



УДК 316.6

КОММУНИКАТИВНОЕ ПРОСТРАНСТВО ЛИЧНОСТИ С ДИАГНОЗОМ «ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ»

Е. В. Рягузова, Т. И. Черняева, К. О. Черняева

Рягузова Елена Владимировна, доктор психологических наук, доцент, заведующий кафедрой психологии личности, Саратовский национальный исследовательский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского, Россия, rjaguzova@yandex.ru

Черняева Татьяна Ивановна, доктор социологических наук, профессор, кафедра социальных коммуникаций, Поволжский институт управления имени П. А. Столыпина – филиал РАНХиГС при Президенте РФ, Саратов, Россия, tatcher@yandex.ru

Черняева Ксения Олеговна, кандидат социологических наук, доцент, кафедра социальных коммуникаций, Поволжский институт управления имени П. А. Столыпина – филиал РАНХиГС при Президенте РФ, Саратов, Россия, chernjaevaksenia@mail.ru

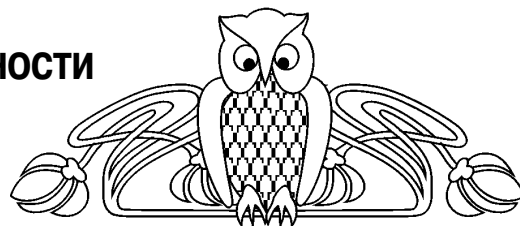
Представлены результаты теоретической рефлексии коммуникативного пространства личности, переживающей травматическую ситуацию, и эмпирического исследования, направленного на изучение трансформации в системе коммуникаций и интеракции больных туберкулезом легких с самим собой, миром, значимыми Другими. Эмпирическое исследование (N = 24) осуществлялось на базе Саратовского областного клинического противотуберкулезного диспансера с помощью следующих методик: «Индикатор стратегий совладающего поведения», «Ассоциативный рисуночный тест», «Уровень субъективного контроля», «Кто Я». Выявлено, что коммуникативное пространство больных туберкулезом легких характеризуется следующими особенностями: интеракция с Другими, особенно представителями ближнего круга взаимодействия (родственники, в меньшей степени друзья), выступает психологическим ресурсом для совладания с болезнью; контакты с врачами включают в себя элементы раздражения и недоверия; большая часть коммуникаций носит внутренний рефлексивный характер и находится в плоскости «все понимающее Я» и «ничего не понимающее Я», при этом интрапсихический диалог амбивалентен, конфликтен, иногда агрессивен и всегда насыщен деструктивными негативными эмоциями. Установлено, что именно внутренний диалог способствует обогащению и интерференции субъективных смыслов, в результате чего имеет место осознание и принятие произошедших изменений, конструирование новых смыслов и контекстов, налаживание «диалога сотрудничества» между компонентами Я-концепции. Утверждается, что социально-психологическое сопровождение больных туберкулезом легких должно касаться 3 областей коммуникативного пространства – коммуникаций с врачами, интеракции с близким окружением и усиления внутренних резервов личности.

Ключевые слова: коммуникативное пространство, психотравмирующее событие, репрезентации «Я – Другой», туберкулез легких.

DOI: <https://doi.org/10.18500/2304-9790-2018-7-4-368-376>

Введение

Туберкулез легких – опасное заболевание инфекционной природы, последствия, терапия и ди-



намические особенности распространения которого обусловлены множественностью патогенных штаммов и их широкой лекарственной устойчивостью, сочетанностью туберкулеза легких с другими тяжелыми заболеваниями, его возвратностью и связью с социально-экономическими и психологическими факторами, снижающими в целом резистентность организма человека к возбудителям. Долгая и системная борьба с этим заболеванием по всему миру позволила добиться определенных успехов. Вместе с тем, как указывает А. Н. Данилов, туберкулез лидирует среди всех прочих инфекций по количеству ежегодно уносимых жизней. Каждую секунду на планете один человек инфицируется туберкулезом, каждые 4 секунды один заболевает туберкулезом и каждые 10 секунд – умирает от него. В возрастной группе от 15 до 44 лет туберкулез становится причиной смерти населения в 9% случаев, в то время как военные действия уносят жизни лишь в 4%, вирус иммунодефицита человека и заболевания сердечно-сосудистой системы соответственно в 3% случаев [1, с. 17].

Заболевание туберкулезом легких однозначно оценивается личностью как психотравмирующее событие, которое разрывает жизненный континуум и переживается как сложное целостное негативно окрашенное состояние, включающее в себя актуальный интенсивный травматический стресс, сопровождаемый страхом, ужасом и беспомощностью перед болезнью, пролонгированный длительный стресс, обусловленный неопределенностью, длительностью и агрессивностью терапевтического процесса, социально-психологический стресс, вызванный вынужденной изоляцией, боязнью заразить близких людей, включением в новую низкостатусную группу, трансформацией идентичности, а также социальный стресс, связанный со стигматизацией, репутационными потерями, снижением материального и социального статуса личности, изменением образа жизни.

Многомерность и широта охвата всех жизненных сфер личности при заболевании туберкулезом легких требуют такого же масштабного изучения и комплексной разработки программ психологического сопровождения людей с этим заболеванием.

В научной литературе последних лет много работ, посвященных психологическим аспектам этой острой комплексной медико-социальной проблемы. Некоторые из них направлены на изучение социально-демографического статуса больных туберкулезом [2], их индивидуально-психологических особенностей [3], личностных



свойств [4, 5], поведенческого рисунка [6, 7], а также социально-психологических характеристик людей с заболеванием туберкулезом легких [8]. Другие исследования ориентированы на изучение специфики реабилитационного процесса больных туберкулезом на разных этапах лечения [9, 10], выявление психологических факторов риска заболевания туберкулезом и его рецидивов [11], конструирование моделей организации работы с пациентами фтизиатрического стационара с целью повышения приверженности лечению и профилактики уклонения от него [12].

Вместе с тем все перечисленные интересные, важные и нужные исследования акцентируют внимание только на одной из возможных плоскостей интеракции людей с заболеванием легких: личность и болезнь, личность и терапия, личность и окружение. Мы предлагаем комплексный субъектно-системный подход к анализу тотальной трансформации взаимодействия личности с заболеванием «туберкулез легких». В качестве изучаемой системы мы рассматриваем коммуникативное пространство личности, объединяющее все сферы ее жизнедеятельности и отражающее те важные изменения, которые происходят с личностью при ее интеракции с миром, другими, самой собой.

Цель данной работы – изучить трансформацию в системе коммуникаций и интеракции больных туберкулезом легких с самими собой, миром, значимыми Другими и определить их роль в психологическом сопровождении больных туберкулезом на разных этапах терапии.

Теоретическое основание исследования

Коммуникативное пространство нами понимается в релятивистском ключе, как пространство отношений. Топика коммуникативного пространства включает в себя большое количество разнообразных и многоликих Других, взаимодействие с которыми осуществляется на разных уровнях межличностного общения – социально-ролевом, манипулятивном, интимно-личностном. Оно состоит из совокупности разнородных интеракций личности с Другими и самой собой: деловых, детско-родительских, супружеских, профессиональных, дружеских, рефлексивных, ритуальных и прочих и может быть содержательно представлено через личностную репрезентацию взаимодействия «Я – Другой». В коммуникативном пространстве не только происходит обмен информацией, но в значительной степени создается общая информация в непрерывных потоках восприятия, оценки и вовлечения в различные порядки оправдания, вплоть до критического момента. Критический момент, по мысли Л. Болтански и Л. Тевено, наступает тогда, когда люди, имеющие опыт совместной деятельности и повседневной координации, начинают понимать, что так дальше продолжаться не может, необходимо что-то менять [13, с. 66].

Для личности, переживающей психотравмирующую ситуацию, наиболее важными, на наш взгляд, являются те коммуникативные практики, которые могут способствовать снижению интенсивности травматического переживания и позитивной динамике совладания с трудной жизненной ситуацией, гармонизации внутреннего мира личности, обеспечению оптимального качества ее жизни, деятельности, общения и отношений. К таким коммуникативным практикам мы отнесли следующие [14]:

1) взаимодействие, связанное с терапевтическим или психотерапевтическим процессом, представленное репрезентацией «Я – авторитетный Другой», в основе которого лежат доверие и признание профессионального опыта и компетентности специалиста, осознание возможности делегировать ему часть ответственности, вера в благоприятный исход и надежда на реальные совместные возможности преодоления последствий трудной жизненной ситуации, а также активизация имеющихся внутренних ресурсов личности;

2) интеракцию с членами семьи и ближайшим окружением («Я – значимые Другие»), наличие и доступность которых обеспечивают личности необходимый контекст заботы и поддержки, созданный благодаря налаживанию активного диалога со значимыми Другими, позволяющего личности проговаривать и рефлексировать произошедшее, чувствовать созвучный эмоциональный отклик Другого, его эмпатическое участие, предоставляющие личности возможность обрести внешнюю опору в мире, который стал восприниматься ею как опасный и враждебный. Однако необходимо заметить, что для личности важно, чтобы ближайшим окружением была соблюдена определенная мера проявления сочувствия и сострадания, превышение которой трансформируется в жалость, содержательно связанную с обесцениванием личности и актуализацией у нее чувства вины за причиненные страдания;

3) коммуникацию с людьми, имеющими аналогичный опыт («Я – Другой как Я»), контент которых обусловлен амбивалентными поведенческими сценариями личности, детерминированными, с одной стороны, ее желанием обособиться, дистанцироваться и отгородиться от группы, «стигматизированной несчастьем», а с другой – потребностью в консолидации с теми, кто обладает сходным опытом, возможностью увидеть в Другом как в зеркале глубину своих проблем, серьезность потерь, тяжесть эмоциональных потрясений;

4) автокоммуникацию личности с собой, связанную с ее внутренними диалогами («Я – Я сам как Другой»), обусловленную спецификой психотравмирующей ситуации и порожденную, как минимум, тремя интрапсихическими процессами: во-первых, трансформацией картины мира как интегральной системы значений, репрезентирующей его в сознании человека; во-



вторых, рефлексией личностной измененности, опосредованной существованием внутреннего Я личности в трех разных временных модусах: «Я – прошлое», «Я – актуальное», «Я – будущее», субъективно различных и различенных, которые личности трудно одновременно удерживать вместе; в-третьих, поиском реального или воображаемого источника или причины случившегося и атрибуции ему ответственности за возможные последствия психотравмирующего события.

Выборка, методики и методы исследования

Исследование проводилось на базе Саратовского областного клинического противотуберкулезного диспансера. В нем принимали участие 24 женщины в возрасте от 20 до 70 лет с диагнозом «туберкулез легких», комплаентные и приверженные лечению, т. е. согласные на терапию и выполняющие все рекомендации, полученные от врача в отношении приема препаратов, соблюдения диеты, режима и других мер изменения образа жизни. Все пациенты выразили желание и дали согласие на участие в исследовательском проекте.

В качестве методики исследования применялось психологическое тестирование, которое включало в себя: «Индикатор стратегий совладающего поведения» [15], «Ассоциативный рисуночный тест» [16], «Уровень субъективного контроля» [17], «Кто Я?» [18].

Результаты исследования и их обсуждение

Обобщенные средние значения результатов проведенной диагностики копинг-стратегий и локуса контроля личности представлены в табл. 1.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что все копинг-стратегии используются респондентами примерно в равной степени, и это указывает на эффективность их совладающего поведения и хорошие адаптивные возможности участников исследования, активно включенных и вовлеченных в процесс борьбы с болезнью.

Исходя из цели нашего исследования проанализируем более подробно ответы, полученные на вопросы, имеющие отношение к коммуникативному пространству личности с заболеванием «туберкулез легких» и ее контактам с другими людьми и собой (табл. 2).

Графическая репрезентация выраженности компонентов коммуникативного пространства участников исследования представлена на рисунке.

Несмотря на то что объективно репертуар привычных форм межличностной коммуникации у больных туберкулезом легких значительно уменьшен и упрощен, большинство участников исследования ответили отрицательно на суждение о том, что они избегают общения с другими людьми. Соответственно, коммуникация с Другими, особенно представителями ближнего круга взаимодействия (родственники, в меньшей степени друзья), выступает психологическим ресурсом или, по терминологии В. А. Толочка [19], intersubъективным ресурсом для совладания с болезнью, который возникает как эффект взаимодействия и совместных усилий людей. Этот ресурс, напрямую не связанный с терапией, обеспечивает личности возможность артикуляции тяжелых переживаний, их трансляции другим, самопонимания и самораскрытия личности, способствующих разрядке эмоционального напряжения через коммуникативную ситуацию, уменьшению интенсивности переживаний и гармонизации самочувствия всех участников взаимодействия. При этом важна не психологическая поддержка близких людей сама по себе, а субъективная удовлетворенность личности характером оказываемой помощи [20], качеством созвучного отклика, получаемого в ответ на самораскрытие личности [21], особенно, как показывают исследования, это важно для женщин [22].

Полученные данные указывают на то, что большая часть изучаемых больных не рассматривает врача-специалиста как человека, к которому можно обратиться, чтобы он помог чувствовать себя лучше. С одной стороны, этот парадоксальный факт обусловлен спецификой терапевтическо-

Таблица 1 / Table 1

Результаты диагностики копинг-стратегий и уровня субъективного контроля личности

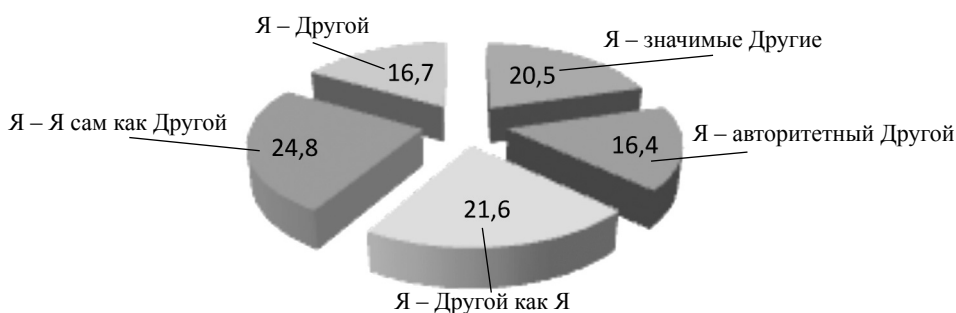
The results of diagnostics of coping-strategies and person's subjective control level

Измеряемый показатель	Шкала	Среднее значение
Копинг-стратегии	Разрешение проблем	26,6
	Поиск социальной поддержки	21,7
	Стратегия избегания	21,6
Уровень субъективного контроля	Общая интернальность	4,63
	Интернальность в области достижений	5,8
	Интернальность в области неудач	4,8
	Интернальность в области семейных отношений	5,33
	Интернальность в области производственных отношений	4,8
	Интернальность в области межличностных отношений	6,58
	Интернальность в отношении здоровья и болезни	4,2

Таблица 2 / Table 2

Качественно-количественная выраженность компонентов коммуникативного пространства
Qualitative and quantitative manifestation of communicative space components

Категория	Вопрос	Абсолютные баллы
Я – значимые Другие	Позволяю себе поделиться чувствами с другом	44
	Доверяю свои страхи родственнику или другу	52
	Иду к другу за советом, как исправить ситуацию	41
	Иду к другу, чтобы он помог мне лучше почувствовать проблему	39
	Принимаю сочувствие, взаимопонимание с друзьями	47
	Принимаю помощь от друзей или родственников	52
	Ищу успокоения у тех, кто знает меня лучше	50
Я – авторитетный Другой	Иду к кому-нибудь (специалисту), чтобы он помог мне чувствовать себя лучше	37
Я – Другой как Я	Принимаю сочувствие и понимание от кого-либо	53
	Делаю все возможное, чтобы не дать окружающим увидеть, что мои дела плохи	57
	Обсуждаю ситуацию с людьми, так как обсуждение помогает мне чувствовать себя лучше	48
	Рассказываю другим людям о ситуации, так как только ее обсуждение помогает мне прийти к ее разрешению	37
Я – Я сам как Другой	Мечтаю, фантазирую о лучших временах	59
	Обдумываю про себя план действий	59
	Переключаюсь на хобби или занимаюсь спортом, чтобы избежать проблем	52
	Фантазирую о том, что все могло бы быть иначе	58
	Представляю себя героем книги или кино	52
Я – Другой	Хочу, чтобы люди оставили меня одного	38
	Больше времени, чем обычно, провожу один	38
	Избегаю общения с людьми	37



Выраженность компонентов коммуникативного пространства личности с диагнозом «туберкулез легких»

Manifestation of communicative space components of a person diagnosed with pulmonary tuberculosis

го процесса при заболевании туберкулезом легких, его длительностью, отсутствием контроля со стороны личности и необходимостью смены схем лечения и назначаемых препаратов, появлением нежелательных побочных эффектов терапии, что приводит к снижению уровня доверия личности к

специалистам и собственной веры в возможность излечения. С другой стороны, врач не позиционируется большей частью участников исследования как эпистемический авторитет [23], т. е. как эксперт, суждениям и рекомендациям которого можно полностью и безоговорочно доверять и следовать,



поскольку его знания, квалификация и репутация не вызывают сомнений. На наш взгляд, это связано со сложным состоянием всей системы здравоохранения и образования в современной России в целом, а также рассогласованностью между социальной репутацией врача и неадекватным материальным вознаграждением его деятельности, приводящим к снижению престижности профессии медика в обществе.

Результаты исследования также свидетельствуют, что большая часть коммуникаций у больных с туберкулезом легких носит внутренний рефлексивный характер и находится в плоскости «Я – Я сам как Другой». Как известно, внутренняя коммуникация, являясь психологической реальностью, выполняет адаптивную, регулируемую, развивающую, психотерапевтическую функции, участвуя в процессах саморегуляции, смыслообразования, самосознания, самопознания и самодетерминации личности [24]. Содержание внутреннего диалога личности определяется и детерминируется ее реальными жизненными проблемами и обстоятельствами. Благодаря интрапсихическому диалогу личность анализирует и интерпретирует оценочную информацию, полученную извне, интериоризирует ее, приписывая полученным фактам и оценкам личностные значения и субъективный смысл и встраивая их в имплицитную картину мира и Я-концепцию.

В ситуации тяжелого заболевания интрапсихическая коммуникация личности отличается специфическими особенностями: она амбивалентна, конфликтна, иногда агрессивна и всегда насыщена деструктивными негативными эмоциями. Внутренний диалог или даже разносторонний полилог направлен, с одной стороны, на осмысление личностью актуальной ситуации, связанной с заболеванием, поиск способов ее разрешения, структурирование полученного опыта, усиление осознанного отношения к жизни. С другой стороны, внутренняя коммуникация в условиях витальной угрозы и неопределенности может быть обусловлена неосознанным желанием личности временно покинуть тяжелую ситуацию и переключить внимание на что-то, имеющее положительную валентность, иной пространственно-временной хронотоп, и локализуемое либо в прошлом (приятные воспоминания, позитивное эмоциональное состояние, ситуации успеха и достижений), либо в будущем (мечты, фантазии, вероятностные события и перспективы). Такая фокусировка и сосредоточенность на других ситуациях, в которых личность была успешна, благополучна и компетентна или, возможно, будет таковой, позволяет ей феноменологически дистанцироваться от актуальной трудной ситуации, опереться на другой образ Я и перераспределить внутренние ресурсы.

Вместе с тем в обоих случаях спонтанная внутренняя коммуникация пациентов, у которых впервые выявлен туберкулез легких, характеризуется напряженностью и конфликтностью. Она

отличается наличием противоположных смысловых позиций, которые, используя терминологию В. С. Библера, можно обозначить как «все понимающее Я» и «ничего не понимающее Я» [25]. «Все понимающее Я» представляет собой совокупность обобщенных представлений о себе как личности, профессионале, жене, матери, сформированных до болезни, встроенных в Я-концепцию личности и объединенных экзистенциальным смыслом. «Ничего не понимающее Я» – диссоциированный образ Я, актуализированный ситуацией тяжелого заболевания и адекватный существующему контексту. Это другое «Я» постоянно обвиняет, критикует, спорит, полемизирует, ищет виноватых, навязывает свою логику и последствия произошедшего, задает вопросы «Почему я?», «За что мне?», «Что будет дальше?». Интрапсихический диалог протекает на фоне негативного эмоционального состояния – раздражения, тревоги, страха, обиды, стыда, чувства вины, усиливающихся социальной и ауто-стигматизацией. Вместе с тем внутриличностная коммуникация не сводится только к внутренней полемике, истинная ее роль заключается в наложении смыслов, их обогащении и интерференции, в результате чего имеет место осознание и принятие произошедших изменений, конструирование нового смысла и контекста, налаживание «диалога сотрудничества» между компонентами Я-концепции.

Созвучна нашим взглядам идея Н. А. Евченко и С. В. Березина [26] о рекурсии «Я» как об одном из интрапсихических процессов, связанном с внутренним диалогом «Я – Другое Я». Под рекурсией «Я» авторы понимают процесс многократного удвоения Я, поиска и актуализации такого другого «Я», которое отличается от «Я» актуального в качествах, значимых для принятия решения о поведении человека в текущей ситуации. Следовательно, благодаря рассогласованию между сложившимся образом «Я» и «Я» актуальным, личность конструирует образ другого «Я» или «Я» в других обстоятельствах, при этом процесс реконструирования другого образа может повторяться до тех пор, пока он не будет удовлетворять требованиям сложившейся ситуации и актуальному состоянию личности.

В целом внутренняя коммуникация постепенно приводит к снижению интенсивности психологического стресса, преодолению глубоких негативных переживаний, разрешению внутриличностных противоречий, субъективному принятию болезни и произошедших изменений в Я-концепции через рекурсию «Я», адекватной оценке последствий заболевания и автономной регуляции поведения. Следовательно, вероятность благоприятного исхода лечения, помимо успешной медикаментозной терапии, во многом зависит от результатов интрапсихической коммуникации, усиливающей или ослабляющей личность, а также от ее психологического настроения и имеющихся ресурсов.

Результаты проведенной психодиагностики свидетельствуют о серьезном ослаблении лич-



ности при заболевании туберкулезом легких. Это обусловлено тяжестью самого заболевания, интенсивностью противотуберкулезной химиотерапии, а также внешними факторами (госпитализация, длительность лечения, дистанцирование от близких, снижение качества жизни, сворачивание жизненных планов, неопределенность ситуации) и внутренними детерминантами (депрессивный фон настроения, раздражительность, напряженность, тревожность, неуравновешенность, неконтролируемость ситуации, деструктивный интрапсихический диалог, аутостигматизация).

Большинство участников исследования, несмотря на их комплаентность и приверженность лечению, характеризуются экстернальным локусом контроля (см. табл. 1), причем это касается не только показателей общей интернальности, но и всех других видов, в том числе интернальности относительно здоровья и болезни. Экстернальный локус контроля предполагает общее снижение субъектности личности, ее способности контролировать и управлять происходящими событиями, наличие пассивной личностной позиции, уклонение от ответственности или атрибуцию ответственности за разрешение ситуации Другим, а также приписывание вины за сложившиеся обстоятельства другим людям. Вслед за Э. Деси и Р. Райаном [27] мы полагаем, что в данном случае можно говорить о ситуационном типе локуса контроля, проявляющемся в контексте тяжелой жизненной ситуации и приводящем к тому, что жизненное пространство человека сужается и сжимается до конкретной актуальной ситуации, в результате чего человек психологически ориентируется исключительно на нее, фиксируется на стереотипных сценариях поведения и редуцирует автономную жизненную перспективу.

О психологическом ослаблении личности при тяжелом заболевании свидетельствуют также результаты проективных методик. По данным методики АРТ, все без исключения участники исследования игнорируют сигналы окружающего мира, не используют его ресурсы и возможности, что указывает на разрушение базового доверия личности к миру, сопряженного со страхом, подозрительностью, потерей чувства безопасности, неуверенностью, отчужденностью и уходом в себя. Все перечисленное неизбежно приводит к снижению адаптивных возможностей личности и ее внутриличностных ресурсов. Результаты, полученные с помощью методики «Кто Я?», указывают на то, что лишь незначительная часть участников исследования имеет Я-идентификацию, релевантную актуальной ситуации болезни, означающую ее внутреннее принятие («*больная ФКТ*», «*я сильная и справлюсь с этой проблемой*», «*я обитаю в больнице с огромным желанием отсюда выйти и выздороветь*», «*пациент*», «*мученица*»), большинство же респондентов описывают себя в терминах максимально общих социальных категорий, подчеркивая тем самым свое сходство с другими, а не акцентируя внимание на своих отличиях и

самобытности («*ответственная, строгая мама*», «*трудоголик*», «*любящая жена*», «*любитель животных*», «*друг*», «*семьянин*», «*студент*», «*любящая дочь*», «*пенсионерка*»).

Вместе с тем, анализируя особенности спонтанной внутренней коммуникации личности, мы не случайно внесли уточнение относительно того, что перечисленные закономерности в большей степени характерны для пациентов, у которых впервые выявлен туберкулез легких. Результаты проведенного кластерного анализа свидетельствуют о том, что в исследуемой группе четко дифференцируются и объединяются в отдельный кластер респонденты с рецидивами заболевания, что указывает на необходимость специального изучения динамических характеристик всех компонентов коммуникативного пространства на разных этапах заболевания.

Выводы

1. Заболевание туберкулезом легких оценивается личностью как психотравмирующее событие, разрывающее жизненный континуум и переживаемое как сложное целостное негативно окрашенное состояние, детерминированное осознанием витальной угрозы, длительностью и агрессивностью терапевтического процесса; вынужденной изоляцией, боязнью заразить близких людей, включением в новую низкостатусную группу, снижением материального и социального статуса личности, изменением образа жизни.

2. Предлагается комплексный субъектно-системный подход к анализу тотальной трансформации взаимодействия личности с заболеванием туберкулезом легких, в рамках которого изучается коммуникативное пространство личности, понимаемое в релятивистском ключе, как пространство отношений.

3. Коммуникации с Другими, особенно представителями ближнего круга взаимодействия, представляют для больных туберкулезом легких психологический интерес, который возникает как результат и эффект совместных когнитивных, эмоциональных и поведенческих усилий личности и ближайшего окружения и обеспечивает всем участникам взаимодействия своеобразную поддержку, опору и помощь в преодолении трудной жизненной ситуации.

4. Выявлен достаточно сложный и противоречивый характер коммуникации больных со специалистами, занимающимися непосредственно их терапией: большинство участников исследования не позиционируют врачей как эпистемических авторитетов, их контакты ограничены формальными рамками и не строятся на основе доверия и взаимного уважения.

5. Установлено, что значительное место в коммуникативном пространстве личности с заболеванием туберкулезом легких занимает спонтанный внутренний диалог между «все понимающим Я» и «ничего не понимающим Я». Однако интрапси-



хическая коммуникация не сводится только к внутренней полемике, она способствует налаживанию «диалога сотрудничества» между компонентами Я-концепции и играет важную роль в интерференции и обогащении личностного смысла, возвращении смысловой перспективы будущего, конструировании нового жизненного контекста.

6. На основании проведенной психодиагностики можно констатировать серьезное ослабление «Я» личности при заболевании туберкулезом легких, детерминированное как объективными обстоятельствами (тяжелое заболевание, агрессивная терапия, длительное нахождение в стационаре, разрыв в социальных контактах и т. п.), так и внутренней трансформацией – сужением жизненного пространства до конкретной ситуации болезни, сворачиванием жизненной перспективы, преобладанием негативного эмоционального состояния, отсутствием доверия, потерей чувства безопасности и др.

7. Социально-психологическое сопровождение больных туберкулезом легких должно быть ориентировано на активизацию интрапсихических и интерпсихических ресурсов личности через гармонизацию структурных компонентов коммуникативного пространства, а также учитывать динамические характеристики, связанные с продолжительностью и этапом заболевания.

Библиографический список

1. Данилов А. Н. Туберкулез легких : прогноз эпидемиологической ситуации, оптимизация выявления и совершенствование лечения : дис. ... д-ра мед. наук по специальности 14.01.16 – фтизиатрия. Саратов, 2017. 220 с.
2. Любаева Е. В., Ениколопов С. Н. Роль индивидуальных психологических характеристик пациентов в формировании приверженности терапии туберкулеза и ВИЧ // Консультативная психология и психотерапия. 2011. № 2. С. 111–127.
3. Севостьянова М. С. Личностные детерминанты формирования особенностей адаптации к болезни у пациентов с активной формой туберкулеза легких : сравнительный анализ с позиций гендерного подхода // Психологическая наука и образование. 2014. Т. 6, № 2. С. 271–280. URL: <http://psyedu.ru/journal/2014/2/Sevostyanova.shtml> (дата обращения: 03.06.2018).
4. Малышкина М. И., Кузнецова А. П. Психологические аспекты формирования низкой приверженности лечению у больных туберкулезом // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2016. Т. 6, № 5. С. 1035.
5. Гурова Я. В., Удалова Т. Ю., Мордык А. В., Багшиева Н. В., Руденко С. А., Фефелов И. Д. Личностные особенности пациентов с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2016. Т. 19, № 3. С. 143–148.
6. Мордовкина М. А., Юдин С. А. Психологическое сопровождение фтизиатрических пациентов // Фундаментальные исследования. 2014. № 10 (8). С. 1532–1535.
7. Сухова Е. В. Поведенческий ответ больных на «клеймо» туберкулеза // Социальная психология и общество. 2015. Т. 6, № 1. С. 127–136.
8. Добровольская О. Э., Хабарова Т. Ю. Социально-психологические особенности пациентов, больных туберкулезом // Центральный научный вестник. 2016. Т. 1, № 3. С. 11–13.
9. Стрельцов В. В., Золотова Н. В., Баранова Г. В., Ахтямова А. А. Психологическая реабилитация больных туберкулезом легких на различных этапах терапии // Консультативная психология и психотерапия. 2015. Т. 23, № 2. С. 57–77.
10. Золотова Н. В., Стрельцов В. В. Психологическая реабилитация больных туберкулезом легких в фазе интенсивного лечения // Консультативная психология и психотерапия. 2013. № 1. С. 10–19.
11. Русановская Г. Ф., Камаев И. А., Шпрыков А. С. Психосоматическая характеристика женщин репродуктивного возраста, больных туберкулезом органов дыхания // Российский психол. журн. 2015. Т. 12, № 1. С. 70–80.
12. Шерстнева Т. В., Скорняков С. Н., Подгаева В. А., Шерстнев С. В., Цветков А. И. Мультидисциплинарный подход в работе по формированию приверженности лечению больных туберкулезом // Туберкулез и болезни легких. 2017. Т. 95, № 1. С. 34–41.
13. Болтански Л., Тевено Л. Социология критической способности // Журнал социологии и социальной антропологии. 2000. № 3. С. 66–83.
14. Рязузова Е. В. Временной разлом коммуникативных практик травмированной личности // Вестн. РУДН. Сер. Психология и педагогика. 2016. № 1. С. 55–61.
15. Карелин А. А. Большая энциклопедия психологических тестов. М., 2007. 416 с.
16. Кудряков Ю. Н., Голубев В. П. Ассоциативный рисуночный тест (АРТ-тест). URL: <https://www.twirpx.com/file/2102944> (дата обращения: 28.10.2017).
17. Фетискин Н. П., Козлов В. В., Мануйлов Г. М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. М., 2005. 490 с.
18. Тест Куна – Макпартленда. URL: <http://psylab.info> (дата обращения: 01.10.2017).
19. Толочек В. А. Социальная успешность человека : внесубъектные и интересубъектные ресурсы // Изв. Сарат. ун-та. Нов. сер. Сер. Акмеология образования. Психология развития. 2015. Т. 4, вып. 2. С. 115–123.
20. Prati G., Pietrantonio L. Optimism, Social Support, and Coping Strategies As Factors Contributing to Posttraumatic Growth : A Meta-Analysis // Journal of Loss and Trauma : International Perspectives on Stress & Coping. 2009. Vol. 14, iss. 5. P. 364–388.
21. Толкачева О. Н. Социально-психологические факторы посттравматического роста личности : автореф. ... канд. психол. наук по специальности 19.00.05 – социальная психология. Саратов, 2018. 24 с.
22. Bergeron A. A. A Curvilinear Approach to Examining Co-Rumination and Depressive Symptoms. Honors College, 2013. 118 p.
23. Zagzebski L. T. Epistemic Authority : A Theory of Trust, Authority, and Autonomy in Belief. Oxford, 2012. 279 p.
24. Визина А. В. Эмпирическое изучение спонтанных



- внутренних диалогов // *Вопр. психологии*. 2007. № 1. С. 101–110.
25. Библер В. С. Мышление как творчество (Введение в логику мысленного диалога). М., 1975. 399 с.
26. Евченко Н. А., Березин С. В. Внутренний диалог «Я –

- Другое Я» как механизм развития личности // *Изв. Самар. научн. центра Российской академии наук*. 2011. Т. 13, № 2. С. 858–862.
27. Handbook of self-determination research. In E. Deci, R. Ryan (eds.). Rochester, NY, 2002. 470 p.

Образец для цитирования:

Рязузова Е. В., Черняева Т. И., Черняева К. О. Коммуникативное пространство личности с диагнозом «туберкулез легких» // *Изв. Саратов. ун-та. Нов. сер. Сер. Акмеология образования. Психология развития*. 2018. Т. 7, вып. 4 (28). С. 368–376. DOI: <https://doi.org/10.18500/2304-9790-2018-7-4-368-376>

Communicative Space of a Person Diagnosed with Pulmonary Tuberculosis

Elena V. Ryazuzova

Saratov State University
83, Astrakhanskaya Str., Saratov, 410012, Russia
E-mail: rjaguzova@yandex.ru

Tatyana I. Chernyaeva

Povolzhsky Institute of Management named after P. A. Stolypin, Branch of the Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration
23/25, Sobornaya Str., Saratov, 410031, Russia
E-mail: tatcher@yandex.ru

Kseniya O. Chernyaeva

Povolzhsky Institute of Management named after P. A. Stolypin, Branch of the Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration
23/25, Sobornaya Str., Saratov, 410031, Russia
E-mail: chernjaevaksenia@mail.ru

The paper presents the results of theoretical reflection on the communicative space of a person experiencing a traumatic situation, and an empirical research aimed at transformations in the system of communication and interaction of patients diagnosed with pulmonary tuberculosis with himself/herself, the world, the important Others. The empirical study (N = 24) is carried out on the basis of the Saratov Oblast Clinical Antituberculosis Dispensary using the following methods: "Indicator of strategies of coping behaviour", "Associative Picture Test", «Level of subjective control», "Who I am". It is revealed that communicative space of tuberculosis patients is characterized by the following features: interaction with the Others, especially with the members of near-round interaction (relatives, and to lesser degree friends) is the psychological resource to cope with the disease; contacts with doctors involve the elements of irritation and disbelief; mostly the communication is of the internal reflexive nature and it lies in the area of "the everything-understanding Self" and "nothing-understanding Self" while the interpsychological dialogue is ambivalent, conflict, and sometimes aggressive and always full of destructive negative emotions. It is found out that the inner dialogue promotes enrichment and interference of subjective meanings, and as the result of the process the understanding and acceptance of changes, creation of new meanings and contexts, establishment of the "cooperation dialogue" between the components of the "Self"-concepts appear. It is approved that social-psychological support of patients diagnosed with pulmonary tuberculosis should involve 3 spheres of communi-

cative space: communication with doctors, interaction with the inner circle of people and strengthening of the person's innate resources.

Keywords: communicative space, traumatic experience, Self-the Other representations, pulmonary tuberculosis.

References

1. Danilov A. N. *Tuberkulez legkikh: prognoz epidemiologicheskoy situatsii. optimizatsiya vyyavleniya i sovershenstvovaniye lecheniya : dis. ... d-ra med. nauk po spetsialnosti 14.01.16 – ftiziatriya* [Pulmonary Tuberculosis: Forecast of Epidemiologic Situation, Optimization of Recognition and Perfectibility of Treatment. Diss. Dr. Sci. (Med.)]. Saratov, 2017. 220 p.
2. Lyubayeva E. V., Enikolopov S. N. Rol' individual'nykh psikhologicheskikh kharakteristik patsiyentov v formirovaniy priverzhennosti terapii tuberkuleza i VICH [Role of Patients' Individual Psychological Characteristics in Formation of Adherence of Tuberculosis and HI virus]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2011, no. 2, pp. 111–127 (in Russian).
3. Sevostyanova M. S. Lichnostnyye determinanty formirovaniya osobennostey adaptatsii k bolezni u patsiyentov s aktivnoy formoy tuberkuleza legkikh: sravnitel'nyy analiz s pozitsiy gendernogo podkhoda [Personal Determinants of Formation of Features of Adaptation to Illness by Patients with Active Form of Pulmonary Tuberculosis]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovaniye* [Psychological Science and Education], 2014, vol. 6, no. 2, pp. 271–280 (in Russian).
4. Malyshkina M. I., Kuznetsova A. P. Psikhologicheskiye aspekty formirovaniya nizkoy priverzhennosti lecheniyu u bol'nykh tuberkulezom [Psychological Aspects of Formation of Low Adherence by Consumptives]. *Byulleten meditsinskikh internet-konferentsiy* [Bulletin of Medical Internet Conferences], 2016, vol. 6, no. 5, p. 1035 (in Russian).
5. Gurova Ya. V., Udalova T. Yu., Mordyk A. V., Bagisheva N. V., Rudenko S. A., Fefelov I. D. Lichnostnyye osobennosti patsiyentov s fibrozno-kavernoznym tuberkulezom legkikh [Personal Features of Patients with Fibrous-Cavernous Pulmonary Tuberculosis]. *Medikotsial'naya ekspertiza i rehabilitatsiya* [Medical and Social Expert Evaluation and Rehabilitation], 2016, vol. 19, no. 3, pp. 143–148 (in Russian).
6. Mordovkina M. A., Yudin S. A. Psikhologicheskoye soprovozhdeniye ftiziatricheskikh patsiyentov [Psychological Escort of Tuberculous Patients]. *Fundamental'nyye issledovaniya* [Fundamental Research], 2014, no. 10 (8), pp. 1532–1535 (in Russian).



7. Sukhova E. V. Povedencheskiy otvet bol'nykh na «kleymo» tuberkuleza [Patients' Behavioral Response against Label]. *Sotsial'naya psikhologiya i obshchestvo* [Social Psychology and Society], 2015, vol. 6, no. 1, pp. 127–136 (in Russian).
8. Dobrovol'skaya O. E., Khabarova T. Yu. Sotsial'no-psikhologicheskiye osobennosti patsiyentov, bol'nykh tuberkulezom [Tuberculous Patients' Social-Psychological Features]. *Tsentral'nyy nauchnyy vestnik* [Central Science Bulletin], 2016, vol. 1, no. 3, pp. 11–13 (in Russian).
9. Strel'tsov V. V., Zolotova N. V., Baranova G. V., Akhtyamova A. A. Psikhologicheskaya rehabilitatsiya bol'nykh tuberkulezom legkikh na razlichnykh etapakh terapii [Psychological Rehabilitation of Pulmonary Tuberculous Patients at Different Stages of Therapy]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2015, vol. 23, no. 2, pp. 57–77 (in Russian).
10. Zolotova N. V., Strel'tsov V. V. Psikhologicheskaya rehabilitatsiya bol'nykh tuberkulezom legkikh v faze intensivnogo lecheniya [Psychological Rehabilitation of Pulmonary Tuberculous Patients at Stage of Intensive Treatment]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2013, no. 1, pp. 10–19 (in Russian).
11. Rusanovskaya G. F., Kamayev I. A., Shprykov A. S. Psikhosomaticeskaya kharakteristika zhenshchin reproduktivnogo vozrasta, bol'nykh tuberkulezom organov dykhaniya [Psychological Characteristic of Women in Fertile Age Who Are Ill by Pulmonary Tuberculosis]. *Rossiyskiy psikholog. zhurn.* [Russian Psychological Journal], 2015, vol. 12, no. 1, pp. 70–80 (in Russian).
12. Sherstneva T. V., Skorniyakov S. N., Podgayeva V. A., Sherstnev S. V., Tsvetkov A. I. Mul'tidistsiplinarnyy podkhod v rabote po formirovaniyu priverzhennosti lecheniyu bol'nykh tuberkulezom [Multi-Discipline Approach in Work of Formation of Tuberculous Patients' Adherence]. *Tuberkulez i bolezni legkikh* [Tuberculosis and Lung Diseases], 2017, vol. 95, no. 1, pp. 34–41 (in Russian).
13. Boltanski L., Teveno L. Sotsiologiya kriticheskoy sposobnosti [Sociology of Critical Ability]. *Zhurnal sotsiologii i sotsial'noy antropologii* [The Journal of Sociology and Social Anthropology], 2000, no. 3, pp. 66–83 (in Russian).
14. Ryaguzova E. V. Vremennoy razlom kommunikativnykh praktik travmirovannoy lichnosti [Temporal Break-up of Upset Personality's Communicative practices]. *Vestn. RUDN, Ser. Psikhologiya i pedagogika* [PFUR Bulletin, Ser. Pedagogic and psychology], 2016, no. 1, pp. 55–61 (in Russian).
15. Karelin A. A. *Bol'shaya entsiklopediya psikhologicheskikh testov* [Big Encyclopedia of Psychological Tests]. Moscow, 2007. 416 p. (in Russian).
16. Kudryakov Yu. N., Golubev V. P. *Assotsiativnyi risunochnyy test (ART-test)* (Associative Pictorial Test). Available at: <https://www.twirpx.com/file/2102944> (accessed 28 October 2017) (in Russian).
17. Fetiskin N. P., Kozlov V. V., Manuylov G. M. *Sotsial'no-psikhologicheskaya diagnostika razvitiya lichnosti i malyykh grupp* [Social-Psychological Diagnostic of Development of Personality and Small Groups]. Moscow, 2005. 490 p. (in Russian).
18. *Test Kuna – Makpartlenda* (Coon – McPartland Test). Available at: <http://psylab.info> (accessed 1 October 2017) (in Russian).
19. Tolochek V. A. Sotsial'naya uspeshnost' cheloveka: vneshnyye i intersub'ektnyye resursy [Person's social successfulness: out-of-subject and inter-subject recourses]. *Izv. Saratov univ. (N. S.), Ser. Educational Acmeology. Developmental Psychology*, 2015, vol. 4, no. 2, pp. 115–123 (in Russian).
20. Prati G., Pietrantonio L. Optimism, Social Support, and Coping Strategies As Factors Contributing to Posttraumatic Growth: A Meta-Analysis. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress & Coping*, 2009, vol. 14, no. 5, pp. 364–388.
21. Tolkacheva O. N. *Sotsial'no-psikhologicheskiye faktory posttravmaticheskogo rosta lichnosti: avtoref. ... kand. psikhol. nauk po spetsial'nosti 19.00.05 – sotsial'naya psikhologiya* [Social-Psychological Factors of Personality's Posttraumatic Growing: Thesis Diss. Cand. Sci. (Psychol.)]. Saratov, 2018. 24 p. (in Russian).
22. Bergeron A. A. *A Curvilinear Approach to Examining Co-rumination and Depressive Symptoms*. Honors College, 2013. 118 p.
23. Zagzebski L. T. *Epistemic Authority: A Theory of Trust, Authority, and Autonomy in Belief*. Oxford, 2012. 279 p.
24. Vizgina A. V. Empiricheskoye izucheniye spontannykh vnutrennykh dialogov [Empiric Research of Spontaneous Inner Discourses]. *Voprosy psikhologii* [Voprosy Psichologii], 2007, no. 1, pp. 101–110 (in Russian).
25. Bibler V. S. *Myshleniye kak tvorchestvo (Vvedeniye v logiku myslennogo dialoga)* [Thinking as Creativity (Introduction into Logic of Mental Discourse)]. Moscow, 1975. 399 p. (in Russian).
26. Evchenko N. A., Berezin S. V. Vnutrenniy dialog «YA – Drugoye YA» kak mekhanizm razvitiya lichnosti [Inner Discourse “I – Another I” as Mechanism of Personality's Development]. *Izv. Samar. nauch. tsentra Rossiyskoy Akademii nauk* [Proceedings of the RAS Samara Scientific Centre], 2011, vol. 13, no. 2, pp. 858–862 (in Russian).
27. *Handbook of self-determination research*. In E. Deci, R. Ryan, eds. Rochester, NY, 2002. 470 p.

Cite this article as:

Ryaguzova E. V., Chernyaeva T. I., Chernyaeva K. O. Communicative Space of a Person Diagnosed with Pulmonary Tuberculosis. *Izv. Saratov Univ. (N. S.), Ser. Educational Acmeology. Developmental Psychology*, 2018, vol. 7, iss. 4 (28), pp. 368–376 (in Russian). DOI: <https://doi.org/10.18500/2304-9790-2018-7-4-368-376>
