

УДК 81*23

DOI: 10.26456/vtfilol/2021.4.046

ЭМОЦИОНАЛЬНО-ОЦЕНОЧНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ МЕДИЦИНСКОГО ТЕРМИНА В СОЗНАНИИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Н.О. Золотова, Л.К. Гордеева

Тверской государственной университет, Тверь

В статье обсуждаются верифицированные на основе метода субъективного шкалирования результаты свободного ассоциативного эксперимента, проведенного с участием студентов медицинского вуза, которым в качестве стимулов были предложены медицинские термины, называющие болезни. Особое внимание уделяется динамике эмоционально-оценочной составляющей значения медицинского термина, которая обусловлена разным уровнем профессиональных компетенций воспринимающих термин испытуемых.

Ключевые слова: *медицинский термин, психолингвистический эксперимент, эмоционально оценочная составляющая психологической структуры значения слова.*

В процессе формирования коммуникативных и профессиональных компетенций будущего медика меняется его субъективный опыт, что находит отражение в ментальном лексиконе и может изучаться через анализ динамики ассоциативного окружения его единиц, в частности терминов – наименований болезней. С этой целью авторами был проведен двухэтапный психолингвистический эксперимент с испытуемыми – студентами Тверского медицинского университета, обучающимися по специальностям «Лечебное дело», «Стоматология», «Педиатрия». В качестве испытуемых (далее – Ии.) в эксперименте приняли участие 404 студента. По итогам первого этапа эксперимента (далее – Э1) было получено 3647 реакции. Организация, методика и процедура Э1, так же, как и обоснование отбора стимульного материала и характеристика испытуемых обсуждается в: [3]. Там же представлен общий количественный и качественный анализ полученных в эксперименте результатов с акцентом на рассмотрение ответов Ии. профессионально-ориентированного характера.

При обсуждении результатов Э1 в названной публикации отмечается, что эмоционально-оценочные реакции были выделены в отдельную группу для дальнейшего анализа. В целом, реакции этого типа представлены неоднородным массивом ответов: с одной стороны, прослеживаются следы профессиональной оценки Ии., например, в ответах о сложности лечения/диагностирования определенного заболевания: САРКОМА – *сложное лечение*; АРАХНОИДИТ – *тяжело диагностировать*; ТАЛАССЕМИЯ – *неблагоприятный прогноз*. С другой стороны – имеет место вербализация переживаний «обычного» человека, непрофессионала по поводу кризисных ситуаций, связанных с болезнью, с ее возможными трагическими последствиями, например: ГЛАУКОМА – *больно, страх, темно, боль*.

Независимо от принадлежности к той или иной профессии люди осознают факт непрочности человеческого существования, возможной необратимости болезни. Присуще это и врачам. Вместе с тем, врач как профессионал иначе

относится к подобным вещам, и с ростом профессионализма меняется эмоциональное отношение врача к данной тематике.

В настоящей публикации обсуждаются эмоционально-оценочные реакции (далее – ЭОР), которые были зафиксированы в ответах Ии., находящихся на разных ступенях образовательного процесса в результате проведения Э1, а также эмоционально-оценочное отношение Ии. к исследуемым стимулам – терминам-наименованиям болезней, выражаемое условными числовыми показателями в диапазонах разных шкал в ходе Э2.

Исходя из психолингвистических представлений о присутствии эмоций в психологической структуре значений *всех* слов, можно прогнозировать экспликацию эмоционально-оценочной составляющей в значении медицинского термина в условиях эксперимента.

Ранее в экспериментальном исследовании Е.Ю. Мягковой [8] убедительно показана неразрывная связь эмоциональности и оценочности. Это позволяет автору говорить о положительной, нейтральной и отрицательной эмоционально нагрузке слова, которая трактуется как «любое проявление отношения индивида к тому, что называет воспринимаемое или используемое им слово» [9: 67]. Результаты, полученные Е.Ю. Мягковой, коррелируют с данными Н.О. Золотовой относительно слов, относящихся к ядру ментального лексикона. В значениях исследуемых слов была установлена степень выраженности «pleasantness/приятные эмоции» по семибалльной шкале с опорой на семантические нормы Тольи и Бэттига [12] в диапазоне от >6 до <3, что соответствует оценкам Ии. «очень приятно» и «скорее неприятно» [7: 94–100]. Оба процитированных исследования хорошо демонстрируют тот факт, что для носителя языка каждое используемое или воспринимаемое слово мгновенно включается в контекст всего предшествующего опыта индивида и, следовательно, несет в себе как сиюминутное отношение, так и следы прошлых впечатлений, оценок, переживаний и т.п. [6: 11].

Таким образом, реакции Ии., квалифицированные нами как ЭОР, представляют собой вербальную манифестацию палитры разнообразных переживаний, связанных с предъявляемым стимулом – названием болезни. Интерпретация обнаруженных языковых фактов позволяет приблизиться к пониманию психолингвистической природы термина как единицы ментального лексикона носителя языка и культуры и его места в процессе становления его профессионального сознания.

Разделяя психолингвистический подход к пониманию того, что стоит за словом в сознании индивида, мы вслед за А.А. Залевской полагаем, что в условиях ассоциативного эксперимента создается «уникальная возможность исследования реальной жизни значения слова в том или ином временном срезе, когда ближайшим для актуализации оказывается внутренний контекст, обусловленный готовностью индивида к актуализации наиболее значимой в текущее время ситуации, а через это – для выявления динамики значения слова» [4: 228]. Количественный и качественный анализ полученных ЭОР от Ии. – студентов, обучающихся на разных ступенях обучения, позволяет обнаружить динамику эмоционально-оценочного значения нозологических единиц как маркеров развития эмоционального интеллекта обучаемых с разной степенью сформированности профессиональных компетенций. В этом отношении следует

принять во внимание замечание С.Л. Рубинштейна о том, что эмоции не развиваются сами по себе, а преобразуются вместе с изменяющейся установкой личности, ее отношения к миру и т.п. [10: 551].

Эмоционально-оценочные реакции в Э1 не были представлены большим разнообразием ответов и количеством: процент ЭОР от общего числа реакций на всех курсах не превышает 10%. Количественный анализ всего объема полученных ЭОР выявил снижение их количества по мере возрастания этапа профессионального обучения (см. табл. 1).

Таблица 1.
Распределение ЭОР по этапам обучения

Курс обучения	Общее число реакций	Количество ЭОР	Процент ЭОР от общего числа реакций
I	742	21	6%
II	693	20	5%
III	537	17	3,2%
IV	457	16	4%
VI	370	15	3%
Врачи	494	14	3%

Наглядное распределение полученных ЭОР на предъявленные стимулы представлены в виде диаграммы (см. рис.1).

Распределение ЭОР по каждому стимулу

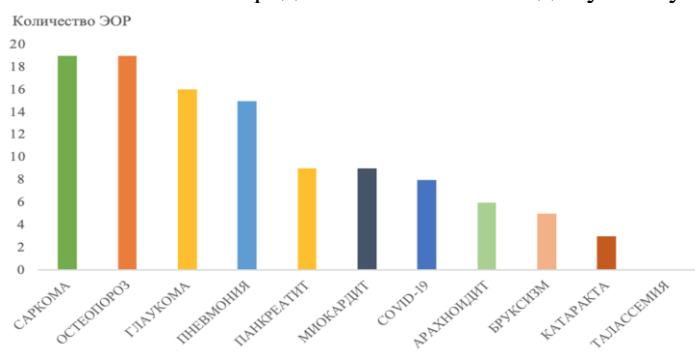


Рисунок 1.

Установленная тенденция снижения ЭОР у Ии. старших этапов обучения коррелирует с увеличением профессионально-ориентированных реакций на те же стимулы, что может рассматриваться с точки зрения возрастающего доминирования когнитивных навыков по мере продвижения к завершающему этапу обучения. Снижение уровня эмпатии студентов за время обучения в медицинском вузе отмечается в отечественных и зарубежных психологических исследованиях. В частности, в работе [1] на основании исследования, проведенного с помощью методик В.В. Бойко и Н. Холла, делается вывод о заниженном и очень низком уровне эмпатических способностей и значений эмоционального интеллекта у студентов-медиков третьего курса Сеченовского университета [1: 405]. Это не может не вызывать

тревоги авторов исследования, которые обращают внимание на тот факт, что качество медицинской помощи, а также навыки общения с пациентами и его родственниками зависят от уровня эмпатии и эмоционального интеллекта врача. Отмечается, что названные навыки входят в структуру обязательных компетенций врача по ФГОС третьего поколения ВО по направлению «Лечебное дело» [1: 406]. Следует отметить, что в нашем исследовании сохраняющаяся доля ЭОР, представленная в общем объеме полученных реакций на *всех этапах обучения*, обнадеживает в отношении потенциального развития клинических и коммуникативных навыков будущих врачей.

Причину снижения эмпатии в условиях обучения в медицинском вузе психологи со ссылкой на зарубежные исследования видят в характерном для большинства медицинских вузов выделении доклинического (фундаментального) и клинического блоков обучения, когда студент старших курсов резко «погружается» в проблемы больного, получает опыт общения с тяжелыми пациентами и ощущает бремя ответственности за состояние их здоровья на фоне неуверенности в собственных знаниях, гипоскилии, стрессе от экзаменов, дефиците времени подготовки к ним, боязни конкуренции после получения диплома и др. [там же: 407–408].

Интересно отметить, что «специфика третьего курса» проявилась и в нашем исследовании довольно резким уменьшением ЭОР, по сравнению с предыдущими курсами. В терминах профессиональной семантики И.Б. Ханиной [11] особая ситуация, связанная с третьей ступенью обучения в медицинском вузе, может быть обозначена «синдромом третьего курса». Суть синдрома сводится, в том числе, и к восприятию пациентов студентами-третьекурсниками с позиции только болезни, при этом сам пациент как личность оказывается вынесенным за скобки [11: 355]. Концентрируясь на выявлении этиологии и патологии заболевания, студенты уже видят не пациента-человека, а гипертоника, язвенника и др., поэтому студенты не относятся к пациенту как к личности, а узнают его по различным рентгенограммам, анализам и пр. Об это свидетельствуют реакции, мотивированные «диагностическим мышлением», которые сводятся к называнию симптомов болезни, этиологии, патогенеза, провоцирующим факторам заболевания, например: АРАХНОИДИТ – *воспаление паутинной оболочки, воспаление мозговых оболочек, воспаление паутинной оболочки спинного мозга*; МИОКАРДИТ – *воспаление миокарда, воспаление мышечной оболочки сердца* и т.п. Низкий процент ЭОР на рассматриваемом этапе обучения, возможно, обусловлен названным синдромом, маркирующим вхождение в мир профессии, когда наиболее актуальным становится вопрос «Что это?», ответ на который в состоянии дать студент-третьекурсник. Однако, ответ на вопрос «Какое оно»? пока не является типичным для этой категории обучаемых, так как требует «перехода декларативных значений в реально действующие» [там же: 360].

По результатам Э1 наиболее эмоциогенными терминами оказались ГЛАУКОМА, САРКОМА и ОСТЕОПОРОЗ, наименее – ТАЛАССЕМИЯ. Можно предположить, что на эмоциогенность термина влияют следующие факторы: 1) известность заболевания, его «знакомость» для Ии.; 2) степень тяжести заболевания и прогноз для пациента; 3) характер и сложность лечения в условиях современного состояния медицины.

Наиболее типичными ЭОР на предъявленные стимулы оказались: боль и смерть. Например, ГЛАУКОМА – *больно, страх, боль*; САРКОМА – *страх, смерть, плохо, плохое, ужас, зло, боль*; ОСТЕОПОРОЗ – *боль, деструктивный, плохо, очень печально*; ПНЕВМОНИЯ – *боль, смерть, опасно* и т.п. Полученные ЭОР отражают «обыденный» взгляд на серьезные проблемы со здоровьем и неутешительные прогнозы заболеваний, обозначенные данными терминами. Этот взгляд сводится, прежде всего, к переживанию физиологической боли и страха смерти. Отметим, что реакция *зло*, которая появилась у Ии старших курсов (IV и VI) наряду с реакциями *страх, смерть*, можно трактовать двояко: как обозначение злокачественной опухоли на медицинском жаргоне (профессионально-ориентированная реакция), и как негативную ЭОР, связанную с патологией, представляющую угрозу для жизни. В этом случае можно говорить об интеграции опор профессионального и непрофессионального характера при реагировании на данный стимул.

Стремление «измерить» и верифицировать степень наличия эмоционально-оценочной составляющей в значениях нозологических единиц, отобранных для исследования, побудило обратиться к методу субъективного шкалирования. При использовании этого метода применяется шкала количественных оценок, а «Ии. просят указать числа, соответствующие каждому из предъявляемых им стимулов, так, чтобы каждое число было пропорционально субъективно воспринимаемой мере рассматриваемого свойства» [5: 105]. Испытуемые получили инструкцию оценить список предъявленных терминов по трем семибалльным шкалам по параметрам: хорошо-плохо, нестрашно-страшно, приятно-неприятно. Перечисленные параметры были заданы в качестве шкал для экспериментального исследования. Шкалы имели следующий вид:

ХОРОШО +3 +2 +1 0 -1 -2 -3 ПЛОХО
 НЕСТРАШНО +3 +2 +1 0 -1 -2 -3 СТРАШНО
 ПРИЯТНО +3 +2 +1 0 -1 -2 -3 НЕПРИЯТНО

Показатель 0 на шкале свидетельствует о нейтральном отношении. Шкала положительного отношения включает показатели от +1 до +3 («хорошо», «достаточно хорошо», «очень хорошо»), шкала отрицательного отношения характеризуется диапазоном от -1 до -3 соответственно («плохо», «достаточно плохо», «очень плохо»). Семибалльная шкала была выбрана нами поскольку «при измерении не только силы, но и характера вызываемых словом эмоционально-оценочных переживаний более подходящей оказывается семибалльная шкала с делениями от “-3” до “+3”» [там же: 106].

В таблицах 2 и 3 приводятся сводные данные о совпадающих оценках по трем шкалам, предложенным Ии. для стимулов САРКОМА и ТАЛАССЕМИЯ – терминам, оказавшихся наиболее и наименее эмоциогенными по результатам Э1. Полужирным шрифтом выделены самые большие показатели по заданной шкале.

Таблица 2.
 Количество оценок по трем шкалам для термина ТАЛАССЕМИЯ

Термин	Значение шкалы	Название шкалы		
		Хорошо-плохо	Нестрашно-страшно	Приятно-неприятно
	+3	11	6	2
	+2	13	42	4
	+1	16	28	11

ТАЛАССЕМИЯ	0	44	35	47
	-1	23	23	25
	-2	34	25	37
	-3	38	12	45

Таблица 3.
Количество оценок по трем шкалам для термина САРКОМА

Термин	Значение шкалы	Название шкалы		
		Хорошо-плохо	Нестрашно-страшно	Приятно-неприятно
САРКОМА	+3	5	2	2
	+2	11	7	1
	+1	9	4	5
	0	26	14	20
	-1	26	21	20
	-2	26	37	22
	-3	68	86	101

Результаты анализа материалов Э2 в принципе подтверждают справедливость утверждения о наиболее и наименее эмоциогенном термине в рамках исследования. Как и в Э1, термин ТАЛАССЕМИЯ в Э2 вызывает больше нейтральных оценок, чем эмоционально окрашенных. Оценки Ии. на предъявленную в Э2 нозологическую единицу САРКОМА оказались согласованными и наиболее выраженными в пространстве отрицательных полюсов предложенных шкал: «плохо», «страшно», «неприятно».

Почти все оценки Ии. находились в диапазоне отрицательных значений: от нейтрального до очень плохого/страшного/неприятного. Лишь трижды оценочное суждение сместилось в положительную сторону: в ответах студентов I курса термин МИОКАРДИТ получил оценку «не страшно», ту же оценку получил термин БРУКСИЗМ в ответах Ии. VI курса, в ответах студентов II курса термин АРАХНОИДИТ получил оценку «хорошо».

На Рисунке 2 изображен график, отражающий интенсивность отношения к явлению, которое стоит за термином, то есть к заболеванию, которое им обозначается по параметру «хорошо-плохо».

Динамика оценок Ии. по всем курсам по шкале «хорошо-плохо» на термин ПНЕВМОНИЯ



Рисунок 2.

Как видно из рисунка, степень эмоционально-оценочного отношения по шкале «хорошо-плохо» ослабляется по мере продвижения к старшему этапу обучения: если на I, II и III курсах максимальное количество оценок Ии. на термин ПНЕВМОНИЯ соответствует обозначению категории «очень плохо» (28,6% на I и II курсах, 24% на III курсе), в ответах IV курса максимальная оценка этого же термина соответствует категории «достаточно плохо» (38,5%), в ответах VI курса и практикующих врачей-аспирантов этот же термин вызвал оценку «плохо» (42,9%).

Теперь рассмотрим динамику эмоционально-оценочного отношения по параметру «страшно-нестрашно» на примере термина ГЛАУКОМА, представленную на рисунке 3.

Динамика оценок Ии. по всем курсам по шкале «нестрашно-страшно» на термин ГЛАУКОМА

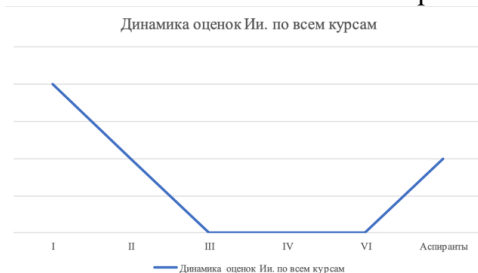


Рисунок 3.

Как видно из графика, степень эмоционально-оценочного отношения ослабляется по продвижению к более старшим этапам обучения. Термин ГЛАУКОМА получил следующие оценки у Ии.: «достаточно страшно» – 27,6% на I курсе, «страшно» – 32,1% на II курсе, «нейтрально» – 33,3% на III курсе, 30,8% на IV курсе и 33,3% на VI курсе. В ответах аспирантов усиливается категоричность оценки по рассматриваемой шкале: 42,9% Ии. приписывают предъявленному термину оценку «страшно».

Рассмотрим динамику эмоционально-оценочного отношения по параметру «приятно-неприятно» на примере термина БРУКСИЗМ, представленную на рисунке 4.

Динамика оценок Ии. по всем курсам по шкале «приятно-неприятно» на термин БРУКСИЗМ



Рисунок 4.

На Рисунке 4 проиллюстрирована индифферентность студентов всех ступеней обучения в оценивании предъявленного термина-стимула. Степень эмоционально-оценочного отношения к нозологической единице испытуемых всех курсов равна нулю.

Отметим, что не все предъявленные термины вызвали снижение уровня эмоционально-оценочного отношения у Ии.: при оценивании термина САРКОМА наблюдалась противоположная ситуация по всем шкалам (см. рис. 5).

Динамика оценок термина САРКОМА Ии. всех курсов по трем шкалам

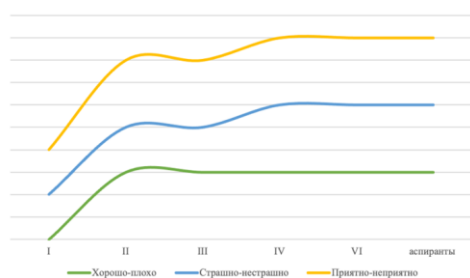


Рисунок 5.

Как видно из рисунка степень эмоционально-оценочного отношения Ии. усиливалась по продвижению к старшим курсам. По шкале «хорошо-плохо» диапазон оценок студентов распределился от оценки «плохо» в ответах Ии. I курса (24,1%) до «очень плохо» в ответах Ии. II (28,6%), III (29,6%), IV (61,5%), VI (45,5) курсов и аспирантов (57,1%).

По шкале «страшно-нестрашно» также отмечается усиление в интенсивности эмоционально-оценочного отношения Ии.: от оценки «достаточно страшно» на I курсе (41,4%) до «очень страшно» на II (35,7%), IV (69,8%), VI (69,7%) курсах и в ответах аспирантов (100%). На III курсе степень выраженности оценивания термина была чуть ниже: 29,6% Ии. приписали предъявленной нозологической единице оценку «достаточно страшно».

По шкале «приятно-неприятно» студенты I курса оценили термин словосочетанием «достаточно неприятно» (34,5%), а Ии. всех остальных ступеней обучения приписали максимально отрицательную оценку – «очень неприятно»: на II (50%), на III (33,3%), на IV (76,9%), на VI (60,6%) курсах и все аспиранты единогласно оценили термин максимально отрицательно (100%).

Анализ результатов Э2 показал, что отношение испытуемых к предъявленным нозологическим единицам не всегда было однозначным. Несмотря на общую тенденцию к ослаблению интенсивности степени эмоционально-оценочного отношения студентов, в некоторых случаях было выявлено усиление степени выраженности оценочного отношения. Это объясняется тем, что «эмоции обычно отличаются полярностью, т.е. обладают положительным или отрицательным знаком. Оба полюса не являются обязательно внеположными. В сложных человеческих чувствах они часто образуют противоречивое единство» [10: 551].

Степень выраженности эмоционально-оценочного отношения по разным шкалам, зафиксированная в Э2, увязывается с уровнем профессиональной подготовки Ии.: по мере продвижения к старшим ступеням обучения интенсивность эмоционально-оценочного отношения Ии. к предъявленным терминам ослабляется.

Если на I, II курсах максимальные значения в отрицательном диапазоне присутствовали на 5 и 6 терминах из 11, то на высшей ступени обучения (VI курс и аспиранты) лишь термины САРКОМА и ТАЛАССЕМИЯ мотивировали Ии. приписать максимально-отрицательную оценку нозологической единице.

Нейтральные оценки преобладают на VI курсе у всех терминов кроме нозологической единицы САРКОМА. У терминов ПАНКРЕАТИТ, ГЛАУКОМА, МИОКАРДИТ, ОСТЕОПОРОЗ, БРУКСИЗМ и COVID-19 наблюдаются нейтральные оценки по всем трем градуальным шкалам. На III курсе индифферентность студентов к предъявленным нозологическим единицам выразилась в приписывании оценки «нейтрально» 8 терминам из 11, при этом нейтральное отношение по 3 шкалам было выражено лишь к термину ГЛАУКОМА.

Положительный диапазон был выражен единичными оценками Ии.: в ответах студентов I курса термин МИОКАРДИТ получил оценку «не страшно», ту же оценку получил термин БРУКСИЗМ в ответах Ии. VI курса, в ответах студентов II курса термин АРАХНОИДИТ получил оценку «хорошо».

Качественное изменение эмоционально-оценочного отношения выражается в снижении степени категоричности оценки, приписанной термину: на младшем этапе обучения Ии. использовали весь диапазон оценок от максимально отрицательных до нейтральных, в то время как студенты старшей ступени обучения в большинстве случаев использовали оценки в диапазоне от «достаточно плохо/страшно/неприятно» до «плохо/страшно/неприятно».

Таким образом, по результатам двух психолингвистических экспериментов можно сделать выводы об особенностях динамики эмоционально-оценочного отношения Ии. – будущих медиков, представленного в структуре психологического значения медицинского термина. Анализ ассоциативного окружения рассматриваемых нозологических единиц (Э1) позволяет выделить ЭОР, количественное и качественное изменение которых по мере продвижения от младших курсов медицинского вуза к старшим отражает изменения в ментальном лексиконе студента-медика, что связывается нами со становлением его профессионального сознания как будущего профессионала. Общая картина всего массива реакций Ии. средней и высшей ступеней обучения (IV, VI и аспиранты) больше похожа на карту пациента: в реакциях участников эксперимента преобладают симптоматика, локализация заболеваний, течение болезни, медицинский прогноз и т.п. Интерпретация показателей эмоционально значимого отношения, которое продемонстрировали Ии. при работе со оценочными шкалами в Э2 в целом подтверждает тенденцию, установленную в Э1 через зафиксированное снижение степени выраженности того или иного эмоционально значимого отношения Ии. старших этапов обучения к исследуемым терминам.

Список литературы

1. Ветлужская М.В., Абрамова А.А., Сердакова К.Г., Быкова Е.Е., Хамматова Р.С., Шурупова Р.В. Особенности эмоционального интеллекта и эмпатических способностей у студентов медицинского вуза // Интеграция образования. 2019. Т. 23. № 3. С. 404–422.
2. Всемирная организация здравоохранения. URL: <https://www.who.int/cancer/about/facts/ru/> (дата обращения: 15.10.2020).

3. Гордеева Л.К. Ассоциативное поведение студентов-медиков в экспериментальном исследовании медицинских терминов // Вестник Тверского государственного университета. Серия: Филология. 2020. №4 (67). С.226–236.
4. Залевская А.А. Что там – за словом? Вопросы интерфейсной теории значения слова: монография. Москва-Берлин: Директ-Медиа, 2014. 328 с.
5. Залевская А.А. Значение слова через призму эксперимента: монография. Тверь: Твер.гос. ун-т, 2011. 240 с.
6. Залевская А.А. Психолингвистические проблемы семантики слова: учебное пособие. Калининский государственный университет, 1982. 79 с.
7. Золотова Н.О. Ядро ментального лексикона человека как естественный метаязык: монография. Тверь: Лилия Принт, 2005. 204 с.
8. Мягкова. Е.Ю. Эмоциональная нагрузка слова. Опыт психолингвистического исследования: монография. Воронеж: Изд-во Воронежского ун-та, 1990. 106 с.
9. Мягкова Е.Ю. Эмоциональность слова в ментальном лексиконе // Психолингвистические проблемы функционирования слова в лексиконе человека: коллективная монография / Под. общ. ред. А.А. Залевской. Тверь: Твер. гос. ун-т, 1999. С. 56 – 74.
10. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. СПб: Питер, 2019. 713 с.
11. Ханина. И.Б. Динамика профессиональной семантики как показатель формирования профессионального мира // Психология субъективной семантики: истоки и развитие / под. ред. И.Б. Ханиной, Д.А. Леонтьева. Москва: Смысл, 2011. С. 354–378.
12. Toglia M.P., Battig W.F. Handbook of Semantic Word Norms. Hillsdale; New Jersey: Erlbaum Association, 1978. 159 p.

EMOTIONALLY-EVALUATIVE POTENTIAL OF MEDICAL TERMS IN CONSCIOUSNESS OF MEDICAL STUDENTS

N.O. Zolotova, L.K. Gordeeva

Tver state university, Tver

The article discusses the results of two psycholinguistic experiments: free associative experiment and subjective scaling with the participation of medical university students who worked with medical terms naming diseases as stimuli. Special attention is paid to the dynamics of the emotional-evaluative component, represented in the psychological structure of the meaning of the medical term, associated with different levels of professional competencies of the subjects perceiving the term.

Keywords: *medical term, psycholinguistic experiment, emotionally evaluative component of the psychological structure of a meaning of a word.*

Об авторах:

ЗОЛОТОВА Наталия Октябровна – доктор филологических наук, заведующая кафедрой теории языка, перевода и французской филологии Тверского государственного университета, e-mail: Zolotova.NO@tversu.ru

ГОРДЕЕВА Людмила Константиновна – старший преподаватель кафедры иностранных языков гуманитарных факультетов Тверского государственного университета, e-mail: gordeevalucy@gmail.com