

Образ тела как категория психологического исследования

Горчакова Н.М. (Санкт-Петербург, Россия)

Санкт - Петербургский Государственный университет

ОБРАЗ ТЕЛА ПРИ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ

Увеличивающееся число больных нервной анорексией обращает на себя пристальное внимание специалистов разных областей. До сего времени ученые не пришли к единому мнению о происхождении заболевания, и склонны рассматривать его с точки зрения междисциплинарного подхода. Нервная анорексия – заболевание наглядно показывающее искаженное восприятие образа тела, и именно дисформомания является доминирующим и основополагающим симптомом заболевания.

Нервная анорексия (*anorexia nervosa*) – синдром, относящийся к так называемой неспецифической патологии пубертатного и юношеского возраста [1]. Конфликт между внешним и внутренним, подготовленный всем предшествующим развитием ребенка, особенно ярко начинает проявляться в подростковом возрасте. Подростковый возраст ставит перед подрастающим человеком задачи формирования осознанной системы «Я и Мир». Детская первозданная, не осознанная целостность распадается и на определенном этапе телесность вместо связующего начала между «Я» и «Миром» становится разделяющим. Возникает противопоставление духовности - телесности. [2]

Нервная анорексия представляет собой сознательный отказ от пищи, чаще с целью коррекции внешности в связи с убежденностью в чрезмерной полноте. Это приводит к развитию тяжелых вторичных соматоэндокринных сдвигов, значительному похуданию нередко вплоть до кахексии и наступлению аменореи как одного из основных клинических проявлений, развивающихся при хронической пищевой недостаточности. [3].

В динамике типичного синдрома нервной анорексии условно можно выделить 4 этапа: 1) первичный, инициальный; 2) аноректический; 3) кахектический; 4) этап редукции нервной анорексии.

Клиника первого этапа, как правило, исчерпывается совершенно особым вариантом синдрома дисморфомании (в классическом варианте в этот синдром входят бредовые или сверхценные идеи недовольства собственной внешностью, идеи отношения, депрессия и стремление к коррекции мнимого недостатка). Идеи физического недостатка содержат убежденность в излишней полноте, подросткам могла не нравиться либо их «поправившаяся фигура» в целом, либо отдельные части тела, «круглые щеки», «толстый живот», «округлые бедра». Возникновение недовольства собственной внешностью совпадает, как правило, с реальным изменением форм тела, типичным для пубертатного возраста. [4].

Мысли об излишней полноте могут быть либо сверхценными, либо бредовыми. Болезненная убежденность в излишней полноте иногда может сочетаться с наличием патологической идеи о других мнимых или чрезвычайно переоцениваемых недостатках внешности (форма носа, ушей, щек, губ). Типичные для этого синдрома идеи отношения при нервной анорексии весьма рудиментарны. Определяющим в формировании синдрома чаще всего является несоответствие больного, по его мнению, собственному «идеалу» – литературному герою или человеку ближайшего окружения со стремлением подражать ему во всем и прежде всего иметь похожую на него внешность и фигуру.

При данном заболевании проявляется и социальная составляющая, как отношение к телесности как к средству достижения целей. Мнение окружающих о внешности больного имеет для него гораздо меньшее значение. Вместе с тем сензитивность подростков приводит к тому, что пусковым механизмом стремления к «коррекции» физического недостатка становятся неосторожные замечания педагогов, родителей, сверстников.

Другой типичный для классического синдрома дисморфомании компонент (аффективные нарушения) при данной патологии, как уже отмечалось, также имеет особенности. Депрессивные расстройства в целом менее выражены и на более отдаленных этапах тесно связаны со степенью эффективности коррекции внешности, проводимой больными. [3]

К числу особенностей дисморфомании при нервной анорексии следует отнести и то, что возможность коррекции мнимого или реального физического недостатка находится в руках самого больного и он всегда тем или иным способом реализует ее.

Итак, при нервной анорексии наблюдается искаженное восприятие реальности, и прежде всего искаженное восприятие собственного тела. В исследованиях обнаружено, что в ряде случаев пациенты несколько переоценивают массу своего тела, толщину жировой складки и в результате этой переоценки формируется отрицательный образ собственного тела. Оценка объема и массы других предметов не искажена. Некоторые исследователи полагают, что из-за искаженного восприятия своего тела девушки недооценивают степень своего похудания в процессе голодания. Идеальный нарциссический образ всегда имеет символическую метку. Меткой идеального образа аноректика является очень худое тело.

Определенная тенденциозность современной культуры, дискурсивное пространство, в которое включается аноректик могут играть разную роль в зависимости от структуры субъекта. А. Gallwitz экспериментально доказал расстройство восприятия тела у больных анорексией (эксперименты с фотографиями). [5]

Антропopsихологическое обследование 14 больных P. Slade показало, что больные «видят себя более полными, чем есть на самом деле», т. е. неправильно (по сравнению с лицами контрольной группы) воспринимают схему своего тела. [6]

Так или иначе, восприятие собственного тела у больных анорексией, по-видимому, изменено, и это дало возможность указанным выше авторам поддерживать теорию Н. Bruch о значении нарушения схемы тела в развитии нервной анорексии. [7]

Страдающие нервной анорексией рассматривают свое тело не только как оболочку, в которой прогрессирует расстройство, но и как объект полноты страха или ненависти. Сдерживание эмоций осуществляется благодаря микродвижениям, останавливающим выражение импульса. Эти микродвижения могут быть не заметны наблюдателю, и не осознаваемы самим человеком. Так, если мы хотим выразить чувство (крикнуть), но считаем, что лучше промолчать (рацио), то мы сжимаем зубы; если хотим заплакать, но пытаемся сдержать слезы – напрягаем глазные мышцы. Чтобы получить принятие других надо не показать страх, не выразить гнев, удержать любовь. Постепенно формируется мышечный панцирь (В. Райх), помогающий ребенку сдерживать свои чувства. Возникает внутриличностная властная иерархия «рациональное-чувственное», характеризующаяся пренебрежительным отношением к собственным чувствам. Нравоучения типа: «Чем ты думаешь? Думай головой» приучают к игнорированию чувственной сферы, задавливанию эмоциональной спонтанности. По мнению А. Менегетти «в целом можно утверждать, что ребенок здоров в той мере, в которой его тело способно реагировать на любое проявление эмоций, агрессивности или любви» [8].

Отсутствие контакта с собственным телом, отчуждение от него характерно для группы больных нервной анорексией. Сенсорная бедность и негативный локус телесных ощущений тесно связаны с нежеланием быть «здесь и сейчас». Особенностью личности страдающих анорексией является преобладание духовного над телесным, рациональное над чувственным; и является искаженным восприятием собственной телесности, игнорирование сенсорных возможностей, подавление чувств и является разновидностью усеченного самосознания.

Литература:

Коркина М. В., Цивилько М. А., Марилов В. В.; «Нервная анорексия»; М. Медицина; 2001

Леви Т. С. Психология телесности между душой и телом. АСТ М; 2004.

Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство. М.: МЕДпресс, 1998.

Коркина М.В. Психиатрия. М.: Медицина, 1967.

Gallwitz A. Cognitive social and physiological determinants of emotional state. Psychol. Rev. 1965.

Slade P. Attention and self-regulation. N. Y., 1973.

Лакан Ж. Семинары, Книга 11: Четыре основные понятия психоанализа (1964). М.: Гнозис-Логос, 2004.

Менегетти А. Онтопсихологическая педагогика. М.: БФ «Онтопсихология», 2010.