikhiatrii i meditsinskoy psikhologii im. V. M. Bekhtereva [Review of psychiatry and medical psychology of V.M. Bekhterev]*, 1994, no. 3, pp. 16–25. (In Russ., Abstr. in Engl.).

5. Vasserman L.I., Trifonova E.A., Chervinskaya K.R. Semanticheskiy differentsial vremeni: ekspertnaya i psikhodiagnosticheskaya sistema v meditsinskoy psikhologii. Posobiye dlya vrachey i meditsinskikh psikhologov [Semantic time differential: an expert and psychodiagnostic system in medical psychology. Grant for doctors and medical psychologists]. Saint-Petersburg, 2009, 44 p. (In Russ.).

6. Velikolug A.N., Ovcharova R.V. Psikhologicheskiye osobennosti lichnosti bolnykh zlokachestvennymi opukholyami razlichnoy lokalizatsii [Psychological features of the personality of patients with malignant tumors of different localization]. *Palliativnaya meditsina i rehabilitatsiya [Palliative Medicine and Rehabilitation]*, 1997, no. 2, pp. 16–20. (In Russ., Abstr. in Engl.).

7. Vygotskiy L. S. Psikhologiya iskusstva [Art psychology]. 3<sup>rd</sup> ed. / V.V. Ivanova (ed.). Moscow: Iskusstvo, 1986, 477 p. (In Russ.).

8. Vygotskiy L. S. Sbranie sochinenii: v 6 t. Voprosi teorii i istorii psikhologii [Collection of works: in 6 vol. Vol.1. In A.R. Luria, M.G. Yaroshevsky (eds.), *Voprosy teorii i istorii psikhologii [Questions of theory and history of psychology]*. Vol. 1. Moscow: Pedagogika, 1982, 488 p. (In Russ.).

9. Vygotskiy L.S. Konkretnaya psikhologiya cheloveka [Concrete psychology of the person]. *Vestnik MGU [Journal of MSU]*, 1986, no. 1, pp. 11–18. (In Russ.).

10. Vygotskiy L.S. Psikhologia razvitiya cheloveka [Psychology of development of the person]. Moscow: Smisl, 2005, 1136 p. (In Russ.).

11. Zinchenko V.P. Porozhdeniye i metamorfozy smysla: ot metafory k metaforme [Generation and metamorphosis of meaning: from metaphor to meta form]. *Kulturno-istoricheskaya psikhologiya [Cultural and Historical Psychology]*, 2007, no. 3, pp. 17–30. (In Russ., Abstr. in Engl.).

12. Zinchenko V.P. Problema obrazuyushchikh soznaniya v deyatelnostnoy teorii psikhiki [Problem forming consciousnesses in activity theories of mentality]. *Vestnik MGU [Journal of MSU]*, 1988, no. 3, pp. 25–33. (In Russ., Abstr. in Engl.).

13. Ilin E.P. Perezhivaniye kak impressivnyy komponent emotsionalnogo reagirovaniya. Emotsii i chuvstva [Experience as impressivny component of emotional reaction. Emotions and feelings]. 2<sup>nd</sup> ed. Saint-Petersburg: Piter, 2007, 784 p. (In Russ.).

14. Isayeva E.R. Koping-povedeniye i psikhologicheskaya zashchita lichnosti v usloviyakh zdorovia i bolezni [Copying behaviour and psychological protection of the person in conditions of health and illness]. Saint-Petersburg: publ. of SPbGMU, 2009, 136 p. (In Russ.).
15. Kasimova L.N., Ilyukhina T.V. Rezultaty psikhopatologicheskogo i psikhologicheskogo issledovaniya onkologicheskikh bolnykh [Results of psychopathological and psychological research of oncological patients]. *Psikhicheskiye rasstroystva v obshchey meditsine [Mental disorders in general medicine]*, 2007, vol. 2, no. 3, pp. 33–36. (In Russ., Abstr. in Engl.).
16. Kupriyanova I.E., Slonimskaya E.M., Bekher O.A. Nervno-psikhicheskiye rasstroystva u zhenshchin. stradayushchikh rakom molochnoy zhelezy [Psychological frustration at the women having a breast cancer]. *Psikhicheskiye rasstroystva v obshchey meditsine [Mental disorders in general medicine]*, 2009, vol. 1, no. 1, pp. 53–57. (In Russ., Abstr. in Engl.).
17. Lakan Zh. Funktsiya i pole rechi i yazyka v psikhoanalize [Function and field of speech and language in psychoanalysis] / A.K. Chernoglazova (ed.). Moscow: Gnozis, 1995, 70 p. (In Russ.).
18. Lesko K.A., Byakhov M.Y., Abduraimov A.B., Mikhaylova Z.F., Karpova S.N. Problemy vybora strategii skrininga raka molochnoy zhelezy [Breast cancer screening strategy selection challenges]. *Zlokachestvennyye opukholi [Malignant tumors]*, 2017, vol. 7, no. 3, pp. 13–17. (In Russ., Abstr. in Engl.). doi:10.18027/2224-5057-2017-3-5-12
19. Mendelevich V.D. Klinicheskaya i meditsinskaya psikhologiya [Clinical and medical psychology]. Moscow.: MEDpress-inform, 2005. 432 p. (In Russ.).
20. Nepomnyashchaya N.I. Gipoteza o psikhosomaticheskoy prirode raka [Hypothesis on the psychosocial nature of cancer]. *Psikhologicheskyy zhurnal [Psychological Journal]*, 1998, vol. 19, no. 4, pp. 132–145. (In Russ., Abstr. in Engl.).
21. Rusina N.A. Psikhologicheskaya diagnostika i psikhoterapevticheskaya korektsiya onkologicheskikh bolnykh s kalechashchimi operatsiyami [Psychological diagnosis and psychotherapeutic correction of cancer patients with mutilation]. *Psikhologiya: sovremennyye napravleniya mezhdistsiplinarnykh issledovaniy: materialy nauchnoy konferentsii. posvyashchennoy pamyati chlena-korrespondenta RAN A.V. Brushlinskogo (g. Moskva, 8 oktyabrya 2002 g.) [Materials of the scientific conference dedicated to the memory of the corresponding member of the Russian Academy of Sciences A.V. Brushlinsky]*. Moscow: Publ. of Institut psikhologii RAN, 2003, pp. 236–255. (In Russ.).
22. Tarabrina N.V. Posttravmaticheskyy stress u bolnykh ugrozhayushchimi zhizni (onkologicheskimi) zabolevaniyami [PTSD at patients with life-endangering (oncological) diseases]. *Konsultativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counselling Psychology and Psychotherapy]*, 2014, no. 1, pp. 40–63. (In Russ., Abstr. in Engl.).

23. Chulkova V.A., Moiseyenko V.M. Psikhologicheskiye problemy v onkologii [Psychological problems in oncology]. *Prakticheskaya onkologiya [Practical Oncology]*, 2009, vol. 10, no. 3, pp. 151–157. (In Russ.).
24. Davidson JRT, Foa EB. Diagnostic issues in posttraumatic stress disorder: considerations for the DSM-IV. *Abnormal Psychology*, 1991, vol. 100, no. 3, pp. 346–355.
25. Holland JS, Rowland JH. Handbook of psychooncology: psychological care of the patient with cancer. N.Y.: Oxford University Press, 1989, 812 p.
26. Moos R.H., Tsu V.D. The crisis of physical illness an overview. In R.H. Moos (ed.), *Coping with Physical Illness*. Boston, MA: Springer, 1977, pp. 3–21.