



УДК 316.6+159.9:61

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РОЛИ СОЦИАЛЬНЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ В ПРОЦЕССЕ АДАПТАЦИИ К СИТУАЦИИ ТЯЖЕЛОГО, ИНВАЛИДИЗИРУЮЩЕГО СОМАТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

М. М. Орлова

Орлова Мария Михайловна – кандидат психологических наук, доцент кафедры консультативной психологии, Саратовский государственный университет  
E-mail: orlova-maria2010@mail.ru



Представления о здоровье и болезни являются базовыми для самосознания человека, как в ситуации здоровья, так и в ситуации болезни. Выявление специфичности представлений о здоровом и больном человеке в ситуации тяжелого стигматизирующего заболевания имеет объяснительный характер и проясняет механизм выбора адаптационных стратегий. В исследовании выявлено, что для больного туберкулезом представления о здоровье выражают отношение к здоровью как к утраченной ценности. Представления о больном носят характер адаптации к изменению своей социальной роли, которая подчеркивает неудовлетворенность собой, попытку нахождения оправданий своему положению среди других людей, страху перед негативными перспективами и попытками разрешить кризис идентичности. Полученные результаты могут быть использованы в реабилитационной практике.

**Ключевые слова:** социальные представления, самоотношение, кризис идентичности, психологические защиты, копинг-стратегии.

Исследование социальных представлений можно рассматривать как широкую область социально-психологического изучения социальных систем. Социальные представления или репрезентации – это идеи, мысли, образы, ценности, знания и практики, которые формируются в социальных взаимодействиях. Они одновременно являются результатом коммуникации и служат ее основой [1]. Теория социальных представлений получила известность благодаря работам французского социального психолога С. Московичи; она основана на теории индивидуальных и коллективных представлений Э. Дюркгейма [2, с. 23–58]. Во многом социальные представления, как считает Московичи, являются основными составляющими социальной реальности. В то же время это, скорее, факт индивидуального сознания, способ интерпретации и осмысления повседневной реальности [3, с. 289–314].

Категория «житейские понятия», разработанная в отечественной психологической науке Л. С. Выготским [4, с. 184], может быть соотнесена с категорией «социальные представления». Житейские понятия образуются на основе собственного опыта, поэтому противопоставлялись научным представлениям. «Житейские понятия»

Л. С. Выготского и «социальные представления» С. Московичи сходны, так как и те, и другие являются упрощенными обыденными знаниями о социальных явлениях и феноменах. С. Л. Рубинштейн считал, что с категорией «социальное представление» наиболее сходны «понятие» и «суждение» [5, с. 331].

Изучением представлений как ценностных ориентаций занимались Д. А. Леонтьев [6, с. 13–25], Е. Е. Насиновская [7].

Как считает Д. А. Леонтьев, ценности существуют в трёх основных формах: общественных идеалах, в предметном воплощении этих идеалов, в мотивационных структурах личности. Ценности, отражённые в сознании человека, называются ценностными представлениями, они разделяются на ценностные стереотипы и ценностные идеалы. Представления о больном и здоровом человеке связаны с ценностными представлениями, в частности, с представлением о здоровье. Исследование социальных представлений предполагает необходимость решения вопросов их формирования, структуры и функций [8, 9].

Социальные представления в современной отечественной социальной психологии изучаются как механизм социального мышления К. А. Абульхановой-Славской, Г. М. Андреевой и др. [3, 8]. Г. М. Андреева рассматривает социальные представления наряду с социальной идентичностью в качестве основы изучения образа социального мира [10, с. 31–40]. К. А. Абульханова-Славская, рассматривая представление как процесс активного социально-психологического воссоздания реальности, считает, что сознание и мышление является обобщением личностью того способа жизни, которого она сумела достичь в конкретных социальных условиях.

Вопрос оценивания здоровья и болезни получил свое развитие в когнитивных исследованиях. К ним, прежде всего, относятся модели – социального научения А. Бандуры [11] и социального познания Андреевой [8, 12, 13]. И. Б. Бовина, автор исследования социальных представлений здоровья и болезни, рассматри-



вает проблему прогнозирования здорового поведения именно с точки зрения этих моделей [14, с. 234–240]. Формирование социальных представлений, касающихся здоровья и болезни, связано с целым рядом факторов: ценностью здоровья, соотношением себя со здоровым или больным человеком, позицией, которую занимает человек в системе отношений и которые формируются в связи с болезнью; знанием о болезни, которое включено в сложившуюся картину мира.

Мы считаем, что представления о больном и здоровом человеке являются социальными, поскольку это опосредованное знание, передающееся через житейский и научный опыт, позволяющее человеку лучше адаптироваться к условиям жизни, дающее возможность коммуникации. Исследования в области социальных представлений позволяют лучше понять функции представлений о больном и здоровом человеке в процессе формирования субъективных составляющих ситуаций здоровья и болезни. Кроме того, представления о больном и здоровом человеке являются формой социальной установки, в которой реализуется недостаточность поля представления, и выполняют функцию адаптации как к ситуации здоровья, так и болезни

Работа К. Эрзлиш – одно из первых исследований, выполненных с позиции теории социальных представлений о здоровье и болезни [15]. Здоровье и болезнь в этом исследовании понимаются во взаимосвязи друг с другом, а также через отношения *индивид – общество*. Болезнь ассоциируется с неактивностью, а не с болью, другими ощущениями или симптомами, а здоровье – с активностью. Активность понимается как потенциал для того, чтобы быть включенным в общество, работать, нарушение активности – признак болезни. Таким образом, здоровье и болезнь исследуются с точки зрения социальной психологии. К. Эрзлиш рассматривает болезнь как деструкцию, как освободителя и как род занятий. В представлении о болезни неизбежно выступает фигура больного, т.е. характер его социального статуса и социальной идентичности. Здоровье и болезнь можно исследовать как ситуации, которые определяют «способ интерпретации общества индивидом» [14] и «способ отношения индивида к обществу».

В работе О. С. Васильевой и Ф. Р. Филатова, посвященной изучению представлений о здоровье и здоровом человеке, было выделено три фактора представлений о здоровье [16]. Первый – *адаптация или приспособленность* (включающая понятия: норма/адекватность, сила/крепость, работоспособность, внешняя привлекательность, общительность /коммуникабельность и др.); второй – *внутренняя согласованность* (гармония, спокойствие, самообладание, уравновешенность

и др.), третий – *самореализация* (активность/целеустремленность, возможности/реализация возможностей, развитие, свобода, творчество и др.). Авторы рассматривают понятие «социокультурный эталон здоровья» как социокультурный феномен [16, с. 43] и непосредственный результат использования конкретной концепции в реальной социальной практике [16, с. 43]. Активность, как целеустремленность в рамках данного понятия оказывается одним из значимых элементов представления о здоровье.

С точки зрения И. Б. Бовиной, одновременное изучение представлений о здоровье и болезни является плодотворным, более информативным и комплексным, чем исследование представлений только о здоровье либо только болезни, ибо эти системы взаимосвязаны. А. С. Нелюбова считает, что представления пациента о болезни не являются абстрактными, оторванными от жизни идеями – они определяют поведение человека в ситуации болезни [17]. Подобное поведение может быть как способствующим выздоровлению, так и не способствующим.

Субъективные представления о болезни могут рассматриваться как знания, трансформированные обыденным сознанием и выполняющие регулируемую по отношению к поведению функцию [18, 19]. Л. П. Урванцев отмечает, что часто встречающееся несогласие пациента с лечением объясняется тем, что пациент имеет свое мнение о причинах, методах лечения болезни, не совпадающее с мнением врача, поэтому он предлагает выяснять это мнение и обсуждать его с пациентом [20, 21]. Искажение концепции болезни может быть вызвано действием, прежде всего, неосознаваемых адаптационных механизмов [22, 23].

Таким образом, исследование социальных представлений о здоровье и болезни, здоровом и больном человеке были выполнены как в контексте социальной, так и медицинской психологии. Актуальность таких исследований высока как для той, так и другой научной области. Целью исследования была попытка проанализировать специфичность представлений о здоровом и больном человеке в ситуации здоровья и в ситуации тяжелого стигматизирующего заболевания.

#### Материалы и методы

Были проведены исследования как здоровых испытуемых (186 человек), так и больных туберкулезом легких, имеющих вторую группу инвалидности (26 человек) в возрасте от 25 до 60 лет (мужчины и женщины). Использован комплекс методов: исследование представлений о здоровье и болезни было проведено с помощью методики незаконченных предложений и анкеты. Анализ представлений был дополнен анализом корреляций с факторами идентичности и само-



отношения, а также адаптационных механизмов, к которым были отнесены психологические защиты и копинг-стратегии. Исследование самооотношения проводилось по методике МИС, определение идентичности – по методике Куна «Кто Я», анализ представлений о здоровом и больном человеке – методом анкетирования, «Исследование жизненного стиля» Келлермана–Плутчика–Конте применялось для анализа психологических защит, «Исследование копинг-стратегий» Лазаруса – для копинг-стратегий, кроме того, проводилось исследование ретроспективной оценки переживания здоровья и болезни.

При статистической обработке результатов были рассчитаны среднеарифметические значения, стандартные отклонения, выявлена достоверность различий между группами согласно *t*-критерию Стьюдента, а также применен метод корреляционного анализа Пирсона с помощью компьютерной программы SPSS-19. Были рассмотрены корреляционные зависимости со степенью достоверности 0,05.

### Результаты исследования

Сравнительный анализ представлений о здоровом человеке в группах здоровых испытуемых и больных туберкулезом выявляет следующие различия: в группе здоровых испытуемых достоверно чаще встречается представление, что «быть здоровым – это быть счастливым» (0,5/0,03;  $t = 7,1$ ;  $p < 0,1$ ), в группе больных туберкулезом – «...не болеть, не иметь проблем» (0,33/0,08;  $t = 4,6$ ;  $p < 0,01$ ), «...иметь возможность жить дальше» (0,9/0,08;  $t = 4,3$ ;  $p < 0,01$ ), «...работать» (0,09/0;  $t = 3,4$ ;  $p < 0,01$ ).

Незаконченное предложение «если я здоров, то я могу...» в группе здоровых чаще завершали словами «...могу все» (0,68/0,38;  $t = 4,2$ ;  $p < 0,01$ ). В группе больных туберкулезом чаще встречается вариант «...могу работать» (0,34/0,12;  $t = 8,9$ ;  $p < 0,01$ ). Предложение «следующие вещи помогают здоровью...» здоровые испытуемые чаще заканчивают таким образом: «...здоровью помогает образ жизни» (0,36/0,03;  $t = 5,1$ ;  $p < 0,01$ ), больные туберкулезом – «...здоровью помогают лекарства» (0,34/0,08;  $t = 5,1$ ;  $p < 0,01$ ) и «...здоровью ничто не поможет» (0,12/0,01;  $t = 8,6$ ;  $p < 0,01$ ).

На предложение «здоровоохранение помогает здоровью...» больные туберкулезом достоверно чаще реагируют отрицанием «...здоровоохранение не помогает здоровью» (0,32/0,17;  $t = 3,2$ ;  $p < 0,01$ ). Предложение «я смогу восстановить свое здоровье...» здоровые достоверно чаще заканчивают ответом «...смогу» (0,54/0,17;  $T = 3,4$ ;  $p < 0,01$ ), больные туберкулезом – «...не смогу» (0,4/0,17;  $t = 3,7$ ;  $p < 0,01$ ) или «...нет времени» (0,16/0,09;  $t = 2,8$ ;  $p < 0,01$ ). Предложение «прилично ли хотеть быть здоровым...» в группе

здоровых испытуемых чаще поддерживали – «...прилично» (0,6/0,4;  $t = 3,1$ ;  $p < 0,01$ ), больные туберкулезом отвергали – «...не прилично» (0,17/0,03;  $t = 3,4$ ;  $p < 0,01$ ).

Таким образом, для здоровых испытуемых характерно недифференцированно позитивное отношение к здоровью. Для больных туберкулезом особенно значима работа как возможность, которую дает здоровье. Здоровью, по их мнению, помогают лекарства. При этом они пессимистически относятся к возможности сохранить здоровье и к роли здравоохранения в решении проблем здоровья. Интересно, что у больных туберкулезом формируется представление о социальном неодобрении желания быть здоровым.

Анализ корреляционных зависимостей дает возможность оценить степень влияния того или иного представления о здоровье на личность больного. Для больных туберкулезом характерно:

представление о том, что быть здоровым значит не болеть, фиксирует восприятие болезни как страдания, а не как социальной ограниченности. Поскольку это представление характерно для больных туберкулезом, его смысл – в переживании, которое вызвано утратой возможностей, связанных со здоровьем, и фиксированности на страхе соматического страдания;

представление о том, что здоровье – это возможность жить дальше, связано с восприятием себя как человека, для которого значима сфера общения и социального взаимодействия, хотя именно она становится проблемной в связи с болезнью. Можно считать оптимизирующим фактором то, что больной в большей степени видит опору в себе и своей семье;

представление, что быть здоровым – это работать, характерно для взрослых мужчин, которые хотят быть нужными и стараются преодолеть телесное страдание, т.е. данное представление можно рассматривать как способ преодоления болезни за счет самореализации;

представление о том, что быть здоровым – это быть нужным, активизирует психологические защиты и позволяет идентифицировать себя с активным человеком;

наличие веры в лекарства дает надежду на восстановление себя в статусе активного человека;

пессимизм в отношении сохранения здоровья связан с утратой веры в лекарства и попыткой найти поддержку в религиозном мировоззрении, а также подчеркивает значимость опоры на собственную личность;

недоверие к здравоохранению, на которое возлагались неоправдавшиеся надежды, снижает позитивное отношение к себе, восприятие себя как активного человека;

представление о невозможности восстановления собственного здоровья у больных туберкуле-



зом снижает как осознаваемые, так и неосознанные адаптационные механизмы, т.е. возможность сопротивления болезни;

представление о социальном неодобрении желания быть здоровым позволяет рассматривать здоровье как аналог возможности достигать цели, быть активным, иметь планы и пассивные формы копинг-стратегий, к которым, видимо, и относится представление о неудобстве желания быть здоровым, т.е. успешным.

Представления больного о здоровье можно рассматривать как адаптацию к ситуации, в которой здоровье рассматривается утраченным. Они предполагают как пессимизм в отношении сохранения собственного здоровья (который снижает и активность адаптационных механизмов, и позитивное отношение к себе), так и попытки опереться на лекарства, помощь здравоохранения. Такая опора не оправдывает надежд и еще в большей степени подрывает веру в себя.

Можно сказать, что представления о здоровом и больном человеке имеют адаптационный характер и зависят от особенностей ситуации, в которой находится человек. Для больного туберкулезом представления о здоровье выражают отношение к здоровью как к утраченной ценности. Она выражается в возможности активной реализации себя, в частности, в работе. Адаптационный характер представлений о здоровье связан с представлением о том, что желание быть здоровым является социально неодобряемым, поскольку неудобно быть здоровым в мире, где так много больных людей. Представления о больном носят характер адаптации к изменению своей социальной роли, которая подчеркивает неудовлетворенность собой, попытку нахождения оправданий своему положению среди других людей, страху перед негативными перспективами и попытками разрешить кризис идентичности.

#### Список литературы

1. Социология : энцикл. / сост. А. А. Грицанов, В. Л. Абушенко, Г. М. Евелькин [и др.]. Минск, 2003. 1312 с.
2. Дюркгейм Э. Представления индивидуальные и представлений коллективные // Социология. Ее предмет, метод, предназначение. М., 1995. С. 23–58.
3. Абульханова-Славская К. А. Социальное мышление личности: проблемы и стратегии исследования // Социальная психология в трудах отечественных психологов / сост. и общ. ред. А. Л. Свенцицкого. СПб., 2000. С. 289–314.
4. Выготский Л. С. Мышление и речь // Выготский Л. С. Собр. соч. : в 6 т. М., 1982. Т. 2. 504 с.
5. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. СПб., 1999. 720 с.
6. Леонтьев Д. А. Ценностные представления в индивидуальном и групповом сознании // Психологическое обозрение. 1998. № 1. С. 13–25.
7. Насиновская Е. Е. Методы исследования мотивации личности. Опыт исследования личностно-смыслового аспекта мотивации. М., 1988. 80 с.
8. Андреева Г. М. Психология социального познания. М., 2000. 288 с.
9. Шихурев П. Н. Современная социальная психология. М. ; Екатеринбург, 2000. 448 с.
10. Андреева Г. М. Образ мира в структуре социального познания // Мир психологии. 2005. № 4. С. 31–40.
11. Bandura A. Social foundations of thoughts and action : A social cognitive theory. N.Y., 1986. 332 p.
12. Schwarzer R., Gutierrez-Dona B. Health Psychology // International Handbook of Psychology / ed. K. Pawlik, M. Roscnzwcig. L., 2000. P. 452–465.
13. Salovey P., Rothman A., Rodin J. Health behavior // The Handbook of Social Psychology / ed. D. Gilbert et al. 1998. Vol. 2. P. 633–683.
14. Бовина И. Б. Психология здоровья : от когниций к поведению или от поведения к когнициям // Мир психологии. 2007. № 1. С. 234–240.
15. Herzlich C. Health and illness: a social psychological analysis. L., 1973. 357 p.
16. Васильева О. С., Филатов Ф. Р. Психология здоровья человека. Феномен здоровья в культуре, психологической науке и обыденном сознании. Ростов н/Д, 2005. 408 с.
17. Нелюбова А. С. Роль обыденных представлений в формировании внутренней картины болезни : дис. ... канд. психол. наук. М., 2009. 243 с.
18. Тхостов А. Ш., Арина Г. А. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психических и соматических заболеваниях : сб. науч. тр. / под общ. ред. М. М. Кабанова. Л., 1990. С. 32–38.
19. Тхостов А. Ш. Психология телесности. М., 2002. 287 с.
20. Урванцев Л. П., Яковлева Н. В. Формирование психологической компетентности врача в процессе обучения в медицинском вузе // Психол. журн. 1995. Т. 16, № 4. С. 98–108.
21. Урванцев Л. П., Кодочигова И. А. Психологические аспекты общения в диаде «врач–больной» // Ярославский психологический вестн. 2001. Вып. 5. С. 96–108.
22. Ташлыков В. А. Психология лечебного процесса. Л., 1984. 232 с.
23. Вассерман Л. И., Вукс А. Л., Иовлев Б. В., Карпова Э. Б. О психологической диагностике типов отношения к болезни // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психических и соматических заболеваниях : сб. науч. тр. / под общ. ред. М. М. Кабанова. Л., 1990. С. 8–16.



## Comparative Analysis of the Social Concepts Role in Adapting to the Situation of Severe Disabling Somatic Disease

M. M. Orlova

Saratov State University  
Ulitsa Astrakhanskaya, 83, 410012 Saratov, Russia  
E-mail: orlova-maria2010@mail.ru

Perceptions of health and illness are basic to human consciousness, as in health situation and in situation of the disease. Identifying specificity concepts of healthy and sick person in a situation of severe stigmatizing disease is to aid understanding and clarify the mechanism of selecting adaptation strategies. The study found that for patients with tuberculosis express ideas about health related to health as the lost value. Representation of the sick are in the nature of adaptation to change their social role, which emphasizes the dissatisfaction with themselves, trying to find excuses to their position among other people, the fear of negative perspectives and attempts to resolve the crisis of identity. The article analyzes adaptive strategies of patients with pulmonary tuberculosis in terms of the author's «disease situation» concept. The identified strategies are considered as an aspect of the subjective element of the «disease situation». The results can be used in rehabilitation practice.

**Key words:** social notions, self-attitude, identity crisis, psychological protection, coping-strategies.

### Reserences

1. *Sotsiologiya: Entsiklopediya* (Sociology: Encyclopedia). Minsk, 2003. 1312 p.
2. Durkheim E. Individual and Collective Representations. *Sociology and Philosophy*. N.Y., 1974, pp. 1–34 (Russ. ed.: Dyurkheim E. Predstavleniya individualnyye i predstavleniya kollektivnye. *Sotsiologiya: ee predmet, metod, prednaznachenije* (Sociology: its subject, method, predestination). Moscow, 1995. Pp. 23–58).
3. Abulkhanova-Slavskaya K. A. Sotsialnoye myshleniye lichnosti: problemy i strategii issledovaniya (Social Thinking of the Person: Problems and Investigation Strategies). *Sotsialnaya psikhologiya v trudakh otechestvennykh psikhologov* (Notion of the social psychology in the works of Russian psychologist). St. Petersburg, 2000. Pp. 289–314.
4. Vygotsky L. S. *Thought and Language*. Cambridge, MA, 1962, 287 p. (Russ. ed.: Vygotsky L. S. Myshleniye i rech. *Sobraniye sochineniy: V 6 t.* (Collection of Works: In 6 vol.) Moscow, 1982. Vol. 2. Pp. 5–361).
5. Rubinstein S. L. *Osnovy obshchey psikhologii* (The Basics of General Psychology). St. Petersburg, 1999. 720 p.
6. Leontyev D. A. Tsennostnye predstavleniya v individualnom i gruppovom soznanii (Value representations in the individual conscience and group conscience). *Psikhologicheskoye obozreniye* (Psychological Review), 1998, no.1, pp. 13–25.
7. Nasinovskaya E. E. *Metody issledovaniya motivatsii lichnosti. Opyt issledovaniya lichnostno-smyslovogo aspekta motivatsii* (Methods of studying the person's motivation. the experience of studying the personal meaningful aspect of motivation). Moscow, 1988. 80 p.
8. Andreeva G. M. *Psikhologiya sotsialnogo poznaniya* (Psychology of social cognition). Moscow, 2000. 288 p.
9. Shikhirev P. N. *Sovremennaya sotsialnaya psikhologiya* (Modern social psychology). Moscow; Yekaterinburg, 2000. 448 p.
10. Andreeva G. M. Obraz mira v strukture sotsialnogo poznaniya (The Image of the world in the social cognition structure). *Mir psikhologii* (The world of psychology), 2005, no. 4, pp. 31–40.
11. Bandura A. *Social foundations of thoughts and action: a social cognitive theory*. N.Y., 1986. 332 p.
12. Schwarzer R., Gutierrez-Dona B. Health psychology. *international handbook of psychology*. L., 2000. Pp. 452–465.
13. Salovey P., Rothman A., Rodin J. Health Behavior. *The handbook of social psychology*, 1998, vol. 2, pp. 633–683.
14. Bovina I. B. Psikhologiya zdorovya: ot kognitsiy k povedeniyu ili ot povedeniya k kognitsiyam (Psychology of health: from cognitions to behavior or from behavior to cognitions?). *Mir psikhologii* (The World of psychology), 2007, no. 1, pp. 234–240.
15. Herzlich C. *Health and illness: a social psychological analysis*. L., 1973. 357 p.
16. Vasilyeva O. S., Filatov F. R. *Psikhologiya zdorovya cheloveka. Fenomen zdorovya v kulture, psikhologicheskoy nauke i obydennom soznanii*. (Psychology of human health. The phenomenon of health in culture, psychology and ordinary conscience). Rostov-on-Don, 2005. 480 p.
17. Nelyubova A. S. *Rol obydennykh predstavleniy v formirovaniy vnutrenney kartiny bolezni: Dis. ... kand. psihol. nauk* (The role of popular ideas in the formation of inner disease pattern: Cand. psych. sci. diss.). Moscow, 2009. 243 p.
18. Tkhostov A. Sh., Arina G. A. Teoreticheskiye problemy issledovaniya vnutrenney kartiny bolezni (Theoretical problems of studying the inner disease pattern). *Psikhologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni pri nervno-psikhicheskikh i somaticheskikh zabolevaniyakh* (Psychological research of the attitude towards the illness among those who suffer from neuropsychic and somatic diseases). Leningrad, 1990. Pp. 32–38.
19. Tkhostov A. Sh. *Psikhologiya telesnosti* (The Psychology of corporality). Moscow, 2002. 287 p.
20. Urvantsev L. P., Yakovleva N. V. Formirovaniye psikhologicheskoy kompetentnosti vracha v protsesse obucheniya v meditsinskom vuze (Forming the Psychological Competence of a Doctor while communicating at the Medical School). *Psikhologicheskij zhurnal* (Psychological Journal), 1995, vol. 16, no. 4, pp. 98–108.
21. Urvantsev L. P., Kodochigova I. A. Psikhologicheskoye aspekty obshcheniya v diade «vrach-bolnoy» (Psychologi-



cal aspects of the doctor and patient communication). *Yaroslavskiy psikhologicheskiy vestnik* (Yaroslavl psychological bulletin), 2001, vol. 5, pp. 96–108.

22. Tashlykov V. A. *Psikhologiya lechebnogo protsesssa* (The therapeutic process psychology). Leningrad, 1984. 232 p.
23. Vasserman L. I., Vuks A. L., Iovlev B. V., Karpova E. B. О psikhologicheskoy diagnostike tipov odnosheniya k

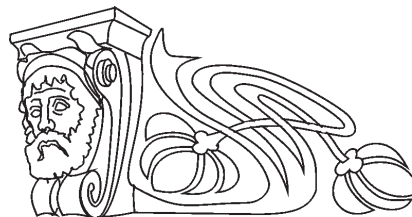
bolezni (On the psychological diagnostics of the types of attitude to health). *Psikhologicheskaya diagnostika odnosheniya k bolezni pri nervno-psikhicheskikh i somaticheskikh zabollevaniyakh* (Psychological research of the attitude towards the illness among those who suffer from neuropsychic and somatic diseases). Leningrad, 1990. Pp. 8–16.

УДК 159.9:78

## КОГНИТИВНЫЕ СТРАТЕГИИ: ФЕНОМЕНОЛОГИЯ

А. Ф. Пантелеев

Пантелеев Александр Федорович – кандидат психологических наук, доцент кафедры общей и социальной психологии, Саратовского государственного университета  
E-mail: afr45@mail.ru



Для характеристики психологических процессов, происходящих при понимании и запоминании текста, может быть применено понятие эмпирической логики в её понимании Н. А. Васильевым. Анализ процедур метапонимания, проведенный с использованием моделей учебных текстов, показал, что основным когнитивным стратегиям – расширению и углублению – свойственны определенные феноменологические проявления. Выявлено, что возможность реализации стратегии углубления зависит от функционального состояния субъекта, наличия или отсутствия патологий мышления, речи, возрастных и индивидуальных особенностей воздействия со стороны социума. При проведении хронометрического эксперимента установлено, что реализация стратегии углубления требует больших затрат времени.

**Ключевые слова:** когнитивная стратегия, понимание, учебный текст, запоминание и воспроизведение.

Проблема понимания – одна из ключевых в современной психологии. До настоящего времени остаются не вполне ясными основные психологические механизмы возникновения этого феномена, хотя накоплено довольно много эмпирического материала, связанного с исследованием понимания. М. К. Мамардашвили была обозначена одна из главных в психологическом отношении особенностей понимания, которая заключена в закрытом характере этого процесса. Как было замечено, понять за другого человека невозможно, более того, при возможной детерминации отдельных звеньев понимания все равно остается одно из последних, названное М. К. Мамардашвили зазором: «...заяр будет всегда. Мы его можем максимально сузить, но он останется. И он должен заполниться чем-то. Заполниться не цепью детерминаций, адресованных субъекту воспитанием или объектом воспитания: рожать-то ему» [1, с. 19]. Именно в этой области зазора, возможно, и заключен ответ на вопрос о психологии понимания. В одной из совместных с А. М. Пятигорским работ

М. К. Мамардашвили утверждал, что понимание (применительно к пониманию сознания) – это работа с сознанием, что предполагает выделение того, что, казалось бы, не имеет отношения к сознанию [2]. Последнее позволило А. М. Пятигорскому предположить, что существует метасознание, представляющее собой познавательную сферу, в которую включается нечто, что само по себе в сознание не входит.

Б. М. Величковский при анализе функциональной организации познания определил метапознание как «...механизмы, посредством которых мы отдаем себе отчет о содержании и особенностях любых познавательных функций, как наших собственных, так и других людей» [3, с. 196] и отметил возможную доступность этих компонентов на уровне рефлексии. Этим автором были постулированы несколько уровней когнитивной организации: метакогнитивных координаций F, концептуальных структур E, предметных восприятий и действий D и другие. Адекватные им формы кодирования, соответственно: оценка личностной значимости; категоризация, речевое кодирование зрительного материала; зрительное кодирование формы, фонологическое – речи и другие. Выделены средства метакогнитивных координаций, в частности, общие метапроцедуры понимания, в число которых были включены контроль, аналогия, рекурсия, совмещение, сравнение, варьирование. Посредством метапроцедур осуществляются преобразование знаний и стратегический контроль активности. В результате проведенных Б. М. Величковским экспериментов было показано, что более высокий уровень когнитивной организации (уровень F) наиболее результативен при запоминании списков слов. Необходимо заметить, что включенные