

## ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗА ТЕЛА У ЛЮДЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

В.В. Кипеть<sup>а</sup>

<sup>а</sup>Минский институт управления, магистрант, [nichk@inbox.ru](mailto:nichk@inbox.ru)

### **Аннотация**

В данной статье произведён анализ исследований, посвященных изучению особенностей образа тела у пациентов, страдающих различными психическими расстройствами. Обсуждается роль образа тела в структуре самосознания. Дано полное определение категории образа тела.

**Ключевые слова:** образ тела, телесность, самосознание, шизофрения, депрессия, переживание утраты

## BODY IMAGE OF PATIENTS WITH PSYCHIATRIC DISORDERS

V.V. Kipets<sup>а</sup>

<sup>а</sup>Minsk Institute of Management, Master's degree student, [nichk@inbox.ru](mailto:nichk@inbox.ru)

### **Abstract**

The article analyzes some investigations of body image of patients, suffering from different psychiatric disorders. The role of body image in self-consciousness is discussed. The full definition of body image is given.

**Keywords:** body image, corporality, self-consciousness, schizophrenia, depression, loss experience.

Образ тела – это понятие, которое включает восприятие человеком собственного тела, чувственную окраску этого восприятия и то, как, по его мнению, оценивают его окружающие. Понятие было предложено П. Шильдером, который первоначально определял образ тела как субъективное переживание человеком своего тела. Современные исследования позволили расширить и уточнить границы данной категории [1].

Образ тела – это своеобразная система представлений человека о физической стороне собственного «Я», о своем теле – телесно-психологическая «карта». При этом образ тела не является пассивным и «застывшим», раз и навсегда заданным. Напротив, он динамичен и субъективен, так как формируется самим человеком в процессе активной деятельности. Образ тела конструируется им из отдельных фрагментов – различных проявлений телесного осознания в разнообразных жизненных ситуациях.

Принято выделять три подхода в рассмотрении проблемы образа тела как компонента телесности. (Под телесностью понимается реальность, представляющая феномен не только восприятия, но и самосознания, формирующийся в деятельности).

Первый подход сводится к рассмотрению образа тела как к результату активности определенных нейронных систем, а исследование сводится к изучению различных физиологических структур мозга, влияние социума в расчет не принималось. Такое мнение было характерно для исследователей конца XIX – начала XX в. Образ тела изучался врачами-неврологами на примере больных с поражениями головного мозга. Понятие образа тела по своему содержанию приравнивалось к категории схемы тела, которая понималась как результат элементарных перцептивных процессов, исходящих от соматических ощущений. Несостоятельность этого подхода в последующем была признана, т.к. некоторые явления не укладывались в теоретические представления (например, фантомные боли) [2].

В начале XX в., параллельно с первым подходом, стал формироваться и второй подход, рассматривающий образ тела как результат психического отражения, как определенную умственную картину собственного тела. Одним из идейных представителей этого направления был П. Шильдер. Он подчеркивал, что образ тела включает в себя перцептивные, когнитивные и эмоциональные компоненты, формируется на основе жизненного опыта и отражает мироощущение, особенности личности и ее психологические затруднения [2].

Представители третьего подхода рассматривают образ тела как сложное комплексное единство восприятия, установок, оценок, представлений, связанных с телесной внешностью и с функциями тела. Такой взгляд на образ тела в настоящее время наиболее распространен [2].

Отношение к своему телу чрезвычайно диагностично, т.к. аккумулирует в себе значимые личностные характеристики и выступает в качестве «лакмусовой бумажки» психологического здоровья человека. По мнению Т.С. Леви, чем более выражена психологическая проблема, тем более объектно отношение к телу. Так в состоянии депрессии человек воспринимает свое жизненное пространство как сузившееся, у него теряется острота чувств, изменяется ощущение своего тела. Отсутствие контакта с собственным телом, отчуждение от него характерно для самовосприятия при наркомании. Сенсорная бедность и негативный локус телесных ощущений тесно связаны с нежеланием быть «здесь и теперь», стремлением уйти в другую реальность. При шизофрении наблюдается крайняя степень разотождествления с собственным телом [3].

Представления человека о собственном теле являются одним из важнейших компонентов самосознания. Именно на основе телесных ощущений ребенок начинает воспринимать себя индивидуальным существом, отделенным от внешнего мира. В дальнейшей жизни человека представления о теле продолжают оказывать существенное влияние на становление его самосознания, причем их значение возрастает в определенные жизненные этапы. Наиболее значительно такое влияние проявляется в подростковом и юношеском периодах, на которые приходится активное развитие личностной сферы, в частности, становление самосознания, рефлексии. Восприятие и оценка собственного образа тела играют в процессе формирования личности важную роль.

Связь нарушений образа тела и психических патологий исследовалась неоднократно, но на сегодняшний день не существует единого мнения о нарушении образа тела как о диагностическом критерии наличия того или иного психического расстройства. Исключения составляют расстройства пищевого поведения и дисморфофобия. Для названных нарушение (искажение) образа тела является одним из ключевых симптомов. В основе развития заболеваний лежит болезненное представление образа своего тела, дисморфоманические переживания, негативное отношение к своему телу и нереалистичный (недостижимый) образ «идеального» тела.

Нарушения образа тела становились предметом различных психологических исследований. К примеру, Вирясова Е.И. исследовала особенности образа тела у пациентов с вегето-сосудистой дистонией и у пациентов с психиатрическим диагнозом. Исследователь предполагала, что у пациентов с различной степенью названных заболеваний наблюдаются перечисленные признаки негативного образа тела: ригидность как невозможность или низкая способность впускать новую или противоречащую информацию в образ тела; недостаточная связь с реальностью мира; здоровыми сторонами личности и нарушение целостного объема восприятия тела [4].

Выдвинутая гипотеза подтвердилась. Автор исследования сделала следующий вывод: при работе с болезнью необходимо каждый раз обращаться к образу тела, формировать его целостность, трехмерность и подвижность.

Обозинской О.В. исследовалась психопатология образа тела при пролонгированном переживании утраты. По ее мнению, переживание утраты является универсальным общечеловеческим опытом. Об актуальности исследований в области переживания утраты

свидетельствуют попытки создания стандартизованных диагностических критериев травматической реакции горя. В доказательной медицине состояния переживания утраты квалифицируются в рамках расстройств адаптации (F43.2). В МКБ-10 также выделяются пролонгированные реакции утраты, которые рассматриваются как продолжение связанной с перенесенным стрессом депрессии и относятся к категории дистимических расстройств.

Изученная выборка состояла из 18 женщин и 9 мужчин. Состояние пациентов определялось картиной затяжной (более 12 месяцев) психогенной депрессией, развившейся в ответ на смерть объекта привязанности (ребенок, брачный партнер, родитель, сиблинг). Отбор больных проведен на основе следующих критериев включения.

Развитие психогении в ответ на необратимую утрату (смерть объекта привязанности).

Соответствие клинической картины на момент обследования следующим проявлениям патологической реакции тяжелой утраты, выделяемым в современных систематиках: а) признаки депрессии (чувство тоски, инсомния, изменения аппетита и веса); б) чувство вины по поводу не предпринятых своевременно действий, которые могли бы предотвратить утрату; в) мысли о предпочтительности собственной смерти вместо гибели объекта привязанности или желание умереть в надежде на воссоединение с ним; г) болезненная поглощенность бессмысленностью собственного существования без объекта утраты; д) объективно выявляемая психомоторная заторможенность; е) длительное и объективно выявляемое снижение социального функционирования; ж) транзиторные обманы восприятия в виде образа объекта утраты, его голоса и пр.

Длительность психогении на момент окончательной оценки не менее 13 месяцев, превышающая временной диапазон «нормального» траура – 12 месяцев.

В изображении телесных ощущений пациентами, переживающими утрату, обнаружены следующие особенности.

Для этапа поиска утраченного объекта характерна темная (черного, серого цвета) штриховка всего изображенного тела, которая ассоциировалась с тяжестью, холодом и смертью.

Состоявшееся переживание утраты отражается и в изменении образа тела, когда возникают сильные чувства, осознается и отыгрывается гнев, стыд и вина, появляется красный цвет в изображении телесных ощущений, поза и мимика агрессии.

Схематичность и фрагментарность (эквивалент деперсонализации) отображаемого образа тела, наличие основных частей тела, в большинстве случаев без лица.

Отсутствие половой дифференциации (утрата сексуального чувства как одно из проявлений деперсонализации) [5].

Имеются также данные об особенностях образа тела больных параноидной формой шизофрении и шизоаффективным расстройством. Исследование проводилось Stefan Priebe и Frank Rohricht. Исследователи рассматривали нарушение образа тела как показатель прогрессирования заболевания, результат учащения случаев обострения. Для сравнения был также исследован образ тела больных депрессией, тревожным расстройством и здоровых людей. (Продолжительность заболевания была одинаковой для каждой группы испытуемых). Заявленные диагнозы выставлялись лечащим врачом, а затем проводилась повторная оценка независимым специалистом.

Исследование носило лонгитюдный характер. Оценка образа тела проводилась в течение первых 3 дней после госпитализации, через 2 недели после начала лечения и спустя месяц. Были получены такие результаты. Результаты каждого исследования говорили о том, что у пациентов, больных шизофренией и шизоаффективным расстройством, наблюдаются устойчивые изменения образа тела, не корректируемые медикаментозным вмешательством. А именно, у названной выше группы отмечалась устойчивая тенденция к недооцениванию размера тела (в частности, длины ног). Здоровые испытуемые и группы депрессивных и тревожных больных, наоборот, были склонны к переоцениванию размера тела [6].

Исследователи склонны объяснять полученные результаты спецификой работы некоторых отделов головного мозга (взаимодействие сенсорных и ассоциативных зон коры). Полученные результаты отражают специфику скорее схемы тела, нежели образа тела и не объясняют специфичности таких симптомов.

Еще одно исследование, направленное на выявление особенностей переживания собственного тела больными шизофренией, было проведено А.А. Алексеевым. Результаты показали, что для больных шизофренией характерно «не-переживание» собственного тела. Это выражается в исключении тела из области «Я», деиндивидуализации образа тела, утрате телом функции презентации субъекта в мире, оскудении эмоционального отношения к собственной внешности и в отношении к телу, как к объекту. При этом обозначенные феномены сочетаются со снижением коммуникативной функции тела. Что проявляется в слабой освоенности тела, как инструмента невербальной коммуникации, а также культурных средств регуляции телесности (таких, как одежда).

В то же время переживание своего тела в виде внутренних телесных ощущений у больных шизофренией несет негативную окраску. То есть, если телесность и осознается больными шизофренией, то осознается, как правило, в виде болезненных или несущих угрозу ощущений.

Автор исследования объясняет полученный результат следующим образом. Для больного шизофренией тело не является частью его самого. Объективно являясь частью самого субъекта, субъективно тело переживается, как нечто внешнее. Оно предстает, как нечто чуждое, но постоянно сопровождающее больного. В то же время тело для больного шизофренией не является удобным инструментом и проводником его активности во внешний мир. Оно оказывается инструментом неудобным, не вполне освоенным, а что, важно, еще и своенравным. Возникающие внутренние телесные ощущения чаще воспринимаются больными, как болезненные или несущие в себе угрозу. Специфика тела в ряду других источников стимуляции заключается еще и в том, что от ощущений, исходящих от него самого, «скрыться» практически невозможно. Таким образом, А.А. Алексеев заключает, что «больные шизофренией оказываются, как не оснащенными телом вовне, так и атакуемыми самим телом, но уже изнутри» [7].

Анализируя результаты исследований, можно говорить о том, что образ тела – это не просто элемент самосознания. В образе тела отражается специфика личности конкретного человека со всем многообразием психологических и психических проблем. Кроме того, огромную роль в формировании телесного образа играет тот культурно-исторический контекст, в котором происходит развитие индивида.

Образ тела неоднократно становился предметом исследования отечественных и зарубежных психологов. Анализируя результаты этих исследований, мы можем говорить о том, что более грубые нарушения образа тела отмечаются при таких психических расстройствах, которые сопряжены с существенными нарушениями самосознания (шизофрения, шизоаффективное расстройство).

### Литература / References

1. Уляева, Л.Г. «Телесный имидж» как социально-психологический феномен личности / Л.Г. Уляева, В.М. Рогов // Имиджелогия-2006: Актуальные проблемы социального имиджмейкинга; под ред. Е.А.Петровой. – М.: РИЦ АИМ, 2006. – С. 306-312.  
Ulyayeva, L.G. «Telesnyj imidzh» kak sotsialno-psikhologicheskij fenomen lichnosti / L.G. Ulyayeva, V.M. Rogov // Imidzhelogiya-2006: Aktualnye problemy sotsialnogo imidzhmyejkinga; pod red. Ye.A.Petrovoj. – М.: RITS AIM, 2006. – P. 306-312.
2. Фролова, Ю.Г. Социальные факторы формирования негативного образа тела / Ю.Г. Фролова, О.А. Скугаревский // Социология. – 2004. – №1. – С.11-16.  
Frolova, J.G. Socialnye factory formirovania negativnogo obraza tela / J.G. Frolova, O.A. Skygarevskij // Sociologia. – 2004. – №1. – P.11-16.

3. Леви, Т.С. Психология телесности в ракурсе личностного развития / Т.С. Леви // Психология телесности между душой и телом / ред.-сост.: В.П. Зинченко, Т.С. Леви. – М.: АСТ, 2007. – С. 636-659.

Levi, T.S. Psihologija telesnosti v rakurse lichnostnogo razvitia / T.S. Levi – М.: АСТ, 2007. – Р. 636-659.

4. Вирясова, Е.И. Образ тела: портреты пациентов с психиатрическим диагнозом и с диагнозом вегето-сосудистая дистония / Е.И. Вирясова // Психология телесности: теоретические и практические исследования [Электронный ресурс]. – 2008. – Режим доступа: <http://psyjournals.ru/articles/22607.shtml>. – Дата доступа: 03.12.2010.

Virasova, E.I. Obraz tela: portrety pacientov s psihiatricheskim diagnozom i s diagnozom vegeto-sosudistaja distonia / E.I. Virasova // Psihologija telesnosti: teoreticheskie i prakticheskie issledovaniya [Internet recourse]. – 2008. – Access: <http://psyjournals.ru/articles/22607.shtml>. – Date of access: 03.12.2010.

5. Обозинская, О.В. Психопатология образа тела при пролонгированном переживании утраты / О.В. Обозинская [Электронный ресурс]. – 2011. – Режим доступа: <http://www.all-psy.com/stati/detail/183/1/> – Дата доступа: 09.01.2012.

Obozinskaja, O.V. Psihopatologija obraza tela pri prolongirovannom pereghivanii utraty / O.V. Obozinskaja [Internet recourse]. – 2011. – Access: <http://www.all-psy.com/stati/detail/183/1/> – Date of access: 09.01.2012.

6. Priebe, S. Specific body image pathology in acute schizophrenia / S. Priebe, F. Röhrich // Psychiatry research – 2001. – Vol. 101 – P. 289-301.

7. Алексеев, А.А. Особенности переживания своего тела больными шизофренией / А.А. Алексеев // Психология телесности: теоретические и практические исследования [Электронный ресурс]. – 2008. – Режим доступа: <http://psyjournals.ru/articles/22635.shtml>. – Дата доступа: 09.01.2012.

Alekseev, A.A. Osobennosti pereghivaniya svoego tela bolnymi shizofreniej / A.A. Alekseev // Psihologija telesnosti: teoreticheskie i prakticheskie issledovaniya [Internet recourse]. – 2008. – Access: <http://psyjournals.ru/articles/22635.shtml>. – Date of access: 09.01.2012.