

Бондаренко Наталья Владимировна

старший преподаватель,

Приднестровский государственный университет им. Т. Г. Шевченко,
кафедра психологии

МЕСТО ТЕЛЕСНОГО ОПЫТА В ПЕРЕЖИВАНИЯХ БОЛЕЗНИ У ПОДРОСТКОВ

В статье раскрывается понятие «телесный опыт» и представлены результаты исследования переживаний болезни у подростков. Отмечено, что опыт переживания болезни является частью жизненного опыта человека, преобладание в структуре переживания болезни телесного компонента влияет на когнитивную оценку болезни и самооценку субъекта в ситуации болезни.

Ключевые слова: опыт болезни, переживание болезни, телесный опыт.

Каждый человек имеет переживания, связанные с состоянием болезни, посещениями врача, процедурами обследования и лечения, физическими страданиями, и все это образует опыт болезни. Собственный опыт тех или иных болезней позволяет каждому выступать «экспертом» в такого рода вопросах. Опыт субъекта, связанный с болезнями, является частью жизненного опыта, который значительно отличается от научного опыта и эксперимента. Опираясь на характеристики, предложенные Подшивалкиной В. И. [2], можно считать, что это приватный, принципиально непубличный опыт, касающийся скрытых сторон жизни человека, пережившего болезнь.

Изучение такого опыта человека, с одной стороны, позволяет глубже понять субъективную реальность болеющего и потенциальные возможности как необходимые для совладания с болезнью, так и не связанные с ней, а с другой — требует особых методов исследования, в частности применения качественной методологии.

Большинство психологов, исследуя психологические факты, имеющие какое-либо отношение к связи «индивид — его тело», предпочитают пользоваться максимально широкой категорией «телесный опыт», не стремясь дать строгое исчерпывающее определение образа тела. При необходимости эта категория конкретизируется и приобретает более определенное значение. Так, при исследовании объективных параметров тела, воспринимаемых субъектом, подразумевается «восприятие тела», когда речь идет о связи с более широкими психологическими системами — «концепция тела». При анализе особенностей распределения внимания к различным участкам тела используется термин «осознание тела», а когда исследуются особенности телесной самоидентичности — «телесное Я» [1, 3].

В зарубежной психологии в изучении телесного опыта условно выделяют три направления, имея в виду характер его представленности в самосознании (Е. Т. Соколова). Каждое из них опирается на одну из характеристик человеческого тела: тело как своеобразное хранилище Я, обладающее

определенными субъективными границами; внешность как характеристика тела и тело как носитель определенных символических значений.

Первое направление исследований образа тела и его связи с Я-концепцией исходит из представления о теле как хранилище Я, имеющем определенные субъективные границы. Отправными точками в такого рода исследованиях явились тезис психоанализа о способности к различению внутреннего мира субъективных желаний и внешнего мира объектов как важнейшем показателе нормального развития ребенка, с одной стороны, и представление о теле как границе Я — с другой. Ключевым понятием в этих исследованиях является «граница образа тела» (bodyimageboundary), введенное С. Фишером и С. Кливлендом (1958). Авторы полагали, что люди различаются по тому, насколько «твердыми», «определенными», «предохраняющими от внешних воздействий», «отгораживающими от внешнего мира» они воспринимают границы собственного тела. Как правило, это восприятие неосознанно и проявляется в чувстве определенной отграниченности от окружающей среды. В патологии, например, при шизофрении или повреждениях мозга, могут наблюдаться размытие ощущаемых границ тела или их исчезновение, а также смешение событий, происходящих внутри и вне физических границ тела.

В исследованиях С. Фишера и С. Кливленда показано существование устойчивой связи между степенью определенности границ образа тела и особенностями локализации психосоматических симптомов, некоторыми психофизиологическими и личностными характеристиками человека. У лиц с высоким уровнем определенности границ в сознании яснее представлены внешние покровы тела. Психофизиологическими коррелятами эмоциональных состояний у них чаще являются различные изменения состояния кожи и мускулатуры (покраснение или побледнение, «мурашки», ступоры и т. п.). В случае психосоматизации симптомы чаще всего локализируются в области внешних покровов (экземы, дермиты и т. п.). Исследования выявили у подобных субъектов более стабильную адаптацию, сильную автономию, выраженное стремление к эмоциональным контактам. У лиц с низкой степенью определенности границ образа тела в сознании более отчетливо представлены внутренние органы. На эмоциогенные стимулы они реагируют изменением состояния желудочно-кишечной и сердечно-сосудистой систем. С этими органами тела связаны и психосоматические симптомы. Личностные особенности проявляются в слабой автономии, высоком уровне личностной защиты, неуверенности в социальных контактах [3; 12–13].

Второе направление исследований связано с такой характеристикой тела, как внешность. В этих исследованиях тело рассматривается, с одной стороны, как носитель личных и социальных значений и ценностей, при этом акцент делается на эмоциональном отношении к собственной внешности и ключевыми выступают такие понятия, как «значимость» и «ценность» тела, «удовлетворенность» им. С другой стороны — тело представляется как объект, обладающий определенной формой и размерами, в такого рода исследованиях изучается преимущественно когнитивный компонент

с опорой на такие понятия, как «точность», «недооценка», «переоценка», «искажение» в восприятии тела.

Так, в исследованиях, направленных на определение ценности, приписываемой людьми различным частям своего тела, наиболее «ценными» оказались нога, глаз и рука. При этом психически больные субъекты «дешевле» оценивали тело, чем нормальные испытуемые, а женщины — «дешевле», чем мужчины (Плутчек с соавт., 1973). В другом исследовании мужчины оценивали половой член, яички и язык как наиболее важные, при этом оценка не зависела от социоэкономического статуса и возраста, лишь у старых людей несколько снижалась оценка половых органов. У женщин оценки оказались менее определенными, лишь у тех, кому было за 70, язык стабильно оказывался на первом месте (С. Уэйнштейн с соавт., 1964). Физическая болезнь или увечье значительно меняют субъективную ценность различных частей тела (З. Липовски, 1975). Направленность изменения ценности зависит от степени повреждения части и от ее прежней субъективной значимости. Ценность отдельных телесных качеств может изменяться под влиянием общественных процессов (война, развитие киноиндустрии) (Фишер, Кливленд, 1958).

В других работах исследовались связи между эмоционально-ценностным отношением к своей внешности и различными переменными Я-концепции. Результаты таких исследований показали, что существует высокая положительная корреляция между удовлетворенностью телом и удовлетворенностью собой, высокая зависимость между уровнем личностной депрессии и степенью неудовлетворенности телом (А. Марселла, 1981); высокая корреляция обнаружена между удовлетворенностью телом и ощущением личностной защищенности (Уэйнберг, 1969), а также между успешностью самореализации и оценкой собственного тела (Л. Сион, 1968).

Отдельная часть работ в рамках этого направления изучает точность восприятия своего тела. Результаты отражают зависимость точности самовосприятия от состояния сознания испытуемого, от возраста, от культурных стереотипов, от уровня умственного развития и уровня самооценки. В ряде работ показано, что при различных видах психической патологии, особенно при нервной анорексии и шизофрении, наблюдаются выраженные нарушения восприятия собственного тела (Д. Гарднер, 1981; Кливленд, 1962), подобные нарушения отмечаются и у лиц, страдающих ожирением (Д. Гарднер, 1976).

Эти исследования указывают на обилие экспериментальных данных, доказывающих существование тесной связи между особенностями образа тела и Я-концепцией, однако, как справедливо указывает Е. Т. Соколова, большинство исследователей не дает содержательно-психологического объяснения этой связи, указывая лишь на их взаимовлияние.

Третье направление исследований физического образа Я рассматривает тело, как уже указывалось, в качестве носителя определенного символического значения. Эти исследования в большинстве своем построены на психоаналитической методологической основе. Еще первые исследователи-аналитики считали, что при конверсионной истерии необычные сенсорные

и моторные нарушения в определенных частях тела необходимо рассматривать как символическое выражение желания (например, руки или ноги символически приравниваются к пенису, а их паралич говорит о торможении сексуальных импульсов) (О. Фенишел, 1945).

Т. Шаш (1975) рассматривал истерический симптом как способ коммуникации между больным и другим человеком. Он считал, что больные истерией бессознательно используют свое тело как средство коммуникации, как протоязык для передачи сообщения, которое невозможно выразить обычным способом. Таким образом, соматические жалобы, боль и другие ощущения приобретают коммуникативную функцию.

Определенный интерес представляют данные, полученные в ходе экспериментальных исследований С. Фишером, направленных на выявление особенно значимых и осознаваемых участков тела. Результаты показали, что субъекты с выраженным «интересом» к определенной зоне тела обладают сходными особенностями личности, выявленными с помощью опросников и проективных методик. Например, интерес к сердцу соответствует у мужчин озабоченности моральными и религиозными проблемами, а у женщин — общительности и доброжелательности; внимание ко рту характеризует агрессивных мужчин и стремящихся к власти женщин. При интерпретации результатов С. Фишер опирается на традиционные психоаналитические символы, из чего следует, что связь между «осознанностью» зоны тела и определенными личностными чертами объясняется существованием символического значения этого участка тела. Такое значение, как правило, не осознается и отражает внутриличностные конфликты и защиты, интерес к определенным телесным ощущениям или, наоборот, стремление их избежать. Конфликты могут иметь отношение к сексуальным или агрессивным импульсам, стремлению к власти, близости с другими и т. п. Эти символические значения частично определяются детскими переживаниями. Если значимые для ребенка люди придают особый смысл какой-либо части тела или его функции, подчеркивая ее ценность или, наоборот, отрицательно реагируя на симптомы, связанные с ней, то у ребенка образуются ассоциативных связи между этой частью тела или функцией, с одной стороны, и особым к ней отношением или поведением — с другой. Кроме этого, результаты экспериментов Фишера доказывали существование не только индивидуальных, но и общих для определенной популяции людей символических значений отдельных частей тела.

По мнению Липовски (1981), знание символического значения частей тела и их функций важно для клиницистов — по той причине, что конфликты и влечения часто сопровождаются соматическими проявлениями, которые в последующем отражают символические связи с темами конфликтов. Эти соматические симптомы в дальнейшем могут появляться, как только субъект будет оказываться в аналогичной ситуации, и могут быть расценены как проявление болезни. Липовски также указывал еще на один механизм, при котором повреждение части тела или его функции активизирует символическое значение, связанное с ней, и приводит к чрезмерной эмоциональной реакции, иррациональным установкам или поведе-

нию. Эти механизмы могут сработать даже в случаях небольшой травмы или легкой физической болезни [цит. по: 4].

В школьные годы внешний облик ребенка во многом определяет отношение к нему сверстников и учеников, что существенно отражается на общей самооценке. С другой стороны, в подростковом возрасте каждый ребенок «проходит» через пубертатный кризис, во время которого происходят значительные изменения, связанные с телом и его физиологическими функциями, что, несомненно, сопровождается определенными переживаниями и формирует телесный опыт подростка. Вот лишь некоторые факторы, обуславливающие актуальность исследования телесного опыта с точки зрения возрастных закономерностей и его влияния на формирование личности.

Нами было проведено исследование, в котором изучались особенности переживаний подростков, связанных с болезнями (дипломное исследование Кацер Л. В., 2010 г.). В исследовании принимали участие 43 подростка в возрасте 13–15 лет (22 девочки и 21 мальчик), учащиеся средней школы № 14 г. Бендеры (Приднестровье). Исследование проводилось с помощью наблюдения, беседы, анализа сочинений подростков «Мои переживания болезни» и модифицированного варианта семантического дифференциала (предлагалось оценить понятия «Я», «Болезнь» и «Здоровье»).

Оценка содержания текстов сочинений производилась по следующим категориям — «ситуация», «телесный опыт», «эмоции и чувства», «когниции» и «поведение», причем последняя включала «уровень желаний, намерений», «уровень действий» и «действия третьих лиц». В данной статье приведены результаты анализа лишь по категориям «ситуация» и «телесный опыт».

Категорию «Ситуация» составляли фразы и высказывания, содержащие в себе указание факта конкретного заболевания, описание места, обстоятельств, временных характеристик. К категории «Телесный опыт» или «телесный компонент переживания болезни» были отнесены фразы, описывающие телесные ощущения, в том числе боль, состояния организма и сферы витальных потребностей. Эту категорию мы понимаем в широком смысле, опираясь на позицию крупнейшего теоретика в этой области С. Фишера, по мнению которого понятие «телесный опыт» может охватывать все психологические факты, имеющие хоть какое-либо отношение к психологической связи «индивид — его тело» (образ восприятия тела, его включенность в более широкие психологические системы, образующие концепцию тела, осознание тела и телесное-Я). В нашем исследовании актуализировался телесный опыт, связанный с болезнями. Понятия «телесный опыт» и «телесность» использовались как синонимы.

Так, 87 % текстов содержали в себе упоминание о конкретной ситуации болезни, чаще всего у подростков актуализировались ситуации, связанные с простудными заболеваниями, гриппом, ангиной, ветряной оспой, реже упоминались травмы, хронические заболевания почек, желудка, 13 % респондентов описывали обобщенные переживания, не упоминая конкретную болезнь. При этом чаще всего (56 %) в текстах указывался один эпизод бо-

лезни, реже (20 %) — два, и лишь в 11 % случаев подростки упоминали о 3–4 случаях своей болезни. Причем речь шла о ситуациях, происшедших совсем недавно (последние месяцы), либо в течение последних 2–3 лет, т. е. легко актуализировались факты болезни недавнего прошлого. В исследуемых текстах не отмечалось переживаний, связанных с болезнями, имевшими место в детском возрасте.

При анализе содержания текстов сочинений было выделено 39 единиц, относящихся к категории «телесный опыт», это были фразы, отражающие симптомы болезни («у меня была температура», «болела голова», «болело горло», «боль в сердце», «ломит все тело»), общее состояние организма («чувствуешь себя раздражительной», «недомогание», «тело жжет, наступает страшная лень», «у меня был очень плохой вид» и др.).

По преобладанию в описаниях признаков того или иного компонента переживания болезни нами условно был определен тип переживания. У 28 % респондентов преобладали эмоциональные признаки, в 18,6 % — поведенческие, в 16,3 % — телесные, у 14 % подростков — когнитивные, в 24 % случаев не отмечалось явного преобладания и они были обозначены как «смешанные». Эти результаты свидетельствуют о том, что у подростков восприятие болезни сопровождается сильными эмоциональными проявлениями, которые нередко заслоняют телесные ощущения и физиологические проблемы, т. е. они (эмоции) легче осознаются, лучше запоминаются и быстрее актуализируются, чем телесность. «Смешанный» тип переживания был выявлен почти у четверти исследованных (24 %), в то же время в этой группе у 10 % отмечалось сочетание телесных и эмоциональных признаков.

Список использованных источников

1. Междисциплинарные проблемы психологии телесности // Материалы межведомственной научно-практической конференции. — М., 2004.
2. Подшивалкина В. И. К вопросу о применении качественных методов в социологии, или какой опыт мы изучаем // Социология: методология, методы, маркетинг. — 2008. — № 4. — С. 197–206.
3. Соколова Е. Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности. — М., 1989.
4. Тхостов А. Ш. Психология телесности. — М.: Смысл, 2002.

Н. В. Бондаренко

старший викладач,

Придністровський державний університет ім. Т. Г. Шевченка

МІСЦЕ ТІЛЕСНОГО ДОСВІДУ В ПЕРЕЖИВАННІ ХВОРОБИ У ПІДЛІТКІВ

Резюме

У статті розкривається поняття «тілесного досвіду» та представлені результати дослідження переживання хвороби підлітками. Відмічено, що досвід переживання хвороби є частиною життєвого досвіду людини, домінування в структурі переживання хвороби тілесного компонента впливає на когнітивну оцінку хвороби та самооцінку суб'єкта в ситуації хвороби.

Ключові слова: досвід хвороби, переживання хвороби, тілесний досвід.

N. Bondarenko

Senior Lecturer

Transnistria state university named after T. Shevchenko

LOCATION BODILY EXPERIENCE IN BURNOUT DISEASE IN TEENAGERS

Summary

Article discovered idea «bodily experience and the results of research experience disease adolescents. It is noted that the experience of feeling sick is part of human life experience, the dominance structure in bodily experience of illness affects the cognitive component of disease evaluation and self-esteem in situations sub'ekta disease.

Key words: experience of illness, suffering illness, bodily experience.