

Исследование образа сердца в норме и патологии

Воскресенская А. Б.,
аспирант факультета Психологического
консультирования Московского город-
ского психолого-педагогического уни-
верситета

Предмет исследования – психологический образ сердца, его субъективная семантика. Обследовались три группы испытуемых: практически здоровые, больные ишемической болезнью сердца, больные с психической патологией (расстройства шизофренического спектра) и с обусловленными ею жалобами на сердце. Использовался метод семантического дифференциала. Местом проведения исследования были специализированные поликлиники и стационары. Показано, что разные заболевания меняют различные компоненты в структуре образа сердца. Выявлено, что для пациентов с различными типами патологии характерны разные типы «образа сердца».

Ключевые слова: тело, телесность, образ, сердце, кардиопатология, психическое расстройство.

Проблематика телесности, почти не попадавшая в поле зрения классической общей психологии, становится все более актуальной в современной психологии. Как отмечает В.П. Руднев [15], впервые научное обоснование связи тела и характера дал немецкий психиатр Э. Кречмер, а культурную значимость человеческого тела и его функций раскрыл З.Фрейд. Из особенно значимых отечественных исследований последнего времени можно указать на работы А.Ш. Тхостова [18], Г.А. Ариной, В.В. Николаевой. Развитие исследований телесности может идти в разных направлениях: психосоматика Ф. Александера, внутренняя картина болезни, разработанная

Р.А. Лурией, характероанализ В. Райха, биоэнергетика А. Лоуэлла, биосинтез Д. Боаделла.

Для мыслителей нашего времени «тело – термин традиционного эстетического и социогуманитарного знания, обретающий имманентный категориальный статус в понятийном комплексе философии постмодернизма» [3, с.769]. Тело стало рассматриваться не только (и даже не столько) как материальный объект и/или живой организм, но как *телесность* – «сфера разворачивания социальных и дискурсивных кодов: феноменологическое тело у Мерло-Понти, социальное тело у Делеза и Гваттари, текстуальное тело у Р. Барта, etc....».

Важно подчеркнуть, что тело оказывается основой основ – «фундированность телесностью является гарантом подлинности («аутентичности») наличного сущего» [3, с.769]. Роль тела является чрезвычайно важной, даже ведущей благодаря, казалось бы, обесценивающему его процессу. Преобразование, даже размывание понятия тела (вплоть до «тела без органов», противостоящего организму и открытого для «самоконфигурирования»), снимает противопоставление тела и духа, совсем по-иному, внерелигиозно говорит о том, что психика являет себя через тело: переживается прежде всего и, может быть, единственно – тело.

Одна из возможных исследовательских программ состоит в последовательном изучении с общепсихологической точки зрения всех аспектов телесности как *динамических*, так и *анатомических*. В контексте такой потенциальной программы и проводилось наше исследование, предметом которого является психологический образ сердца, его субъективная семантика. Интерес к этой теме, выбор такого предмета для исследования был не случаен. Мы выбрали для изучения именно сердце по следующим причинам. Во-первых, по иерархии жизненной значимости понятие «сердце» уступает разве что понятию «рука». Например, в Библии слово «рука» встречается 1729 раз, слово «сердце» – 1071 раз, а названия других телесных органов менее 500 раз. Значимость сердца в медицине вообще и в кардиологии в частности, также не нуждается в доказательствах. В настоящее время во всем мире смертность от сердечно-сосудистых заболеваний стоит на первом месте.

Одна из фундаментальных задач общей психологии – изучение закономерностей построения образа. Данная область исследований является одной из самых развитых, в ней получено много выдающихся теоретических результатов. И в то же время в этой области есть важная проблема, которая остается за пределами исследовательских интересов. А.Ш. Тхостов сформулировал ее как проблему ин-

роцепции [18, с. 5]. На самом деле, в большинстве экспериментальных исследований, на которых строилась психология образа, в качестве отображаемых предметов были предметы внешние (восприятие пространства и движения, восприятие фильмов и рекламы и т.д.). Однако внешние предметы не являются единственной реальностью, отображаемой в образе. Предметы разного рода *провоцируют, требуют* построения разных типов образа, различаются в частности весом разных компонентов образа: значения, чувственной ткани, личностного смысла [7].

С этой точки зрения сердце представляет собой уникальный предмет, позволяющий исследовать соотношение в образе культурных телесных влияний, соответственно, соотношение значения и чувственной ткани, поскольку восприятие сердца связано с комплексом телесных переживаний, с одной стороны, и с мощным комплексом культурных ассоциаций, с другой. Для общепсихологических задач особо интересен разнообразный клинический материал, где вследствие болезни проявляются и усиливаются те или иные компоненты образа.

Тело является объектом, по отношению к которому каждая культурная практика выстраивает свой «предмет». Как отмечал Л.С. Выготский, есть вода химика и вода физика, то же можно сказать и о теле. Есть «тело» медицины, «тело» аскетике, «тело» педагогики, «тело» поэзии, «тело» философии, «тело» искусства и т.д. В этом ряду должно быть и «тело» психологии. Психология телесности, как было сказано, в последнее время представляется самостоятельной исследовательской областью.

Та же логика применима и к отдельным функциональным и структурным единицам этого целого (тела) – например, *зрение* и *глаза* являются предметом изучения как в психологии, так и в философии, эстетике, эзотерике, физиологии и т.д.

Что касается объекта данного исследования – **сердца**, то, разумеется, и он представлен множеством проекций на многих культурных «проекционных экранах». Су-

ществуют: анатомический (в медицинском атласе), физиологический (электрокардиограмма, механически-гидравлические характеристики), психиатрический (бредовой, истерический, витально-депрессивный), религиозный (например, сердце как центр личности в христианской антропологии и аскетике), литературно-поэтический и другие варианты образа сердца.

Понятие «сердце» занимает центральное место в мистике, в религии и в поэзии всех народов. Одиссей размышлял и принимал решения «в милом сердце». В «Илиаде» глупый человек называется человеком с «неумным сердцем». Индусские мистики помещали дух человека, его истинное Я в сердце, а не в голову. И в Библии, как отмечалось выше, понятие сердце встречается часто. Сердцу приписываются также самые разнообразные чувства: оно «смущается», «устрашается», «печалится», «радуется», «веселится», «томится», «сокрушается», «мучается», «скорбит», «питается наслаждением», «расслабляется», «содрогается». Однако сердцу свойственны не только чувства, но и самые разнообразные психические функции. Во-первых, сердце мыслит, во-вторых, сердце является органом воли, принимает решения, в-третьих, из него исходит любовь: сердцем или от сердца люди любят близких, друзей, Бога («иметь кого-либо в сердце своем» или «И дам им единое сердце» (Иез 11:19). Наконец, в сердце помещается такая функция сознания, как совесть. В Иер 31:33 говорится, что Господь напишет закон «на сердцах их», а в Рим 2:15 – «что дело закона у них написано в сердцах». В Библии понятие «сердце» и «душа» иногда заменяют друг друга, как и понятие «сердце» и понятие «дух». Библия видит в «сердце» центр всего. Так говорится о «сердце земли», «о сердцеvine дерева» (Мф. 12, 40). Сердце означает некоторый скрытый центр, скрытую глубину, недоступную для взора. Сердце человека – сокровенный центр личности. Вот почему сказано: *«Больше всего хранимого храни сердце твое, потому что из него источники жизни»* (Притч. 4, 23).

Целое психологическое исследование можно было бы посвятить изображению сердца в поэзии. «Ты развернешься в расширенном сердце страдания, дикий шиповник, о, ранящий сад мироздания». [16, с. 12]. В этой стихотворной фразе О. Седаковой все для нас значимо: и само сердце, и расширение (но не размывание) до масштабов сада бытия (то есть духовного видения человека и мира), и раны-страдание.

Напоминание о многочисленных культурных контекстах, в которых фигурирует понятие «сердце», в контексте данного психологического исследования важно потому, что в сознании конкретного человека все эти культурные образы сердца вступают в сложные ассоциативные связи и отношения.

Образ и метафора сердца используются не только в высокой поэзии, религии, но и в обыденной культурной реальности. В качестве примера приведем рекламное объявление в одной из московских газет: «Сделайте покупку в магазине «Мир экологии», предъявите купон и получите «ПОРТРЕТ СЕРДЦА» В ПОДАРОК!» Читателям предлагается пройти обследование и получить консультацию специалиста. В этом рекламном дискурсе есть и индивидуализация, и персонализация сердца, которые в данном случае служат коммерческим целям. Развитие представлений о сердце в культуре, искусстве, философии необходимо учитывать в современных эмпирических исследованиях, поскольку современный человек несет в себе эти культурные идеи.

Экспериментальное исследование

Образ сердца, как и всякий психический образ, содержит ряд компонентов, которые А.Н. Леонтьев [7] назвал «образующими» сознания – значение, чувственная ткань, личностный смысл. Наше исследование было направлено в первую очередь на изучение «вклада», который вносят в целостный образ сердца чувственная ткань и значение. Вторая задача исследования состояла в изучении влияния на «интроцепцию» [18] сердца различных видов патологии.

В соответствии с этим были сформулированы две гипотезы – **общепсихологическая** и **клинико-психологическая**.

Общепсихологическая гипотеза исследования: целостный образ сердца существенно меняется при изменении хотя бы одного из его компонентов – чувственной ткани или значения.

Клинико-психологическая гипотеза исследования: образ сердца значимо отличается у здоровых испытуемых и больных, страдающих различными заболеваниями.

Испытуемые. Для того чтобы проверить выдвинутые гипотезы, мы выбрали три группы испытуемых:

1) здоровые;

2) больные с гипертонией и ишемической болезнью сердца (ИБС), у которых в силу болезни изменена по сравнению с нормой чувственная ткань образа сердца;

3) больные с эндогенными психическими заболеваниями (расстройства шизофренического спектра), у которых вследствие характерной психопатологии искажена система значений, участвующих в построении образов вообще и образа сердца в частности.

Подбор испытуемых с разными формами патологии служил в данном исследовании как для решения общепсихологических задач с использованием клинического материала, так и для изучения клинико-психологической проблематики. Опишем количественный и качественный состав испытуемых. Было обследовано 88 испытуемых.

1) Здоровые испытуемые. Группа состояла из работников различных специализированных учреждений и предприятий города Москвы, ежегодно проходящих диспансеризацию, признанных практически здоровыми и не высказывавших никаких жалоб на сердце в течение последнего года – 27 чел. (9 мужчин, 18 женщин);

2) больные с соматической кардиальной патологией (гипертония, ИБС) – заболеваниями с достаточно четко выявляемыми анатомо-физиологическими нарушениями – 30 чел. (6 мужчин, 24 женщины);

3) больные с эндогенными психическими заболеваниями (расстройства шизофренического спектра) – пациенты с жалобами, относящимися к сердцу, – 31 чел. (6 мужчин, 25 женщин). Из них: у 16 испытуемых кардиологическое обследование не обнаруживает никаких признаков патологии и, следовательно, их жалобы можно признать полностью обусловленными психопатологическими переживаниями.

Клинические диагнозы устанавливались врачами: терапевтами, кардиологами, психиатрами. Группы были сопоставлены по основным статистико-демографическим показателям.

Поскольку значительная часть наших испытуемых – больные, имеет смысл кратко осветить некоторые вопросы клиники, релевантные теме исследования.

В кардиологии подчеркивается, что болевые ощущения при ИБС существенно отличаются от кардиальных телесных ощущений другой природы. Психиатр А.Б. Смулевич и кардиолог А.Л. Сыркин [17] отмечают, что, хотя теоретически современная кардиологическая диагностика всемогуща, на практике, в реальных условиях лечебно-диагностического процесса искаженная оценка и соматических, и психических факторов в отдельных конкретных случаях не столь уж редка. Причина ошибок заключается в том, что даже при современных высокоточных методах исследования механизмы кардиальных нарушений не всегда поддаются четкой, однозначной интерпретации. И дело здесь не только в несовершенстве приборов или недостаточной квалификации специалистов.

Современные исследования показывают, что субъективно пациент воспринимает болезнь совсем иначе, чем развиваются структурные и функциональные нарушения в организме. Порой он чувствует, что наступает ухудшение, в то время как объективные данные свидетельствуют об улучшении состояния, и наоборот [18]. Следствием этого оказываются коллизии во взаимоотношениях врач-больной, расхождения в оценках тактики и эффективности лечения, оптимистичности прогноза

и адекватности реабилитационных мероприятий.

Такого рода факты убедительно свидетельствуют о том, что для совершенствования клинической диагностики и психотерапевтически-реабилитационной помощи необходимо изучение особенностей субъективных переживаний, связанных с болезнью.

Теоретической основой нашей работы являются три исследовательских направления, развитые на факультете психологии МГУ им. Ломоносова: 1) психология образа, которая разрабатывалась в отечественной психологии А.Н. Леонтьевым и его последователями – В.П. Зинченко, С.Д. Смирновым, А.Д. Логвиненко, Ф.Е. Василюком и др.; 2) психология психосемантики сознания – В.Ф. Петренко, психология субъективной семантики – Е.Ю. Артемьевой, 3) психология телесности, разработанная А.Ш. Тхостовым.

Современная психология понимает образ как «чувственную форму психического явления, имеющую в идеальном плане пространственную организацию и временную динамику» [3, с. 342]. Авторы этого определения уточняют, что хотя образ по форме всегда чувственный, по содержанию он может быть различным – рациональным, эмоциональным и т.д. Совсем не обязательно, чтобы прототипом чувственного образа являлся внешний объект. «В чувственном образе может быть воплощено любое абстрактное содержание; в этом случае материалом для образа служат не только пространственно-временные представления (зрительные, слуховые, тактильные, мышечные, вестибулярные, вкусовые и обонятельные), но и внутренняя речь (в виде названия абстрактного понятия или описания его с помощью ключевых слов)» [там же].

Ф.Е. Василюк выделяет следующие компоненты образа: 1) предмет, 2) значение, 3) знак (слово), 4) личностный смысл, 5) чувственная ткань. В конкретном образе ведущим может стать один из компонентов в зависимости от условий возникновения: личностный смысл – в экзистенциально на-

пряженной ситуации, знак-слово, например, при поэтическом творчестве [4]. Каждый из компонентов репрезентирует в образе свою реальность – предметный мир, мир культуры, мир языка, внутренний мир личности. «Чувственная ткань выступает как единица тела, представитель мира человеческого тела в образе сознания» [4, с.18].

Все компоненты образа взаимосвязаны, переплетены, взаимодополняемы. Пространственная структура образа может быть определенным образом организована. Действительно, для некоторых исследователей значимость образов как теоретического конструкта определяется лишь их прогностической или критериальной валидностью (т.е. их способностью прогнозировать результаты выполнения задания), но при этом абсолютно не важно, доступны или недоступны они для самонаблюдения [14, с. 43]. В нашей работе образ сердца выступает и как пространственное образование, и как определенным образом распределенные в многомерной системе координат взаимоотношения факторов.

«Воспринимать или переживать предмет в определенном качестве, значит также категоризовать. Эти категории могут быть не идентичны вербальным значениям, могут использоваться классификации, не имеющие явных обозначений, которые с трудом или совсем не могут быть осознаны» [18, с.45]. Это «криптотип» по Б. Уорфу – «глубинное, тонкое, неуловимое значение, которое не находит выражения в реально используемых словах» [24, с. 70]. Такие категории «скорее чувствуются, чем понимаются, – их осознание носит интуитивный характер», но при этом они «вполне могут быть более рациональными, нежели явно выраженные классификации» [там же]. А.Ш. Тхостов указывает, что механизмы перцептивной квалификации могут основываться на обобщениях другого рода: «сенсорных эталонах» Л.А. Венгера, «*семантико-перцептивных универсалиях*» Е.Ю. Артемьевой, «*предметных значениях*», «*оперативных единицах восприятия*» В.П. Зинченко, «*конструктах*» Дж. Келли,

«решетках» Ф. Франселла и Д. Баннистера. Поэтому мы говорим о психологическом образе сердца как особом переживании, которое зависит от личностных особенностей пациента и его реакции на болезнь.

Представление А.Н. Леонтьева о «вычерпывании» субъективного образа из Мира [8] указывает на возможность и необходимость рассмотрения одновременного, происходящего внутри психического акта движения психического процесса и образа, синтеза в психическом акте процесса, образа и реальности. Применительно к нашим больным категоризирующей деятельностью оказывается жизнь с какой-либо сердечной патологией, порождающей определенные ощущения, понимание этих расстройств («мифология болезни»), врачебные ограничения и прогностические рекомендации.

Методы исследования

В исследовании использовались как известные методики в классических и модифицированных вариантах, так и авторские методики, специально разработанные для наиболее полного выявления всех составляющих образа сердца: клиническая беседа, метод семантического дифференциала, запоминание 10 слов, пиктограммы, тест «Субъективная значимость органов тела», рисуночная проба «Рисунок сердца». В тесте «Субъективная значимость органов тела» испытуемых просили расположить по степени значимости, важности 12 карточек, на которых написаны названия органов и частей тела, и обосновать причины выбора первых трех органов. В задании «Рисунок сердца» – нарисовать свое сердце до возникновения неприятных ощущений, при возникновении неприятных ощущений в области сердца, сердце в будущем, идеальный образ сердца.

Основным методом исследования стал метод семантического дифференциала (СД). Стимульный материал методики создавался путем изучения современных словарей русского языка и консультаций с экспертами, специалистами, компетентны-

ми в интересующих нас областях клинической медицины. Испытуемым предлагалось прошкалировать 16 понятий, выбранных на основании частоты их ассоциативных связей с понятиями «сердце» и «болезнь». Эти понятия условно разделены на три группы: «экзистенциальные» (любовь, жизнь, смерть, душа, тело, здоровье, забота), «общемедицинские» (слабость, боли, внутренняя болезнь, психическое расстройство) и «сердечные» (тревога, перебои сердечные, страх, лед, пламя).

Описание результатов

Математическая обработка данных позволила построить семантическое пространство, при анализе которого становится возможным выносить суждения о сходстве и различии категорий-факторов, а в итоге – об особенностях образа сердца у испытуемых, относящихся к разным экспериментальным группам.

На основании сходства оценок по шкалам была построена матрица расстояний шкал, которая затем подвергалась процедуре факторного анализа. Факторный анализ проводился по программе центроидного метода и включал подпрограмму поворота факторных структур по принципу *varimax*.

По данным СД можно говорить о разном субъективном семантическом поле в экспериментальных группах. Мы получили информацию об устройстве семантического пространства испытуемых в заданной нами области путем факторизации объектов.

Наиболее сильными факторами являются первые, они имеют наибольшую значимость, поляризуя семантическое пространство.

В группе здоровых негативный полюс обобщен, не конкретен, не заострен на болезни. В этой группе были выделены следующие факторы (рис. 1).

1. «Комфортный – Некомфортный». На одном полюсе расположены понятия: «здоровье», «душа», «любовь», а на другом – «тревога», «страх», «боли». Желаемое положительное состояние противопоставле-

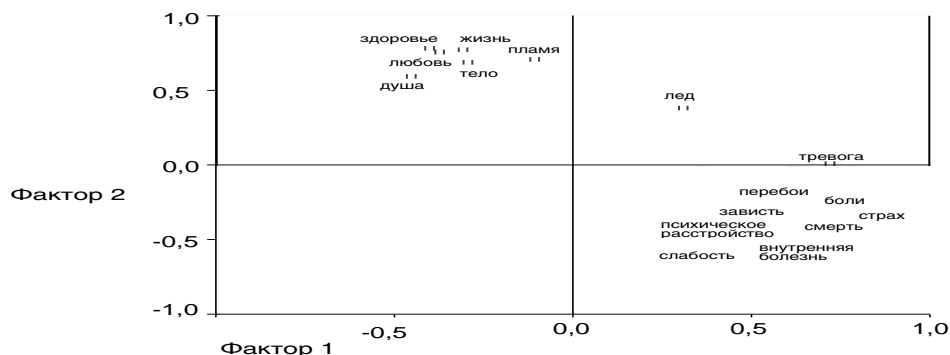


Рис.1. Размещение объектов шкалирования в семантическом пространстве в группе здоровых

но отрицательному эмоциональному и физиологическому состоянию.

2. «Сильный – Слабый». На одном полюсе расположены понятия «здоровье», «любовь», «пламя», «жизнь», а на противоположном полюсе – «слабость», «внутренняя болезнь», «психическое расстройство». Для здоровых испытуемых в Факторе 2 важен показатель наличия или отсутствия энергии. Слабость, пассивность связываются с «внутренней болезнью» и «психическим расстройством». Им противопоставлено наличие силы, прилив энер-

гии, активность, что связано для них со «здоровьем», «любовью», «пламенем» и «жизнью».

В группе с соматической патологией было выделено два фактора (рис. 2):

1. «Опасный – Неопасный».

2. «Боль – Нет боли».

В факторе «Опасный – Неопасный» на одном полюсе располагаются понятия: «внутренняя болезнь», «страх», «боли», «зависть», а на противоположном – «душа» и «любовь», этот полюс сфокусирован на болезни. Данный фактор можно проин-

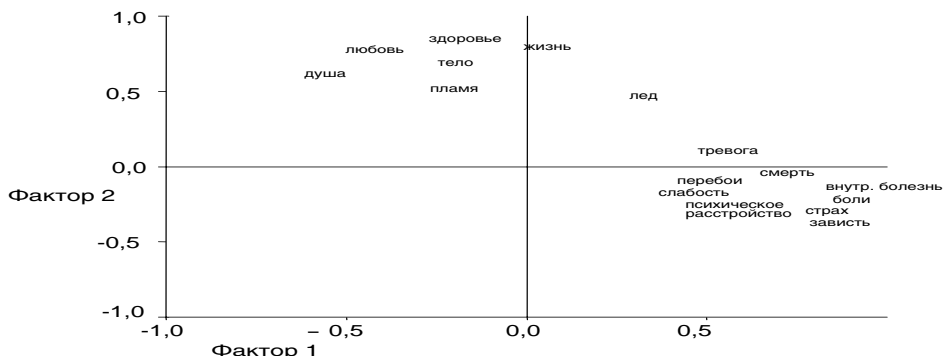


Рис.2. Размещение объектов шкалирования в семантическом пространстве (группа с соматической кардиопатологией)

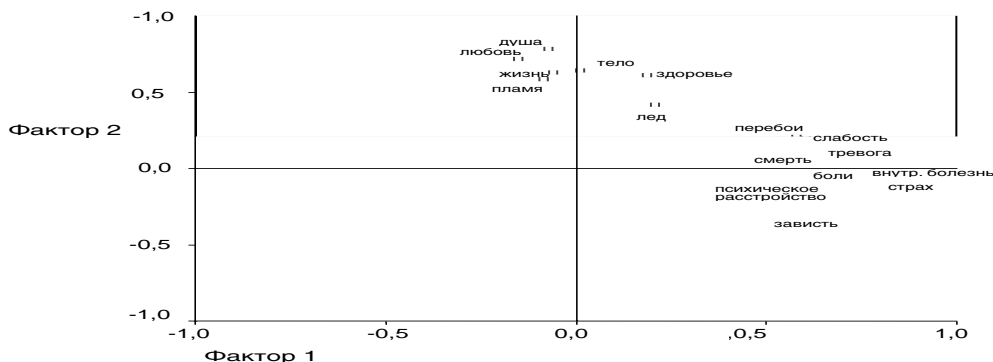


Рис. 3. Размещение объектов шкалирования в семантическом пространстве (группа с психической патологией)

терпретировать как неприятный, что, по-видимому, делает его похожим на аналогичный фактор в группе здоровых. Он связан с внутренней болезнью и болью, а также с завистью. В группе здоровых такой связи нет. Негатив сконцентрирован на ощущении себя отличным от других. Здесь можно говорить о реакции на болезнь, которая может проявляться в различных формах, например как привлечение внимания или вторичная выгода болезни.

В группе с соматической патологией обращает на себя особое внимание фактор, в котором понятие «боль» противоположно всему, формирует целый фактор – «боль – нет боли». На одном полюсе понятие «боль», на другом – «жизнь», «тело», «здоровье», «любовь», «душа», то есть положительно заряженные, несущие определенную эмоциональную нагрузку, четко противопоставленную такому фактору, как наличие боли. В этом факторе желаемое положительное состояние – любовь и здоровье – противопоставлено физиологической реакции – боли, имеющемуся отрицательному состоянию. В группе здоровых испытуемых такого явления не наблюдается. У здоровых испытуемых, не страдающих серьезным соматическим заболеванием, связанным с болью, понятие «боли» носит более обобщенный характер, никакого конкретного чувственного пережива-

ния в себе не несет, особой личностной значимости не имеет.

Надо отметить, что понятия «тело» и «жизнь» по шкале «хороший/плохой» у соматически больных близки к нулевой отметке, как бы нейтральны, имеют двойное значение, не позволяющее четко отнести их к какому-либо полюсу. Они выступают в сознании пациентов и как источник боли, и как что-то активное в жизни. В группе здоровых эти понятия оценены как положительные, ассоциируются со здоровьем, душой и любовью.

В группе больных с расстройствами шизофренического спектра были выделены два фактора (рис. 3).

1. «Жизнь – Зависть»: на одном полюсе – «жизнь», «тело», «любовь», «душа», а на противоположном полюсе – «зависть»;

2. «Любовь – Страх»: на одном полюсе – «любовь», а на противоположном полюсе – «страх», «внутренняя болезнь», «боли», «психическое расстройство», «тревога».

Во избежание вопроса о том, способны ли больные с психической патологией справляться с заданиями семантического дифференциала, надо отметить, что операции семантического оценивания принципиально сохранены у больных шизофренией. В работах Ч. Осгуда и его сотрудников показана сохранность факторных структур

семантических пространств понятий у больных шизофренией. Аналогичного мнения придерживался и Ф. Баннистер. Здоровые испытуемые и больные шизофренией, встречая объект, семантически «оценивают» его в относительно независимых измерениях «оценки», «силы», «активности». Исследования с помощью техники репертурных решеток, основанной на теории конструкторов Дж. Келли [21], которые были проведены в клинике шизофрении Ф. Баннистером и его сотрудниками [20], показали, что построение конструкторов доступно больным. Конструкторы достаточно устойчивы, богаты, но отличаются «меньшей степенью согласованности внутреннего опыта», то есть более разорваны и противоречивы.

Полученные нами данные показывают, что у больных с психической патологией наблюдаются трудности с разграничением двух полюсов, объекты сконцентрированы на положительных полюсах и поэтому различаются скорее по степени выраженности одного положительного полюса. Второй полюс не функционален, не работает.

Мы можем говорить здесь об искаженном пространстве, в котором один полюс выделен слабо. «Зависть» и «любовь» представляют полюса соответственно факторов 1 и 2, формируют целый фактор лишь одним понятием. Это можно объяснить дезорганизацией, разрушением цельности восприятия мира, особенностями рассогласованного, дисгармоничного мышления больных шизофренией. Аналогичное искажение пространства мы наблюдали в факторе 2 у больных с соматической патологией, где понятие «боли» также формирует целый фактор. Однако в последней группе это искажение происходит по другим причинам. В группе с кардиопатологией значимым является наличие конкретного соматического страдания, чувства боли.

Особое внимание надо обратить на понятие «страх», который является факторообразующим во всех трех группах и имеет самые высокие показатели значений в группе испытуемых с психической патологией, а в двух других стоит на втором мес-

те. Однако в группе с соматической патологией «страх» близок по показателям к «внутренней болезни» (занимающей первое место), что можно объяснить наличием конкретной внутренней болезни (сердечной патологии) у каждого испытуемого в данной группе и связанного с ней страха. В группе здоровых «страх» близок к понятию «боли» (занимающему первое место), имеет минимальное расхождение в показателях, практически приравнен к «боли». Можно предположить, что это совпадение места «страха» и «боли» в психосемантическом пространстве у этой группы испытуемых, не имеющих конкретной внутренней болезни, означает, что они просто боятся боли, не связывая ее с какой-либо конкретной патологией как некоего пугающего болезненного и неприятного ощущения. На противоположном полюсе этих факторов оказались понятия, которые для испытуемых, по-видимому, связаны с идеей упразднения страха и боли. Это «любовь» во всех трех группах, у соматически больных дополнительно – «душа», а у здоровых еще и «здоровье».

У больных с психической патологией «смерть» по шкале «жизнь – зависть» располагается на нуле, нейтральна, то есть для них имеет двоякое значение, связанное с «жизнью», «телом», «душой» и «любовью», чем-то хорошим, добрым, а с другой – с «завистью», чем-то плохим, недобрым. В этом отражаются особенности психического состояния больных, наличие или отсутствие у них суицидальных мыслей, когда жизнь видится тяжелой, а смерть, напротив, – избавлением от страданий, то есть чем-то «хорошим и добрым».

Обсуждение результатов

Психологический образ сердца различается у больных с четким органическим поражением сердца (ишемическая болезнь сердца), у больных со здоровым сердцем, но с психопатологическими переживаниями, имеющими содержанием сердечные нарушения, и у здоровых испытуемых лиц.

В группе здоровых испытуемых преобладают одинаковые, стандартные, нормативные описания, штампы, не выявляется «отношение» к сердцу. Оно изображается как символ, а не орган (орган рисуют врачи или люди, близкие к медицине), представления о сердце в идеале и в будущем совпадают, оно должно работать как насос. Характерен оптимистический взгляд на настоящее и будущее. Образ сердца зависит от имеющихся представлений о его строении, функционировании и болезни. Образ часто ограничивается предметом, который становится «доминантой образа» [4] или выступает как знак, символ. Например, в рисуночных пробах испытуемые изображают культурный штамп – сердце со стрелой.

В группе больных с соматической патологией выявляется оценка, «отношение» к сердцу, наблюдается его одушевление, характерен пессимистический взгляд на будущее. На рисунке «сердце в будущем» оно сидит на стульчике и отдыхает. В будущем сердце «все в рубцах после микроинфарктов, которые мы не замечаем» (испытуемый П.), усыхает, видится дряблым, маленьким, сжатым: «сожмется, зажмется и остановится» (испытуемый В.). «Идеальное сердце» совпадает с «сердцем до боли», подчеркивается, что оно в норме, и не ощущается до боли и это так и должно быть. «До боли» сердце спокойное, гладкое, упругое, радуется, солнце светит, все улыбается, жизнь прекрасна. В описании есть эмоциональная оценка, передается настроение, причем позитивное. «При боли» настроение резко меняется, появляется ощущение, что произошло что-то не то, возникает чувство страха, боязнь умереть, «не знаешь, куда деваться», камень, кирпич, топор давит, «трясется как трясогузка». Сердце по значимости ставится на первое или второе место: «Сердце – это Бог. Мы воспринимаем это как в себе иметь частичку Создателя» (испытуемый И.). Идеальный образ сердца – это «когда метроном не останавливается» (испытуемый И.), «здоровое как часы, механизм» (испытуемый С.).

У больных с эндогенными заболеваниями наблюдается вычурность, нестандартность в описаниях и рисунках. Жалобы на болезненные ощущения имеют искаженную форму, включены в структуру психоза, реализуются наряду с другими аномальными телесными ощущениями в высказываниях пациентов о необычных ощущениях в области грудной клетки. Сердце «идеальное» может совпадать с «сердцем до боли» и «в будущем», причем в будущем оно видится самым большим по сравнению с другими. Интересно отметить, что некоторые больные этой группы, жалующиеся на сердце, но не имеющие соматической патологии, рисуют сердце как орган с аортой и сосудами, достаточно осведомлены о его строении и болезнях. Сердце может изображаться и как анатомический орган, и как символ, а также как слияние двух образов – анатомического и символического (к сердцу-символу подрисовываются сосуды). Чем неблагоприятнее течение заболевания у больных с шубообразной, прогрессирующей шизофренией, чем больше изменение личности, тем в целом противоречивее, непоследовательнее, нелогичнее оценки и объяснения выборов в семантическом дифференциале. Отклонения от наиболее ожидаемых ответов связаны с особенностями настоящего состояния. Например, наличие суицидальных мыслей отражается в специфике ответов на слова «жизнь» и «смерть», что выявляет ведущие переживания больного.

Итак, экспериментальные данные подтверждают нашу «клинико-психологическую» гипотезу. Можно считать доказанным, что «образ сердца» у больных, относящихся к исследованным нозологическим группам, существенно отличается в этих группах и от образа сердца у здоровых испытуемых.

Данный результат имеет важное практическое значение для облегчения дифференциальной диагностики и разработки психотерапевтических мероприятий, определения в значительной мере хода и прогноза лечения и дальнейшего течения заболевания.

Вместе с тем полученный научный, клинико-психологический результат является основой для обсуждения «общепсихологической» гипотезы исследования.

Результаты эксперимента показывают, что у больных с кардиопатологией в СД особую значимость приобретает фактор «*боль – нет боли*», где понятие «боли» оказалось главным основанием для выделения фактора. При описании своих ощущений в данной группе испытуемых наблюдалось явное доминирование чувственных переживаний, преобладание чувственной ткани. Следовательно, как показало экспериментальное исследование, у больных с кардиопатологией значительно изменена чувственная ткань образа сердца по сравнению с другими группами испытуемых. В связи с этим именно чувственная ткань становится структурообразующим фактором для построения образа сердца у больных с кардиопатологией. При изменении в значении вследствие нарушения мышления при психической патологии также происходит характерная деформация образа, но совсем другого типа. Краеугольным камнем для построения образа становится одна категория. Понятия «зависть» и «любовь» явились в данной группе факторообразующими, сформировали целый фактор лишь одним понятием. Эти категории в сознании испытуемых, больных шизофренией были пронизаны аффективным пафосом, однако сам этот пафос относился скорее к области идей и значений, чем к живому человеческому переживанию, был оторван как от чувственной ткани, так и от личностного смысла.

Это подтверждает нашу «общепсихологическую» гипотезу о том, что целостный образ сердца существенно меняется при изменении хотя бы одной из его компонент – чувственной ткани или значения.

Выводы

Клинико-психологическое исследование определенных групп больных с жалобами на сердце свидетельствует о том, что переживание ими коронарно-кардиальной патологии далеко не всегда соответствует закономерностям функционирования сердечно-сосудистой системы, живет своей собственной жизнью, представляет собой автономное образование.

Психологический образ сердца различается: а) у больных с четким органическим поражением сердца (ишемическая болезнь сердца); б) у больных со здоровым сердцем, но с психопатологическими переживаниями, имеющими содержанием сердечные нарушения; в) у здоровых людей.

Общепсихологическое исследование показало, что разные заболевания меняют различные компоненты (значение или чувственную ткань) в структуре образа сердца. Это приводит к существенным различиям в самом способе построения образа и в целостной структуре образа.

Итак, изучая психологию образа на клиническом материале, мы исследуем разные общепсихологические зависимости, а именно то, как проявляются или изменяются вследствие болезни различные компоненты образа. Доминирование чувственной ткани у больных с кардиопатологией изменяет целостный образ в одну сторону, деформация значения у больных с психической патологией – в другую.

Полученные в исследовании результаты важны также для разработки индивидуальных программ реабилитации больных, своевременного выявления наличия или отсутствия соматической патологии, облегчения дифференциальной диагностики, разработки психотерапевтических мероприятий в зависимости от того, как строится образ сердца у данного пациента.

Литература

1. *Артемьева Е.Ю.* Основы психологии субъективной семантики. М., 1999.
2. Большой психологический словарь / Сост. и общ. ред. Б.Г. Мещерякова, В.П. Зинченко. СПб., 2003.
3. Всемирная энциклопедия: Философия XX век. Глав. научн. ред. и сост. А.А. Грицанов. М., 2002.
4. *Василюк Ф.Е.* Структура образа // Вопросы психологии. № 5. 1993.
5. *Зейгарник Б.В.* Опосредование и саморегуляция в норме и патологии // Вестн. МГУ. Серия 14. Психология. 1981. № 2.
6. *Зейгарник Б.В.* Патопсихология. М., 1986.
7. *Леонтьев А.Н.* Деятельность. Сознание. Личность. М., 1975.
8. *Леонтьев А.Н.* Избранные психологические произведения. М., 1983.
9. *Комар Ф.* Искусство и человек. М., 2002.
10. *Наследов А.Д.* Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных. СПб., 2006.
11. *Осгуд Ч., Суси Дж., Танненбаум П.* Приложение методики семантического дифференциала к исследованиям по эстетике и смежным проблемам // Семиотика и искусствоведение. М., 1972.
12. *Петренко В.Ф.* Основы психосемантики. СПб., 2005.
13. *Прохоров А.О.* Семантические пространства психических состояний. Дубна, 2002.
14. *Ричардсон Т.Э.Джон.* Мысленные образы: когнитивный подход. М., 2006.
15. *Руднев В.П.* Словарь культуры XX века. М., 1997.
16. *Седакова О.А.* Путешествие волхвов. Избранное. М., 2005.
17. *Смулевич А.Б., Сыркин А.Л.* Психокardiология. М. 2005.
18. *Тхостов А.Ш.* Психология телесности. М., 2002.
19. *Шмелев А.Г.* Об устройстве факторной структуры личностного семантического дифференциала // Вестник МГУ. Сер. Психология. 1982. № 2.
20. *Bannister D.* Conceptual structure in thought disordered schizophrenics // Journal Ment. Sci. 1960. Vol. 106.
21. *Kelly G.A.* The psychology of personal constructs. N.Y., 1955.
22. *Osgood Ch., Susi G.* Factor analysis of meaning // Semantic Differential Technique. A sourcebook. Chicago, 1969.
23. *Osgood Ch., Susi C.J., Tannenbaum P.H.* The measurement of Meaning. Urbana, 1957.
24. *Whorf B.L.* Language, Thought and Reality. Cambridge (Mass.), 1956.

Research on Heart Image in Norm and Pathology

A.Б. Voskresenskaya,

Postgraduate student at the Faculty of Counselling Psychology at the Moscow State University of Psychology and Education

The aim of this research was to study the features of the psychological image of heart in patients with different forms of cardiac pathology. Three groups of research participants were examined: practically healthy people, patients with ischemic heart disease, and patients with psychopathology (schizophrenia) who suffered from heart problems due to their disease. The research was carried out in specialised clinics and hospitals using the method of semantic differential. It was revealed that patients with different types of pathology tend to have different types of the 'heart image'.

Keywords: body, corporeality, image, heart, ischemic heart disease, myocardial infarction, psychopathology, schizophrenia.

References

1. *Artem'eva E.Yu.* Osnovy psihologii sub'ektivnoi semantiki. M., 1999.
2. *Bol'shoi psihologicheskii slovar' / Sost. i obsh. red. B.G. Mesheryakova, V.P. Zinchenko.* SPb., 2003.
3. *Vsemirnaya enciklopediya: Filosofiya XX vek. Glavn. nauchn red. i sost. A.A. Gricanov.* M., 2002.
4. *Vasilyuk F.E.* Struktura obraza // *Voprosy psihologii.* № 5. 1993.
5. *Zeigarnik B.V.* Oposredovanie i samoregulyaciya v norme i patologii // *Vestn. Mosk. un-ta.* Ser. 14. *Psihologiya.* 1981. № 2.
6. *Zeigarnik B.V.* *Patopsihologiya.* M., 1986.
7. *Leont'ev A.N.* *Psihologiya obraza // Vestnik Moskovskogo universiteta.* Ser.14. *Psihologiya.* 1979. № 2.
8. *Nasledov A.D.* *Matematicheskie metody psihologicheskogo issledovaniya. Analiz i interpretaciya dannyh.* SPb., 2006.
9. *Osgood Ch., Susi Dzh., Tannenbaum P.* *Prilozhenie metodiki semanticheskogo differenciala k issledovaniyam po estetike i smezhnym problemam // Semiotika i iskusstvometriya.* M., 1972.
10. *Petrenko V.F.* *Osnovy psihosemantiki.* SPb., 2005.
11. *Prohorov A.O.* *Semanticheskie prostranstva psihicheskikh sostoyanii.* Dubna, 2002.
12. *Richardson T.E. Dzhon.* *Myslennye obrazy: kognitivnyi podhod.* M., 2006.
13. *Rudnev V.P.* *Slovar' kul'tury XX veka.* M., 1997.
14. *Sedakova O.A.* *Puteshestvie volhvov. Izbrannoe.* M., 2005.
15. *Thostov A.Sh.* *Psihologiya telesnosti.* M., 2002.
16. *Shmelev A.G.* *Ob ustroistve faktornoj struktury lichnostnogo semanticheskogo differenciala // Vestnik Moskovskogo universiteta.* Ser. *Psihologiya.* 1982. № 2.
17. *Bannister D.* *Conceptual structure in thought disordered schizophrenics // Journal Ment. Sci.* 1960. Vol. 106.
18. *Kelly G.A.* *The psychology of personal constructs.* N.Y., 1955.
19. *Osgood Ch., Susi G.* *Factor analysis of meaning // Semantic Differential Technique. A sourcebook.* Chicago, 1969.
20. *Osgood Ch., Susi C.J., Tannenbaum P.H.* *The measurement of Meaning.* Urbana, 1957.