

ИЗ ФОНДОВ РОССИЙСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ БИБЛИОТЕКИ

Дорожевец, Андрей Николаевич

1. Искажение образа физического Я у больных ожирением и нервной анорексией.

1.1. Российская государственная библиотека

Дорожевец, Андрей Николаевич

Искажение образа физического Я у больных ожирением и нервной анорексией. [Электронный ресурс]: Дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 - М.: РГБ, 2005 (Из фондов Российской Государственной Библиотеки)

Медицинская психология

Полный текст:

<http://diss.rsl.ru/diss/02/0231/020231002.pdf>

Текст воспроизводится по экземпляру,
находящемуся в фонде РГБ:

Дорожевец, Андрей Николаевич

Искажение образа физического Я у больных ожирением
и нервной анорексией.


Москва 1986

Российская государственная библиотека, 2005
год (электронный текст).

МОСКОВСКИЙ ОРДЕНА ЛЕНИНА, ОРДЕНА ОКТЯБРЬСКОЙ РЕВОЛЮЦИИ И
ОРДЕНА ТРУДОВОГО КРАСНОГО ЗНАМЕНИ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМ. М.В.ЛОМОНОСОВА

Факультет психологии

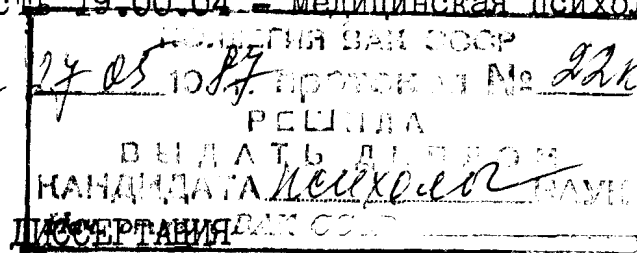
На правах рукописи

 ДОРОЖЕВЕЦ Андрей Николаевич

УДК 152.32:616-056.52:616.89-008.441.42

ИСКАЖЕНИЕ ОБРАЗА ФИЗИЧЕСКОГО Я У БОЛЬНЫХ
ОЖИРЕНИЕМ И НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ

Специальность 19.00.04 - медицинская психология



на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Научный руководитель
кандидат психологических наук,
доцент - СОКОЛОВА Е.Т.

Научный консультант
доктор медицинских наук,
профессор - КОРКИНА М.В.

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА I. ПРОБЛЕМА И ГИПОТЕЗЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.	7
§ 1. Основные направления исследования образа физического Я.	7
§ 2. Исследование образа физического Я у боль- ных нервной анорексией.	26
§ 3. Исследование образа физического Я у боль- ных ожирением.	35
§ 4. Конкретизация проблемы и формулировка ги- потез экспериментального исследования ис- кажения образа физического Я у больных ожирением и нервной анорексией.	44
ГЛАВА II. ЗАМЫСЕЛ ЭКСПЕРИМЕНТА И ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДИК	58
§ 1. Задачи и структура эксперимента	58
§ 2. Характеристика методики исследования когнитивного компонента образа внешности	60
§ 3. Характеристика методики исследования аффективного компонента образа внешности	62
§ 4. Характеристика методики исследования сте- пени когнитивной дифференцированности	65
ГЛАВА III. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ОБРАЗА ФИЗИЧЕСКОГО Я У БОЛЬНЫХ НЕРВНОЙ АНО- РЕКСИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ	70
§ 1. Характеристика клинических групп.	70
I. Характеристика больных нервной анорек- сией	70
2. Характеристика больных ожирением	76
§ 2. Результаты здоровых испытуемых	81
I. Особенности аффективного и когнитивно- го компонентов образа внешности.	81
2. Исследование связи между особенностями когнитивного и аффективного компонен- тов образа внешности	84
3. Экспериментальное исследование характе- ра влияния аффективной оценки внешнос- ти на точность ее восприятия	88

§ 3. Результаты больных ожирением	91
I. Особенности аффективного и когнитивного компонентов образа внешности.	92
2. Исследование связи между особенностями когнитивного и аффективного компонентов образа внешности	100
§ 4. Результаты больных нервной анорексией . . .	104
I. Особенности аффективного и когнитивного компонентов образа внешности.	105
2. Исследование связи между особенностями когнитивного и аффективного компонен- тов образа внешности	113
3. Анализ связи между когнитивным и аффек- тивным компонентами образа внешности у больных шизофренией с синдромом нерв- ной анорексии	115
§ 5. Исследование роли когнитивной дифференци- рованности в процессе взаимодействия аффек- тивного и когнитивного компонентов образа внешности	119
I. Особенности когнитивной дифференциро- ванности в экспериментальных группах. .	120
2. Исследования влияния когнитивной диффе- ренцированности на величину искажения в каждой экспериментальной группе. . . .	123
3. Экспериментальное исследование влияния "личностного неуспеха" на искажение представления о своей внешности	125
4. Влияние уровня когнитивной дифференци- рованности на особенности образа внеш- ности у больных с особым пищевым пове- дением	130
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	141
ВЫВОДЫ	148
ЛИТЕРАТУРА	150
ПРИЛОЖЕНИЕ	168

В В Е Д Е Н И Е

Актуальность. Представление субъекта о собственном внешнем облике и, в частности, о степени его соответствия эстетическим идеалам оказывает значительное влияние на личностные особенности и стиль поведения. Утрата человеком в силу какого-либо заболевания эстетической привлекательности становится серьезным травмирующим фактором, нарушающим психологическую и социальную адаптацию.

В последнее время к таким заболеваниям все в большей степени относится ожирение, в первую очередь у женщин. Причиной этого стало смещение идеала женского телосложения с "чувственной" округлой фигуры в сторону более худощавой и спортивной, отмечающееся в последние 15-20 лет во всех высокоразвитых странах (Garfinkel, Garner, 1982; Swartz et al, 1983). Негативное отношение к эндоморфной конституции, по мнению ряда авторов (Коркина, Цивилько, Мариллов, 1986; Bruch, 1973), стало одной из важнейших причин "аноректического взрыва в популяции" - резкого возрастания численности заболеваний нервной анорексией в последние годы. И при ожирении, и при нервной анорексии стойкое недовольство собственной внешностью проявляется в активном стремлении к ее изменению путем похудения.

Имеются многочисленные данные, указывающие на то, что у этих больных наблюдаются выраженные искажения образа физического Я, являющиеся серьезным вторичным психопатогенным фактором, усиливающие дезадаптацию больных, затрудняющие лечебный процесс и потому требующие психологической коррекции (Коркина, 1984; Bruch, 1973; Garfinkel, Garner, 1982).

В ряде отечественных исследований показано, что при раз-

личных психических и соматических заболеваниях формирование представления о выраженности истинного или мнимого дефекта собственной внешности тесно связано с более широкими личностно-мотивационными особенностями больных и, в частности, с их аффективным отношением к своей внешности (Коркина, Зейгарник, Ничипоров, 1981; Ничипоров, 1982; Николаева с соавт., 1983, 1984). Эти исследования основываются на известном теоретическом положении о "единстве аффекта и интеллекта" (Выготский), "пристрастности" психической деятельности человека (Леонтьев), получившем глубокое развитие в отечественных патопсихологических исследованиях. В частности, показано, что нарушения познавательной деятельности обусловлены изменениями личностно-мотивационной и аффективной сферы (Зейгарник, 1971, 1976; Поляков, 1982; Тепеницына, 1971; Коченов, Николаева, 1978; Гульдман, 1985; Кожуховская, 1985). В контексте настоящего исследования особый интерес представляют работы, в которых получены данные о влиянии задачи, аффективного отношения, мотивации, направленности и структуры деятельности на восприятие (Лурия, 1962; Киященко, 1965; Лурия, Хомская, 1966; Соколова, 1976; Рубинштейн, 1976).

Данный подход представляется правомерным и при исследовании самовосприятия и, в частности, восприятия собственной внешности. Выдвижение анализа аффективного отношения к своему внешнему облику на первый план позволяет прояснить механизмы когнитивного искажения образа физического Я у больных ожирением и нервной анорексией, а также по-новому подойти к решению проблемы аффективно-когнитивного взаимодействия в структуре самосознания. Образ физического Я может служить моделью, предоставляющей возможность детального исследования величины и направления когнитивного искажения под влиянием аффективных процессов.

Предмет и задачи исследования. Предметом данного исследования являются конкретные особенности образа физического Я у больных ожирением и нервной анорексией. В связи с этим необходимо решение следующего круга задач:

1. Теоретический анализ структуры образа физического Я в норме и патологии, выдвижение гипотез о факторах, лежащих в основе его искажения.

2. Разработка схемы эксперимента и методических средств изучения анализируемых параметров.

3. Проведение экспериментального исследования, направленного на анализ особенностей искажения образа физического Я в зависимости от: а) характера эмоционально-ценностного отношения к собственному внешнему облику; б) степени дифференцированности когнитивной сферы; в) особенностей пищевого поведения у больных нервной анорексией и ожирением в сравнении со здоровыми испытуемыми.

Научная новизна. Данная работа является первым в отечественной психологии экспериментальным исследованием особенностей образа физического Я у больных нервной анорексией и ожирением.

Получены следующие научные результаты:

- описана структура когнитивного и аффективного компонентов образа физического Я;

- апробирован комплекс методик, направленных на изучение представления испытуемого о своей внешности и эмоционально-ценностного отношения к ней;

- проанализированы особенности искажения представления о своей внешности у больных нервной анорексией и ожирением в зависимости от характера эмоционально-ценностного отношения к внешнему облику, степени когнитивной дифференцированности и

особенностей пищевого поведения. Описан эффект "когнитивного подтверждения аффективной оценки" в структуре образа физического Я;

- на основании полученных результатов выделены "мишени" психокоррекционного воздействия: когнитивная недифференцированность представления о своей внешности и "порочный круг" аффективно-когнитивных взаимодействий.

Практическое применение. Апробированный комплекс экспериментально-психологических методик может быть использован в работе с больными с дефектами внешности.

Особенности динамики представления о своей внешности могут быть использованы для экспресс-диагностики эмоционально-ценностного отношения больных к своему внешнему облику и, в конечном итоге, в качестве дополнительного показателя успешности лечебного процесса.

На основании полученных результатов создан и апробирован первый вариант психокоррекционной методики, построенной по принципу "обратной связи" и направленной на разрыв "порочного круга" "негативная оценка внешности -- переоценка ширины тела".

Результаты проведенного исследования используются в спецкурсе "Психологическая коррекция аномалий личности" на факультете психологии МГУ. Разработанный комплекс методик используется для диагностической и психокоррекционной работы с больными ожирением и нервной анорексией, проводимой на кафедре психиатрии и медицинской психологии УДН им. П.Лумумбы и Всесоюзном научно-методическом центре вегетативной патологии I ММИ им. И.М.Сеченова.

ПРОБЛЕМА И ГИПОТЕЗЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

§ I. Основные направления исследования
образа "физического Я"

Проблема осознания своего телесного облика впервые в научной психологии стала разрабатываться в школе интроспекционизма. Еще Вундт, определяя "Я" как "чувство связи всего того, что переживает индивидуум в своем душевном мире" (1897, с.261), особое внимание уделял положению представления о теле в структуре "Я". "Чувство связи" в комплексе с ощущениями, идущими от тела, определяется как самосознание, где "... представление собственного тела поочередно то тесно сливается с чувством "Я", то отделяется от последнего как представление об объекте" (там же, с.261).

Джемс (1922) в структуре эмпирического "Я" выделяет "Я-материальное", куда в качестве основного компонента входит представление о собственном теле.

Анализ более поздней психологической литературы показал, что большая часть экспериментальных и теоретических исследований образа физического Я (в зарубежной литературе используется термин "образ тела" - (**body image, image du corps, Korper-schemas**) включены в более широкий контекст анализа связи между различными переменными телесного опыта и Я-концепцией (образом Я, понятием Я, феноменальным Я и т.п.).

Тесное единство телесного опыта и образа Я было ярко показано еще Фрейдом (1924), подчеркивавшим важнейшую роль тела как психологического объекта в развитии эго-структур, а также в этиологии психопатологии. (Он, в частности, подчеркивал роль

телесного символизма в развитии симптомов конверсионной истерии). Понятие телесного переживания заняло видное место в его генетической теории, в которой процесс развития рассматривался как процесс изменения "локализации либидо". Фиксация интереса к определенной зоне тела становится начальным пунктом процесса формирования характера определенного типа.

Позднее Адлер (1986) показал существование тесной связи между образом телесного Я и самооценкой, - в частности, что некоторые типы человеческого поведения представляют собой попытку компенсации истинной или воображаемой ущербности тела.

Однако в дальнейшем психоаналитические конструкции становились все более и более "социальными". А те теории, которые так и продолжали использовать категории "локализация либидо", "страх кастрации", "телесный символизм", уходили с психологической сцены. Неофрейдистские теории, избавившись от "низменного" аспекта фрейдовской системы, практически отказывались и от рассмотрения роли телесных переживаний в организации и дезорганизации поведения, избрав в качестве единственного объекта исследований "образ духовного Я".

Наряду с неофрейдизмом пристальный интерес к "Я-концепции" проявляют такие мощные научные направления, как интеракционизм, когнитивная и гуманистическая психология. В основе этого интереса лежит факт существования уникальной области восприятия, объектом которого выступает сам познающий себя субъект. Результаты экспериментов интерпретируются в терминах "ценность Я", "уровень притязаний Я", "удовлетворенность Я", "идеальные цели, поставленные Я" и т.п.

Теории "Я", возникшие в рамках этих направлений, постулируют, что процесс самопознания является мощным регулятором че-

руют, что процесс самопознания является мощным регулятором человеческого поведения. Эти теории неявно признают, что сфера духовного самопознания - единственная, относящаяся к Я. В силу этого Я описывается только в терминах, относящихся к этой духовной сфере. Телесный опыт лишь в редчайших случаях рассматривается как компонент образа Я и остается практически за пределами психологических теорий личности. Говоря словами Бахтина, между словом и телом существует "безмерный разрыв" (1975, с.320).

По мнению Фишера (**Fisher**, 1970), отсутствие "физического Я" во многих "Я-концепциях" отражает общую тенденцию неприятия биологически ориентированных теорий поведения. "Духовное Я" позволяет в определенной степени гуманизировать образ человека, который биологизирующие теории механически упрощали.

Однако несмотря на теоретическую неразработанность этой проблемы, существует достаточно большое количество экспериментальных исследований образа тела в современной психологии. Можно выделить, по крайней мере, четыре основных направления, в основе каждого из которых лежит определенная функция или характеристика тела: тело как граница Я, как носитель символических значений, как внешность и как организм.

I. Взгляд на тело как на границу Я, с одной стороны, и тезис психоанализа о способности к различению внутреннего мира субъективных желаний и внешнего мира объектов как важнейшем достижении нормального развития ребенка, - с другой, стали отправными пунктами в построении первого направления исследования телесного опыта. Речь идет об исследовании "границ образа тела" (**body image boundary**). Это понятие было введено Фишером и Кливлендом (**Fisher**, **Cleveland**, 1958), которые

исходилили из того, что людей можно разбить на группы по тому, на сколько "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 повреждении мозга или при шизофрении иногда наблюдаются размытие или даже исчезновение ощущаемых границ тела и смещение событий, которые происходят внутри и вне физических границ тела.

Авторы предложили оригинальный метод установления степени четкости и определенности границ образа тела, основанный на специальном анализе протоколов методики Роршаха. На основании этого анализа высчитываются два показателя - "барьер" (В) и "проницаемость" (Р). Чем выше первый показатель и ниже второй, тем четче и определеннее границы образа своего тела. Чем ниже показатель "барьер" и выше "проницаемость", тем более расплывчатые и неопределенные эти границы.

Было показано существование устойчивой связи между степенью определенности границ образа тела и особенностями локализации психосоматических симптомов, некоторыми психофизиологическими и личностными характеристиками субъекта. У лиц с высоким уровнем определенности этих границ в сознании яснее представлены внешние покровы тела. Психофизиологическими показателями эмоциональных состояний у них чаще являются различные изменения состояния кожи, мускулатуры (покраснение и побледнение, "мурашки", ступоры и т.п.). В случае психосоматизации симптомы чаще всего локализуются 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 эмоциональные 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. По мнению Фишера и Кливленда, в основе всех этих характеристик лежат особенности интериоризированной системы отношений с социально заданными объектами (см. Соколова, Дорожевец, 1985).

Психоаналитически ориентированные исследователи уже давно исходят из тезиса о тесной связи границ образа тела и личностных особенностей субъекта. Как известно, Фрейд рассматривал шизофрению как следствие нарушения процесса разделения Я и внешнего мира в результате регресса на более ранний этап развития психики. Этот регресс проявляется в искажении образа тела, нарушении восприятия и мыслительной деятельности.

Первая экспериментальная попытка рассмотреть шизофренические нарушения под этим углом зрения была предпринята Тауском (Tausk, 1919), который ввел понятие "границы Я" (ego boundary). По его мнению, ранний и примитивный телесный опыт (т.е. телесное Я - в концепции психоанализа) играет решающую роль в формировании и интеграции границ Я. Нарушение в структуре телесного Я неминуемо приводит к нарушениям границ Я. Тауск рассматривает шизофренический бред "влияния с помощью аппаратов" (т.е. бред воздействия) как регрессивную проекцию своего собственного тела на внешний мир. Эти "влияющие аппара-

ты" имеют свои корни в раннем детстве больного, когда из-за нарушений границ телесного Я его тело воспринималось им как посторонний объект.

Известная исследовательница детских психозов Малер (**Mahler**, 1952) делает акцент на роли развития телесного Я младенца в усилении чувства отделенности его тела от матери. (Согласно психоаналитическим взглядам, вначале ребенок не различает собственное тело и тело матери). Дискриминативный характер контакта ребенка с телом матери (мать ласкает его, прижимает к себе) является основой различения Я и не-Я, еще слитых на стадии психосоматического симбиоза матери и младенца.

Эти контакты создают основу для накопления опыта, приводящего к осознанию границ собственного тела. В основе многочисленных детских психозов, которые наблюдала Малер с сотрудниками, лежит неудачная попытка достичь нужного уровня дифференцированности границ своего тела.

Возникновение чувства целостности собственного тела, четкости и определенности его границ тесно связано с периодически возникающими циклами сомато-сенсорной стимуляции, идущей от матери на ранних стадиях симбиоза матери и младенца. Неспособность к интеграции этой стимуляции приводит к недоразвитию чувства целостности и ограниченности собственного тела, а также к появлению различных перцептивных нарушений. Такого рода нарушения оказывают сильное воздействие на все последующее развитие Я. С точки зрения Малер, основным фактором, организующим шизофреническую патологию, является попытка предотвращения дезинтеграции телесного Я путем регрессии на стадию психосоматического симбиоза с матерью.

В дальнейшем это теоретическое представление о менее определенных границах образа тела у больных шизофренией получило экспериментальное подтверждение в ряде исследований, где использовался метод Фишера и Кливленда: оказалось, что больные шизофренией имеют более низкий "барьер" (**Fisher** , **Cleveland** , 1958; **Cleveland** , 1960; **Fisher** , 1964) и более высокую "проницаемость" (**Fisher** , **Cleveland** , 1958), чем невротики и здоровые испытуемые.

Следует также заметить, что нарушения границ тела наблюдаются не только при психической патологии. В частности, Кейзер (**Keiser** , 1942) показала, что во время полового акта и особенно в момент оргазма образ тела претерпевает значительные изменения: тело перестает ощущаться как часть Я, его границы исчезают. Кейзер объясняет аноргазмию невротиков действием механизмов психологической защиты, ограждающих от угрозы изменения привычного образа тела. Федерн (**Federn** , 1926) установил, что у некоторых людей подобные нарушения образа тела наблюдаются при засыпании, а Фишер (**Fisher** , 1976), наоборот, обнаружил элементы деперсонализации и изменения границ образа тела при пробуждении.

В последнее время это направление исследования образа физического Я становится одним из наиболее популярных.

II. Второе направление исследования образа физического Я также, как и предыдущее достаточно монолитно и имеет четкую методологическую основу, тесно связанную с психоаналитической теорией. Речь идет об исследовании тела и его функций как носителей определенного символического значения. Еще первые психоаналитически ориентированные исследователи при анализе кон-

версионной истерии пришли к выводу о том, что необычные сенсорные и моторные нарушения в определенных частях тела необходимо должны рассматриваться как символическое выражение желания.

Например, руки или ноги символически приравняются к пенису, а их паралич определяется как выражение сексуальных импульсов (**Fenichel** , 1945).

Шаш (**Szasz** , 1975) рассматривает истерический симптом как некоторый "иконический знак" – способ коммуникации между больным и другим человеком. Больные истерией используют свое тело как средство коммуникации, средство передачи сообщения, которое нельзя передать обычным способом. Шаш определяет "язык тела" как "протоязык". Таким образом, соматические жалобы, боль и другие ощущения приобретают коммуникативную функцию.

Значительный вклад в решение этой проблемы внес Фишер (**Fisher** , 1970). Для выявления особенно значимых и осознаваемых участков тела он использовал созданный им "опросник телесного фокуса". Опросник представлен 108 парами различных частей тела (например, ухо-левая нога). Испытуемый должен выбрать ту из них, которая в данный момент яснее и отчетливее представлена в его сознании. Опросник позволяет оценить индивидуальный способ распределения внимания по 8-ми зонам тела: передняя – задняя, правая – левая, живот, рот, глаза, руки, голова, сердце. Результаты показали, что субъекты с выраженным "интересом" к определенной зоне тела обладают сходными особенностями личности, выявленными с помощью других опросников и проективных методик. Например, интерес к сердцу соответствует у мужчин озабоченности моральными и религиозными проблемами, а у женщин – общительности и доброжелательности. Или, например,

внимание ко рту характеризует агрессивных мужчин и стремящихся к власти женщин. В интерпретации результатов отчетливо проявляются психоаналитические установки Фишера. Например, он интерпретирует высокую положительную корреляцию между выраженной осознанностью задней зоны тела и такими личностными чертами как контроль над импульсами и негативизм как выражение "анального характера". Итак, 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 его избежать. Конфликты могут иметь отношение к сексуальным или агрессивным импульсам, стремлению к власти, близости с другими и т.п. Эти символические значения, по-видимому, частично определяются детскими переживаниями. Если значимые для ребенка люди придают особое значение какой-либо части тела или его функции, подчеркивая ее ценность или, наоборот, отрицательно реагируя на симптомы, связанные с ней, то у ребенка образуются ассоциативные связи между этой частью тела или функцией, с одной стороны, и особым к ней отношением или поведением - с другой. Например, если мать часто жалуется на головную боль, ребенок может установить связь между "головой" и выражением недовольства и раздражения, которое он замечает у матери в таком состоянии. В то же время, результаты экспериментов Фишера доказывают существование не только индивидуальных, но и общих для определенной популяции людей символических значений отдельных частей тела. Так, связь между высокой степенью осознанности глаз и стремлением к объединению с другими Фишер объясняет через метафорическое значение глаз как "принимающих",

"пускающих внутрь себя" окружающий мир. Подобные значения образуются уже не в ходе индивидуального развития, а внутри опыта целой культуры. По мнению Липовски (**Lipowski** , 1981), знание символического значения частей тела и их функций важно для клиницистов, по крайней мере, по двум причинам. Во-первых, конфликты и импульсы часто сопровождаются соматическими проявлениями, которые затем становятся символически связанными с типами конфликтов. Эти соматические симптомы могут в дальнейшем повторяться, как только субъект попадает в сходную ситуацию и в силу этого могут быть ложно интерпретированы как проявление соматической болезни. Во-вторых, повреждение части тела или его функции часто активизирует символическое значение, связанной с ней, и приводит к эмоциональной гиперреакции, иррациональным установкам и поведению. Этот один из психопатогенных механизмов может сработать даже в случае небольшой травмы или легкой физической болезни. Это объясняет некоторые из "идиосинкразических" и патологических поведенческих реакций на органические телесные повреждения.

Ш. Третье, наиболее популярное, направление исследований образа тела связано с другой характеристикой тела - "внешностью". В этих исследованиях тело рассматривается, с одной стороны, как носитель определенных социальных значений, ценностей и т. п., а с другой - как объект самовосприятия, обладающий определенной формой и размерами. Соответственно выделяются два подхода внутри данного направления. Представители первого делают акцент на эмоционально-ценностном отношении к собственной внешности. Второй опирается на исследование когнитивного компонента и отвечает на вопросы "Как люди воспринимают свое тело, на-

сколько точно?" В первом случае используются такие понятия, как "значимость", "удовлетворенность", "отношение", "ценность" тела; во втором речь идет о "точности", "недооценке", "переоценке", "искажении" в восприятии тела.

Часть работ внутри первого подхода сфокусирована на ценности, которую люди приписывают различным частям своего тела. В одном из таких исследований большому количеству испытуемых предлагалось оценить в долларах стоимость каждой части тела. Наиболее "дорогостоящими" оказались нога, глаз и рука. Психически больные субъекты "дешевле" оценивали тело, чем нормальные испытуемые, а женщины "дешевле", чем мужчины (**Plutchiket et al**, 1973). В другом исследовании около 1000 мужчин и 1000 женщин должны были расклассифицировать в соответствии с их значимостью 12 частей тела (использовался другой список частей тела). Социоэкономический статус влияния на ответы не оказал. Мужчины оценили половой член, яички и язык как наиболее важные. Эта оценка не зависела от возраста, лишь у старых людей несколько снижалась оценка половых органов. У женщин оценки оказались менее определенными, лишь у тех, кому уже было за 70, язык стабильно оказывался на первом месте (**Weinstein et al**, 1964). Физическая болезнь или увечье значительно меняют субъективную ценность различных частей тела. Направленность изменения ценности зависит от степени повреждения части и ее прежней субъективной значимости (**Lipowski**, 1975).

Имеются экспериментальные данные, показывающие изменения ценности отдельных телесных качеств под влиянием общественных процессов. Так, у японок во время Второй мировой войны в образе тела полностью обесценивалась грудь, а идеальной считалась

плоская грудная клетка (женщины носили мужскую военную форму). Однако после войны под влиянием западной культуры образ тела был радикально изменен и в 60-х годах японские женщины стремились иметь грудь "голливудских" размеров (Fisher, Cleveland, 1958).

Внутри данного "ценностно-ориентированного" подхода представлены и советские исследования образа физического Я, выполненные прежде всего, на возрастном и клиническом материале.

Куницына (1968), исследуя проблемы самовосприятия подростка, показала, что у пятиклассника в оценке себя преобладает перечисление своих физических качеств, тогда как в 6 классе в самооценке начинают преобладать фиксации на личностных особенностях. Позже, в 7-10 классах, самооценка "физического Я" наделяется качествами "красивый", "стройный", "толстушка" и др., приобретая таким образом, ценностный характер. Было отмечено, что девочки значительно подробнее мальчиков описывали собственную внешность.

Эта закономерность была показана и на более высоком возрастном уровне - при исследовании особенностей образа внешности у студентов (Гусева, 1977).

В исследовании Ничипорова (1982) было показано, что в подростковом возрасте повышается значимость внешнего облика в структуре ценностей, структурируется представление о собственной внешности и ее элементах. В этот период складывается самооценка внешности, приобретая в дальнейшем достаточно устойчивый характер. Образуется и актуализируется в сознании связь между идеалом внешней привлекательности личности и самооценкой внешности. Для здоровых подростков характерно наличие достаточно структурированного идеала внешней привлекательности, но

с отсутствием прямой связи между самооценкой внешнего облика, эмоциональным фоном настроения и установкой личности на приятие (неприятие) себя. Опосредованность этой связи задается деятельностью общения.

Для шизофренического процесса в подростковом и юношеском возрасте, где на ранних этапах на первый план выступает дисморфофобический синдром, характерно сочетание формальной связи между идеалом внешней привлекательности и самооценкой внешнего облика. У больных отмечается низкий уровень оценки своего внешнего облика, часто сочетающийся с негативным отношением к последнему, слабая степень организованности идеальных представлений о собственном внешнем облике, установка на неприятие собственного Я.

Особую группу работ в рамках этого направления представляют исследования образа физического Я у больных с различными дефектами внешности, в частности, с заболеваниями кожи. Как известно, тело выступает в роли выразительного средства, обращенного к другим, и кожа в данном случае выполняет ряд важных функций. Во-первых, кожные покровы отражают различные эмоциональные состояния, прямо участвуя в качестве средства в процессе общения. Во-вторых, кожа несет не только значительную коммуникативную нагрузку, но и имеет эстетическую ценность. Переживания больных с поражениями кожи открытых частей тела и, в первую очередь, лица проявляются чувством стыдливости, скованности, ощущением собственной ущербности. Молодые люди особенно тяжело переживают свою дефектную внешность, у них более часто возникают мысли о неполноценности, уродливости. Показано, что отношение к дефекту своей внешности в значительной мере зависит от отношения к нему со стороны окружающих (Шафранская, 1981).

от особенностей личности больного (Квасенко, Зубарев, 1980).

В работах, проведенных под руководством В.В.Николаевой (Николаева, Сафонова, Сидельникова, 1983; Николаева, Рыбина, Елецкий, 1984; Энслен, 1984; Жук, 1985), показана зависимость особенностей отношения к дефекту от характера той социальной ситуации развития, в которой оказался больной. Как известно, Выготский отмечал, что "органический дефект ... реализуется как социальная ненормальность поведения ... Физический дефект вызывает как бы социальный вывих ..." (Выготский, 1980, с.24). В исследованиях отмечается, что представление об эстетически отрицательном воздействии на окружающих дефектов кожи лица часто переоценивается больными. Мнение о своей внешности сильно понижается. В экспериментах выявлено компенсаторное повышение мнения о своих душевных качествах.

В этих исследованиях искаженный образ физического Я описывается как один из вариантов "внутренней картины болезни", представленной на следующих уровнях: эмоциональном, уровне эмоциональной реакции на болезнь, позвательном и мотивационном (Николаева, 1976). Показано, что наиболее острая реакция на эстетический дефект наблюдается в пубертатном возрасте. У больных после 20 лет ведущим становится мотивационный уровень внутренней картины болезни - наблюдается тенденция к приспособлению и преодолению дефекта. Человек привыкает к своей наружности, внутренне принимает ее и, находя определенную компенсацию ее недостаткам, перестает обращать на них внимание.

Негативное отношение к своему внешнему облику отмечено и при других заболеваниях. Так, в работе Мариловой (1984) выявлена крайне низкая оценка своей "женственности" у женщин, перенесших операцию удаления молочной железы.

В ряде работ описываются различные варианты реакции на дефект. Кон (1978) описывает следующие: исправление путем напряженных усилий, формирование эгоцентрической направленности — смотреть на мир сквозь призму своего несчастья, уклонение от осознания неприятного качества, компенсация недостатка достижениями в другой области. Существует много других классификаций реакции на дефект (Резникова, Смирнов, 1976; Квасенко, Зубарев, 1980).

Другая часть работ этого направления непосредственно направлена на анализ связи между эмоционально-ценностным отношением к своей внешности и другими переменными Я-концепции. Чаще других для этого используются методы, предложенные Журардом и Секордом (**Jourard** , **Secord** , 1955) — "шкала отношения к телу" и "шкала самоотношения". В первой методике испытуемые должны оценить по 7 балльной шкале "нравится — не нравится" 46 частей и качеств собственного тела. Суммарный показатель удовлетворенности телом сравнивается с общим показателем удовлетворенности собой, полученным с помощью 2-й методики. Если в первой методике испытуемые оценивают такие понятия как "нос", "ноги" или "цвет глаз", то во 2-й речь идет о "силе воли", "вкусе в одежде", "популярности" и т.п. Результаты исследований показали, что существует высокая положительная корреляция между удовлетворенностью телом и удовлетворенностью собой (там же). Последующие работы подтвердили эти данные. (**Johnson** , 1956; **Ganderson** , **Johnson** , 1965).

В более поздних исследованиях обнаружено, что только определенные зоны тела оказывают влияние на самооценку и степень самоуважения личности (**Mahoney** , 1974; **Mahoney** , **Finch** , 1976). Существует высокая зависимость между уровнем личностной

депрессии и степенью неудовлетворенности телом (**Marsella** , 1981). Высокая корреляция обнаружена между удовлетворенностью телом и ощущением личностной защищенности (**Weinberg** , 1960). Отмечена высокая зависимость между успешностью самореализации и оценкой собственного тела (**Zion** , 1968).

Второй подход представлен работами по изучению точности восприятия своего тела. Как правило, эти исследования основаны на использовании различных аппаратурных методик - зеркал с меняющейся кривизной, подвижных рамок, искаженной фотографии, телевидеотехники и т.п. Получены интересные данные о зависимости точности самовосприятия от состояния сознания испытуемого (**Savage** , 1955; **Gill** , **Brenman** , 1959), от возраста (**Katcher** , **Levine** , 1955; **Nash** , 1951), от культурных стереотипов (**Arkoff** , **Weaver** , 1966), от коэффициента умственного развития (**Shontz** , 1963; **Shaffer** , 1964), от самооценки (по Бодалеву, 1965). В ряде работ показано, что при различных видах психической патологии, особенно при нервной анорексии (**Garner** , 1976; 1981) и шизофрении (**Cleveland** , 1962) наблюдаются выраженные нарушения восприятия собственного тела. Подобные нарушения отмечаются и у лиц, страдающих ожирением (**Garner et al** , 1976).

IV. Четвертое направление исследований образа тела, где тело выступает как организм, наиболее многосторонне. Не пытаясь его описать в силу огромного многообразия подходов внутри него, мы лишь укажем на малую часть изучаемых здесь проблем: "внутренняя картина болезни", "алекситимия", "ипохондрия", "осознание телесных импульсов", "обратная биологическая связь", "саморегуляция" и т.п.

Особую и весьма сложную проблему представляет связь и со-

отношение между используемыми различными авторами терминами, касающимися различных аспектов телесного опыта. Мы намеренно вынесли обсуждение этой проблемы во вторую часть обзора, чтобы представленный в первой части материал помог читателю реальнее представить, какие эмпирические факты и теоретические конструкции стоят за каждым из терминов. Ключевым и самым частым понятием в данной области является понятие "образ тела" (в советской психологии его синонимом является "образ физического Я").

Анализ литературы позволяет выделить три главных подхода к его определению.

Первый представлен работами, в которых образ тела рассматривается как результат активности определенных нейронных систем, а его исследование сводится к изучению различных физиологических структур. В этом случае понятие "образ тела" часто отождествляют со "схемой тела". Понятие "схема тела" было предложено Боньером в 1893 году и активно использовалось в работах Хэда (**Head**, 1920). Оно означает пластичную модель собственного тела, которую каждый строит, исходя из соматических ощущений. Схема тела обеспечивает регулировку положения частей тела, контроль и коррекцию двигательного акта в зависимости от внешних условий.

Работы Хэда вызвали к жизни большое количество клинических особенно неврологических, исследований по восприятию тела, опирающихся на понятие "схема тела". Факты нарушения телесного осознания (например, потеря ощущения тела при левосторонней гемиплегии и феномен "фантомной конечности") вели к поискам мозговой локализации схемы тела. Была выдвинута гипотеза о том, что нарушение переживания тела типа анозогнозии обусловлено посредствием теменной доли субдоминантного полушария (**Head**,

1920). Более поздние работы показали, что в осуществлении акта телесного осознания принимают участие обе теменные доли, сенсомоторная кора, теменно-затылочная область, височные отделы головного мозга и некоторые подкорковые ядра (Дурия, 1969; Бехтерева, 1974; **Shontz**, 1969). Системные исследования двигательного акта, проведенные Бернштейном (1966), показали огромную роль обратной афферентации в нормальном функционировании схемы тела.

Однако попытки отождествления схемы тела и образа тела предпринимаются лишь в работах физиологов и неврологов. В психологических исследованиях эти понятия четко разводятся, хотя и по различным основаниям. Например, Федерн (**Federn**, 1952) считает, что схема тела описывает стабильное, постоянное знание о своем теле, а образ тела является ситуативной психической репрезентацией собственного тела. Более признанным и распространенным основанием разведения этих понятий является различная природа феноменов, стоящих за ними: схема тела определяется работой проприорецепции, а образ тела рассматривается как результат осознанного или неосознанного отражения, связанного с высшим личностным уровнем (**Sanglade**, 1984; **Fisher, Cleveland**, 1958; **Bennet**, 1960).

Но какие бы основания не выделяли авторы, все они сходятся на том, что схема тела — это не психологическая, а физиологическая категория.

В ряде работ схема тела рассматривается как низший уровень образа тела (**Eysenk**, 1975; **Shontz**, 1981; **Shilder**, 1964).

Более сложная картина наблюдается в отечественной психиатрии. Дело в том, что здесь традиционно используется термин

"схема тела", а термин "образ тела" вообще не "прижился". В то же время, в определениях, при описании нарушений "схемы тела" (т.н. "аутометаморфопсия") наблюдается некоторое смешение как физиологических, так и психологических моментов. Известный советский психиатр Меерович, определяя "схему тела" как "отражение в нашем сознании основных качеств и способов функционирования как отдельных частей нашего тела, так и тела в его совокупности" (Меерович, 1948, с.40), показал, что в основе расстройств схемы тела (аутоскопия Фере, геатоскопия Меннингера-Лерхенталя, синдром динамических нарушений схемы тела Раздольского, нарушения схемы тела Ленца и др.) лежат не только деструктивные процессы в головном мозге, но и определенные механизмы бредового характера.

Второй подход рассматривает образ тела как результат психического отражения, как определенную умственную картину своего собственного тела. Внутри данного подхода происходит смешение нескольких понятий. В частности, Чаплин (**Chaplin** , 1974), определяя образ тела как "представление индивида о том, как его тело воспринимается другими" (там же, с.85), считает образ тела синонимом "концепции тела". По мнению Беннета (**Bennet** , 1960), "концепция тела" - лишь один аспект образа тела, другим является "восприятие тела". Последнее рассматривается им, как в первую очередь, зрительная картина собственного тела, а "концепция тела" определяется операционально: это "набор явлений, называемых индивидом, когда он описывает тело, отвечая на вопросы опросника или рисуя фигуру человека" (там же, с.56). Причем если индивид описывает абстрактное тело, то это "общая концепция тела", если же свое собственное - это "собственная концепция тела". В отличие от "восприятия тела" на "концепцию

тела" в большой степени оказывают влияние мотивационные факторы.

Представители третьего подхода рассматривают образ тела как сложное комплексное единство восприятий, установок, оценок, представлений, связанных и с телесной внешностью и с функциями тела (Shilder , 1964; Fisher , 1970; Shontz , 1969; 1981; Kolt , 1959). Такой взгляд на образ тела в настоящее время наиболее распространен. Сходные представления об образе физического Я существуют и в советской психологии, где он рассматривается как один из элементов образа Я, самосознания (Кон, 1981, 1984; Чеснокова, 1977; Столин, 1983; Коркина, Зейгарник, Ничипоров, 1981).

Несмотря на обилие экспериментальных исследований образа физического Я, приходится признать, что представление о его структуре существует лишь в единичных работах (Shontz, 1981; Shonfeld, 1963). В то же время, на необходимость разработки адекватного для практического применения представления о структурных компонентах образа тела и их взаимосвязях указывает ряд авторов (Bruch , 1973; Garner , 1981), мотивируя это тем, что знание характера функционирования образа тела, его связи с личностными особенностями окажет значительную помощь в понимании и лечении таких заболеваний как нервная анорексия и ожирение, при которых нарушения телесного самосознания входят в число ведущих симптомов.

§ 2. Исследование образа "физического Я" у больных нервной анорексией

Нервная анорексия чаще всего возникает у молодых девушек в пубертатном и постпубертатном возрасте. Наиболее яркой кли-

нической характеристикой этого заболевания является специфическое "аноректическое поведение", выражающееся в упорном и тщательно скрываемом от окружающих стремлении к ограничению себя в еде с целью похудения. Стойкое, активное, ничем не корректируемое ограничение в еде приводит к падению массы тела, выраженной кахексии, дистрофическим изменениям наиболее важных жизненных органов, вторичным соматоэндокринным сдвигам. В тяжелых случаях нервной анорексии возможен летальный исход.

У всех больных физическое истощение является результатом активного ограничения в приеме пищи в связи с патологической убежденностью в наличии излишней полноты. С целью избавления от "уродства" и достижения "стройной и изящной фигуры" больные прибегают не только к уменьшению количества потребляемой пищи, но и к вызыванию искусственных рвот после приема пищи, усиленным занятиям физическими упражнениями, приему больших доз слабительных средств. Такой характер пищевого поведения приводит к выраженному похуданию вплоть до кахексии с полным отсутствием подкожножирового слоя, трофическим изменениям внутренних органов и кожи, выпадению волос, разрушению зубов, авитаминозу, анемии, аменорее и лануго (Коркина, Цивилько, Марилов, Карева, 1978; Коркина, 1984).

В последнее время выделяют две отдельные подгруппы больных нервной анорексией: а) больные, стойко ограничивающие себя в еде, и б) больные с булимическим поведением - неожиданными приступами интенсивного и ненасыщаемого голода, ведущими к неконтролируемому, безудержному поглощению огромного количества пищи в короткий промежуток времени с последующим вызыванием искусственных рвот или приемом большого количества слабительных средств. Подчеркивается, что у больных второй подгруппы

выше показатели поведенческой нестабильности, чаще наблюдается преморбидное ожирение и ожирение у родителей, выше частота депрессивных эпизодов, которые развиваются одновременно с аноректическим поведением, чаще наблюдается поведение, подверженное импульсивным нарушениям (клептомания, алкоголизм), больше стрессовых жизненных событий, предшествовавших началу процесса ограничения себя в еде, чаще наблюдаются внутрисемейные конфликты и психопатология у родителей (Russell, 1979; Beumont, 1976; Gartinkel et al, 1980; Strober et al, 1981; 1982; Lacey, 1982; Halmi, 1983).

Одним из наиболее интригующих аспектов нервной анорексии является игнорирование крайне истощенными пациентками собственной худобы и оценка ими своего тела как вполне нормального или даже "толстого" (Коркина, Цивилько, Марилов, 1986). В современной психологической литературе этот феномен определяется как один из вариантов искажения "образа тела" (OT).

Первое описание подобного нарушения при нервной анорексии принадлежит Брух (Bruch, 1962). Она считает, что "то, что является патогномичным для нервной анорексии - это не выраженность в процентах расстройств питания, ..., а в большей степени расстройства образа тела и связанное с этим отсутствие представления об истощении ..." (там же, с.187).

Брух (Bruch, 1962, 1973) описала три области перцептивных и концептуальных нарушений при нервной анорексии: 1) искажение OT (т.е. нарушение точности восприятия определенных пропорций своего тела); 2) нарушение точности восприятия и когнитивной интерпретации телесных ощущений (например, неосознание чувства голода или усталости); 3) парализующее и всеохватывающее чувство беспомощности. Это "ощущение себя как не

контролирующих собственное поведение, потребности и импульсы, как не обладающих своими собственными телами, как не имеющих центр тяжести внутри себя" (Bruoh , 1973, с.55), по мнению Брух, лежит в основе двух первых дефектов самовосприятия у больных нервной анорексией.

Не так давно в новой американской диагностической системе DSM -III (1980) эта точка зрения была поддержана. Искажение ОТ, т.е. утверждение об ощущении полноты даже при истощении (Diagnostic and..., 1980, с.69), рассматривается там как второй из пяти необходимых диагностических критериев нервной анорексии. Этот критерий входит и в другие диагностические системы (Feighner et al , 1972; Askevold , 1983).

Несмотря на усиленный интерес к проблеме нарушения самовосприятия при нервной анорексии, этот феномен остается непонятным. Большинство экспериментальных исследований фокусируется на изучении восприятия размеров собственного тела. Методики, используемые для этого, относятся к группе "прямых" (см. Дорожевец А.Н., 1985) и, как правило, основаны на использовании определенных аппаратурных приемов. Условно их можно разделить на две группы: 1. Методики, направленные на измерение точности восприятия отдельных параметров своего тела. 2. Методики, направленные на измерение точности восприятия тела в целом.

1. К первой группе методик относятся: а) методика "подвижных отметчиков" и б) "точечная" методика.

а) Методика "подвижных отметчиков" впервые была предложена Рейтманом и Кливлендом в 1964 г. (Reitman , Cleveland , 1964) и заключается в следующем: на горизонтальной планке находятся два подвижных отметчика, меняя расстояние между которыми, испытуемый демонстрирует размеры различных параметров

своего тела.

Используя модификацию этой методики, Слэйд и Рассел (Slade, Russell, 1973) установили, что больные нервной анорексией переоценивают по сравнению с контрольной группой ширину специфических участков тела (лицо, грудь, талия, бедра). Более того, потеря веса после выхода из больницы, согласно их данным, соответствовала внутрибольничной переоценке размеров тела.

Эта первая и столь успешная попытка подтверждения гипотезы о переоценке размеров тела больными нервной анорексией повлекла за собой ряд аналогичных исследований, принесших, однако, менее оптимистические результаты. Крисп и Кэласи (Crisp, Kaloupek, 1974) годом позднее также подтвердили мнение об искажении ОТ у больных нервной анорексией, которое особенно усиливалось после принятия богатой углеводами пищи, но в то же время они сообщили о том, что контрольная группа испытуемых в той же степени переоценивала размеры собственных тел, что и больные нервной анорексией.

Последующие многочисленные исследования ОТ с помощью методики "подвижных отметчиков" принесли крайне противоречивые результаты. Хотя в нескольких работах и сообщается о большей переоценке ширины тела больными нервной анорексией, чем контрольными испытуемыми (Fries, 1977; Pierloot, Houben, 1978), в большинстве исследований не обнаружено значимых различий в восприятии размеров тела между больными нервной анорексией и контрольной группой испытуемых (Button, Fransella, Slade, 1977; Casper et al, 1979; Ben-Tovim et al, 1979). Кроме этого, значительная переоценка размеров тела обнаружена у беременных (Slade, 1977), очень толстых и очень худых жен-

щин (Garner et al , 1976; Fries , 1977).

Таким образом, исходя из результатов, полученных с помощью методики "подвижных отметчиков", ряд авторов делает вывод о том, что переоценка размеров собственного тела является не прерогативой нервной анорексии, а более широко распространенным феноменом (Casper et al, 1979; Ben-Tovim et al , 1979). Другие исследователи считают, что это обусловлено недостатками методики, являющейся слабым средством для дифференциации нормы и патологии (Button et al , 1977; Goldberg et al , 1977; Garner et al , 1976; Garner , 1981; Freeman et al , 1984).

б) "Точечная" методика. Эту методику в 1975 году предложил Аскевольд (Askevold , 1975). Испытуемый, стоя перед листом бумаги, прикрепленным к стене, и держа 2 карандаша должен отмечать точками контур собственного тела так, словно он "видит" себя в зеркале.

В нескольких исследованиях, выполненных с помощью этой методики, были получены довольно обнадеживающие результаты - больные нервной анорексией в большей степени, чем контрольная группа испытуемых переоценивали размеры собственных тел (Askevold , 1975; Pierloot , Houben , 1978; Wingate , Christie , 1978; Meermann , 1983). Лишь в одной работе не было получено значимых различий в степени переоценки между больными и контрольной группой (Stober et al , 1979). В то же время нельзя не отметить, что переоценка наблюдалась и в контрольной группе испытуемых, хотя и в меньших масштабах, чем у больных нервной анорексией (Meermann , 1983).

Существует модификация описанного метода, в которой масштаб изображения не 1 : 1, а 1 : 3 (Meermann , Fichter ,

1981).

2. Вторая группа методик основана на использовании сложных технических средств, способных исказить действительное изображение испытуемого в сторону его "похудения" или "потолстения". В отличие от первой группы методик здесь испытуемый должен ориентироваться на ширину всего тела в целом, а не на размеры его отдельных параметров. С одной стороны, это качество методики является ее недостатком - испытуемый, видя свое тело полностью, в большей степени способен к коррекции самовосприятия. Но, с другой, эта методика способствует более прямому сличению внешнего изображения с субъективным образом собственного тела.

Впервые подобную методику, названную "методикой искаженной фотографии" к больным нервной анорексией применили исследователи из Торонтовской группы (Garner et al, 1976; Garfinkel, 1977; 1978; 1979). В клинической характеристике этих больных переоценка оказалась четким предсказателем плохого прогноза. В то же время половина больных ожирением так же переоценила размеры своих тел (Garner et al, 1976).

В более позднем исследовании Гарнер (Garner, 1981) получил результаты, свидетельствующие о том, что лишь третья часть больных нервной анорексией переоценивает ширину своих тел в большей степени, чем контрольные испытуемые. Остальные или переоценивают незначительно, или даже недооценивают, причем последние демонстрируют значительно меньше аноректических и депрессивных симптомов (Garner, 1981).

В совсем недавнем исследовании показано, что больные нервной анорексией значительно превосходят контрольную группу испытуемых как по переоценке ширины тела, так и по недооценке

(Touyz et al , 1984).

В последнее время становится популярным использование для целей изучения самовосприятия телевидеотехники. Полученные результаты также неоднозначны. Хотя в обоих исследованиях больные нервной анорексией видят себя толще, чем контрольные испытуемые, в одном они переоценивают себя (Freeman et al , 1984), в другом - недооценивают (Meermann , 1983).

Достаточно противоречивые результаты заставляют исследователей искать различные внешние и внутренние переменные, влияющие на степень переоценки размеров тела у больных нервной анорексией. Было получено много интересных, хотя иногда и противоречивых данных. Так, длительность госпитализации в одних случаях приводит к редуцированию переоценки (Slade , Russell , 1973), а в других - не влияет (Button et al , 1977). Прием насыщенной углеводами пищи усиливает переоценку (Crisp , Kaloupek , 1974), но калорийность пищи практически никакого влияния не оказывает (Garfinkel et al , 1977, 1979). Была обнаружена связь между величиной переоценки размеров тела и "степенью рвотной тенденции" (Button et al , 1977), а также различными interoцептивными нарушениями, например, невозможностью вызвать чувство отвращения к вкусу сахара (Garfinkel et al , 1978, 1979). В одних исследованиях указывается на относительно высокую стабильность восприятия размеров тела, поскольку рассматривание себя в зеркале не приводит к большей точности самовосприятия (Garfinkel et al , 1978), в других же одной из важнейших характеристик ОТ больных нервной анорексией объявляется его нестабильность, т.к. возможность увидеть себя в зеркале позволяет пациенткам значительно уменьшить степень переоценки (Pierloot , Houben , 1978; Norris ,

1984).

Особое внимание должно быть уделено влиянию возрастного фактора на процесс самовосприятия. В исследованиях Халми с сотрудниками (Halm et al , 1977) показано, что существует обратная связь между возрастом испытуемого и степенью переоценки ширины тела. Было обследовано 86 подростков 11-18 лет и обнаружено, что чем меньше возраст, тем выше тенденция к переоценке ширины тела и недооценке роста. Авторы объясняют эти результаты с позиций теории перцептивного развития Ж.Пиже и считают, что ошибки самовосприятия могут быть возрастным феноменом.

Получено много данных и о влиянии на процесс самовосприятия различных личностных характеристик. Обнаружена прямая зависимость между величиной переоценки и слабой "силой Я" (Wingate , Christie , 1978), высоким уровнем невротизма, низким уровнем самоконтроля (Crisp , Kaloupek , 1974), внешним локусом контроля (Garner , 1981).

Большинством исследователей отмечается, что пациентки с выраженными нарушениями ОТ более резистентны к терапии, психосексуально незрелы, с большим трудом набирают вес и имеют более высокую тенденцию к рецидиву, чем пациентки с умеренными нарушениями ОТ. В тоже время отмечено, что у больных с булимией ОТ искажает значительно больше, чем у "воздерживающихся" (Garner et al, 1985; Williamson et al , 1985; Touyt et al , 1985).

Таким образом, работающие в данной области клинические психологи и психиатры в настоящее время столкнулись со следующими фактами: лишь определенная часть больных нервной анорексией (от 30% до 50%) переоценивают размеры своего тела, другая

же часть больных, как правило, их недооценивает; некоторые группы психически здоровых лиц имеют аналогичную тенденцию к переоценке ширины собственных тел. Вопрос о том, какой общий фактор стоит за этой тенденцией, пока остается открытым. Тем не менее сама идея о специфических искажениях ОТ у больных нервной анорексией не отвергается. Более того, многие авторы убеждены в том, что коррекция искаженного ОТ является необходимым условием успешного лечения нервной анорексии.

§ 3. Исследования образа физического Я у больных ожирением

Ожирением называют увеличение массы жировой ткани как составной части организма. При ожирении масса тела превышает идеальную на 10-15% и более.

Ожирение приводит к развитию многочисленных осложнений, затрагивающих все системы организма (наиболее частые осложнения - сахарный диабет, артериальная гипертония, атеросклероз, дегенеративные заболевания сердца и т.п.).

Для развития ожирения необходимы три условия: повышенное поступление пищи в сочетании с малыми энергозатратами; недостаточная мобилизация жира из жировых депо; избыточная выработка жира из углеводов. Таким образом, при ожирении всегда наблюдается преобладание энергетического поступления над энергетическими затратами.

Ожирение относится к группе полиэтиологических страданий, к его этиологическим факторам можно отнести наследственную предрасположенность, стрессовые состояния, пренатальные и постнатальные вредности, перенесенные заболевания, срыв энергетического баланса в периоды гормональных перестроек, условия

воспитания и пищевой стереотип в семье.

Наиболее распространенной отечественной классификацией ожирения, построенной по патогенетическому принципу, является следующая:

I. Экзогенно-конституциональное ожирение (В.Г.Спесивцева, Е.А.Васюкова), или обменно-алиментарное ожирение (А.М.Степанян-Тараканова), или первичное общее ожирение взрослых (М.И.Егоров, Л.М.Левитский), или спонтанное эссенциальное первичное ожирение (В.Г.Баранов).

II. Церебральное ожирение.

III. Эндокринное ожирение.

Наиболее изучены вопросы патогенеза эндокринных форм ожирения (синдром Иценко-Кушинга, гипотиреоз, ожирение при сахарном диабете и т.п.). Наиболее сложен подход к экзогенно-конституциональной и церебральной формам ожирения. В том и другом случае имеет место первичная либо вторичная патология церебральных регулирующих систем мозга. Однако вопрос об исключительно вторичной заинтересованности этих систем при экзогенно-конституциональной форме ожирения до сих пор дискутируется, хотя в настоящее время большинство исследователей признают первичный характер нарушений в церебральном звене регуляции и при этой форме ожирения.

Непосредственно к церебральным формам ожирения принято относить органическое поражение церебральных структур опухолью, кистой, инфекционным процессом и т.п. Однако значительно чаще врач имеет дело с церебральной формой ожирения, при которых отсутствуют признаки органического текущего заболевания мозга. Более того, предпринятые патологоанатомические исследования у больных с четко очерченной формой гипоталамического синдрома

не выявили морфологических деструктивных изменений в этой области. Все это свидетельствует об отсутствии четких границ между экзогенно-конституциональной и церебральной формами ожирения.

Глубокое сравнительное исследование этих двух форм ожирения с анализом клинических нейро-обменно-эндокринных и неврологических проявлений, а также эмоционально-мотивационных, веге-

цин (Garner et al , 1976; Fries , 1977).

Таким образом, исходя из результатов, полученных с помощью методики "подвижных отметчиков", ряд авторов делает вывод о том, что переоценка размеров собственного тела является не прерогативой нервной анорексии, а более широко распространенным феноменом (Casper et al, 1979; Ben-Tovim et al , 1979). Другие исследователи считают, что это обусловлено недостатками методики, являющейся слабым средством для дифференциации нормы и патологии (Button et al , 1977; Goldberg et al , 1977; Garner et al , 1976; Garner , 1981; Freeman et al , 1984).

б) "Точечная" методика. Эту методику в 1975 году предложил Аскевольд (Askevold , 1975). Испытуемый, стоя перед листом бумаги, прикрепленным к стене, и держа 2 карандаша должен отмечать точками контур собственного тела так, словно он "видит" себя в зеркале.

В нескольких исследованиях, выполненных с помощью этой методики, были получены довольно обнадеживающие результаты - больные нервной анорексией в большей степени, чем контрольная группа испытуемых переоценивали размеры собственных тел (Askevold , 1975; Pierloot , Houben , 1978; Wingate , Christie , 1978; Meeremann , 1983). Лишь в одной работе не было получе-

но различался. В первую очередь это касалось строения женского тела, к которому общество предъявляло значительно больше требований, чем к мужскому. Существенно различался и "антиидеал", т.е. тот тип телосложения, который оценивался как непривлекательный или даже безобразный. Субъекты с отклоняющейся от эстетических стандартов фигурой приравнивались к лицам с физическими дефектами внешности со всеми вытекающими отсюда психологическими и социальными последствиями.

В последнее время в таком положении все больше и больше оказываются женщины, страдающие выраженным ожирением. В первую очередь это связано с тем, что в западной культуре за последние 15-20 лет идеал женского телосложения сместился с "чувственной" округлой фигуры в сторону более худощавой и спортивной. Общая эстетическая выразительность облика и, в частности, степень соответствия его физической наружности идеалам красоты в значительной степени влияет на формирование у других людей мнения о его личностных качествах (Бодалев, 1983). По этой причине к тучным людям относятся как к "физически, психически, эмоционально, морально или эстетически ущербным" (Allon, 1973, с.85)^I. Отмечено, что отношение к толстым людям более негативное, чем к людям с органическими дефектами (Hiller, 1982), поскольку большинство людей рассматривает ожирение как дефект, вызванный ленью, слабым контролем над импульсами, или неприятием рекомендаций (Grinder, 1975). Уже в детских описаниях андоморфная конституция связывается с ленью, неряшливостью,

^I В то же время в некоторых культурах и субкультурах полнотой тела восхищаются и часто рассматривают как необходимый вторичный половой признак (Rudofsky, 1972). В таких культурах полноту тела оценивают как символ успеха и экономической независимости (Powers, 1980).

безобразностью, нечестностью, жульничеством (Caskey , Felker 1971; Staffieri , 1967).

Эндоморфный соматип оценивается как наиболее непривлекательный (Glausen , 1975; Cascaly , Borges, 1979; Yates , Taylor , 1978), причем женщины по сравнению с мужчинами в значительно большей степени демонстрируют негативное отношение к собственному телу, если некоторые из его частей отклоняются от "идеала" (Verscheid et al , 1973). Наибольшая неудовлетворенность выражалась женщинами по отношению к размерам туловища (59%), ягодиц (60%), бедер (71%). Также 70% женщин по сравнению с 45% мужчин были недовольны весом своего тела.

Мощное социальное давление на страдающих ожирением приводит к крайне низкой аффективной оценке собственного тела и различным вторичным психопатологическим нарушениям от легкой депрессии до выраженной аутизации с избеганием любых межличностных контактов (Bruch , 1973). Так, Монелло и Майер (Monello , Mayer , 1963) установили, что тучные подростки имеют личностные черты, сходные с таковыми у представителей других социальных групп - "жертв предрассудков".

В исследовании Стункарда и Мендельсона (Stunkard , Mendelson, 1967) показано, что тучные люди оценивают свое тело как "вызывающие отвращение" и "нелепые", причем эта оценка в дальнейшем не изменяется даже в тех случаях, когда вес тела уменьшался. Напротив, в исследовании Джаппа с коллегами (Sarr et al, 1983) с помощью "теста омонимов"^I установлено, что по ме-

^I "Тест омонимов" (Secord , 1953) представляет собой ассоциативный эксперимент, в котором стимулами являются слова с двойным смыслом - связанным с телом или его функциями и не связанным (например, "ритм" - сердечный или какой-либо другой).

ре уменьшения веса в процессе лечения у больных значительно уменьшается бессознательная "озабоченность телом", что проявляется в уменьшении "телесных ответов".

У больных ожирением крайне низкая аффективная оценка собственной внешности приводит к значительному падению общей самооценки и самоуважения (Stunkard , Mendelson , 1967).

Особенно негативное отношение к собственному телу отмечено у подростков, страдающих ожирением. В эксперименте Сэлэйда (Salade , 1972) 600 подросткам предлагалось проранжировать по шкале "нравится - не нравится" 6 карточек, на которых были изображены нормальный подросток, подросток с протезом и костылями, подросток в инвалидной коляске, подросток с ампутированной рукой, подросток с легким косметическим дефектом лица, очень толстый подросток. Почти все тучные подростки в качестве наиболее непривлекательного изображения выбрали изображение тучного сверстника.

Все исследователи делают вывод, что в настоящее время ожирение рассматривается как "социальное клеймо", которое порождает негативное отношение к внешности и всей личности больных и крайне тяжело переживается самими больными.

Второе направление представлено работами, имеющими ту же цель, что и исследования образа физического Я у больных нервной анорексией - анализ особенностей восприятия больными ожирением собственной внешности. Эти исследования основываются на предположении, что существует тесная связь между особенностями строения тела, точнее, степенью его соответствия средним стандартам, и точностью самовосприятия.

Были получены данные о том, что субъекты с отклоняющимся строением тела делают значительно больше ошибок при оценке

своей внешности, чем субъекты с нормальной внешностью. Очень толстые и очень худые студенты колледжа имели тенденцию к переоценке размеров своих тел (Shonbruch , Schell , 1967). Значительные искажения восприятия своей внешности у больных ожирением выявлены в других исследованиях (Friess , 1977; Glucksmann , Hirsch , 1969; Slade , Russell , 1973).

Стоит отметить, что во многих работах больные ожирением выступали не как специальный объект исследования, а в качестве контрольной группы для сравнения их результатов с результатами больных нервной анорексией. Гарнер с коллегами (Garner et al , 1976) с помощью методики "искаженной фотографии" показали, что толстые испытуемые в основном переоценивают ширину своего тела по сравнению с нормально сложенными испытуемыми. Сходные данные были получены в других исследованиях (Slade , Russell , 1973; Fries , 1977).

Однако поиски фактора, определяющего величину и направление искажения успехом не увенчались. Единственным показателем, тесно связанным с величиной переоценки, оказался вес испытуемого: "очень толстые" оказались значительно менее точными , чем "умеренно толстые" (Collins et al , 1983). Однако в других исследованиях подобной закономерности обнаружено не было.

Несмотря на то, что фактор, лежащий в основе искажения самовосприятия у больных ожирением, не обнаружен, многие авторы рассматривают нарушения образа физического Я в качестве одного из важнейших симптомов ожирения. Во-первых, указывается на то, что для больных ожирением характерно неразличение физиологических индикаторов таких состояний как голод, гнев, страх, тревога и т.п. Подобное нарушение осознания телесных сигналов приводит к тому, что больные ожирением не знают, ког-



да они "физиологически голодны". Это предположение лежит в основе "экстернальной теории ожирения" С.Шехтера, оригинальные эксперименты которого показали, что у тучных людей нет взаимосвязи между внутренним физиологическим состоянием и "поведением питания", но, с другой стороны, имеется очень тесная связь между подобным поведением и "обстоятельствами питания" (вкусная пища, соответствующая обстановка и т.п.) (см. Трусов, 1980).

Во-вторых, многие исследователи указывают на дезадаптирующую роль переоценки ширины тела у больных ожирением, которая приводит к еще большему снижению самооценки и самоуважения (Bruch, 1973). Указывается на то, что коррекция неадекватного образа физического Я должна стать необходимым этапом в общей психотерапевтической работе с больными ожирением.

Итак, анализ литературы, посвященной изучению искажения самовосприятия при нервной анорексии и ожирении, показывает, что, несмотря на обилие экспериментальных исследований по этой теме, не выявлено фактора, лежащего в основе этого феномена. На наш взгляд, описанные выше исследования страдают следующими недостатками. Во-первых, ни в одной из работ при анализе результатов не учитываются особенности этапа течения болезни, на котором находятся в момент обследования испытуемые. В первую очередь это касается больных нервной анорексией. В большинстве случаев остается неясным, о каких больных идет речь - о еще борющихся с "ужасной полнотой" или о уже достигших своей цели истощенных больных. Это важно, поскольку показано, что больные нервной анорексией на разных этапах течения болезни характеризуются совершенно различными поведенческими и психическими особенностями.

Во-вторых, жесткая парадигма западной клинической психо-

логии приводит к совершенно разделительному рассмотрению когнитивных и аффективных компонентов самовосприятия. В то же время, даже поверхностный анализ полученных результатов позволяет заметить тесную связь между особенностями искажения восприятия своего внешнего облика и характером эмоциональной его оценки.

Довольно устойчивые данные о переоценке ширины своего тела больными ожирением могут быть следствием сходного, стабильного эмоционального, в данном случае негативного, отношения этих больных к своей внешности. Нервная анорексия характеризуется большей динамикой, и, поэтому неоднозначные результаты об особенностях искажения образа тела у больных нервной анорексией возможно объясняются тем, что в качестве испытуемых в исследованиях выступали больные, находящиеся на разных этапах лечебного процесса и соответственно с разным аффективным отношением к своему внешнему облику. Не надо доказывать, что отношение к своей внешности у больной лишь начинающей худеть и той, которая уже привела себя к "норме", будет существенно различным. Косвенным подтверждением этому может служить обнаруженная Гарнером более высокая неудовлетворенность телом в группе "сильно переоценивающих ширину тела" по сравнению с группой "умеренно переоценивающих или не переоценивающих вообще" больных нервной анорексией (Garner, 1981).

Таким образом, анализ соответствующей литературы показал необходимость исследования особенностей самовосприятия с учетом его личностного компонента в виде аффективного отношения к собственной внешности.

§ 4. Конкретизация проблемы и формулировка гипотез экспериментального исследования искажения образа физического Я у больных ожирением и нервной анорексией

В рамках деятельностного подхода, развиваемого в советской психологии, а также в соответствии с принципом активности субъекта в качестве важнейшей характеристики познавательной деятельности человека выделяется ее личностная обусловленность. Изменяя психическую деятельность человека, болезнь часто затрагивает именно этот личностный ее компонент (Зейгарник, 1976; Поляков, 1982).

В ряде патопсихологических исследований показано, что те или иные нарушения при психических заболеваниях не выступают изолированно, а как правило, связаны с более общими изменениями личности и деятельности больного (Зейгарник, 1971; Коченов, 1970; Кожуховская, 1985; Соколова, 1976; Коченов, Николаева, 1978 и др.).

Роль личностного компонента ярко продемонстрирована в исследованиях восприятия, где оно рассматривается как деятельность, включающая в себя основную специфику человеческой психики - активность и пристрастность (Лурья, 1962; Киященко, 1965; Лурья, Хомская, 1966; Соколова, 1976; Рубинштейн, 1976). В этих исследованиях показано, что процесс восприятия строится в зависимости от мотивов испытуемого, продемонстрирована разная структура перцептивной деятельности у психически больных и здоровых испытуемых.

Особое развитие получил тезис о "личностном подходе" к восприятию у ряда зарубежных психологов, в частности, в школе

Исследования, проведенные в рамках этого направления, образуют две ветви: первая связана с разработкой проблемы перцептивной защиты (Брунер, Постмэн и др.), другая - с изучением индивидуальных различий в познавательных процессах (Виткин с коллегами, менингеровская группа - Клейн, Гарднер).

Брунер и Постмэн выделили два принципиально различных фактора, влияющих на процесс восприятия: аутохтонные и директивные. Первые определяются непосредственно свойствами сенсорных систем человека, благодаря которым формируется представление об относительно простых свойствах объекта. Директивные факторы восприятия отражают прошлый опыт человека, его установки, ценности, потребности, аффективные состояния. При этом исследователи хотя и подчеркивали, что аффективные факторы могут способствовать более точному и быстрому восприятию некоторых объектов (принцип резонанса и сенсильности), но чаще изучали искажающий характер такого влияния. Сам характер искажения определялся тезисом "восприятие - это деятельность, удовлетворяющая потребность" (Брунер, 1977).

В более поздних исследованиях Брунером было высказано предположение о том, что восприятие не является простым актом выражения аффективных состояний. Процесс влияния мотивационных факторов на восприятие является сложным, опосредованным процессом, а в качестве механизма, опосредующего это влияние, Брунером была предложена "гипотеза".

"Гипотеза" как специфическая когнитивная структура обладает рядом специфических особенностей, основной из которых является ее "сила", в свою очередь зависящая от ряда условий: частоты прошлого подтверждения, количества альтернативных гипотез, мотивационных факторов и т.д. Чем больше сила гипотезы, тем

больше вероятность ее актуализации при меньшем количестве стимульной информации.

Понятие "гипотезы" как фактора, опосредующего влияние аффективных факторов на когнитивные, близко к понятию "установки" особого типа, а именно "мотивационной установки" (Соколова, 1976).

Однако положения об опосредующей роли "гипотезы" не получили экспериментального подтверждения.

Более "экспериментальным" оказался подход Виткина с коллегами (Witkin et al, 1954; 1974), представляющих гештальт-психологическую ветвь личностного подхода к восприятию. В соответствии с гипотезами Виткина, структура задачи в той или иной степени детерминирует способ восприятия, но последний отражает также и некоторые особенности личностной организации индивида. Таким образом, исследования восприятия вводятся в контекст личностно-ориентированных исследований.

В экспериментах на восприятие пространственной ориентации внешнего объекта и собственного тела были выделены два типа восприятия: полезависимый и полenezависимый. Полезависимый тип восприятия характеризуется трудностью преодоления превалирующего влияния зрительного поля, невозможностью выделения из него изолированного элемента и т.п. (Соколова, 1976). Зависимость - независимость от поля рассматривается здесь как компонент когнитивного стиля - относительно устойчивой характеристики функционирования познавательных процессов, аффективной сферы, межличностных отношений.

В теории Виткина когнитивный стиль определяется базисной характеристикой - степенью когнитивной дифференцированности и является ее процессуальной характеристикой.

С формальной стороны уровень когнитивной дифференцированности такой системы как личность показывает степень специализации и сегрегации ее подструктур, их взаимосвязь. На феноменологическом уровне большей дифференцированности соответствует способность к более тонкому различению перцептивных стимулов, большая осознанность соматических ощущений, наличие развитого образа Я и специализированных форм защиты (Ротенберг-Ойзерман, 1971; Соколова, 1976; Егорова, 1981).

Дифференциация структуры личности приводит к меньшей подверженности когнитивных процессов и поведения аффективным влияниям. Это теоретическое положение подтверждено экспериментальными фактами: низкая когнитивная дифференцированность отмечена у лиц, поведение которых в значительной степени подвержено различным аффективным воздействиям - у алкоголиков (Witkin et al , 1959; Karp et al , 1965), больных диабетом (Karp et al , 1969), астматиков (Fishbein , 1963), кататоников (Janucci , 1964), истероидных личностей (Zukman , 1957). Высокая когнитивная дифференцированность выявлена у субъектов, чье поведение и суждения, наоборот, слабо зависят от внешних факторов: у лиц с параноидными (Janucci , 1964;) и обсессивно-компульсивными тенденциями (Zukman , 1957).

Этот аспект когнитивного стиля стал основным объектом исследований менингеровской группы. Сам когнитивный стиль определяется Клейном как относительно стабильная структура механизмов контроля, характеризующая индивидуальный тип адаптации и отражающаяся в особенностях познавательных процессов. При этом контроль понимается как индивидуальная стратегия решений познавательных задач, играющая роль медиатора во взаимоотношениях индивида с окружающей средой, определяющая характер взаимодей-

ствий между требованиями внешней и внутренней среды (Ротенберг-Ойзерман, 1971; Соколова, 1976).

Таким образом, в данных исследованиях показано, что когнитивный стиль является опосредующим фактором в процессе влияния мотивационных, аффективных факторов на когнитивные. Причем в теории Виткина акцент делается на уровне когнитивной дифференцированности, в теории Клейна в большей степени на одной из ее характеристик - рациональном контроле аффективных побуждений.

Введенное в дальнейшем Гарднером понятие "понятийной дифференцированности" являлось непосредственным распространением принципа "дифференцированности" Виткина на область когнитивных процессов и рассматривалось как показатель индивидуальной тенденции оперировать с объектами на определенном уровне обобщенности. В качестве такого объекта может быть рассмотрен и сам познающий себя субъект. В частности, показано, что лица с высоким уровнем понятийной (собственно когнитивной) дифференцированности используют значительно большее количество признаков при описании себя, чем лица с низкой степенью дифференцированности (Gardner, Shoen, 1962).

Соответственно различаются и подходы к определению индивидуальных особенностей, характеризующих когнитивный стиль: у Виткина это способность вычленять элемент из превалирующего "поля", отстраиваться от интерферирующих раздражителей; у Гарднера - способность при решении такого класса задач как свободная классификация, описание объектов выделять широкую систему признаков; Клейн, что для нас особенно важно, прямо указывает на связь этих особенностей познавательной деятельности с такими характеристиками личности как степень структурированности и иерархизированности мотивационной сферы, а также развитостью,

качеством и эффективностью самоконтроля влечений.

В целом, отвлекаясь от исторически сложившихся различий в подходах указанных авторов, в качестве основного показателя когнитивного стиля мы выделяем такую черту когнитивной сферы как степень ее дифференцированности. В нашем исследовании когнитивная дифференцированность рассматривается в трех аспектах: способность отвлечения от различных интерферирующих, в частности, эмоционально-значимых признаков; широта и адекватность признаков, выделяемых при восприятии объекта; степень аффективно-когнитивной расчлененности.

Эта проблема изучается, хотя и в другом аспекте, и в советской психологии: в работах психосемантического направления (Артемьева, 1980; Петренко, 1983; Шмелев, 1983) когнитивный стиль характеризует структурно-динамические особенности значений и производной от них системы личностных смыслов.

Проблема связи мотивационных факторов и когнитивных процессов нашла свое отражение и в исследованиях самосознания, образа Я в виде выделения достаточно самостоятельных, но при этом тесно связанных компонентов - когнитивного и аффективного (Анциферова, 1982; Чеснокова, 1977; Рубинштейн, 1973; Столин, 1983; Кон, 1981).

Когнитивный компонент большинство авторов рассматривает как систему признаков, в которых субъект себя описывает, но по-разному структурирует эту систему. Так представители семантического подхода рассматривают ее как систему независимых субъективных семантических пространств, на основании которых субъект описывает и других людей, и себя (Шмелев, 1983).

Чеснокова (Чеснокова, 1977) предлагает различать знание о себе на основании способа его получения - путем сравнения

себя с другими людьми, когда качество вначале воспринимается в другом человеке, а затем переносится на себя, или с помощью аутокоммуникации, когда человек оперирует знаниями о себе, полученными в разное время и в разных ситуациях.

В исследованиях Кона (Кон, 1978), опирающегося на концепцию Ядова, структуризация когнитивного представления о себе осуществляется на разных уровнях иерархически построенной диспозиционной системы.

Большинство исследователей независимо от предлагаемого ими описания структуры когнитивного компонента признают, что когнитивный компонент самосознания, образа Я лежит в основе имплицитной теории личности, исходя из которой субъект структурирует свою социальную перцепцию и восприятие других людей. Опираясь на представление о своих свойствах, субъект структурирует и аффективное отношение к себе.

Более сложная картина наблюдается при анализе аффективного компонента образа Я. Существует много терминов, как правило, недостаточно четко разведенных, обозначающих этот компонент самосознания: самоуважение, эмоционально-ценностное отношение к себе, аффективная самооценка, самопрятие и др. Так, Кон (Кон, 1981) говорит о самоуважении, производном от частных самооценок и характеризующем глобальное положительное или отрицательное отношение к себе.

Чеснокова использует термин "эмоционально-ценностное отношение личности к себе", определяя его как "вид эмоциональных переживаний, в которых отражается собственное отношение личности к тому, что она узнает, понимает, "открывает" относительно самой себя, т.е. разнообразные ее самоотношения" (Чеснокова, 1977, с.109).

В работе Столина (1985) показано, что отношение к себе не является простой эмоциональной реакцией на воспринимаемые в себе качества, а представляют собой иерархическую структуру, включающую конкретный уровень действий (или установок), уровень специфических по эмоциональному содержанию образующих (самоуважение, аутосимпатия, близость) и глобальное переживание "за" или "против" себя.

Однако признавая факт тесного единства аффективных и когнитивных компонентов в структуре самосознания, авторы отмечают серьезные трудности в обнаружении закономерностей, механизмов влияния одного компонента на другой.

Характер влияния когнитивного компонента на аффективный на первый взгляд достаточно очевиден: отношение к качеству зависит от того как человек это качество представляет. Однако в работе Столина (1983) показано, что самопознание и самоотношение связаны опосредовано - с помощью оценки места собственных качеств в их отношении к мотивам, опредмечивающим потребность в самореализации. Субъект относится к своему Я в зависимости от того, воспринимается ли Я как позитивное, негативное или конфликтное условие достижения мотивов личности, удовлетворения потребности в самореализации.

Значительно более сложной является проблема влияния аффективного компонента на когнитивный. Основная трудность исследования этого процесса отмечена Брунером. Справедливо отмечая огромную важность этой проблемы, он вынужден был признать, что работая с таким сложным объектом как самовосприятие, "мы лишаем себя возможности пользоваться в экспериментах физическими измерениями в качестве эталона. Изучая величину, например, можно говорить об искажениях как об отклонениях оценки величины

от ее действительной, или физически измеримой, величины. Не существует, однако, такой эталонной меры для видимой сердечности человека" (Брунер, 1977, с.107).

На наш взгляд, такую возможность предоставляют исследования, в которых объектом самовосприятия испытуемого выступает его собственная внешность. С одной стороны, представление о своем внешнем облике является необходимым элементом образа Я. С другой, точность восприятия собственной внешности, в частности, такой ее характеристики как полнота - худоба тела, может быть объективно измерена. Образ физического Я, таким образом, может служить моделью, предоставляющей возможность детального исследования характера аффективно-когнитивных взаимодействий в структуре самосознания.

Практически полное отсутствие исследований, посвященных взаимодействию аффективного и когнитивного компонентов образа физического Я (существует лишь одна работа, где показана связь между "самопредставлением" и "самоотношением" внутри образа внешности) (Коркина, Зейгарник, Ничипоров, 1981) на первый план выдвигает задачу описания структуры образа внешности.

Как элемент рефлексивного Я образ внешности может быть представлен когнитивным и аффективным компонентами.

Итак, применительно к образу собственной внешности как части образа физического Я^I когнитивный компонент можно определить как совокупность представлений индивида о своей внешности, или, в других терминах, набор признаков, в которых он ее описывает. Хотя многие признаки являются чисто описательными, в

^I Поскольку основным объектом исследования в нашей работе является образ внешности, в дальнейшем "образ внешности" и "образ физического Я" мы будем употреблять как синонимы.

большинстве своем они допускают определенную возможность количественной оценки. Два уровня сравнительной оценки признака достаточно очевидны: а) интерсубъектный, на котором сравнение происходит в рамках сопоставления "Я - Другой" по принципу "больше или меньше, чем у другого (других)"; и б) интрасубъектный, где сравнение происходит в рамках сопоставления "Я - Я", например, во временной перспективе: "наличное Я - прошлое Я", либо в пространственно-временной перспективе: "Я в одной ситуации - Я в другой ситуации", либо в аспекте желаемого: "наличное Я - идеальное Я" и т.п.

Эти два вида сравнения, характеризующие представление субъекта о степени выраженности у него того или иного качества, осуществимы применительно к любому компоненту рефлексивного Я. Но физическое Я как объект, имеющий определенную форму и размер, допускает еще одну форму сравнения - объективную: представление о степени выраженности какого-либо из своих телесных качеств можно получить путем сравнения его с реальным объектом, в частности, сравнение может приобретать характер количественного измерения. (Сравните: а) Я выше большинства моих сверстников; б) За последний год я значительно вырос; в) Мой рост 190 см)

Различные процедуры измерения самооценки выявляют разные аспекты представления о себе. Например, традиционно используемая методика Дембо-Рубинштейн в большей степени предполагает интерсубъектную оценку: испытуемому непосредственно предлагается сравнить себя с какой-либо группой людей по тому или иному признаку. Методики, построенные по принципу семантического дифференциала, направлены на интрасубъектный уровень: свое место на шкалах испытуемый отмечает, не сравнивая себя с другими людьми, а оценивая себя с помощью собственных внутренних эта-

лонов. Методики, предполагающие объективную оценку, носят характер различных технических процедур (см. гл. I § 2). Получаемые с их помощью данные при сравнении с реальными параметрами испытуемого позволяют объективно оценить точность его самовосприятия.

Аффективный компонент образа внешности характеризуется эмоционально-ценностное отношение к своему внешнему облику и складывается из совокупности эмоционально-ценностных отношений к отдельным телесным качествам. Каждое такое отношение образовано двумя параметрами: эмоциональной оценкой качества и его субъективной значимостью.

Эмоциональная оценка образуется в результате тех же процессов сравнения, что и когнитивная, однако имеющих не когнитивный, а аффективный, "отношенческий" акцент. На интересубъектном уровне в рамках сопоставления "Я - Другой" сравнение имеет смысл "хуже или лучше, чем у другого (других)"; на интрасубъектном уровне в рамках сопоставления "Я - Я" речь идет об оценке какого-либо своего качества по шкале "нравится - не нравится", отражающей степень соответствия данного качества тем требованиям, которые оценивающий к себе предъявляет.

Оценку первого вида в дальнейшем будем называть социально-компаративной оценкой (СК-оценкой) качества, а оценку второго уровня - удовлетворенностью качеством. Объективная оценка аффективного отношения, естественно, невозможна.

Оценки разных видов в большинстве случаев совпадают по уровню: высокой СК-оценке внешности соответствует высокая удовлетворенность ею, а низкой СК-оценке - низкая удовлетворенность. Однако существует немало людей, высоко и достаточно адекватно оценивающих себя по сравнению с другими, но при этом

неудовлетворенных своей внешностью в силу более высоких требований к ней. И, наоборот, немало женщин с низкой СК-оценкой своей внешности достаточно удовлетворены ею: "Я знаю, что я некрасивая, но собой довольна, лучше все равно не станешь, не во внешности счастье" и т.п.

Однако одной эмоциональной оценки для характеристики аффективного компонента образа внешности явно недостаточно - необходимо прежде всего определить психологическую иерархию этих оценок, выяснить, какие из них являются для субъекта центральными, интегрирующими, наиболее влияющими на глобальное эмоционально-ценностное отношение к собственному внешнему облику, т.е. определить их субъективную значимость.

Таким образом, аффективный компонент образа физического Я характеризуется двумя параметрами - эмоциональной оценкой, представленной СК-оценкой и удовлетворенностью, и субъективной значимостью каждого качества.

Как и в исследованиях восприятия внешнего объекта при исследовании самовосприятия встает вопрос о факторах, опосредующих процесс влияния аффективных оценок на когнитивные.

Это уже было показано в работе Федотовой (1935) при исследовании самооценки: в роли этого фактора, как и в предыдущих исследованиях, выступил уровень когнитивной дифференцированности. Было обнаружено, что когнитивная недифференцированность больных невротами приводит к неразличимости, рядоположенности по своей субъективной значимости шкал самооценивания, что затрудняет формирование их иерархии и приводит к нарушению стабильности самооценки. Сильная дезорганизирующая роль аффективных процессов в этом случае тесно связана с высокой уязвимостью самооценки к различным внешним влияниям. У когнитивно недифферен-

цированных субъектов количество смысловых конструкторов минимально, а сами они сцеплены, связаны между собой (Шмелев, Похилько, 1982), поэтому всякое изменение самооценки в какой-либо частной сфере приводит к изменению глобального представления о себе (Соколова, Федотова, 1986).

Применительно к целям нашего исследования можно предположить, что высокий уровень искажения представления о своем теле у больных ожирением и нервной анорексией связан с их слабой когнитивной дифференцированностью, обнаруженной в ряде исследований (Vassaches, Карр, 1984; Вознесенская, Дорожевец, 1986).

Учитывая, что у больных с особым пищевым поведением — больных ожирением с ГФРС и больных булимическим вариантом нервной анорексии обнаружен еще более низкий уровень когнитивной дифференцированности (Garner et al, 1985; Вознесенская, Дорожевец, 1986) (что еще раз подтверждает тесную связь когнитивного стиля с такой личностной характеристикой как сила контроля импульсивного поведения), можно предположить, что у них будет наблюдаться особенно значительное искажение представления о себе.

Исследуя аффективный компонент самовосприятия, мы касаемся лишь "искажающего" влияния аффективных оценок на когнитивные процессы. Безусловно, подобное влияние является лишь одним из возможных, но, как показывают литературные данные, у данного контингента больных оно наиболее выражено.

На основании теоретической разработки проблемы искажения образа физического Я можно сформулировать выдвигаемые в исследовании гипотезы:

1. Характер искажения (его направление и величина) восприятия размеров собственного тела связан с особенностями эмоционально-ценностного отношения субъекта к собственному внешнему облику.

2. Искажающее влияние аффективного компонента образа внешности на когнитивный опосредованно степень дифференцированности когнитивной сферы, в частности, степень когнитивной дифференцированности образа физического Я.

3. Представление о своей внешности у больных с особым пищевым поведением в силу особенностей их когнитивной сферы более подвержено искажению, чем у других больных.

Г л а в а П

ЗАМЫСЕЛ ЭКСПЕРИМЕНТА И ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДИК

§ I. Задачи и структура эксперимента

Цель экспериментального исследования - проверка выдвинутых гипотез, сравнительный анализ конкретных особенностей образа физического Я у больных ожирением и нервной анорексией и здоровых испытуемых.

Для проведения экспериментального исследования необходимо было разработать адекватные методические средства, позволяющие изучить особенности аффективного и когнитивного компонентов образа физического Я, а также характер их взаимодействия в разных экспериментальных группах, создать экспериментальные ситуации, способствующие более глубокому пониманию роли когнитивной дифференцированности в процессе аффективно-когнитивного взаимодействия в структуре образа внешности.

Соответственно был разработан комплекс методических средств, позволяющих решить поставленные задачи.

Задачи экспериментального исследования определялись в соответствии с выдвинутыми гипотезами:

I) Анализ связи искажения самовосприятия и аффективного отношения к собственной внешности.

С этой целью проводился количественный анализ связи между направлением искажения (пере- или недооценка ширины собственного тела) и знаком эмоционально-ценностного отношения (+ или -) к своей внешности, величиной искажения и величиной ЭЦО к своей внешности. Для проверки гипотезы о детерминации искажения самовосприятия аффективным отношением к внешности анализи-

ровались корреляционные отношения в парах "искажение-отношение"; а также было проведено специальное экспериментальное исследование, имеющее своей целью целенаправленное воздействие на аффективный компонент образа внешности с последующей регистрацией изменений в структуре когнитивного компонента.

2) Анализ роли когнитивной дифференцированности как фактора:

а) опосредующего влияние аффективных оценок внешности на когнитивное представление о ней и определяющего "степень чувствительности" последнего к этим влияниям.

С этой целью анализировались особенности самовосприятия у здоровых испытуемых, больных ожирением и больных нервной анорексией с высокой и низкой степенью когнитивной дифференцированности;

б) определяющего чувствительность когнитивного компонента не только к аффективным оценкам внешности, но и другим эмоциональным факторам.

Для этого в группах больных ожирением и нервной анорексией проводилось экспериментальное исследование влияния отрицательных эмоциональных стимулов в виде "личностного неуспеха", создаваемого в ходе анализа уровня притязаний, на величину когнитивного искажения в зависимости от степени дифференцированности когнитивной сферы испытуемых.

3) Анализ особенностей образа физического Я в группах больных с особым пищевым поведением.

С этой целью исследовались особенности аффективного и когнитивного компонентов образа внешности у больных ожирением с ГФРС по сравнению с больными без ГФРС и у больных нервной анорексией с булимическим поведением по сравнению с больными,

ограничивающими себя в еде.

Проводилось также фоновое психологическое обследование с помощью традиционных методик, в группе больных с ожирением использовались некоторые личностные опросники и проективные методики, проводились клиническая беседа и анализ историй болезни.

В работе приведены характеристики методик экспериментального исследования когнитивного компонента образа внешности, аффективного компонента, степени когнитивной дифференцированности. Используемые дополнительные экспериментальные приемы описаны при изложении результатов.

§ 2. Характеристика методики исследования когнитивного компонента образа внешности

Как мы уже отмечали выше, основным объектом исследования в структуре образа внешности больных ожирением и нервной анорексией выступало представление о размерах собственного тела. Необходимо было создать методику, которая бы учитывала недостатки и достоинства уже существующих методик и отвечала следующим требованиям:

1) она должна быть дифференцированной, т.е. позволять анализировать особенности восприятия ширины каждого отдельного параметра, а не всего тела в целом;

2) она должна обеспечивать испытуемому возможность прямого визуального сличения, т.е. испытуемый должен в какой-либо форме "видеть" себя;

3) методика должна в минимальной степени позволять испытуемому корректировать в ситуации исследования искаженный об-

раз собственного тела.

Возвращаясь к описанным выше методикам исследования образа тела, мы полагаем, что методика "искаженной фотографии" не может быть использована, т.к. не отвечает первому и второму условиям. Методика "подвижных отметчиков" не удовлетворяет второму требованию, а "точечная методика" хотя и отвечает двум первым условиям, но позволяет испытуемому, учитывая ширину предыдущих параметров, корректировать ширину последующих (безусловно, испытуемый отметит плечи шире, чем голову, а талию уже, чем грудную клетку и т.п.).

Мы объединили достоинства "точечной методики" и методики "подвижных отметчиков" в одной методике, представленной в следующем виде: испытуемый, стоящий на расстоянии вытянутой руки перед прикрепленным к стене листом бумаги размером I x I,5 м, получает следующую инструкцию. "Представьте, что Вы стоите перед зеркалом и видите собственное отражение (условие 2). Покажите, где отражается эта точка" (экспериментатор касается, например, края левого плеча и называет: "Левое плечо"). Испытуемый пальцем указывает точку на листе бумаги. "А теперь покажите, где отражается край правого плеча". Точки, показанные испытуемым, экспериментатор отмечает так, чтобы его отметки не были заметны испытуемому и он не мог ориентироваться на них в дальнейшем (условие 3). Подобным образом испытуемый показывает ширину следующих шести параметров тела - лица, шеи, плеч, грудной клетки, талии и бедер. Реальные размеры испытуемого экспериментатор получает с помощью антропометра. Величина и направление искажения (И) восприятия каждого параметра определяются по формуле:

$$И = \frac{\text{субъективная ширина (см)}}{\text{объективная ширина (см)}} \times 100 - 100$$

Результат, например "+20" означает, что испытуемый переоценивает ширину данного параметра на 20%, а "-20", что он ее на 20% недооценивает^I.

Для наглядности результаты каждого испытуемого удобно представлять в графической форме - в виде контуров (см. Приложение).

В качестве контрольных объектов восприятия использовались неодушевленный предмет (ящик размером 0,57 x 0,71 м) и другой человек средней комплекции, один и тот же в каждой клинической группе. Вначале испытуемый оценивал собственные размеры, затем другого человека и неодушевленного предмета.

§ 3. Характеристика методики исследования аффективного компонента образа внешности

Как мы уже отмечали, структура эмоционально-ценностного отношения к внешности представлена эмоциональной оценкой и субъективной значимостью каждого телесного качества. Сама эмоциональная оценка распадается на две - социально-компаративную (СК), отражающую результат сравнения себя с другими людьми, и удовлетворенность, характеризующую степень соответствия своей наружности тем требованиям, которые оценивающий к себе предъявляет.

СК-оценка измерялась с помощью методики Дембо-Рубинштейн со шкалами, относящимися к физическому Я. В этой методике основным показателем самооценки является ее высота, поэтому полю-

^I В пилотажном исследовании на 15 испытуемых контрольной группы получены следующие коэффициенты надежности при тест-ретестовом исследовании через 30-60 минут: лицо +0,82; шея +0,88; плечи +0,88; грудь +0,89; талия +0,92; бедра +0,90. Для всех коэффициентов $r = 0,01$.

са шкал задаются антонимичными признаками, имеющими четкий положительный и отрицательный смысл (например, здоровье-болезнь, ум-глупость). Поскольку из шести интересовавших нас параметров внешности только ширина талии, как выяснилось, обладает таким свойством (наименьшая ширина - положительный полюс, наибольшая - отрицательный), а для остальных крайние значения (т.е. их наибольшая и наименьшая ширина) одинаково отрицательны, мы исследовали сравнительную эмоциональную оценку не отдельных параметров, а всего телосложения в целом с помощью шкал "красота фигуры", "стройность", "изящность", "привлекательность для мужчин" и т.п.

Кроме собственной оценки исследовались ожидаемые оценки за "наиболее близкого человека", "коллег по работе или учебе", "постороннего мужчину" и т.п. Выбор "персонажей" осуществлялся в зависимости от информации, полученной в клинической беседе.

Для усиления актуализируемых в процессе исследования переживаний испытуемым предлагалось сравнить себя не "со всеми людьми мира", а "с женщинами Вашего возраста".

Кроме "актуальной оценки" (в данный момент) исследовались "идеальная оценка" (где бы хотелось быть), "прогнозируемая оценка" (где будет после лечения) и "ретроспективная оценка" (где был до заболевания или до лечения).

Удовлетворенность внешностью исследовалась с помощью следующей методики: испытуемый получал список из 31 физического качества (см. Приложение), среди которых находились интересующие нас шесть параметров внешности ("ширина лица", "толщина шеи", "ширина плеч", "ширина грудной клетки", "ширина талии", "ширина бедер"). Испытуемый оценивал себя по каждому качеству

по шкале "нравится - не нравится в данный момент" от +3 до -3^I.

Аналогичным образом исследовалась субъективная значимость телесных качеств - тот же список качеств оценивался испытуемым по шкале "имеет значение - не имеет значения для меня" от 6 до 0².

Таким образом, в структуре аффективного компонента образа внешности исследовались три оценки - СК-оценка, удовлетворенность и субъективная значимость. Для удобства количественного анализа два последних показателя в силу сходства процедур их получения были сведены к одному. Каждый телесный параметр был представлен графически в виде точки в декартовом пространстве с осями "удовлетворенность" и "значимость", а величина интегрального показателя количественно определялась длиной вектора от нулевой точки до точки-параметра. Знак интегрального показателя эмоционально-ценностного отношения соответствовал знаку удовлетворенности (+ или - -)(Рис. I).

^I В пилотажном эксперименте на 15 испытуемых контрольной группы получены следующие коэффициенты надежности при тест-ретестовом исследовании через 30-60 минут: лицо +0,98; шея +0,96; плечи +0,98; грудь +0,94; талия +0,98; бедра +0,96 (p 0,01).

² Коэффициенты надежности оценок субъективной значимости составили соответственно +0,90; +0,88; +0,92; 0,82; +0,96; +0,96 (p 0,01).

§ 4. Характеристика методик исследования степени когнитивной дифференцированности

В соответствии с принятым нами определением когнитивной дифференцированности мы использовали три методических приема.

Первый показатель дифференцированности когнитивной сферы в целом (зависимость - независимость от поля), как известно, устанавливается с помощью двух коррелирующих друг с другом типов тестов - одни связаны с восприятием вертикального положения, другие требуют выделения фигуры из сложного гештальта. Авторы, разделяющие взгляды Виткина на когнитивную дифференцированность, в качестве основного метода определения способности к выделению подструктур используют различные варианты "теста включенных фигур".

Сам тест представляет собой набор карточек, на которых изображены сложные черно-белые и цветные геометрические фигуры и набор карточек с изображениями более простых геометрических фигур. Задача испытуемого заключается в том, чтобы, отвлекаясь от таких интерферирующих признаков как цвет и сложность, за возможно короткое время обнаружить внутри сложной фигуры соответствующую ей простую. Чем меньше времени затрачивает испытуемый на решение задач, тем он более "независим от поля" и соответственно тем более дифференцирована его когнитивная сфера.

Будучи подвержен влиянию научения, профессиональных навыков (Курочкин, 1982; Shade , 1984) тест "включенных фигур" тем не менее демонстрирует высокую надежность (гомогенность, выявленную сопоставлением частей теста, и устойчивость при повторном тестировании). Коэффициенты устойчивости, приведенные в работах разных авторов, варьируют от 0,61 до 0,92 (для

взрослых - от 0,79 до 0,90), гомогенности от 0,55 до 0,87 (цит. по Егоровой, 1981).

В ряде исследований была обнаружена значимая связь успешности выполнения теста и успешности решения аналитических интеллектуальных задач, задач Пиаже, имеющих отношение к децентрации, точности восприятия размеров объектов.

Два других показателя когнитивной дифференцированности - широта и адекватность описания объекта и степень аффективно-когнитивной расчлененности исследовались с помощью методик, прямо связанных с изучением особенностей образа внешности. Для этого использовались методики "рисунок человека" и "описание собственной внешности".

2. Методика "рисунок человека" в основном используется как средство анализа уровня интеллектуального развития (Goodepough, 1926) и как проективный личностный тест (Mahover, 1949). В нашем исследовании эта методика использовалась как средство определения широты и степени дифференцированности представления о теле. Рисунки анализировались с помощью шкалы "артикулированности представления о теле", разработанной Виткиным с коллегами (Witkin et al, 1974). Была показана высокая межэкспертная надежность шкалы - коэффициенты от 0,79 до 0,99 (Faterston, Witkin, 1970). Результаты, полученные с ее помощью, высоко коррелируют с результатами таких методик исследования "полезависимости - полenezависимости" как "стержень и рамка", "тест включенных фигур", "вращающаяся комната" (Witkin et al, 1974).

Были выделены три группы признаков рисунка, описывающих два крайних полюса степени дифференцированности представления о теле - наиболее артикулированного и наиболее примитивного:

уровень формы, уровень половой идентичности и половых различий, уровень детализации (см. Приложение).

Сама 5-балльная шкала "дифференцированности представления о теле" выглядит следующим образом.

5. Наиболее разработанный рисунок: высокий уровень формы (талия, бедра, плечи, грудь, оформленные или одетые конечности и т.д.); дополнения и детали четко связаны с линией тела; некоторая доля образности (например, девушка в вечернем платье, хорошо одетый мужчина с сигаретой).

4. Умеренно разработанный рисунок: стремление к обозначению роли (с указанием возраста, активности, профессии и т.д.) с помощью адекватной детализации, оформления, одежды.

3. Рисунок среднего уровня разработанности: очевидная половая идентификация, стремление к оформлению, достаточный уровень интеграции частей, минимум деталей.

2. Умеренно примитивный рисунок: отсутствуют черты дифференциации с помощью формы, идентичности или детализации. Однако эти рисунки в некотором отношении более сложные, чем примитивные рисунки (например, присутствует шея, которой не бывает в примитивных рисунках).

1. Наиболее примитивный и инфантильный рисунок: низкий уровень формы (овалы, прямоугольники, "палки"), практически нет различий между мужской и женской фигурой (кроме волос), мало форм и одежды.

Рисунки оценивались тремя независимыми экспертами, результаты по каждому рисунку усреднялись. Таким образом, каждый испытуемый на основании анализа рисунка характеризовался определенным показателем уровня дифференцированности представления о теле.

3. Методика "описание собственной внешности" достаточно часто использовалась в современных отечественных исследованиях (Бодалев, 1965; Куницына, 1968; Гусева, 1977; Коркина, Зейгарник, Ничипоров, 1981) и показала высокую чувствительность на возрастном и клиническом материале.

Мы использовали стандартную инструкцию "Напишите сочинение на тему "Моя внешность". Форма написания произвольная, пишите все то, что Вы считаете нужным".

При анализе самоописаний высчитывались два показателя - дифференцированность описания внешности и степень полноты описания внешности.

Степень дифференцированности описания внешности, характеризующая уровень аффективно-когнитивной расчлененности, определялась через количество когнитивных суждений, включенных в самоописание, по сравнению с количеством аффективных суждений.

Схема анализа самоописаний внешности основана на схеме А.А.Бодалева (1965) и представлена в следующем виде:

Когнитивные суждения:

- четко определенные суждения ("у меня черные глаза", "мой рост 170 см" и т.п.);
- суждения-штампы ("нос картошкой", "похож на Пушкина" и т.п.);
- психологическое истолкование экспрессии ("грустный взгляд", "серьезное лицо" и т.п.).

Аффективные суждения:

- эстетические оценки ("красивая", "привлекательная", "безобразная" и т.п.);
- отношение к себе ("не нравлюсь себе", "собой довольна" и т.п.).

Для каждого испытуемого вычислялось количество суждений каждого типа. Анализ производился тремя независимыми экспертами.

Показатель полноты описания внешности равнялся количеству участков тела, упомянутых в сочинении как в когнитивных, так и аффективных суждениях (словарь зон тела по А.А.Бодалеву (1965) см. Приложение).

Каждое самописание, таким образом, характеризовалось следующими показателями, отражающими степень дифференцированности представления о своей внешности:

1. Количество когнитивных суждений.
2. Количество аффективных суждений.
3. Количество участков тела, включенных в самописание.

В качестве дополнительной методики использовалось описание идеальной внешности - испытуемая писала сочинение на тему "Какой бы мне хотелось быть".

Ясно, что каждая из описанных методик, направленных на анализ степени когнитивной дифференцированности представления о внешности, имеет свои недостатки. Так, на результатах выполнения теста "включенных фигур" в значительной степени сказываются перцептивные умения испытуемого, качество рисунка сильно зависит от навыков рисования, а на степень сложности самописания в значительной мере влияет способность испытуемого к вербализации. Однако учет результатов всех трех методик, на наш взгляд, позволяет с высокой степенью точности определить уровень дифференцированности когнитивной сферы и, в частности, образа собственной внешности испытуемого.

Г л а в а Ш

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ОБРАЗА ФИЗИЧЕСКОГО Я У БОЛЬНЫХ НЕРВНОЙ АНО- РЕКСИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ

§ I. Характеристика клинических групп

Было обследовано 55 больных ожирением, 47 больных с синдромом нервной анорексии, 50 здоровых испытуемых.

I. Характеристика больных нервной анорексией

Было обследовано 35 больных нервной анорексией, диагностически относящихся к группе страдающих нервно-психическими заболеваниями^I. Все больные были женского пола, средний возраст $19,9 \pm 3,7$ лет. 14 больных проходили амбулаторное лечение на кафедре психиатрии и медицинской психологии УДН им. П.Думумбы, 21 больная были пациентками 6 отделения 14 психиатрической больницы г.Москвы (лечащий врач А.Р.Арсеньев). В школе учились 6 больных, в техникумах и училищах - 8, в различных вузах - 14, работали 7 больных. Большинство больных проконсультированы профессором М.В.Коркиной и профессором М.А.Цивилько.

Со всеми больными наряду с экспериментальным проводилось фоновое обследование с помощью патопсихологических методик: заучивание 10 слов, пиктограмма, классификация предметов, исключение предметов, простые и сложные аналогии, исследование самооценки и уровня притязаний и т.п. В работе представлены результаты патопсихологического обследования больных нервной анорексией, проведенного кандидатом психологических наук М.А.Каревой.

^I Было также обследовано 12 больных шизофренией с синдромом нервной анорексии. Они составили дополнительную контрольную группу.

С больными также проводилась клиническая беседа, направленная на выявление отношения больных к своей внешности, особенностей ее оценки близкими людьми и т.п. Использовался метод анализа историй болезни, направленный прежде всего на выяснение тех изменений в жизнедеятельности больных, которые произошли с момента начала заболевания, особенностей "пищевого поведения", характера реагирования на трудности и т.п.

Клиническая характеристика больных. На основании преморбидных особенностей личности больных их можно условно разделить на две группы. У больных первой группы преобладают истерические черты характера с эгоцентризмом, повышенными самооценкой и уровнем притязаний чрезмерным вниманием к своему Я, потребительским отношением к своему семейному окружению, где они обычно воспитывались по типу "кумира". Для больных второй группы характерны астенические черты с преобладанием тревожности, неуверенности, застенчивости, склонности к сомнениям, навязчивостям. С детства у больных воспитывается негативное отношение к излишней полноте — ведутся разговоры о "необходимости иметь хрупкую воздушную фигуру". Много говорится об эстетической и профилактической пользе голодания.

Всем больным свойственны такие черты, как чрезмерная пунктуальность, упорство в достижении целей, аккуратность, упрямство, стремление к самоутверждению. Однако, с другой стороны, они также характеризуются инфантилизмом, неспособностью принимать самостоятельные ответственные решения и, особенно, очень большой привязанностью к матери.

Большинство больных в допубертатном периоде отличались избыточной полнотой, что часто являлось поводом для насмешек со стороны сверстников (так, больную Ф. в школе дразнили "плюшкой",

а больную А. - "колобком"). Эти насмешки, не вызывая особого беспокойства до подросткового возраста, в пубертатном периоде становятся психотравмирующим фактором, т.к. именно в это время у всех подростков отмечается повышенное внимание к своей внешности, как одному из важнейших средств в процессе общения. Определенную роль в этом играют и ятрогенные моменты. Нередко врачи, тренеры, учителя в присутствии детей неосторожно высказывают удивление по поводу "избыточного веса" больных, дают им практические советы по сбрасыванию "лишнего веса". В нашем исследовании этот факт отмечен у 16 больных. Больные начинают много думать о том, как они выглядят, считают себя чрезмерно полными и потому "безобразными", у них снижается настроение, иногда появляются рудиментарные идеи отношения. (Так, по словам больной Ф., когда ей было 14 лет, один из ее родственников, врач по профессии, - как-то заметил, что она "немного толстовата" и не соответствует "возрастной норме". Больная много плакала, перестала ходить на пляж, т.к. считала, что "все видят мою безобразную широкую талию и круглое лицо и смеются надо мной").

Таким образом, у больных формируется ситуационно-обусловленное убеждение в собственной "уродующей" полноте, носящее сверхценный характер. На фоне подобных нарушений у больных периодически появляются мысли о коррекции имеющегося недостатка, но активного стремления к похуданию не наблюдается. Этот период, называемый преданоректическим или инициальным, длится в среднем 2-3 года.

С момента появления активного ограничения себя в еде можно говорить о втором, аноректическом, этапе заболевания. Часто оно развивается в связи с какими-либо неприятностями (так, больная А. начала худеть после второго провала на вступительных экзаме-

нах в театральный институт) или прямыми негативными оценками внешнего облика больных со стороны "значимых других" (у больной Р. ограничение себя в еде началось после того, как учитель физкультуры, в которого она была "тайно влюблена", во время урока при всех назвал ее "неуклюжей"). Иногда стремление к похуданию связано и с желанием походить на идеал" - иногда мать, иногда литературную героиню, актрису кино и т.п. (Больная Т.: "В моем представлении женщина внешне должна быть нежным, тонким, хрупким, маленьким созданием, я же - полная противоположность этому").

В стремлении похудеть больные начинают отказываться от еды, затем к этому присоединяются интенсивные занятия физическими упражнениями, вызывание искусственных рвот, прием большого количества слабительных средств. Способ похудения в значительной мере определяется особенностями личности больного. Ограничение в еде достигается упорной борьбой с мучительным чувством голода, вызывающим значительное психическое напряжение. Глубокое психологическое исследование, проведенное М.А.Каревой (1975) на больных нервной анорексией, показало, что на этом этапе происходит изменение самой потребности в еде. Голод приобретает ненасыщаемый характер. Потребность в еде получает развернутое, осознанное строение, появляются парадоксальные способы ее удовлетворения. Отказываясь от еды, больные в тоже время с большим удовольствием готовят пищу для других. Многие из них интересуются кулинарными рецептами, любят красиво сервировать стол, покупать посуду. Им нравится готовить еду для близких, следить за их рационом, заставлять питаться строго по часам высококалорийной пищей. Многие больные буквально "закармливают" своих младших братьев и сестер. Они мечтают о профессиях, связанных

с приготовлением пищи. Таким образом, речь идет о своеобразном "квазиудовлетворении" пищевой потребности.

Для борьбы с голодом больные вырабатывают "жесткую систему" ограничений - они принимают пищу строго по часам, набор продуктов строго ограничен и рассчитан по калориям. Подобному упорству помогают свойственные больным пунктуальность, упрямство, аккуратность.

Однако для определенной части больных чувство голода приобретало такой острый характер, что больные начинали поглощать в огромных количествах пищу самого широкого ассортимента ("симптом холодильника"), испытывая субъективное ощущение невозможности остановить этот процесс. Депрессивное состояние, самоуничтожающие мысли, возникающие после подобного приступа булимии, желание снять "толстящий" эффект приема пищи приводили к вызыванию искусственных рвот или приему большого количества слабительных средств^I. В нашем исследовании участвовали 13 больных с булимическим вариантом нервной анорексии.

На третьем, кахектическом, этапе заболевания доминирующее положение занимают выраженные соматоэндокринные нарушения. У больных почти полностью исчезает слой подкожной жировой клетчатки, кожа становится сухой, отмечается повышенная ломкость ногтей, выпадение волос и зубов, появляется лануго, аменорея, трофические язвы. Пониженное настроение сменяется эйфорией, сочетающейся с явлениями раздражительной слабости, вспышками

^I Следует заметить, что "рвотное" поведение у больных нервной анорексией пограничного круга тесно связано с дисморфоманическими переживаниями, сопровождается неприятными вегетативными проявлениями, что отличает их от больных шизофренией с булимическим поведением (Коркина и др., 1986).

гневливости. Больные пытаются убедить врачей в своем соматическом благополучии, с недоверием относятся к тому, что их называют истощенными, категорически отказываются от лечения.

В процессе лечения улучшались соматическое и психическое состояния, проявления синдрома нервной анорексии редуцировались. Однако после выписки домой из психиатрической клиники у большинства больных вновь актуализируются дисморфофобические переживания. Больные стараются не поправляться выше установленной для себя нормы и, если вес превышает ее, вновь начинают ограничивать себя в еде. В клинической картине доминирует дисморфофобия в виде "страха будущей полноты", а также некоторое снижение настроения. Эмоциональное состояние зависит от веса тела — при невозможности подавить постоянное чувство голода или при увеличении веса тела выше "нормы" настроение снижается.

Экспериментально-психологическое обследование^I показало отсутствие снижения объема памяти, но наличие некоторого замедления процесса заучивания. Среди опосредующих образов преобладают конкретные и эгоцентрически окрашенные.

В исследовании мышления отмечается излишняя конкретность и описательность в понятийном оформлении групп, некоторое нарушение динамической стороны мыслительной деятельности. Иногда проявляется непоследовательность суждений.

Для этих больных характерен крайне высокий уровень притязаний, на который в малой степени влияют результаты деятельности. Самооценка часто оказывается неадекватной, особенно в отношении своего здоровья.

В качестве достаточно типичной смотрите историю болезни больной Т. (см. Приложение).

^I Данные кандидата психологических наук М.А.Каревой.

2. Характеристика больных ожирением

Было обследовано 55 женщин в возрасте 18-38 лет (средний возраст $27,7 \pm 6,4$), страдающих ожирением. Из них 25 страдали экзогенно-конституциональной формой, 30 - церебральной.

Все больные находились на лечении - 25 больных были пациентками эндокринологического отделения клинической больницы № 61 (лечащий врач Л.А.Берестов), 30 больных - в клинике нервных болезней I ММИ им. И.М.Сеченова (лечащий врач - кандидат медицинских наук Т.Г.Вознесенская).

В вузах и средних специальных учебных заведениях учились 16 больных, остальные работали.

Все больные проходили обследование дважды - в начале и конце лечения.

Наряду с экспериментальным исследованием все больные проходили фоновое патопсихологическое обследование с помощью следующих методик: заучивание 10 слов, пиктограмма, классификация и исключение предметов.

Кроме этого в работе представлены результаты, полученные с помощью ряда личностных опросников и проективных методик.

Со всеми больными проводилась направленная клиническая беседа, анализировались истории болезни и т.п.

Клиническая характеристика больных ожирением. У всех больных было диагностировано отсутствие текущего органического заболевания мозга, первичной соматической или эндокринной патологии. Был исключен посттравматический и постинфекционный этиологический фактор.

Поскольку предыдущие исследования не выявили качественных различий между экзогенно-конституциональной и церебральной формами ожирения в нашей работе все больные ожирением рассматрива-

ются как единая группа.

Клиническая картина ожирения представлена, в основном, нейро-обменно-эндокринными расстройствами, психопатологическими, мотивационными и вегетативными нарушениями.

В нашем исследовании участвовали больные с II, III, IV степенями ожирения. Степень ожирения определялась по проценту излишнего веса относительно идеального (II степень - от 30% до 49%, III степень - от 50% до 100%, IV степень - более 100%). Идеальный вес рассчитывался по номографу Покровского с учетом пола, возраста и конституции.

Все больные находились на динамической стадии заболевания (до момента лечения вес продолжал нарастать).

У большинства больных наблюдалось генерализованное распределение жира, 12 больных имели ожирение "нижнего типа".

У больных кроме нарушения жирового обмена отмечаются различные расстройства водно-солевого и углеводного обмена, снижение функции половых желез и др.

Среди вегетативных расстройств выделяются тахикардия, склонность к артериальной гипертонии, потливость, повышенная моторика желудочно-кишечного тракта, симпато-адреналовые пароксизмы.

У многих женщин (64%) значительное нарастание массы тела началось в периоды гормональных перестроек (пубертат - 22%, начало половой жизни - 9%, беременность, роды, лактация - 32%). У большинства, как мы уже отмечали, увеличение массы тела особенно активно происходило на фоне психотравмирующей ситуации (развод, смерть близких, конфликты в семье и на работе, личная неустроенность), которые часто совпадали с периодами гормональных перестроек.

На основании клинических исследований были выделены две качественно различных группы больных - с ГФРС и без нее (Вознесенская, 1980).

У больных первой группы переживание, возникающее в условиях стресса, является формой психологической защиты и в то же время основным механизмом прибавления веса. Другая группа больных в конфликтной ситуации увеличения количества потребляемой пищи не обнаруживала, а основным механизмом увеличения веса у них было замедление процесса липолиза в результате спровоцированных конфликтом соматоэндокринных и вегетативных расстройств.

С помощью ряда личностных методик (ММРІ, 16-ти факторный опросник Кэттелла, шкала тревожности Спилбергера, тест фрустрации Розенцвейга, тест "включенных фигур" Виткина) нами совместно с Т.Г.Вознесенской (Вознесенская, Дорожевец, 1986) исследовались личностные особенности больных ожирением с ГФРС и без нее.

У больных без ГФРС были выявлены такие черты как доминирование, относительная эмоциональная устойчивость, гетероагрессивность. Для больных с ГФРС, наоборот, характерны высокий уровень эмоциональной фрустрируемости, слабый контроль над аффективными состояниями, сильная ориентация на социальные нормы, пассивность и зависимость от окружающих, низкая самооценка и низкий уровень самопринятия. Данный ансамбль черт характеризует определенную стилевую черту личности, а именно высокую "полезависимость", подтвержденную у больных с ГФРС результатами теста "включенных фигур".

По данным анамнеза ГФРС возникала у наших больных в результате длительной и значимой конфликтной ситуации. Невозможность найти правильный выход из конфликтной ситуации или использо-

вать совершенные способы психологической защиты в силу имеющих место личностных черт облегчают возникновение такого примитивного и в то же время социально приемлимого защитного механизма как ГФРС. Психическое напряжение в ситуации конфликта снимается не через адекватную психологическую переработку его содержания, а с помощью простой релукции дискомфорта переживания не затрагивающей ни личностных структур, ни причин и сути конфликта. Кроме того в анамнезе больных с ГФРС отмечается определенная "обученность" гиперфагическому способу реагирования на стрессовую ситуацию. Часто в детстве еда становилась наградой за выполнение какого-либо действия, связанного с отрицательными эмоциями (больная К., обучаясь в детском возрасте умению скатываться с горки, за каждый спуск "награждалась" конфетой) или средством утешения в ситуации испуга, дискомфорта, напряжения и т.п. (с целью уменьшения остроты семейного конфликта мать больной Д. готовила любимую пищу девочки, которой та могла съесть "очень много"). Первоначально нестойкие и редкие защитные гиперфагические реакции становятся все более устойчивыми и ригидными, возникая в стрессовых ситуациях самой разной степени значимости. Устойчивость этого неадекватного и в конечном счете дезадаптивного защитного механизма в силу хронической конфликтной ситуации, с одной стороны, и легкой эмоциональной фрустрируемости больного, с другой, его доминирование над иными, более совершенными, способами защиты способствуют его закреплению и во многом определяют клиническую картину ожирения. При этом часто пища принимается без ощущения истинного аппетита, а для того "чтобы отвлечься", "чтобы улучшить настроение", "чтобы принести себе хоть какую-нибудь радость", "чтобы успокоиться", "чтобы заснуть".

Таким образом, полученные данные еще раз подчеркивают качественные различия между больными с ГФРС и без нее.

Психопатологические проявления полиморфны, чаще всего они представлены сенесто-ипохондрическими расстройствами, тревожно-депрессивным синдромом, астеническими состояниями и в большей степени выражены у больных с ГФРС. Большинство этих проявлений имеет отчетливо вторичный характер.

В нашем исследовании участвовали 26 больных с ГФРС и 29 без ГФРС.

Все обследованные нами больные проходили комплексное лечение (20-30 дней стационарное лечение, 2-3 месяца - амбулаторное лечение), включающее фармакологическое воздействие, длительное голодание, разгрузочно-диетическую терапию, ЛФК, витаминотерапию, поведенческую психотерапию. При таком комплексном подходе больные снижают вес постепенно и без осложнений. Потеря веса к концу лечения составляет около 40% излишнего веса и идет параллельно с исчезновением других патологических проявлений.

Экспериментально-психологическое исследование с помощью патопсихологических методик показало, что для больных ожирением характерны следующие особенности. Отмечается некоторое снижение объема памяти и замедление процесса заучивания. Среди опосредующих образов преобладают эгоцентрические и эмоционально-окрашенные, часто встречаются конкретные. В мыслительной деятельности отмечается некоторое снижение уровня обобщения и непоследовательность суждений на последних этапах лечебного голодания. Различий между больными с ГФРС и без нее по этим методикам не выявлено.

В качестве типичной смотрите историю болезни больной К. (см. Приложение).

§ 2. Результаты здоровых испытуемых

I. Особенности аффективного и когнитивного компонентов образа внешности

Обследовано 50 здоровых, нормального телосложения женщин в возрасте 16-36 лет.

Особенности СК-оценки: анализ самооценки по шкалам внешности в методике Дембо-Рубинштейн показал, что максимальное большинство наших испытуемых отмечали "свое место" в верхней трети шкал.

Все испытуемые выражали желание "быть выше" на шкалах, но при этом у одних "желаемый образ внешности" имел характер недосяжимого и необязательного идеала (отметка в самой верхней точке шкалы), для других это был программный образ, принятый как серьезное, подлежащее осуществлению обязательство ("желаемые оценки" ненамного превышали "наличные оценки").

В этих двух подгруппах соответственно различались и описания "идеальной внешности". У первых они были очень развернуты и представляли собой подробное перечисление признаков "эталонной внешности" (Исп. Т.: "Рост 168-172 см, лицо слегка удлиненной формы, огромные голубые или зеленые глаза, яркие чувственные губы, тонкие изогнутые брови, прямой носик, небольшие уши, длинные черные ресницы, длинные густые волнистые волосы, удлиненная изящная шея, высокая упругая грудь, тонкая талия, не очень широкие округлые бедра, длинные стройные ноги, маленькая ступня"). У вторых эти описания скорее соответствовали теме "Что бы мне хотелось улучшить в своей внешности". (Исп. Н.: "Хотелось бы чуть тоньше талию и немного стройнее ноги, тогда бы моя фигура значительно выиграла. Я немного сутулюсь, поэтому собираюсь заняться специальной гимнастикой. Чтобы ярче смот-

релось лицо, мне необходимо пользоваться косметикой, особенно лучше смотрятся глаза, если их накрасить").

Ожидаемые оценки за "значимого другого", "коллег", "друзей", "постороннего мужчину" и др. даются легко, каждая оценка подробно аргументируется (Исп. Р.: по шкале "красивая фигура" оценку за "значимого другого" ставит значительно выше, чем собственную: "Мой муж до сих считает меня самой красивой, ревнует как в первый день брака". Ставит две оценки за "постороннего мужчину": "Если я в обычной одежде иду, то пониже, а если оденусь хорошо, то повыше").

Особенности оценок удовлетворенности внешностью (по шкале "удовлетворенности телесными качествами"): анализ этих оценок показал значительный их разброс, хотя большинство оценок расположились в положительной зоне ($1,8 \pm 2,4$). Оценки ширины 6 телесных параметров из общей массы оценок не выделялись ($2,1 \pm 1,4$). Максимальная вариативность наблюдалась среди оценок ширины лица ($1,8 \pm 2,1$), бедер ($1,5 \pm 2,2$), талии ($1,1 \pm 2,6$). Большинство женщин отмечали, что хотели бы иметь тоньше талию, некоторых не устраивали форма лица и бедер.

Особенности оценок субъективной значимости телесных качеств (по шкале субъективной значимости телесных качеств): оценки субъективной значимости 6 параметров ширины тела ($3,8 \pm 1,6$) из совокупности оценок остальных телесных качеств не выделялись ($3,6 \pm 2,1$). Из этих 6 параметров наибольшей субъективной значимостью обладала ширина талии ($5,2 \pm 1,7$), наименьшей - ширина грудной клетки ($2,9 \pm 1,9$), что соответствует картине реальных, обусловленных культурой предпочтений качеств женской внешности.

Особенности когнитивного компонента образа внешности (по методике "зеркало"): анализ когнитивных оценок показал, что наи-

более точно испытуемые воспринимают ширину талии ($-0,8 \pm 9,5$), наименее - ширину лица ($48 \pm 12,6$).

Относительно точную оценку ширины талии можно объяснить влиянием на процесс самовосприятия фактора, который Брунер и Постман (Bruner , Postman , 1947) называли "степенью знакомости с воспринимаемым объектом". В их исследовании было показано, что искажениям при оценке размера наименее подвержены те объекты, которыми испытуемый предварительно манипулировал. Возможно, талия как наиболее субъективно значимый параметр тела в большей степени чем другие "знаком" женщинам.

Стабильно высокая переоценка ширины лица отмечалась и в других исследованиях (Fisher, 1970; Meerman , 1983; Norris , 1984). Существуют попытки объяснения этого феномена. В частности, Вапнер (Warner , цит. по Fisher , 1970) связывает переоценку ширины головы с процессом дифференциации "Я" и окружающего мира. По его данным, дети переоценивают ширину головы значительно больше, чем взрослые. Он объясняет это тем, что дети имеют менее четкие границы между "Я" и внешним миром, чем взрослые. Усиление ощущаемых границ тела с помощью тактильной стимуляции кожи головы в районе висков сильно редуцирует переоценку. Кроме этого, у умственно отсталых 13-14-летних подростков обнаружена столь же сильная переоценка ширины головы, как и у 4-летних здоровых детей. Переоценка ширины головы связывается и с высокой субъективной значимостью головы как "точки отсчета в восприятии внешнего мира" (Fisher, 1970).

В нашем исследовании переоценка ширины лица обнаружена во всех экспериментальных группах. При этом переоценка не зависела ни от одного из возможных факторов. Этот феномен заслуживает особого рассмотрения, поэтому параметр "ширина лица" из чис-

ла анализируемых был исключен. Таким образом, в исследовании анализировалась связь между эмоциональной оценкой и характером искажения следующих 5 параметров внешности: толщина шеи, ширина плеч, ширина грудной клетки, ширина талии и ширина бедер. Средний показатель искажения этих параметров составил $-1,4 \pm \pm 14,8$.

2. Исследование связи между особенностями когнитивного и аффективного компонентов образа внешности

На основании первой основной гипотезы исследования о связи между особенностями искажения восприятия собственной внешности и характером эмоционально-ценностного отношения к ней были выделены две подчиненные гипотезы:

а) Направление искажения (переоценка или недооценка ширины своего тела) связана со знаком (+ или -) эмоционально-ценностного отношения испытуемого к собственной внешности.

Для доказательства этой гипотезы мы анализировали связь между членами 250 пар^I "направление искажения (пере- или недооценка) - знак эмоциональной оценки (нравится - не нравится)". Результаты в процентном выражении приведены в таблице I.

Таблица I

Знак эмоциональной оценки	Когнитивная оценка		
	переоценка	точная оценка	недооценка
нравится	4%	2%	70%
не нравится	16%	4%	4%

Анализ полученных результатов показал, что в статистически достоверном большинстве случаев при позитивной оценке телесно-

^I 50 испытуемых x 5 параметров x I обследование.

го параметра его ширина недооценивается, при негативной, наоборот, переоценивается ($\chi^2 = 178,1; p < 0,001$)^I. Поскольку у нормально сложенных женщин оценок "нравится" (76%) значительно больше, чем оценок "не нравится" (24%), то в большинстве случаев они недооценивают ширину своего тела. Сходные результаты были получены в исследовании Трауба и Орбаха (Traub, Orbach, 1964), которые с помощью зеркала с меняющейся кривизной обнаружили, что женщины с нормальной внешностью склонны видеть себя тоньше, а мужчины - шире, чем они есть на самом деле.

Эти результаты показывают, что когнитивное искажение как бы "подстраивается" под эмоциональную оценку, подтверждая ее. Если женщина считает себя достаточно "стройной" и "изящной" и довольна этим, то она воспринимает себя более "стройной" и "изящной", т.е. видит себя тоньше, чем она есть в реальности, приближая себя таким образом к собственному идеалу внешности. Если, наоборот, она негативно оценивает, например, ширину своей талии, считая ее широкой или, по крайней мере, недостаточно тонкой, и очень недовольна этим, она воспринимает ее более широкой, чем она есть на самом деле, подтверждая эту оценку.

б) Величина искажения восприятия ширины параметра связана с величиной интегрального показателя эмоционально-ценностного отношения к этому параметру.

Для доказательства этой гипотезы рассчитывалась величина коэффициента линейной корреляции между членами 250 пар "величина искажения с учетом направления (+ или -) - величина ЭЦО с учетом знака (+ или -)". Расчеты проводились на ЭВМ "Wiener Testsystem".

^I Статистическая достоверность рассчитывалась по формуле:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^2 \sum_{j=1}^2 \frac{(|f_{ij} - f_{eij}| - 0,5)^2}{f_{eij}}$$

Коэффициент линейной корреляции составил $-0,51$ ($p < 0,01$), что свидетельствует о наличии прямопропорциональной связи между анализируемыми показателями: чем более негативно испытуемый оценивает ширину параметра своего тела, тем более он ее переоценивает, и чем более позитивно, тем более недооценивает^I. При этом величина искажения зависит и от субъективной значимости оцениваемого параметра.

Этот вывод подтверждается и через доказательство графическим методом. Для каждого из 50 испытуемых в пространстве с осями "ЭЦО (с учетом знака)" и "искажение (с учетом направления)" строилась функция, задаваемая 5-ью точками (5 пар значений "искажение - ЭЦО"). Анализ показал, что для статистического большинства кривых выполняется условие $X_i \geq X_{i+1} \Rightarrow Y_i \leq Y_{i+1}$ (биномиальный двусторонний критерий, $\alpha = 0,05$), что говорит о монотонном убывании функции. Усредненные результаты представлены на рис.2.

Таким образом, можно говорить о наличии тесной связи между особенностями эмоционально-ценностного отношения к собственной внешности и точностью ее восприятия. Взаимодействие аффективного и когнитивного компонентов в структуре образа физического Я носит характер "когнитивного подтверждения аффективной оценки".

Следует заметить, что, интерпретируя полученные результаты, мы исходили из предположения о том, что именно характер аффективного отношения к внешности определяет особенности ее

^I Понятно, что эта закономерность проявляется лишь в тех случаях, когда более "позитивным" воспринимается худощавое телосложение. В тех случаях, когда в силу культурных или индивидуальных особенностей идеальной считается полная фигура, закономерность должна быть противоположной.

восприятия, а не наоборот. В то же время, возможно, что аффективная оценка не определяет когнитивное искажение, а лишь является реакцией на это искажение, которое вызывается совершенно другими причинами.

С целью исследования характера взаимодействия между аффективным и когнитивным компонентами образа внешности нами был проведен анализ корреляционных отношений между членами 250 пар "искажение - ЭЦО".

Для измерения тесноты однонаправленной связи нами измерялись корреляционные отношения $b_{x/y}$ и $b_{y/x}$, где X - величина искажения, а Y - величина показателя ЭЦО. Были получены следующие корреляционные отношения: $b_{x/y} = 0,57$; $b_{y/x} = 0,49$. Сопоставляя ранее вычисленное значение коэффициента линейной корреляции (r) (-0,51) с корреляционными отношениями, можно заметить, что в рассматриваемом случае $r = \frac{b_{x/y} + b_{y/x}}{2}$, что свидетельствует о случайности различий между коэффициентами детерминации ($b_{x/y}^2$, $b_{y/x}^2$) и о хорошем приближении корреляции к линейной.

Недостоверность различий показывает, что односторонней зависимостью ЭЦО от искажения, или наоборот, можно пренебречь.

Поскольку количественный анализ не дал четкого ответа на поставленный вопрос, для доказательства реальности обнаруженного эффекта "когнитивного подтверждения аффективной оценки" было проведено дополнительное экспериментальное исследование.

3. Экспериментальное исследование характера влияния аффективной оценки внешности на точность ее восприятия^I

Экспериментальное исследование должно быть построено так, чтобы в рамках экспериментальной ситуации обеспечить избирательное воздействие на аффективный компонент образа внешности с целью направленного изменения эмоциональной оценки какого-либо параметра тела. Доказательством гипотезы стало бы соответствующее ("подтверждающее") изменение точности восприятия этого параметра.

Было проведено исследование, состоящее из трех этапов: фоновое обследование, этап воздействия, повторное обследование.

Фоновое обследование. Каждый испытуемый был обследован с помощью набора методик, описанных в главе II. После проведения обследования испытуемый предупреждался, что через 30 минут "для усреднения результатов" будет проведено повторное обследование с помощью некоторых из методик.

В конце этапа экспериментатор, записывая результаты испытуемого, удивлялся "отличному глазомеру" испытуемого и отмечал, что тот оценил ширину всех своих параметров "на редкость точно".

Далее испытуемому предлагалось потерпеть 30 минут до повторного обследования.

Этап воздействия. Через 10-15 минут вынужденного безделья испытуемому "чтобы не было скучно" предлагалось сравнить свои параметры со "средним европейским стандартом Вашего возраста". Демонстрировался большой и достаточно эффектно выглядящий калькулятор "Toshiba" с принтером, в который была "заложена про-

^I Данное исследование частично проводилось студентом 4 курса Усковым А.

грамма расчета". Ни одна из испытуемых от этой процедуры не отказалась.

Экспериментатор "вводил" показатели телосложения испытуемой в машину и через 2 минуты получал бумажную ленту с напечатанным "результатом сравнения" в виде нескольких рядов цифр.

Далее экспериментатор, "читая результаты", говорил приблизительно следующее: "Толщина шеи у Вас чуть тоньше, чем у "стандарта", но лишь на 3%, плечи всего на 2,5% шире, грудная клетка и бедра у Вас тоже практически соответствуют норме. А вот талия у Вас "подкачала" по сравнению с остальными параметрами, она у Вас на целых 22,5% шире, чем надо для женщин Вашего возраста и роста".

Экспериментатор "неуклюже" пытался успокоить испытуемую, косвенно постоянно подчеркивая наличие досадного эстетического "дефекта" внешности, замечая, что "огорчаться не надо, это почти не заметно, а если носить немного другую одежду, тогда совсем не будет видно", давал советы, как "похудеть в талии".

Для упрощения дальнейшего анализа результатов в эксперименте применялось только "отрицательное" воздействие. Параметр внешности - объект воздействия выбирался с учетом следующего условия: эмоциональная оценка параметра не должна быть "полярной", т.е. максимально отрицательной и положительной, а должна быть достаточно неопределенной и находиться в интервале от $-I$ до $+I$. Это требование объясняется тем, что очень завышенные и заниженные самооценки, как известно, крайне ригидны и слабо подвержены внешним влияниям.

Выбранный способ воздействия на аффективный компонент образа внешности основан на двух известных механизмах формирования самооценки человека: "социальное сравнение" и "усвоение

внешних оценок". В качестве объекта, с которым происходил процесс социального сравнения, выступал значимый для испытуемой "европейский стандарт внешности", а в роли "внешнего оценщика" выступал сам экспериментатор – персонаж, также достаточно значимый для наших испытуемых.

Повторное обследование. Испытуемый вновь отмечал свое место на шкалах внешности в методике Дембо–Рубинштейн, заполнял шкалу удовлетворенности внешностью и затем точками отмечал ширину параметров своего тела. При выполнении последнего задания испытуемого просили отметить ширину своего тела "также точно, как в первый раз". Этим замечанием экспериментатор снимал возможное предположение испытуемой о том, что при первом обследовании она ошиблась и отметила ширину талии уже, чем она есть в реальности.

В конце исследования испытуемому объяснялась суть эксперимента, объяснялось, что "результаты сравнения" придуманы экспериментатором и не соответствуют действительности.

В исследовании участвовали 25 женщин в возрасте от 19 до 23 лет. В нашей работе мы не будем излагать все результаты, полученные в данном исследовании, а опишем лишь те из них, которые имеют непосредственное отношение к доказываемым гипотезам.

Из 25 испытуемых были отобраны 10, у которых воздействие вызвало максимальные сдвиги в СК–оценке (особенно по шкалам "стройность" и "изящность") и удовлетворенности параметром внешности, подвергшимся воздействию. (Значимость сдвига подтверждена знаково–ранговым критерием Уилкоксона, $T = 0,4$, двусторонний критерий, $p < 0,01$).

Анализ когнитивного компонента показал, что изменение эмоциональной оценки практически во всех случаях приводили к

соответствующим изменениям точности восприятия ширины данного параметра: у 4-х испытуемых наблюдалось уменьшение величины недооценки, у 5-ти испытуемых фоновая недооценка перешла в переоценку, и лишь у одного испытуемого осталась без изменения. Все изменения были статистически достоверны на 5%-ном уровне.

Важно отметить, что на вопрос экспериментатора "Вы первый раз отмечали так же?" все испытуемые отвечали утвердительно. Таким образом, в данном случае речь идет о прямой зависимости характера искажения восприятия своей внешности от особенностей эмоционально-ценностного отношения к ней. Ясно, что этот тезис не означает отрицания возможности обратного влияния, которое очевидно: переоценка и недооценка ширины могут оказывать соответствующее влияние на эмоциональную оценку своей внешности.

Полученные результаты, характеризующие особенности влияния аффективных процессов на когнитивные, показывают, что тезис "Нового взгляда" о том, что "восприятие - это деятельность, удовлетворяющая потребности", характеризует лишь один из аспектов этого процесса. В случае позитивной оценки собственной внешности можно сказать, что субъект видит себя тоньше, поскольку он хочет быть тоньше. Однако, переоценка ширины собственного тела вовсе не означает, что он хочет иметь его таким. В конечном итоге определяющим фактором оказывается не потребность, а эмоциональная оценка внешности, которая может совпадать с направлением потребности, но может быть и абсолютно противоположной.

§ 3. Результаты больных ожирением

Было обследовано 55 больных ожирением, результаты которых сравнивались с результатами контрольной группы. Так как группа

больных ожирением превосходила в среднем по возрасту контрольную группу, из последней были отобраны лишь 35 испытуемых, чей возраст ($27,1 \pm 10,7$) максимально близок к возрасту больных ожирением ($27,8 \pm 6,4$). Таким образом, все статистические анализы проводились между результатами 55 испытуемых клинической группы и 35 - контрольной.

I. Особенности аффективного и когнитивного компонентов образа внешности

Особенности СК-оценки: на основании ее анализа больные ожирением разделились на две группы:

- а) с выражено низкой СК-оценкой - 28 больных,
- б) с высокой и умеренной СК-оценкой - 27 больных.

I. Больные первой группы на основании качественного анализа образовали две подгруппы:

а) женщины с выраженной установкой на неприятие собственного Я и, в частности, Я-физического. У них часто встречаются фразы "Мне противно от своей жирности", "Из-за этого я стала уродиной", "Я безобразна", "Я - жиртрест", "Я ненавижу свое тело", "Мне тошно смотреть на себя в зеркале". (Многие из этих больных избегают смотреть на себя в зеркале - так называемый "отрицательный симптом зеркала", описанный у больных дисморфофобией (Коркина, 1984).

Некоторые больные убеждены в том, что все окружающие видят их "безобразную толщину", негативно к ним относятся из-за этого, смеются за их спиной. Попытки близких людей переубедить их в этом успеха не имеют, больные уверены в том, что их "просто успокаивают", делают это "из жалости". У этих больных значительно снижены все "ожидаемые" оценки.

У некоторых ожидаемые оценки со стороны окружающих не снижены (Б-я Д.: "Муж говорит, что я и такая ему нравлюсь, но я себя такую ненавижу и презираю").

Наблюдается снижение и по другим шкалам в методике Дембо-Рубинштейн, особенно "счастье" и "здоровье".

Больные часто отмечают, что болезненные переживания по поводу своей внешности еще больше усиливаются в летнее время, когда одеждой не удастся скрыть свою полноту.

По данным личностных опросников у больных этой подгруппы отмечается высокий уровень депрессии, тревожности и невротизации. Все эти симптомы характеризуют состояние этих больных как близкое к состоянию реактивной дисморфобии.

В описание идеальной внешности эти больные часто включают элементы своего внешнего облика до заболевания, прямо указывая на это: (Б-я З.: "Сейчас для меня идеал красота - не Софи Лорен, не Катрин Денев, а я, какой я была раньше до потолстения"). При этом внешний облик до заболевания несколько "идеализируется" - больные рассказывают о своем "огромном успехе у мужчин", о возможностях "сниматься в кино" и т.п. "Ретроспективные" оценки несколько завышены и в большинстве случаев находятся в верхней четверти шкал.

Анализ историй болезни показал, что у большинства женщин этой подгруппы, до заболевания имевших нормальный вес, ожирение, возникшее в период гормональных перестроек, развивалось достаточно быстро и крайне тяжело переживалось больными.

Учитывая эти данные, можно предположить, что в данном случае активное стремление к похуданию определяется мотивом достижения своего прежнего внешнего облика или, говоря другими словами, стремлением к самоидентификации, а сферой жизнедеятель-

ности, где внешность стала барьером на пути реализации замыслов является сфера самопринятия.

б) Молодые незамужние женщины, считающие собственную внешность причиной своей личной неустроенности. Избавление от лишнего веса они рассматривают как средство решения всех личностных проблем. Эти больные часто сообщают, что осознание "виновности" их полноты происходило внезапно на фоне сниженного настроения. (Б-я Л.: "Раньше всегда считала, что я такая же как все, а совершенно недавно, посмотрев в зеркало, вдруг поняла, что это не так - в глазах окружающих я, наверное, просто "толстуха"). Иногда причиной подобного взгляда могут стать нелестные оценки внешности больной со стороны окружающих (Б-я Ч.: "Недавно в транспорте я услышала все, что думают о моей фигуре, после этого полдня редела") или ситуация социального сравнения (Б-я З.: "На дискотеке молодые люди смотрят только на худеньких или на тех, кто хорошо танцует, а кому нужна такая корова, как я?!").

Большинству этих больных свойственна высокая самооценка по шкалам "духовного Я", носящая отчетливо компенсаторный характер. Это подтверждается особенностями самоописаний, нередко написанных по принципу "Я может быть не очень красивая, зато добрая, отзывчивая и с хорошим характером". Этот феномен компенсаторного повышения самооценки впервые описан у больных с косметическими дефектами кожи лица (Николаева, Сафонова, Сидельникова, 1983).

Значительно снижена ожидаемая оценка со стороны "постороннего мужчины". Ожидаемые оценки со стороны близких людей, как правило, достаточно высоки - родители и особенно бабушки никогда негативно не реагировали на внешность этих больных, оценива-

ли ее как вполне нормальную и считали "блажью" желание своей дочери или внучки сбросить вес.

Общая для всех больных жалоба - невозможность подобрать одежду на свой размер. Для них также характерен целый набор замечательных деятельностей - они хорошо разбираются в моде, любят шить одежду для своих младших сестер или худых подруг.

Описания идеальной внешности часто содержат эмоционально насыщенные, оценочные и достаточно абстрактные признаки ("легкая фигура", "воздушная фигура", "стройное тело", "французская фигура", "спортивная внешность", "голливудская внешность", "как у Людмилы Гурченко", "похожая на Татьяну Веденееву", "как у ведущей передачу "Ритмическая гимнастика" и т. .).

Анализ историй болезни показал, что для этих больных характерно начало ожирения еще в детском и подростковом возрасте.

Можно считать, что у больных этой подгруппы стремление к изменению внешности определяется общим мотивом успешной реализации интимно-личностного общения.

II. Группа больных с высокой и умеренной СК-оценкой внешности (для удобства в дальнейшем эту группу будем называть "больные с завышенной СК-оценкой") также неоднородна и образует несколько подгрупп.

а) Больные, изменившаяся внешность которых стала помехой в отношениях с близким человеком. В основном это женщины, состоящие в браке и сильно располневшие в результате нейро-обменно-эндокринных нарушений, вызванных родами или длительной конфликтной ситуацией различного генеза.

Поводом, заставившим их обратиться к врачу, стали или прямые негативные оценки их внешности со стороны мужей (Б-я С.: "В последнее время муж стал называть меня "бомбочкой", говорит,

что шутит, а я вижу, что злится. И еще в телевизор уставится, когда "аэробика" показывают - не оторвешь") или ухудшение внутрисемейного климата, причиной которого, по мнению больных, является их изменившийся внешний облик (Б-я Э.: "Второй год в семье ссоры, муж какой-то нервный стал, говорит, что на работе тяжело. А я думаю, что перестала я мужу как женщина нравиться...").

Это подтверждается сниженными ожидаемыми оценками со стороны "значимого другого". Однако самооценка своей внешности у них не снижена ("не хуже, чем у других", "есть и похуже меня", "я далеко не самая толстая"), так же как не снижены ожидаемые оценки со стороны "постороннего мужчины", "коллег по работе" и т.п.

Описание идеальной внешности достаточно конкретно и включает в себя набор стандартных сексуально привлекательных признаков ("высокая грудь", тонкая талия, длинные ноги, густые волосы, большие глаза и т.п.).

В этой подгруппе, как и в предыдущей, стремление к изменению внешности задается более общим мотивом успешной реализации интимно-личностного общения.

б) Женщины из профессиональной группы, в которой необходимым условием успешности профессиональной деятельности является определенная внешность (манекенщицы, актрисы, балерины, дикторы телевидения и др.).

Самооценка внешности в этой подгруппе была наиболее высокой. Величина излишнего веса у этих больных была наименьшей по сравнению с остальными больными (им был поставлен диагноз "II степень ожирения" лишь в силу особенностей их исходной конституции).

Ожидаемые оценки со стороны "значимого другого", "посто-

ронного мужчины" были также высокими (Б-я С.: "Мой друг считает, что я стала значительно привлекательнее, чем была раньше, и наконец на женщину стала похожа").

Снижена лишь ожидаемая оценка со стороны "коллег по работе", но с оговоркой, что ее оценивают "не просто как женщину", а как "профессионала".

Самоописание внешности очень подробное, а описание идеальной внешности тесно связано с самоописанием и содержит перечень желаемых "доработок" (Б-я С.: "Хотелось бы чуть длиннее ноги. Фигура смотрелась бы значительно лучше, если бы грудь была размера на два больше").

У испытуемых этой подгруппы желание похудеть определяется мотивом достижения профессионального успеха.

в) Больные этой подгруппы несколько отличаются от остальных. Основной причиной заставившей их обратиться к врачу они называют желание изменить не внешность, а вес тела. В первую очередь они жалуются на одышку, гипертонию, сердечные боли, обменные и вегетативные нарушения, "невротические жоры" и т.п., а не на эстетический дефект. Конечно, они признают, что им также хочется стать стройнее и изящнее, но при этом утверждают, что "только ради эстетики терпеть голодные муки никогда бы не стали".

Самооценка, ожидаемая оценка у них не снижены, они также считают, что они "не хуже других".

Описание своего внешнего облика, идеальной внешности крайне скудны, слабо разработаны и, как правило, ограничиваются лицом.

У этих больных стремление к изменению своего физического Я включено в более общий мотив сохранения здоровья. В данном

случае физическое Я выступает не как внешность, а как организм.

Таким образом, на основании анализа СК-оценки выделены сферы жизнедеятельности, в которых наличное физическое Я больных ожирением стало барьером на пути достижения собственных мотивов, целей: сфера самопринятия, сфера интимно-личностного общения, профессиональная сфера и сфера борьбы за сохранение здоровья. Выделены две подгруппы больных: с низкой СК-оценкой (в данном случае адекватной), с высокой и умеренной (в данном случае неадекватно завышенной).

Удовлетворенность внешностью: анализ результатов показал значительные различия средних показателей удовлетворенности шириной тела (по 6 параметрам) между больными ожирением, особенно в первом обследовании ($-2,5 \pm 1,7$), и здоровыми испытуемыми ($2,0 \pm 1,5$). Кроме этого у больных ожирением оценки ширины тела, в отличие от здоровых испытуемых, значительно выделялись из общей массы оценок остальных качеств внешности ($+0,7 \pm 2,1$). Особенно недовольны больные были шириной лица ($-2,2 \pm 1,6$), талии ($-2,8 \pm 1,1$), бедер ($-2,5 \pm 1,8$).

Анализ результатов 2-го обследования показал, что у большинства больных после лечения удовлетворенность шириной тела несколько возрастала ($-1,5 \pm 1,9$), хотя изменения статистически достоверного уровня не достигали. У нескольких больных величина удовлетворенности после лечения, наоборот, еще больше уменьшилась. Статистический анализ показал высокую степень зависимости изменения удовлетворенности от уровня ожидаемого эффекта лечения - у больных с очень высокой "прогнозируемой" оценкой внешности в большинстве случаев удовлетворенность телом снижалась, у больных с небольшими различиями между "наличной" и "прогнозируемой" оценками удовлетворенность телом возрастала независимо

от количества потерянных килограммов. Это подтверждают самоотчеты больных, менее благоприятно оценивших ширину тела после лечения, чем до него (Б-я Я.: "Шла сюда, надеясь на то, что сброшу килограммов 30-40, а сбросила всего 15, как ни старалась. Какая была "жирюга", такая и осталась").

Кроме этого, результаты показали, что больные с низкой СК-оценкой по сравнению с больными с завышенной СК-оценкой имели и более низкую удовлетворенность шириной тела в первом исследовании ($-2,7 \pm 0,9$ и $-2,1 \pm 1,6$) и особенно во втором ($-1,9 \pm 1,7$ и $-0,1 \pm 1,3$), когда они становятся статистически достоверными ($t = 4,46$, $p < 0,01$)^I. Таким образом, на удовлетворенность больного эффективностью лечебного процесса наряду с ожиданиями влияет и уровень СК-оценки.

Субъективная значимость телесных качеств: у больных показатели субъективной значимости 6 параметров тела ($5,8 \pm 0,6$) значительно выделялись из общей массы оценок остальных качеств и превосходили аналогичные показатели здоровых испытуемых ($4,4 \pm 1,1$). Статистически достоверные различия ($t = 6,5$, $p < 0,01$) подтверждают предположение о том, что одним из важнейших качеств внешности для больных ожирением является ширина тела. Самым важным параметром тела, как и у здоровых испытуемых, была ширина талии ($5,9 \pm 0,6$), наименее важным - ширина грудной клетки ($5,5 \pm 0,8$). Достоверных различий в субъективной значимости параметров внешности между больными с низкой и завышенной СК-оценкой не обнаружено.

Итак, анализ особенностей аффективного компонента образа внешности у больных ожирением подтвердил предположение о край-

I

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{\sigma_1^2}{n_1} + \frac{\sigma_2^2}{n_2}}}$$

не низкой удовлетворенности шириной тела и ее высокой субъективной значимости. Были выделены две самостоятельные подгруппы больных - с низкой и завышенной СК-оценкой. Уровень СК-оценки оказался тесно связанным с той сферой жизнедеятельности, где физическое Я субъекта стало помехой, барьером на пути достижения целей, мотивов.

Когнитивный компонент: обнаружены значимые различия в величинах искажения в двух подгруппах больных ожирением, у больных с низкой СК-оценкой он составил $+13,7 \pm 32$, у больных с завышенной СК-оценкой - $-30,1 \pm 15$ ($t = 6,5$, $p < 0,001$). При этом больные обеих подгрупп статистически достоверно отличались от контрольных испытуемых: больные с низкой СК-оценкой сильнее переоценивали ширину тела ($t = 2,3$, $p < 0,01$), а больные с завышенной СК-оценкой, наоборот, сильнее недооценивали ($t = 7,5$, $p < 0,001$)^I.

2. Исследование связи между особенностями когнитивного и аффективного компонентов образа внешности

Характер этой связи исследовался в двух направлениях:

а) связь между знаком ЭЦО и направлением искажения; б) связь между величинами искажения и ЭЦО.

а. Анализировалась количественная связь между членами пар "направление искажения (пере- или недооценка) - знак эмоционально-ценностного отношения (нравится - не нравится)" отдельно для трех экспериментальных групп (больные с низкой и завышенной СК-оценкой и здоровые испытуемые). Результаты в процент-

^I В показателях искажения не учитывались результаты восприятия ширины лица, которая больными ожирением обеих подгрупп, как и контрольными испытуемыми, значительно переоценивалась.

ном выражении приведены в таблице 2.

Таблица 2

Эмоциональная оценка	Когнитивная оценка		
	переоценка	точная оценка	недооценка
1. Больные с завышенной СК-оценкой			
нравится	3%	5%	16%
не нравится	5%	6%	65%
2. Больные с низкой СК-оценкой			
нравится	1%	2%	14%
не нравится	80%	1%	2%
3. Здоровые испытуемые			
нравится	2%	0	74%
не нравится	18%	2%	4%

I группа - 270 пар оценок (27 испытуемых x 5 параметров x 2 обследования); 2 группа - 280 пар оценок (28 испытуемых x 5 параметров x 2 обследования); 3 группа - 175 пар оценок (35 испытуемых x 5 параметров x 1 обследование).

Анализ показывает, что у больных с низкой СК-оценкой наблюдается та же закономерность, что и у контрольных испытуемых: при позитивной оценки параметра его ширина недооценивается, при негативной, наоборот, переоценивается ($\chi^2 = 201$, $p < 0,001$). Таким образом, в группе больных ожирением с адекватной СК-оценкой внешности проявляется эффект "когнитивного подтверждения аффективной оценки".

В подгруппе больных с неадекватно завышенной СК-оценкой внешности наблюдается иная картина: независимо от большого количества оценок "не нравится" больные в большинстве случаев

недооценивают ширину тела. Можно предположить, что женщины, оценивающие себя достаточно высоко по сравнению с другими, стремятся видеть себя лучше (в данном случае тоньше, стройнее), чем они есть на самом деле, приближая себя к определенному идеалу. Неадекватная оценка себя как женщины с "достаточно хорошей фигурой" приводит к искажению тем большему, чем больше отличается фигура испытуемой от такой "достаточно хорошей" фигуры.

Это подтверждается тем, что в группе больных с завышенной СК-оценкой обнаружена положительная корреляция между величиной недооценки параметра и его реальной шириной ($p < 0,05$). Средняя величина недооценки в этой группе наибольшая и составляет 32%. Испытуемые контрольной группы, несмотря на такую же высокую СК-оценку (и при этом более высокую удовлетворенность внешностью) не показали столь же сильной недооценки, т.к. различия между их реальной и "хорошей" шириной тела значительно меньше, чем у больных с выраженным ожирением.

Важнейшая роль СК-оценки подтверждается и тем, что больные ожирением, адекватно низко оценивающие свою внешность, показывают в среднем более точное восприятие ширины своего тела, хотя оно в значительной степени оказалось зависящим от другой эмоциональной оценки - удовлетворенности.

Важно отметить, что эмоциональные оценки разных уровней (СК-оценка и удовлетворенность) оказывают самостоятельное влияние на процесс самовосприятия. В случае совпадения оценок искажение усиливается, в случае разнонаправленности оценки частично компенсируют друг друга и ослабляют искажение. Это подтверждают следующие факты: а) в группе больных с завышенной СК-оценкой внешности недооценка ширины негативно оцениваемых

по шкале удовлетворенности качеств значительно меньше, чем недооценка позитивно оцениваемых качеств ($p < 0,01$). Действие оценки "не нравится" частично компенсирует влияние высокой СК-оценки, задающей стремление видеть себя "не хуже других"; б) в группе больных с низкой СК-оценкой и низкой удовлетворенностью внешностью направленность оценок совпадает. Это приводит к тому, что больные этой группы демонстрируют наибольшую величину переоценки (42%); в) в этой же группе снижение переоценки после лечения совпадает с повышением СК-оценки при неизменной удовлетворенности. Наибольшее снижение переоценки наблюдается при одновременном повышении СК-оценки и удовлетворенности внешностью. В остальных случаях переоценка практически не изменяется.

Эти выводы подтверждаются и результатами исследования количественной связи между величинами эмоционально-ценностного отношения и искажения в экспериментальных группах.

б) Коэффициент линейной корреляции между величинами ЭЦО с учетом знака и искажения с учетом направления составил в группе больных ожирением с низкой СК-оценкой внешности $-0,61$, с завышенной СК-оценкой $-0,56$, в контрольной группе $-0,57$. Все коэффициенты значимы на 1%-ном уровне.

Доказательство графическим методом также подтверждает вывод о прямопропорциональной связи между анализируемыми величинами: в статистически достоверном большинстве случаев наблюдается монотонное убывание функции в пространстве с осями "ЭЦО" и "искажение". Усредненные результаты трех экспериментальных групп представлены на рис.3.

Таким образом, полученные результаты позволяют сделать вывод о характере влияния каждого из уровней эмоциональной оцен-

ки (СК-оценка и удовлетворенность) на процесс самовосприятия.

Удовлетворенность или неудовлетворенность параметром внешности с учетом его субъективной значимости определяет направление и величину искажения его ширины относительно некоторой исходной точки, рассматриваемой субъектом как "точная" в представлении о своей внешности.

Уровень СК-оценки задает положение этой точки относительно "объективно точной", определяя тот диапазон, в котором происходит изменение точности самовосприятия. Чем более адекватна СК-оценка, тем ближе "субъективно точная" точка к "объективно точной", чем более неадекватна - тем дальше. В группе больных ожирением с завышенной СК-оценкой эта точка сдвинута в область недооценки ширины тела, и поэтому большинство когнитивных оценок расположено в этой области практически независимо от степени удовлетворенности параметрами внешности. У больных ожирением с адекватно низкой СК-оценкой и контрольных испытуемых с адекватно высокой СК-оценкой эти точки достаточно близки, что проявляется в относительно четкой зависимости направления искажения ширины параметра от характера удовлетворенности им.

Эта закономерность ярко проявилась при графическом представлении результатов на рис.3.

Таким образом, при исследовании особенностей образа внешности у больных ожирением обнаружена четкая зависимость представления о своей внешности от эмоционально-ценностного отношения к ней. При этом эмоциональные оценки каждого уровня оказывают самостоятельное влияние на процесс самовосприятия.

§ 4. Результаты больных нервной анорексией

Было обследовано 35 больных нервной анорексией погранич-

ного круга (средний возраст $19,9 \pm 3,7$). Каждый больной проходил обследование трижды - в начале, середине и конце лечения. Их результаты сравнивались с результатами 35 здоровых испытуемых аналогичного возраста (средний возраст $21,2 \pm 5,4$), социального положения и образовательного уровня.

I. Особенности аффективного и когнитивного компонентов образа внешности

Особенности СК-оценки: уровень СК-оценки внешности у больных нервной анорексией оказался тесно связанным с этапом лечения болезни, на котором в момент обследования находилась испытуемая.

На кахектическом этапе заболевания, когда больные уже вынуждены обратить свое внимание на различные вегетативные, обменные, эндокринные нарушения, они, как правило, оценивают себя больными "слишком худыми" и выражают желание прибавить вес тела. Однако эти оценки достаточно формальны, поскольку "желаемые" оценки весьма незначительно отличаются от "наличных". Больные рассказывают, что стесняются ходить в открытых платьях, избегают появляться на пляже, но при этом "менять пропорции тела" не хотят. Таким образом, имеется противоречие - больные утверждают, что они "очень худые", но прибавлять в весе не хотят. Смысл этого противоречия хорошо раскрывается, если задать больным вопрос: "Хотели ли бы Вы пополнеть, если бы Ваш нынешний вес тела не был связан с неприятными болезненными соматическими состояниями?". Подавляющее большинство больных заявили, что в таком случае прибавлять в весе они бы не хотели. В данном случае стремление к увеличению веса связано с желанием изменить не внешность, а соматическое состояние.

Иногда желание прибавить в весе мотивируется тем, что какая-либо из частей тела (как правило, это руки или ноги) стала слишком худой и не соответствует внешности в целом. В этом случае больные хотят пополнить в данной части тела, а остальные пропорции оставить прежними. В то же время многие больные оценивают себя как "вполне нормальные". Таким образом, на основании анализа СК-оценки внешности и с учетом диссимуляционных установок, свойственных этим больным, можно считать, что на данном этапе больные достаточно позитивно оценивают свою внешность, а желание прибавить в весе определяется мотивом сохранения здоровья.

В процессе лечения многие больные начинают осознавать болезненность своих прошлых переживаний по поводу внешности и поэтому достаточно благосклонно оценивают прибавление веса тела (Б-я К.: "... Я наконец-то по-моему, выздоровела окончательно. Я поправилась на 11 кг и приобрела-таки человеческий вид. Всем нравлюсь, даже себе, все говорят, что я похорошела. Нет больше впалых щек, резко очерченных скул, заострившегося носа. Теперь мои черты стали мягче, я приобрела женский облик. Меня нельзя сейчас назвать толстой, я вся по-прежнему изящная, но формы округлились и стали женственней. Поразительно, но это мне нравится. Ура! Я становлюсь по-настоящему похожей на девушку, а не на бесполое существо. Странно, но идеал мой поменялся - это героини русских романов - нежные, округлые, мягкие, женственные").

Однако здесь необходимо учитывать еще более усиливающуюся склонность больных нервной анорексией к диссимуляции, понимающих, что сроки выписки из стационара во многом зависят от их отношения к своей внешности. Это заставляет с крайней осторожностью подходить к полученным результатам. Более точную инфор-

мацию о действительном отношении к своему внешнему облику можно получить, анализируя на шкалах внешности величину расхождения между "наличными" и "идеальными" оценками и между "наличными" и "ретроспективными" оценками. Как правило, больные, негативно относящиеся к своему внешнему облику в данный момент и скрывающие это, независимо от уровня "наличных" оценок оценивают динамику изменения веса как очень высокую (большой разрыв между "наличными" и "ретроспективными" оценками), а их "идеальные" оценки хотя и находятся в "социально одобряемом" направлении от "наличных" оценок, но на весьма незначительном расстоянии.

Другая часть больных оценивает увеличение веса более негативно. Они отмечают не особенно радующее их прибавление веса в области живота, бедер, но смиряются с этим, считая, что это временное явление, а после выписки, когда они начнут вести нормальную жизнь, "жир нормально распределится". (Б-я Б.: "Я довольна, что набрала примерно свой нормальный вес. Конечно, еще не все мне нравится в фигуре. Немного не устраивает жир, который отложился в области живота, талии и лица. Но надеюсь, что вскоре это все распределится и будет нормальным").

Стоит отметить, что в этот период больные становятся особенно чувствительными к любым отрицательным оценкам своей внешности со стороны окружающих. Так, б-я Б. в ответ на шутку санитарки, что она потолстела так, "что аж щеки из-за спины выдавать" дала бурную аффективную реакцию - много плакала, отказывалась от еды, не разговаривала. На шкалах внешности наблюдалось резкое падение самооценки.

У больных после выписки, находящихся на амбулаторном лечении, преобладает страх перед возможной полнотой, СК-оценка

несколько снижена. Все больные выражают желание стать "тоньше", "изящнее", выражают недовольство некоторыми параметрами внешности (Б-я Ф.: "Сейчас я поправилась. В общем особенно я себе не нравлюсь. Считаю свою фигуру "средней". Но понимаю, что надо прибавить еще. Лицо мое меня не совсем устраивает. Я имею в виду овал. Мне нравятся лица немного продолговатые, а у меня круглое. Как на мне бровки сидят, мне тоже не нравится...").

Несмотря на недовольство внешностью, многие больные, опасаясь вновь попасть в психиатрическую больницу, попыток вновь начать худеть до поры до времени не предпринимают. Часто провоцирующим моментом, вновь запускающим аноректическое поведение, становятся негативные оценки со стороны окружающих.

(Б-я К., выписавшаяся из больницы с хорошим эффектом, через 2 месяца вновь начала ограничивать себя в еде после того, как школьный врач на осмотре отметила, что больную "уже трудно назвать худенькой" и что она "заметно округлилась"). Часто аноректическое поведение вновь начинается в связи с отказом от приема лекарств.

Для всех больных нервной анорексией характерны выраженные трудности определения того, как их внешность воспринимается и оценивается другими людьми. Больные, хотя и знают, что их собственные оценки отличаются от оценок окружающих, тем не менее оказываются не в состоянии определить положение на шкалах внешности "ожидаемых" оценок. Огромные трудности представляет для них определение "ожидаемых" оценок со стороны "постороннего мужчины", "коллег" или "однокурсников", "одноклассников". Больные или отказываются от задания, мотивируя это тем, что никто не может точно знать как его видят другие люди, или ставят "ожидаемые" оценки на том же уровне, что и собственные,

или, если и выполняют задание, не могут объяснить, почему их воспринимают так, а не иначе. В данном случае речь идет либо о защитном поведении, либо о слабости рефлексивного уровня самосознания.

Если попытаться определить ту сферу жизнедеятельности, в которой внешность больных стала барьером, помехой на пути достижения целей, то можно сказать следующее. Как показали исследования Каревой (1975), первоначально голодание было лишь средством для осуществления некоей духовной ценностной ориентации "быть красивой", "иметь красивую фигуру", в свою очередь для достижения иных мотивов (статус в классе, реализация интимно-личностного общения столь важного в подростковом возрасте, профессиональные мотивы, например, поступление в театральный институт и др.). Однако в дальнейшем мотив похудения становится доминирующим, смыслообразующим в иерархии мотивов. Желание "стать худой" для больных приобретает характер стремления к самоидентичности, что сближает их в этом аспекте с одной из подгрупп больных ожирением.

Однако более глубокий анализ СК-оценок внешности выделил из общей совокупности больных обособленную подгруппу из 6-ти больных. СК-оценка у них не снижена, они оценивают себя как обладающих "достаточно хорошей фигурой", как "стройных", "изящных", "красивых". В анамнезе у них не наблюдалось психогенных моментов, могущих повлечь за собой аноректическое поведение. Однако эти больные выражают желание стать "еще изящнее", "тоньше", объясняя это тем, что они хотят достичь или по-крайней мере приблизиться к собственному идеалу внешности. Анализ описаний идеальной внешности показал, что у этих больных в отличие от остальных идеал физического Я очень разработан, подробен и детально

описан. Подробно объясняется каждый прием, с помощью которого испытуемая намеревается достичь этот идеал. (Б-я А.: "Чтобы сделать талию еще тоньше, я каждое утро и вечер вращаю обруч с солью в течение 40 минут. Чтобы ноги стали красивее, я по 30 минут делаю упражнения из журнала "Бриджит". Для общей уточненности я перестала есть сладкое, жирное, печеное, а больше питаюсь по диете. Чтобы бедра стали округлее, 3 раза в неделю хожу на аэробику. Специально тренирую красивую походку, посадку, хожу по лестнице с томом "Советской энциклопедии" на голове. Много танцую в танцклубе в нашем ДК ...").

У этих больных аноректическое поведение имеет целью достижение "утонченного идеала внешности", причем мотив изменения внешнего облика сформировался без первичного негативного отношения к собственной внешности.

Удовлетворенность внешностью: в основной группе больных нервной анорексией оценки удовлетворенности полностью соответствовали СК-оценкам и зависели от этапа течения болезни. На кахектическом этапе оценки ширины тела не выделялись из общей массы оценок и были достаточно высоки ($2,1 \pm 0,7$). В конце лечения оценки были наиболее отрицательны ($-1,8 \pm 1,1$) и значительно выделялись из массы оценок остальных качеств ($1,9 \pm 1,3$). Оценки первого обследования не отличались от оценок контрольных испытуемых ($2,2 \pm 1,3$), а оценки третьего — были достоверно ниже ($t = 13,8$, $p < 0,01$). Оценки второго обследования занимали промежуточное положение и отличались большим разбросом ($-0,2 \pm 2,2$). К концу лечения удовлетворенность внешностью значительно уменьшалась, что отличает больных нервной анорексией от больных ожирением. Мы считаем, что при оценке удовлетворенности шириной тела в отличие от СК-оценок в меньшей степени

проявилось действие диссимуляционных установок, т.к. 6 параметров тела были "замаскированы" 25-тью другими качествами внешности.

Как и больные ожирением, больные нервной анорексией наиболее недовольны оказались шириной талии, лица и бедер - участками тела, где в процессе лечения в первую очередь увеличивалась жировая прослойка.

Оценки 6-ти больных с несниженной СК-оценкой не отличались от оценок удовлетворенности телом остальных больных. Низкая удовлетворенность своим внешним обликом, таким образом, у них является вторичной и связана с более высокими требованиями, которые эти больные предъявляют к своей внешности. Можно считать, что у них неудовлетворенность внешностью является результатом влияния завышенного, но принятого как серьезное и подлежащее осуществлению обязательство идеального образа физического Я, к которому эти больные стремятся путем ограничения себя в еде и интенсивных физических упражнений.

Несколько иначе сформирован мотив похудения у остальных больных. Низкая СК-оценка внешности и низкая удовлетворенность ею вызвана тем, что внешность стала барьером на пути реализации какой-либо значимой для этих девушек деятельности (в первую очередь деятельности общения - столь важной в подростковом и юношеском возрасте). И именно попыткой соответствовать требованиям, которые эта деятельность, по мнению испытуемой к ней предъявляет и является стремление больных достичь "стройной и изящной" фигуры, столь высоко ценимой на этом возрастном этапе.

Субъективная значимость: у больных нервной анорексией показатели субъективной значимости 6 параметров тела ($5,8 \pm 0,5$) значительно выделялись из общей массы оценок остальных качеств

и превосходили аналогичные показатели контрольных испытуемых ($4,7 \pm 0,9$). Статистически достоверные различия ($t = 6,3$, $p < 0,01$) подтверждают предположение о крайне высокой субъективной значимости ширины тела для больных нервной анорексией, как и у больных ожирением и контрольных испытуемых, была ширина талии ($5,9 \pm 0,4$), наименее важным – ширина грудной клетки ($5,7 \pm 0,7$), хотя различия между крайними оценками весьма незначительны.

Итак, анализ аффективного компонента образа физического Я у больных нервной анорексией показал тесную зависимость между этапом течения болезни и аффективным отношением к телу. Из общей совокупности больных выделяются 6 больных, у которых причиной начала аноректического поведения стали не негативные оценки их внешности со стороны окружающих, а стремление к определенному идеалу внешности.

Когнитивный компонент: анализ особенностей величины искажения у больных нервной анорексией показал, что они превосходят контрольную группу как по переоценке ($t = 5,1$, $p < 0,01$), так и по недооценке ($t = 3,1$, $p < 0,01$), что совпадает с литературными данными (Toуз et al, 1984). Динамика искажения также оказалась тесно связанной с этапом течения болезни: на кахектическом этапе больные, как правило, недооценивали ширину тела, на этапе редукции нервной анорексии – переоценивали, промежуточное обследование показало большой разброс оценок. При этом 6 выделенных больных с мотивом достижения совершенства оказались наиболее точными в оценке себя. Однако в силу незначительного их количества в дальнейшем больных нервной анорексией мы будем рассматривать как единую группу.

2. Исследование связи между особенностями когнитивного и аффективного компонентов образа внешности

Как и в предыдущих экспериментальных группах, характер этой связи исследовался в двух направлениях: а) связь между знаком ЭЦО и направлением искажения; б) связь между величинами ЭЦО и искажения.

а. Анализировалась количественная связь между членами пар "направление искажения (пере- или недооценка) - знак ЭЦО (нравится - не нравится)" отдельно для больных нервной анорексией и здоровых испытуемых. Результаты в процентном выражении представлены в таблице 3.

Таблица 3

Эмоциональная оценка	Когнитивная оценка		
	переоценка	точная оценка	недооценка
I. Больные нервной анорексией			
нравится	8%	2%	44%
не нравится	40%	3%	3%
2. Здоровые испытуемые			
нравится	2%	3%	74%
не нравится	14%	3%	4%

Больные нервной анорексией - 525 пар оценок (35 испытуемых x 5 параметров x 3 обследования); контрольная группа - 175 пар оценок (35 испытуемых x 5 параметров x 1 обследование).

Из таблицы видно, что в группе больных нервной анорексией также проявляется обнаруженная закономерность: при позитивной

оценке телесного качества его ширина недооценивается; при негативной, наоборот, переоценивается ($\chi^2 = 304,3$, $p < 0,001$).

Аналогичные результаты получены и в контрольной группе, с той лишь разницей, что у здоровых испытуемых значительно меньше оценок "не нравится" и соответственно меньше переоценок ширины. У них также меньше "нетипичных" пар, т.е. таких, в которых знак эмоциональной оценки и знак направления искажения совпадают. Это происходит в первую очередь за счет уменьшения количества пар "нравится - переоценка", которых у больных нервной анорексией в процентном отношении в 4 раза больше, чем у испытуемых контрольной группы. Этот факт можно объяснить свойственной больным нервной анорексией тенденцией к диссимуляции, заставляющей их чаще давать положительную оценку в действительности негативно оцениваемым ими качествам.

б. Коэффициент линейной корреляции между величинами ЭЦО с учетом знака и искажения с учетом направления составил в группе больных нервной анорексией $-0,51$, в контрольной группе $-0,46$.

Все коэффициенты значимы на 1%-ном уровне.

Кроме расчета коэффициента линейной корреляции для каждого испытуемого строилась функция в пространстве с осями "ЭЦО" и "искажение". Для каждого испытуемого клинической группы функция была задана 15-тью точками (1 испытуемый \times 5 параметров \times 3 обследования), для каждого испытуемого контрольной группы - 5-тью точками (1 испытуемых \times 5 параметров \times 1 обследование). Анализ показал, что для статистического большинства точек каждой кривой выполняется условие $X_i \geq X_{i+1} \implies Y_i \leq Y_{i+1}$, что говорит о монотонном убывании функции. Таким образом, можно говорить о прямопропорциональной связи между

величинами ЭЦО и искажения для больных нервной анорексией (биномиальный двусторонний критерий, $\alpha = 0,01$) и соответствующим им по возрасту контрольных испытуемых ($\alpha = 0,05$).

Усредненные результаты обеих групп представлены на рис.4. Таким образом, во всех экспериментальных группах в структуре процесса самовосприятия обнаружен эффект "когнитивного подтверждения аффективной оценки", проявляющийся в зависимости направления и величины искажения восприятия ширины своего тела от особенностей эмоционально-ценностного к нему отношения.

Однако, как мы уже отмечали выше, нервная анорексия может выступать не только как заболевание пограничного круга, но и как синдром при шизофрении.

3. Анализ связи между когнитивным и аффективным компонентами образа внешности у больных шизофренией с синдромом нервной анорексии

В качестве дополнительной контрольной группы в нашем исследовании выступили 12 больных шизофренией с синдромом нервной анорексии. Для всех больных начало заболевания характеризовалось сознательным ограничением себя в еде с целью исправления "дефекта внешности". Однако с самого начала наблюдалась определенная диссоциация поведения - утверждения о "жирности" возникали на фоне некоторого дефицита веса тела, а стремление к улучшению внешности сочеталось с отсутствием желания следить за собой, что проявлялось в неряшливости, неаккуратности и т.п. Полностью отказываясь от первых и вторых блюд, больные нередко в больших количествах поглощали различные "сладкие" блюда (Б-я О. никогда не соглашалась съесть хотя бы одну ложку супа, но в один прием могла съесть торт "Полет"). Часто ограничению

себя в еде наряду с желанием "исправить" внешность давались странные объяснения (Б-я Т. объясняла свой отказ от еды и тем, что хотела проверить свои способности к жизни на необитаемом острове).

Уже на начальных этапах болезни синдром нервной анорексии сочетался с другими психопатологическими расстройствами, свойственными шизофрении (снижение интересов, нарастание элементов пассивности, утрата эмоциональных контактов и т.п.). При экспериментально-психологическом обследовании выявлялись различные искажения процесса обобщения в сочетании с конкретно-ситуационными признаками (данные М.А.Каревой).

Сравнительно быстро на смену ограничения себя в еде приходят другие формы "пищевого поведения", в частности, рвота, искусственно вызываемая больными, в первое время обычно после приступов булимии. В дальнейшем, приобретая совершенно самостоятельный характер, рвота принимала вид патологического влечения. После рвоты и в процессе ее больные ощущали "необыкновенную легкость", "экстаз", "блаженство". Довольно быстро у больных исчезали неприятные вегетативные явления, обычно сопровождающие рвоты у больных пограничного круга.

Помимо рвот часто наблюдались вычурные способы приема пищи (слизывание с ножа, непонятная избирательность в еде, особая процедура приема пищи и т.п.). Так, больная Х. растягивала прием пищи на несколько часов, питаясь со "специальной тарелочки" с помощью "специального ножа" и "специальной вилки".

Важно отметить, что особое пищевое поведение на этом этапе практически полностью отрывалось от дисморфоманических переживаний (Коркина и др., 1986).

Анализ экспериментальных данных этой группы больных пока-

зал, что динамика искажения самовосприятия и динамика эмоционально-ценностного отношения к своей внешности не связана с этапом течения болезни. Более того, не обнаружено связи между направлением искажения и знаком ЭЦО к внешности, величиной искажения и величиной ЭЦО.

Часто наблюдается парадоксальная картина: больные, несмотря на значительную недооценку ширины своего тела, оценивали себя "безобразно толстыми". Динамика искажения в процессе лечения была крайне противоречивой: у некоторых больных эмоциональная оценка тела снижалась (они начинали оценивать себя более "толстыми", "менее изящными", более негативно оценивали отдельные параметры), но недооценка ширины тела не только не уменьшалась, но даже увеличивалась.

У других больных по ходу лечения недооценка ширины тела уменьшалась и часто переходила в переоценку, но при этом больные в конце лечения оценивали себя по шкалам внешности более благоприятно, оказывались более удовлетворены своей внешностью, чем в начале лечения.

Эти результаты подтверждают тот факт, что в основе стойкого недовольства собственной внешностью и характера ее восприятия у больных шизофренией с синдромом нервной анорексии лежит бредовая дисморфомания (Коркина, 1984), в то время как в основе искажения восприятия собственной внешности у больных нервной анорексией пограничного круга лежит личностный компонент восприятия в форме аффективного отношения к своему внешнему облику.

Кратко подводя итог проделанным исследованиям, можно сказать следующее. И в клинических и в контрольной группах влияние аффективного фактора на когнитивный осуществляется по одному и тому же принципу: когнитивные искажения самовосприятия

подтверждают аффективную оценку. В данном случае, рассматривая лишь этот аспект аффективно-когнитивных взаимодействий, мы не отрицаем влияния когнитивного компонента на аффективный.

Достаточно эвристичным и оправданным оказалось выделение в структуре аффективного компонента образа внешности двух типов эмоциональной оценки - удовлетворенности и СК-оценки. Каждая из них осуществляет самостоятельное влияние на процесс самовосприятия.

Хотя эффект "когнитивного подтверждения аффективной оценки" оказался универсальной формой проявления действия личностного компонента самовосприятия во всех экспериментальных группах, больные ожирением и нервной анорексией превзошли здоровых испытуемых как по переоценке, так и по недооценке ширины тела. Этот факт нельзя объяснить тем, что больные имеют какой-либо дефект восприятия, поскольку не обнаружено никаких статистически значимых различий между больными и здоровыми испытуемыми в восприятии внешних объектов - другого человека и неодушевленного предмета^I. Таким образом, речь идет именно об искажениях в структуре самовосприятия.

Итак, основные различия между клиническими и контрольной группами заключаются в том, что больные нервной анорексией и ожирением при одинаковых величинах эмоционально-ценностного отношения к параметру демонстрируют большую величину искажения его ширины, чем здоровые испытуемые.

Этот факт можно объяснить тем, что одна и та же эмоцио-

^I Различия не обнаружены при сравнении средних показателей каждой группы. Однако предварительный анализ показывает, что у больных ожирением с завышенной и низкой СК-оценкой внешности наблюдаются определенные различия в восприятии

нальная оценка несет различную аффективную нагрузку у больных и здоровых испытуемых. Действительно, оценка "очень не нравится" нормально сложенной испытуемой и больной с выраженным ожирением по субъективной силе весьма различны. Это косвенно подтверждается тем, что по мере увеличения эмоционально-ценностного отношения различия в величинах искажения между больными и здоровыми испытуемыми возрастают.

Однако различия между величинами искажения у больных и здоровых испытуемых остаются статистически значимыми даже в случае минимально выраженных эмоциональных оценок (диапазон -1, 0, +1) и низкой субъективной значимости параметров (диапазон 0, 1, 2), когда различия в субъективной силе этих оценок незначительны.

На наш взгляд, больные нервной анорексией и ожирением оказываются более чувствительными к влиянию аффективных факторов в силу их более низкой когнитивной дифференцированности, которая в данном случае выступает в качестве опосредующего фактора между когнитивным и аффективным компонентами образа внешности.

§ 5. Исследование роли когнитивной дифференцированности в процессе взаимодействия аффективного и когнитивного компонентов образа внешности

Как мы уже отмечали, в нашем исследовании уровень когнитивной дифференцированности измерялся с помощью трех методик: "тест включенных фигур", рисунок человека и самописание внешности. Поскольку на результаты каждой методики влияют факторы,

(продолжение сноски со стр.118)

другого человека. Эти данные задают перспективы дальнейших исследований связи между восприятием себя и другого человека.

не имеющие отношения к когнитивной дифференцированности (навыки, профессия и т.п.), более адекватным, на наш взгляд, является одновременный учет результатов всех трех методик.

I. Особенности когнитивной дифференцированности в экспериментальных группах

Тест включенных фигур. На основании анализа результатов выполнения теста были получены следующие результаты (среднее время в сек. \pm стандартное отклонение): контрольная группа - $31,2 \pm 16,3$; больные нервной анорексией - $58,8 \pm 30,2$; больные ожирением - $61,6 \pm 28,8$. Отличия здоровых испытуемых от больных нервной анорексией ($t = 4,8$) и от больных ожирением ($t = 6,4$) статистически достоверны ($p < 0,01$). Различия между клиническими группами не значимы.

Наши результаты повторяют данные, приведенные Бессексом и Карпом (Basseches, Карп, 1984), которые обнаружили ту же закономерность: больные нервной анорексией и ожирением более зависимы от "поля", чем здоровые испытуемые.

Рисунок человека. Каждый рисунок оценивался тремя независимыми экспертами, результаты усреднялись. Рисунки больных оказались менее разработанными, чем рисунки здоровых испытуемых (контрольная группа - $3,5 \pm 1,6$; больные нервной анорексией - $2,7 \pm 0,5$; больные ожирением $2,8 \pm 1,1$). Различия между клиническими группами и контрольной группой статистически достоверны, хотя и на менее высоком уровне (соответственно $t = 2,8$ и $t = 2,3$; $p < 0,05$). Различия между рисунками больных разных групп не достоверны.

Итак, результаты выполнения рисунка человека также подтвердили предположение о более низкой, чем у здоровых испытуе-

мых, когнитивной дифференцированности у больных ожирением и нервной анорексией.

Описание собственной внешности. При анализе самоописаний выделялись три показателя: количество когнитивных суждений, количество аффективных суждений и количество участков тела, включенных в самописание. Полученные данные представлены в таблице 4.

Таблица 4

Экспериментальная группа	Кол-во когнитивных суждений	Кол-во аффективных суждений	Полнота описания
Здоровые	12,7±6,6	2,8±1,5	8,7±6,8
Больные нервной анорексией	6,0±3,4	5,5±2,5	5,1±3,9
Больные ожирением	5,4±2,3	4,6±3,1	5,8±5,4

Из таблицы видно, что здоровые испытуемые превосходят больных ожирением и нервной анорексией по количеству когнитивных суждений ($t = 5,3$ и $t = 6,3$; $p < 0,01$) и по полноте описания ($t = 5,7$ и $t = 3,7$; $p < 0,01$). При этом у здоровых испытуемых значительно меньше аффективных суждений, чем у больных нервной анорексией ($t = 2,7$, $p < 0,01$) и больных ожирением ($t = 2,1$, $p < 0,01$).

Особенно бедны самоописания больных нервной анорексией - в них практически нет конкретного описания собственной внешности, зато очень много оценочных, несодержательных суждений, по количеству которых они превосходят остальные группы (Б-я Л.: "Я себя считаю симпатичной. Моей внешностью я довольна. У меня красивое лицо и фигура". Б-я К.: "Маленького роста, не развитая. Одежда никакая не идет. Некрасивые черты лица. Не краси-

вая прическа. Бледное лицо". Б-я Б.: "Я себе не нравлюсь, т.к. фигура должна быть пропорциональной, а у меня (пока) еще не все нормально. Ни мужская, ни женская фигура. Обрубок").

Часто самоописания у больных ожирением и нервной анорексией ограничиваются лишь описанием черт лица и не касаются особенностей телосложения.

Возможно в основе слабой разработанности представления о теле и замене его неконкретными оценочными суждениями лежат защитные механизмы, аналогичные вытеснению. Подобное объяснение не противоречит тезису о низкой когнитивной дифференцированности, т.к. данный тип защиты является одним из ее показателей (Witkin et al, 1974).

Таким образом, результаты всех трех методик подтверждают положение о более низкой когнитивной дифференцированности больных нервной анорексией и ожирением по сравнению со здоровыми испытуемыми. Еще Брух (Bruch, 1973) в своих клинических наблюдениях и теоретических формулировках отмечала особое сходство между этими группами больных. Она рассматривала их как субъектов испытывающих сходные трудности в достижении автономии. Больные ожирением, по мнению Брух, имеют серьезный дефицит инициативы, автономии, самоконтроля, саморегуляции. Им не хватает ощущения самостоятельности, индивидуальности, они часто испытывают чувство беспомощности перед внешними силами. Подобные черты отмечаются и у больных нервной анорексией (Коркина, 1984; Bruch, 1973) – эти больные несамостоятельны и часто ощущают себя действующими лишь под влиянием требований других людей. Многие авторы рассматривают эти черты как проявление более базисной характеристики, а именно – низкой степени когнитивной дифференцированности (Basseches, Кагр, 1984; Кагр,

. Pardes , 1965).

Межгрупповые сравнения показали, что больные ожирением и нервной анорексией превосходят здоровых испытуемых как по переоценке, так и по недооценке ширины тела. Однако этого факта недостаточно, чтобы рассматривать когнитивную дифференцированность в качестве опосредующего фактора в процессе когнитивно-аффективных взаимодействий. Более адекватным этой цели методом является метод внутригрупповых сравнений.

2. Исследования влияния когнитивной дифференцированности на величину искажения в каждой экспериментальной группе

Испытуемые каждой экспериментальной группы на основании результатов выполнения каждой из трех методик исследования когнитивной дифференцированности были разделены на две подгруппы. Первую образовали испытуемые по всем трем методикам, набравшие лучшие результаты (медианный критерий), вторую - испытуемые с худшими результатами. В группу с относительно высоким уровнем когнитивной дифференцированности вошли 8 испытуемых контрольной группы, 7 больных нервной анорексией и 10 больных ожирением, в группу с низким уровнем когнитивной дифференцированности вошли 10 здоровых испытуемых, 8 больных нервной анорексией и 14 больных ожирением. Результаты анализировались индивидуально для каждой экспериментальной группы. Усредненные результаты выполнения методик исследования когнитивной дифференцированности представлены в таблице 5.

Анализ данных, представленных в таблице, показал, что в контрольной группе не обнаружено достоверных различий между величинами искажения у испытуемых с высокой и низкой когнитивной дифференцированностью. Этот факт возможно объясняется тем, что

подгруппы по большинству показателей когнитивной дифференцированности различались слишком незначительно ($p < 0,1$), чтобы это проявилось в различиях по величине переоценки или недооценки. Иная картина наблюдается у больных ожирением и нервной анорексией: больные с низкой когнитивной дифференцированностью превзошли больных с относительно высокой когнитивной дифференцированностью как по величине переоценки (нервная анорексия - $t = 4,5$; ожирение - $t = 4,25$; $p < 0,01$), так и по величине недооценки (нервная анорексия - $t = 2,7$; ожирение - $t = 3,3$, $p < 0,01$).

Таким образом, полученные результаты подтверждают гипотезу об опосредующем характере когнитивной дифференцированности в процессе взаимодействия когнитивного и аффективного факторов. Субъекты с низким уровнем когнитивной дифференцированности демонстрируют высокую чувствительность к воздействию аффективных оценок собственной внешности, что проявляется в более сильном искажении представления о ширине собственного тела.

Низкий уровень когнитивной дифференцированности проявляет себя не только в рамках образа физического Я, но и в более широком контексте. Больные ожирением и нервной анорексией оказываются крайне подверженными дезорганизирующему влиянию любых аффективных оценок, что проявляется в их высокой сензитивности, "стрессо-доступности". Для больных нервной анорексией характерна аффективная лабильность со склонностью к пониженному настроению. Малейшая неудача, неприятный разговор, а тем более ссора вызывают у этих больных стойкие нарушения настроения (Коркина, 1984). Аналогичные личностные черты свойственны большинству больных ожирением (Вознесенская, 1980; Вознесенская, Дорожевец, 1986).

Однако в силу низкой когнитивной дифференцированности, проявляющейся в минимальном количестве смысловых конструктов и их сильной "сцепленности", различные смысловые сферы оказываются тесно связанными между собой. Низкая автономия структурных компонентов образа Я приводит к тому, что незначительное изменение одного из них может повлечь за собой изменения других аспектов представления о себе (Соколова, Федотова, 1986).

Исходя из этого, можно предположить, что изменение представления о себе в сфере духовного или социального Я могут привести к изменению представления о себе в структуре образа внешности. Это предположение клинически оправданно, поскольку больные нервной анорексией и ожирением часто сообщают, что недовольство своей внешностью особенно усиливается после конфликтов, неудач, неприятных событий и т.п. Для проверки данного предположения было проведено соответствующее экспериментальное исследование.

3. Экспериментальное исследование влияния "личностного неуспеха" на искажение представления о своей внешности

Данное исследование проводилось в ходе изучения уровня притязаний у больных нервной анорексией и ожирением после того как каждый из них уже прошел через основное экспериментальное исследование.

Инструкция исследования была стандартной (Зейгарник, 1978), используемые задачи отвечали интересам испытуемых, соответствовали их образовательному уровню. Само экспериментальное исследование проводилось в два этапа^I.

^I На больных ожирением и здоровых испытуемых исследование проводилось кандидатом медицинских наук Вознесенской Т.Г.

Первый этап был стандартным и имел своей целью действительное изучение УП больных. Второй этап - "этап неуспеха", имел своей целью воздействие на самооценку испытуемого. На этом этапе каждой больной последовательно предлагались задачи из области знаний, где они чувствовали себя особенно компетентными (задачи подбирались в соответствии с данными, полученными в ходе клинической беседы). Весь второй этап был построен так, что независимо от номера выбранной испытуемой задачи ей был обеспечен постоянный "неуспех". По ходу его экспериментатор постоянно косвенно подчеркивал "неуспех" испытуемой, демонстрировал недоумение по поводу "неудач", некоторое осуждение и другие негативные реакции по отношению к испытуемой.

Сигналом к окончанию эксперимента были выраженные аффективные реакции испытуемой (агрессия, самообвинение, дискредитация задания, отказ от задания) или устойчивое снижение ее УП. У больных ожирением и здоровых испытуемых наличие "стрессового" состояния подтверждалось клиническими данными: тахикардией, повышением уровня кортизона в крови, депрессией ритма, повышением мощности электромиографического ответа мышц орального полюса, увеличением КГР.

Затем у испытуемого вновь измерялись самооценка по шкалам "ум", "сообразительность", "хорошая память" и т.д., СК-оценка внешности, удовлетворенность внешностью и представление о ширине своего тела.

В эксперименте участвовали 20 больных ожирением, 20 больных нервной анорексией. Их результаты сравнивались с результатами 10 здоровых испытуемых.

Результаты здоровых испытуемых. У 7 испытуемых было отмечено снижение самооценки по "психическим" шкалам и лишь у од-

ного снизилась СК-оценка внешности. Ни у одного из испытуемых не было отмечено значимого изменения удовлетворенности внешностью. Также не было обнаружено достоверных изменений в представлении о ширине собственного тела.

Результаты больных ожирением. Больные были разделены на две группы по результатам выполнения методик исследования когнитивной дифференцированности: I группа - больные с относительно высоким уровнем когнитивной дифференцированности - 10 человек; 2 группа - больные с низким уровнем когнитивной дифференцированности - 10 человек. Были получены следующие результаты:

а) снижение самооценки по "психическим" шкалам наблюдалось у 9 больных 2 группы и 6 больных первой. Таким образом, хотя больные обеих групп оказались чувствительными к "неуспеху", больные с низким уровнем когнитивной дифференцированности несколько превзошли больных с относительно высоким уровнем когнитивной дифференцированности по этому показателю.

б) Снижение СК-оценки внешности было отмечено у 8 испытуемых 2-й группы и 4 испытуемых I-й группы. Таким образом, практически у всех больных с низкой когнитивной дифференцированностью снижение самооценки по "психическим" шкалам повлекло за собой снижение самооценки по шкалам внешности. Связь снижения СК-оценки внешностью со снижением самооценки по "психическим" шкалам подтверждается и тем, что лишь у одной испытуемой снижение СК-оценки внешности произошло без снижения "психической" самооценки, во всех остальных случаях снижение было взаимным.

в) Снижение удовлетворенности внешностью было отмечено в обеих группах, но в I-й оно не значимо ($t = 0,3$), а во 2-й значимо на невысоком уровне ($t = 2,1$, $p < 0,1$). При этом наибольшее снижение удовлетворенности было характерно для тех

качеств внешности, предварительные оценки которых находились в интервале "неопределенности" (-1, 0, +1). Величина сдвига оценок этих качеств ($1,8 \pm 0,6$) оказалась значимо больше сдвига удовлетворенности качествами, оцениваемыми более определенно (-2, -3, +2, +3). Различия значимы на 1%-ном уровне ($t = 3,5$).

г) Анализ когнитивного компонента образа внешности показал, что у испытуемых 2-й группы наблюдалось значимое увеличение воспринимаемой ширины тела (в среднем на $19,6 \% \pm 10,2$). Наибольшим приростом ширины характеризовались параметры, оценки которых получили наибольший сдвиг по шкале удовлетворенности ($p = 0,01$). По показателю увеличения воспринимаемой ширины тела испытуемые 2-й группы значимо превосходили испытуемых 1-й группы ($t = 4,2$, $p < 0,01$).

Результаты, полученные в группе больных ожирением, показали, что чем ниже уровень когнитивной дифференцированности, тем сильнее зависимость представления о своей внешности от других смысловых сфер самосознания.

Результаты больных нервной анорексией. В исследовании участвовали 20 больных нервной анорексией, также разделенные на две группы: 1-я группа - больные с высоким уровнем когнитивной дифференцированности - 10 человек; 2-я группа - больные с низким уровнем когнитивной дифференцированности - 10 человек.

Были получены следующие результаты:

а) снижение самооценки по "психическим" шкалам наблюдалось у всех испытуемых 2-й группы и 7 испытуемых 1-й группы. Таким образом, больные нервной анорексией как и больные ожирением оказались высоко чувствительными к влиянию "неуспеха", особенно подвержены влиянию больные с низким уровнем когнитивной дифференцированности.

б) Снижение СК-оценки внешности наблюдалось у 9 больных 2-й группы и 4 больных 1-й группы. Больные с низкой степенью когнитивной дифференцированности чаще реагировали на неуспех снижением эмоциональной оценки внешности.

в) Хотя в обеих группах сдвиг удовлетворенности оказался значимым, у больных 2-й группы он был достоверно выше, чем в первой ($t = 3,5$; $p < 0,01$). Как и у больных ожирением, наиболее "уязвимыми" оказались телесные качества, оценки которых находились в интервале "неопределенности": снижение удовлетворенности ими (в среднем на $1,7 \pm 0,4$) значимо превосходило снижение удовлетворенности качествами, оцениваемыми более определенно ($t = 5,6$, $p < 0,01$).

г) Анализ когнитивного компонента показал, что испытуемые 2-й группы значимо превосходили испытуемых 1-й группы по величине прироста воспринимаемой ширины тела ($21,7\% \pm 14,7$ по сравнению с $11,9 \pm 4,2$). При этом наблюдалась закономерность, обнаруженная в группе больных ожирением: чем ниже уровень когнитивной дифференцированности, тем большее число параметров внешности начинает восприниматься более широкими, чем в фоновом обследовании. Однако наибольший прирост воспринимаемой ширины соответствовал наибольшему снижению удовлетворенности.

Кратко подводя итог, можно сказать следующее. Низкий уровень когнитивной дифференцированности является причиной "иррадиации" сниженной самооценки психических свойств на область представления о своей внешности. Чем более низка степень когнитивной дифференцированности, тем к большему снижению эмоциональных оценок внешности приводит снижение самооценки по таким шкалам как "ум", "сообразительность", "хорошая память" и т.п. Однако роль низкой когнитивной дифференцированности не ограни-

чивается "сцеплением" "духовных" и "телесных" сфер самосознания, ее действие проявляется и внутри каждой из них. Чем ниже уровень когнитивной дифференцированности, тем большее число признаков в образе внешности оказываются подверженными внешнему влиянию. Наиболее уязвимы для такого воздействия оказались качества, эмоциональные оценки которых были недостаточно определенными.

Снижение СК-оценки и удовлетворенности внешностью привели к соответствующим изменениям когнитивного компонента: наблюдалось статистически достоверное увеличение воспринимаемой ширины тела. При этом прирост ширины соответствовал изменениям эмоциональной оценки.

4. Влияние уровня когнитивной дифференцированности на особенности образа внешности у больных с особым пищевым поведением

Как мы уже отмечали, в группах больных нервной анорексией и ожирением при клиническом анализе выделялись качественно особые подгруппы больных. Основанием для такого выделения является свойственное этим больным особое пищевое поведение.

Среди больных ожирением такую подгруппу образуют больные с гиперфагической реакцией на стресс (ГФРС). Переедание, возникающее в условиях стресса, является для них формой психологической защиты и одновременно основным механизмом прибавки веса (Вознесенская, Дорожевец, 1986). Больные в ситуации психического напряжения принимают большое количество пищи не из-за ощущения истинного аппетита, а для того, чтобы "успокоиться", но при этом часто оказываются не в состоянии сознательно контролировать этот процесс.

Сходные проблемы испытывают больные булимическим вариантом нервной анорексии. На фоне постоянного и мучительного чувства голода, на определенном этапе заболевания принимающего характер булимии ("волчьего голода"), развивается особое пищевое поведение в виде "жоров" - эпизодов неконтролируемого поглощения большого количества пищи самого широкого ассортимента в течение относительно короткого промежутка времени. Депрессивное состояние, самоуничижающие мысли, возникающие после подобных приступов, а также желание снять их "толстящий" эффект приводят к вызыванию искусственных рвот или приему большого количества слабительных средств. В ходе этих приступов все больные испытывают мучительное ощущение крайней беспомощности, невозможности остановить процесс поглощения пищи.

Несмотря на разные механизмы происхождения данных типов пищевого поведения у больных нервной анорексией и ожирением, их объединяет общий факт слабости контроля над эмоциональными импульсами, в данном случае над влечениями.

Сила контроля импульсивного поведения, как известно, является одним из основных показателей степени когнитивной дифференцированности. Большинство клинических работ, в которых методами диагностики контролей являются проективные методики, выявляют связь более структурированных контролей с независимостью от поля, а менее структурированных - с зависимостью (Witkin et al, 1974; Witkin et al, 1955). При диагностике контролей с помощью наблюдения за реальным поведением гиперактивность детей и выраженность импульсивности (т.е. меньшая структурированность контролей) оказались связаны с зависимостью от поля (цип. по Егоровой, 1981). Низкая степень когнитивной дифференцированности обнаружена в некоторых клинических группах с вы-

раженными трудностями контроля над поведением: у больных алкоголизмом (Witkin et al , 1959; Karp et al , 1963), у больных с кататоническими нарушениями (Janucci , 1964), у истероидных личностей (Zukmann , 1957).

Исходя из этих данных, можно предположить, что больные ожирением с ГФРС и больные булимическим вариантом нервной анорексией, испытывающие аналогичные трудности контроля импульсивного поведения, будут демонстрировать меньшую степень когнитивной дифференцированности, чем остальные больные. Учитывая роль этого показателя в процессе взаимодействия как аффективного и когнитивного компонентов образа внешности, так и различных смысловых сфер самосознания, можно предположить, что эти больные покажут более сильное искажение представления о своей внешности, более высокую чувствительность образа Я и образа физического Я, в частности, к влиянию различных эмоциональных факторов.

Для проверки этих предположений исследовались различия по данным показателям между больными ожирением с ГФРС и без нее и между больными булимическим вариантом нервной анорексии и больными, ограничивающими себя в еде.

Результаты больных ожирением. Группу больных с ГФРС составили 26 человек, без ГФРС - 29 человек. Различий в возрасте между больными обеих групп обнаружено не было.

Анализ уровня когнитивной дифференцированности показал, что больные с ГФРС имели значимо выше "полезависимость" по тесту "включенных фигур" ($72,7 \pm 34,3$), чем больные без ГФРС ($46,8 \pm 21,4$). Различия значимы на 1%-ном уровне ($t = 3,3$). В самоописаниях внешности различия оказались значимыми по количеству когнитивных суждений и полноте описания внешности - у

больных с ГФРС эти показатели были ниже ($p < 0,01$). По количеству аффективных суждений и рисункам человека достоверных различий не было. Тем не менее по большинству показателей больные с ГФРС характеризуются как обладающие менее дифференцированной когнитивной сферой, чем больные без ГФРС. Данные особенности больных отчетливо проявились в характере образа внешности и зависимости от эмоциональных факторов:

а) больные с ГФРС значимо чаще, чем больные без ГФРС попадали в группу испытуемых с низкой СК-оценкой внешности (17 больных с ГФРС и 10 больных без нее, $t = 2,1$, $p < 0,01$);

б) по параметру удовлетворенности внешностью и субъективной значимости телесных качеств различий не обнаружено;

в) в структуре когнитивного компонента больные с ГФРС значимо превосходят больных без ГФРС по величине переоценки ширины тела ($t = 3,7$, $p < 0,01$). Этот результат не может быть следствием того, что больные с ГФРС чаще имеют низкую СК-оценку внешности, т.к. в группе испытуемых с низкой СК-оценкой внешности больные с ГФРС превосходят больных без ГФРС по переоценке и недооценке ширины тела ($t = 2,4$, $p < 0,01$), а группе испытуемых с завышенной СК-оценкой внешности больные с ГФРС превосходят больных без ГФРС по недооценке ширины тела ($t = 3,5$, $p < 0,05$);

г) крайне низкий уровень когнитивной дифференцированности больных с ГФРС также ярко проявился в их высокой чувствительности к "неуспеху": они чаще реагировали снижением самооценки по "психическим" шкалам (из 15 больных со сниженной после неуспеха самооценкой 11 имели ГФРС), у них чаще снижалась СК-оценка внешности (из 12 больных 9 имели ГФРС) и удовлетворенность внешностью, особенно шириной тела (в среднем на $2,1 \pm 0,5$), чем

у больных без ГФРС. Увеличение воспринимаемой ширины тела после "неуспеха" (в среднем на $26,1\% \pm 9,9$) у них было также достоверно больше ($t = 3,6$, $p < 0,01$).

Помимо данной сферы низкий уровень когнитивной дифференцированности больных с ГФРС четко проявляется в личностных и поведенческих особенностях (Вознесенская, Дорожевец, 1986).

Результаты больных нервной анорексией. Группу больных булимическим вариантом нервной анорексии составили 13 человек; группу больных, ограничивающих себя в еде - 22 человека. Больные первой группы имели более высокий возраст, чем больные второй ($22,4 \pm 3,1$ и $18,5 \pm 2,9$; $t = 1,8$; $p < 0,1$).

"Полезависимость" больных с булимией по сравнению с больными, ограничивающими себя в еде по тесту "включенных фигур" оказалась значимо выше ($69,7 \pm 20,4$ и $52,4 \pm 30,4$; $t = 3,2$; $p < 0,01$). Количество когнитивных суждений и участков тела, включенных в самописание, у больных с булимией оказалось значимо меньше ($p < 0,5$), а аффективных суждений значимо больше ($p < 0,01$), чем у больных без булимии. Менее разработанными оказались у больных с булимией и рисунки человека ($p < 0,05$).

Крайне низкий уровень дифференцированности когнитивной сферы больных булимическим вариантом нервной анорексии отчетливо проявились в особенностях образа внешности и его зависимости от внешних эмоциональных факторов:

а) больные с булимией на всех этапах течения болезни были в среднем менее удовлетворены своей внешностью и особенно шириной тела, чем больные, ограничивающие себя в еде ($t = 3,9$; $p < 0,01$);

б) больные булимическим вариантом нервной анорексии значимо выше и переоценивали, и недооценивали ширину своего тела,

чем больные без булимии ($t = 3,1; p < 0,01$). Аналогичные результаты были получены с помощью других методик (Williamson et al , 1985; Garner , Garfinkel , O'Shaughnessy , 1985);

в) больные с булимическим поведением по сравнению с ограничивающими себя в еде более чувствительны к "неуспеху" у всех больных с булимией и лишь у половины больных без булимии падала самооценка по "психическим" шкалам и СК-оценка внешности; у больных с булимией сильнее снижалась удовлетворенность шириной тела (в среднем на $1,7 \pm 0,9$) и был выше прирост воспринимаемой ширины (в среднем на $22,9 \pm 15,6$). Практически у всех больных нервной анорексией, до эксперимента недооценивавших ширину тела, после эксперимента недооценка перешла в переоценку.

Полученные результаты согласуются с литературными данными о крайне высокой чувствительности больных булимическим вариантом нервной анорексией к внешним эмоциональным воздействиям (Коркина, 1984; Veumont , 1976; Casper et al , 1980; Stober et al , 1981; Garfinkel , 1980).

В силу тесной связи между эмоциональным состоянием, самооценкой и представлением о своей внешности у этих больных как и больных ожирением с ГФРС в конфликтной ситуации наблюдается значительное усиление искажения представления о своей внешности, которое из-за высокой субъективной значимости этой сферы самосознания действует как вторичный психопатогенный фактор, еще более усиливающий недовольство своей внешностью и личностью в целом. Эти данные подтверждаются и клиническими фактами: больные булимическим вариантом нервной анорексии особенно резистентны к терапии, имеют более плохой прогноз течения болезни, у них чаще наблюдаются рецидивы (Button et al ,

1977; Halmi et al , 1973). С аналогичными трудностями связано лечение больных ожирением с ГФРС (Вознесенская, 1981; 1982).

Кратко подводя итог, можно сказать, что выдвинутые в исследовании гипотезы подтверждены качественно и количественно на достаточно высоком статистическом уровне. Обнаруженный в структуре процесса взаимодействия аффективного и когнитивного компонентов образа внешности эффект "когнитивного подтверждения аффективной оценки" носит универсальный характер и является одной из форм проявления личностного компонента самовосприятия. Однако, хотя сам эффект достаточно универсален, группы больных ожирением и нервной анорексией демонстрируют большую степень искажения представления о своей внешности, чем здоровые испытуемые. Одной из причин этого, на наш взгляд, является более низкий уровень когнитивной дифференцированности сферы и, в частности, образа физического Я, характерный для этих больных. Степень когнитивной дифференцированности, выступая в роли одного из возможных опосредующих факторов в процессе взаимодействия аффективного и когнитивного компонентов, определяет степень "чувствительности" последнего к влиянию различных эмоциональных оценок, отношений и т.п. В силу более низкой когнитивной дифференцированности образа физического Я представление о своей внешности, в частности, о ширине своего тела у больных ожирением и нервной анорексией оказывается под сильным влиянием аффективных оценок, что выражается в большей переоценке и недооценке ширины тела, чем у здоровых испытуемых. При этом наиболее "уязвимыми" оказываются те параметры внешности, эмоциональные оценки которых со стороны самой больной наиболее неопределены (интервал $-1; 0; +1$).

Влияние низкого уровня когнитивной дифференцированности не ограничивается областью аффективно-когнитивных взаимодействий в структуре образа внешности, но и распространяется на все сферы самосознания, что проявляется в их тесной связанности, сцепленности между собой.

Высокая эмоциональная сензитивность, "стрессодоступность", легкая фрустрируемость, свойственная этим больным, приводят к тому, что даже малейшая неприятность влечет за собой значительное снижение настроения, самооценки, усиление негативного отношения к себе. В силу тесной связи духовных и телесных сфер самосознания это приводит к снижению эмоциональной оценки своей внешности, уменьшению удовлетворенности ею.

"Подтверждая" изменившуюся эмоциональную оценку внешности, изменяется когнитивный компонент образа внешности - наблюдается значительное увеличение воспринимаемой ширины тела. Из-за низкого уровня когнитивной дифференцированности образа внешности прирост искажения бывает столь значительным, что фоновая недооценка ширины тела в большинстве случаев переходит в переоценку - больные вновь начинают видеть себя "безобразно толстыми", "уродливыми" и т.п.

Описанная закономерность особенно остро проявляется в группах больных с особым пищевым поведением - у больных ожирением с ГФРС и у больных булимическим вариантом нервной анорексии. Характерный для них выражено низкий уровень когнитивной дифференцированности, отличающий их от остальных больных, выражается в такой яркой клинической характеристике как слабость контроля импульсивного поведения.

В свою очередь переоценка ширины тела действует обратно на аффективный компонент образа внешности, еще более усиливая

негативную оценку телесных параметров. Создается "порочный круг" аффективно-когнитивных взаимодействий - негативная оценка увеличивает переоценку ширины тела, а та в свою очередь еще более снижает эмоциональную оценку и т.п. Искажение образа тела становится, таким образом, важным вторичным психопатогенным фактором, который через стабилизацию или даже усиление негативного отношения к своей внешности и всей личности в целом значительно затрудняет лечебный процесс.

Важными пунктами, требующими психокоррекционного воздействия, таким образом, являются следующие. В первую очередь необходимо воздействие на базисную личностную характеристику - уровень когнитивной дифференцированности в целях его повышения. Основной задачей здесь должно стать расширение и уточнение представления больной о своей внешности. Возможными средствами здесь являются специальная психотерапия - так называемая "телесно ориентированная психотерапия" и различные виды видеообратной связи. Опыт применения этих методов (однако без теоретических обоснований) в группах больных ожирением и нервной анорексией дает положительные результаты (Beinkmann et al, 1981; Meerman, Vanderyecken, 1981; Beggs et al, 1980; Badura, Steinmeyer, 1984).

Вторым объектом воздействия должен стать сам порочный круг "переоценка ширины тела --- негативная эмоциональная оценка". В первую очередь это относится к больным нервной анорексией, выписанным из стационара и находящимся на амбулаторном лечении (в большинстве они переоценивают ширину тела).

С этой целью мы применяли крайне простую психокоррекционную процедуру, в которой основным способом "разрыва" порочного круга является предъявление испытуемым информации о реальной

ширине их тела. Сама процедура заключается в следующем. Испытуемая на "зеркале" точками отмечает ширину различных параметров своего тела, так, как она их воспринимает. Затем экспериментатор с помощью антропометра получает информацию о реальных размерах этих параметров. Если больная действительно переоценивает их ширину, экспериментатор, "приставив" больную спиной к тому же "зеркалу", ярким карандашом отмечает реальные параметры больной. Затем, выделив другим ярким карандашом точки, отмеченные самой испытуемой, экспериментатор предлагает ей убедиться в том, что она значительно ошиблась в оценке размеров своего тела.

Опыт показывает, что больные, как правило, не верят в то, что экспериментатор точно отметил их параметры, подозревая его в обмане. В этом случае хороший эффект дает процедура, когда больная сама, став спиной к стене, точками обрисовывает свое тело. После сравнения "объективной" и "субъективной" ширины обычно можно услышать фразы типа "Вот это да!! А я оказывается не такая уж толстая!" и другие, подобные ей.

СК-оценка внешности и удовлетворенность ею после данной процедуры возрастают (в среднем на $1,8 \pm 0,4$), а переоценка ширины тела уменьшается (в среднем на $21,1 \pm 10,8\%$), что, в свою очередь, благоприятно сказывается на общей самооценке.

Суть процедуры заключается в том, что с помощью обратной связи о реальной ширине тела улучшается эмоциональная оценка внешности, что ведет к значительному уменьшению переоценки ширины тела и иногда даже к недооценке ее. Иначе говоря, круг аффективно-когнитивных взаимодействий "запускается" в обратную сторону и в идеальном случае принимает вид "позитивная эмоциональная оценка --- недооценка ширины тела".

Однако следует признать, что позитивный эффект процедуры не длителен — высокая эмоциональная сензитивность больных в конфликтных ситуациях приводит к тому, что после очередной неприятности вновь снижается эмоциональная оценка внешности и соответственно вновь наблюдается переоценка ширины тела — больные вновь начинают видеть себя "толстыми", "неуклюжими" и т.п.

Учитывая это, мы рекомендовали нескольким амбулаторно лечащимся больным нервной анорексией в подобных состояниях самостоятельно проводить описанную выше процедуру — сравнивать субъективно оцениваемую ширину тела с реальной. Практически все больные сообщают о ее положительном эффекте, который однако имеет место лишь до "следующей неприятности", тем не менее несколько улучшает эмоциональное состояние и по крайней мере позволяет больной не считать себя "безобразно толстой".

Эффективность данной процедуры связана по крайней мере с двумя ее особенностями. Во-первых, в результате ее применения возникает определенное "переживание" — состояние, необходимое для эффективного воздействия любой психокоррекционной методики. Во-вторых, контроль своего состояния переводится из внешнего локуса во внутренний, что создает необходимые предпосылки для повышения уровня саморегуляции больных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проблема влияния аффективных факторов на познавательные процессы является одной из актуальнейших проблем психологии. Теоретическое положение о "пристрастности" психической деятельности человека нашло свое экспериментальное воплощение в отечественных патопсихологических исследованиях, показавших, что те или иные нарушения познавательной деятельности не выступают изолированно, а, как правило, связаны с определенными изменениями мотивационно-личностной и аффективной сферы. В частности, в исследованиях патологии восприятия в роли "личностного компонента" выступают различные целевые и аффективно-мотивационные образования, релевантные как экспериментальной ситуации, так и самой деятельности восприятия.

В иной форме выступает "личностный компонент", когда объектом восприятия становится сам познающий себя субъект. В этом случае одной из форм "пристрастности", активности воспринимающего субъекта может быть более узкий круг феноменов, а именно, аффективное отношение к себе, которое релевантно уже не самой деятельности восприятия, а воспринимаемому объекту.

Этот тезис нашел свое отражение в большинстве отечественных теорий самосознания, образа Я в виде выделения двух достаточно самостоятельных, но активно взаимодействующих компонентов - аффективного и когнитивного.

Анализируя процесс влияния аффективного компонента на когнитивный в структуре самосознания, исследователи вынуждены констатировать лишь наличие или отсутствие такого влияния, оказываясь не в состоянии определить ни величину, ни направление вызванного искажения представления о себе. Такую возможность

представляют исследования, в которых объектом самовосприятия субъекта выступает его собственная внешность. Образ собственной внешности является уникальной моделью, предоставляющей возможность детального исследования процесса аффективно-когнитивного взаимодействия в структуре самосознания. С одной стороны, представление о собственном внешнем облике является необходимым элементом образа Я. С другой, точность восприятия определенных аспектов внешности (и соответственно величина и направление искажения) может быть объективно измерена.

Помимо теоретического значения проблема искажения образа своей внешности имеет серьезное практическое значение для психиатрии и медицинской психологии. Представление о своей наружности оказывает выраженное дезорганизующее влияние на особенности личности и стиль поведения при заболеваниях, связанных с утратой эстетической привлекательности и негативным отношением к своей внешности. Так, имеются многочисленные данные, указывающие на то, что искажение образа физического Я, в частности, переоценка ширины своего тела, является мощным дезадаптирующим фактором для больных такими заболеваниями как ожирение и нервная анорексия, крайне недовольных собственной внешностью и активно стремящихся изменить ее путем похудения. Однако многочисленные зарубежные исследования принесли достаточно противоречивые результаты: не всегда и не все больные переоценивали ширину своего тела в большей степени, чем здоровые испытуемые. Одной из причин этого стала жесткая когнитивистская парадигма западных клинических исследований, приведшая к изолированному анализу познавательных процессов вне их связи с аффективными процессами.

Выведение анализа аффективного отношения к своей внешности

в нашем исследовании на первый план позволило прояснить механизмы когнитивного искажения образа физического Я.

Была обнаружена прямая зависимость между характером искажения (его величиной и направлением) и особенностями эмоционально-ценностного отношения больных к своей внешности. В настоящей работе была предложена теоретическая модель структуры аффективного компонента образа внешности, представленная двумя эмоциональными оценками (социально-компаративной оценкой и удовлетворенностью) и субъективной значимостью телесных качеств. СК-оценка внешности отражает результат сравнения себя с другими людьми, удовлетворенность внешностью характеризует степень соответствия своей наружности тем требованиям, которые оценивающий к себе предъявляет, субъективная значимость каждого телесного качества отражает степень влияния его эмоциональной оценки на общее аффективное отношение к своей внешности.

Экспериментальные данные показали, что когнитивное искажение "подстраивается" под аффективные оценки, подтверждая ее. Этот тип влияния аффективного компонента на когнитивный в структуре образа внешности, характерный и для нормы, и для патологии, был назван эффектом "когнитивного подтверждения аффективной оценки".

В свою очередь, аффективные оценки внешности оказались тесно связанными с особенностями мотивации изменения внешности. Больные ожирением продемонстрировали богатый спектр мотивов, в рамки которых включено стремление к похуданию. Выделены четыре сферы жизнедеятельности, в которых внешность больных стала барьером на пути достижения целей: сфера самопринятия, сфера интимно-личностного общения, профессиональная сфера и сфера борьбы за сохранение здоровья.

У больных нервной анорексией по мере развития болезни мотивация изменения становится беднее, однообразнее. В ряде отечественных исследований показано, что при психической патологии мотивация подчиняется общим закономерностям формирования мотивов поведения, свойственным любой человеческой деятельности (Зейгарник, 1976; Карева, 1975; Соколова, 1976; Гульдман, 1984). У больных нервной анорексией первоначальное голодание было лишь средством для осуществления ценностной ориентации "быть красивой", в свою очередь, как и у больных ожирением, для достижения иных мотивов (статус в классе, реализация интимно-личностного общения и др.). Однако в дальнейшем мотив похудения становится доминирующим, смыслообразующим в иерархии мотивов и определяет все поведение больных.

Обнаруженная в экспериментальном исследовании тесная связь аффективного компонента образа внешности с мотивацией ее изменения, с одной стороны, и характером когнитивного искажения, с другой, позволяет углубить представление о механизме влияния мотивационных на познавательные процессы в структуре самосознания. Влияние мотивационно-личностной сферы как одного из видов "личностного компонента" на процесс самовосприятия осуществляется не прямо, а через посредство другого вида "личностного компонента", а именно, эмоционально-ценностного отношения к себе.

Сам факт влияния аффективных, мотивационных факторов на познавательные процессы закономерно вытекает из положения о "единстве аффекта и интеллекта" и показан в ряде работ. В то же время, представление о механизме этого воздействия разработано недостаточно. Особенно дискуссионен вопрос о факторе, опосредующем влияние аффективных факторов на когнитивные процессы. В большинстве исследований, посвященных этой проблеме, осуществ-

влен переход от простой гипотезы прямого влияния к гипотезе о влиянии, носящем опосредованный характер (механизмы защиты, контроли, когнитивные стили). Учитывая это, в исследовании был поставлен вопрос о характере фактора, опосредующего влияние аффективного фактора на когнитивный в процессе самовосприятия.

Экспериментальные данные показали, что механизм этого влияния не определяется лишь характером аффективного компонента образа внешности, определенную роль в этом играют и особенности когнитивной сферы, в частности, степень ее дифференцированности. Когнитивная дифференцированность, операционально определенная как способность отвлечения от интерферирующих признаков объекта, широта и адекватность восприятия объекта и степень аффективно-когнитивной расчлененности, выступает в роли фактора, опосредующего процесс влияния аффективных оценок на когнитивные процессы.

Больные нервной анорексией в силу более низкого, чем у здоровых испытуемых, уровня когнитивной дифференцированности продемонстрировали и более выраженные искажения представления о своей внешности, превосходя здоровых испытуемых как по переоценке, так и по недооценке ширины тела. По этой причине закономерным было то, что больные с особым пищевым поведением, для которых характерен крайне низкий уровень когнитивной дифференцированности, ярко проявляющийся в слабости контроля импульсивного поведения, по показателям искажения значительно превзошли остальных больных. Таким образом, величина когнитивного искажения определяется не только выраженностью аффективного отношения, но и уровнем когнитивной дифференцированности, который обуславливает степень "чувствительности" когнитивных процессов к влиянию аффективных оценок: чем он ниже, тем более

значительным искажением реагирует субъект на одну и ту же эмоциональную оценку.

Однако когнитивная сфера не является лишь пассивным "реципиентом" аффективных воздействий, но и оказывает обратное влияние на аффективный компонент.

Во-первых, влияние низкого уровня когнитивной дифференцированности не ограничивается образом физического Я, а распространяется на все сферы самосознания и проявляется в их тесной "сцепленности". Это приводит к тому, что аффективные оценки внешности оказываются зависимыми от общей самооценки, уровня самоуважения, эмоционального состояния субъекта: у больных из-за низкого уровня когнитивной дифференцированности снижение самооценки "духовного Я" приводит к снижению эмоциональной оценки внешности.

Во-вторых, вызванное изменением аффективной оценки внешности изменение представления о ширине своего тела действует обратно на аффективную оценку: переоценка ширины тела у больных нервной анорексией и ожирением выступает в роли вторичного психопатогенного фактора, стабилизирующего или усиливающего негативную эмоциональную оценку внешности. В структуре образа внешности создается система активно взаимодействующих и взаимобусловливающих аффективных и когнитивных процессов.

Описанная модель аффективно-когнитивного взаимодействия в структуре образа внешности позволяет объяснить различия в реакциях на "дефект" у больных ожирением, трудности реабилитации и высокую опасность рецидивов у больных нервной анорексией, свойственную тем и другим зависимость представления о своей внешности от эмоционального состояния.

Кроме этого, рассматривая позитивное отношение к собствен-

ной внешности как один из необходимых критериев выздоровления при нервной анорексии и учитывая сильную склонность этих больных к диссимуляции, мы предполагаем, что представление о ширине своего тела может выступать в качестве дополнительного объективного индикатора успешности лечебного процесса, более надежного чем другие, апеллирующие к самоотчету.

Представление о ширине своего тела может служить дополнительным основанием для выбора типа психотерапевтического и психофармакологического воздействия при лечении ожирения.

Таким образом, особенности образа физического Я у больных ожирением и нервной анорексией наряду с клиническими данными и динамикой сомато-эндокринных нарушений являются основанием для наиболее полной разработки рекомендаций по лечебно-реабилитационной тактике.

На основании полученных результатов предложены возможные пути психокоррекции искажений образа физического Я и пищевого поведения, описана психокоррекционная методика, построенная по принципу "обратной связи".

Нарушения образа физического Я характерны также для других заболеваний, приводящих к дефекту внешности. Изучение специфики искажения восприятия своей внешности при заболеваниях кожи, различных физических дефектах представляет собой задачу специальных исследований, в которых могут быть использованы апробированные методики, теоретические конструкции, использованные в нашем исследовании.

ВЫВОДЫ

1. Искажение образа физического Я у больных ожирением и нервной анорексией, в частности, переоценка ими размеров собственного тела, является серьезным вторичным психопатогенным фактором, усиливающим дезадаптацию больных и затрудняющим лечебный процесс.

2. Как элемент рефлексивного Я образ внешности представлен когнитивным и аффективным компонентами. Когнитивный компонент представляет собой совокупность признаков, в которых субъект себя описывает, а аффективный отражает эмоционально-ценностное отношение к своей внешности, включающее в себя три составляющие: две эмоциональные оценки (социально-компаративную оценку внешности и удовлетворенность телесными качествами) и субъективную значимость телесных качеств.

3. Направление и величина искажения представления о своей внешности определяются особенностями эмоционально-ценностного отношения к ней. Социально-компаративная оценка внешности определяет средний уровень искажения, удовлетворенность телесными качествами с учетом их субъективной значимости - величину и направление искажения относительно этого среднего уровня. Данный эффект "когнитивного подтверждения аффективной оценки" носит универсальный характер и проявляется и в норме, и в патологии.

4. Фактором, опосредующим процесс аффективно-когнитивного взаимодействия в структуре образа внешности, является уровень когнитивной дифференцированности, который определяет степень чувствительности когнитивных процессов к влиянию аффективных оценок. Больные нервной анорексией и ожирением в силу слабой дифференцированности когнитивной сферы продемонстрировали бо-

лее значительное искажение представления о своей внешности, чем здоровые испытуемые.

5. Низкий уровень когнитивной дифференцированности приводит к слитности, тесной связанности различных смысловых сфер самосознания. В результате этого снижение самооценки, ухудшение эмоционального состояния больных влекут за собой снижение эмоциональной оценки внешности и соответственно увеличение воспринимаемой ширины тела.

6. Больные ожирением и нервной анорексией с особым пищевым поведением в силу крайне низкого уровня когнитивной дифференцированности, ярко проявляющегося в слабости контроля импульсивного поведения, особенно сильно подвержены дезорганизующему влиянию различных аффективных факторов и по показателям когнитивного искажения значительно превосходят остальных больных.

7. Полученные результаты могут быть использованы в диагностической и психокоррекционной работе. Динамика представления о размерах своего тела может служить дополнительным показателем аффективного отношения к собственной внешности и, в конечном итоге, индикатором эффективности лечебного процесса.

На основании полученных результатов выделены "мишени" психокоррекционного воздействия: уровень когнитивной дифференцированности образа физического Я и круг аффективно-когнитивных взаимодействий "негативная оценка внешности -- переоценка ширины тела".

ЛИТЕРАТУРА

1. АДЛЕР А. Индивидуальная психология. - В кн.: История зарубежной психологии. 30-60-е годы XX века. Тексты. М.: Изд-во Москов. ун-та, 1986, с.131-140.
2. АНЦИФЕРОВА Л.И. Системный подход к изучению и формированию личности. - В кн.: Проблемы психологии личности. - М.: Педагогика, 1982, с.140-147.
3. АРТЕМЬЕВА Е.Ю. Психология субъективной семантики. - М.: Изд-во Москов. ун-та, 1980, 127 с.
4. БАХТИН М. Вопросы литературы и эстетики. - М.: Худож. литература, 1975, 501 с.
5. БЕРНШТЕЙН Н.А. Очерки физиологии движений и физиологии активности. - М.: Медицина, 1966, 349 с.
6. БЕХТЕРЕВА Н.П. Нейрофизиологические аспекты психической деятельности человека. - Л.: Медицина, 1974, 151 с.
7. БОДАЛЕВ А.А. Восприятие человека человеком. - Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1965, 123 с.
8. БОДАЛЕВ А.А. Личность и общение. - М.: Педагогика, 1983, 272 с.
9. БРУНЕР Д. Психология познания. - М.: Прогресс, 1977, 412 с.
10. ВОЗНЕСЕНСКАЯ Т.Г. Неврологические аспекты церебральной и обменно-алиментарной форм ожирения. - Сов. Мед., 1981, № 2, с.37-40.
11. ВОЗНЕСЕНСКАЯ Т.Г. Церебрально-вегетативные взаимодействия при ожирении. - Дисс. канд. мед. наук. М., 1980.

12. ВОЗНЕСЕНСКАЯ Т.Г., ДОРОЖЕВЕЦ А.Н. Роль особенностей личности в патогенезе церебрального ожирения. - Сов. Мед., 1986 (в печати).
13. БУНЦТ В. Очерк психологии. - Спб.: Ф.Павленков, 1897, 220 с.
14. ВЫГОТСКИЙ Л.С. К педагогике и психологии детской дефективности. - В кн.: Хрестоматия по возрастной и педагогической психологии. - М.: Изд-во Москов. ун-та, 1980, с.24-35.
15. ГАБРИЯД Т.М. Нарушение мотивационного компонента мышления. - Автореф. дисс. канд. психол. наук. - М., 1973.
16. ГУСЕВА А.Г. Особенности восприятия своей внешности студентами. - Научн. труды Кубан. ун-та, Краснодар, 1977, вып.235, с.153-160.
17. ГУЛЬДАН В.В. Основные типы мотивации противоправных действий у психопатических личностей. - Вестник Москов. ун-та, сер.14. Психология, 1984, № 1, с.31-45.
18. ГУЛЬДАН В.В. Мотивация противоправных действий у психопатических личностей. - Дисс. докт. психол. наук. М., 1985.
19. ДОРОЖЕВЕЦ А.Н. Основные методы исследования образа тела в зарубежной психологии. - Рукопись депонир. в ВИНТИ 10.02.86. № 935 - В., 13 с.
20. ДОРОЖЕВЕЦ А.Н. Нарушение самовосприятия у больных ожирением. - Вестник Москов. ун-та, сер.14. Психология, 1986, №4.
21. ДЖЕМС В. Психология. - Пг.: Наука и школа, 1922, 375 с.
22. ЕГОРОВА М.С. Проблема зависимости - независимости от поля и возможность ее исследования в генетике поведения. - Вопр. психол. 1981, № 4, с.161-168.

23. ЖУК Т. Дипломная работа. - МГУ, факультет психологии, 1985.
24. ЗЕЙГАРНИК Б.В. Патология мышления. - М.: Изд-во Москов. ун-та, 1962, 243 с.
25. ЗЕЙГАРНИК Б.В. Личность и патология деятельности. - М.: Изд-во Москов. ун-та, 1971, 99 с.
26. ЗЕЙГАРНИК Б.В. Патопсихология. - М.: Изд-во Москов. ун-та, 1976, 238 с.
27. ЗЕЙГАРНИК Б.В. Патопсихология. - 2 изд. - М.: Изд-во Москов. ун-та, 1986, 281 с.
28. КАРЕВА М.А. Об одном виде формирования патологического мотива в подростковом возрасте. - Дисс. канд. психол. наук. М., 1975.
29. КВАСЕНКО А.В., ЗУЕЛАРЕВ Ю.Г. Психология больного. - Л.: Медицина, 1980, 184 с.
30. КИЯЩЕНКО Н.К. Апробация методики ТАТ. - В кн.: Вопросы экспериментальной патопсихологии. - М.: Изд-во Москов. ун-та, 1965.
31. КОЖУХОВСКАЯ И.И. Нарушение критичности у психически больных. - М.: Изд-во Москов. ун-та, 1985, 79 с.
32. КОН И.С. Открытие Я. - М.: Политиздат, 1978, 368 с.
33. КОН И.С. Категория "Я" в психологии. - Психол. журн., 1981, т.2, № 3, с.25-38.
34. КОН И.С. В поисках себя. - М.: Политиздат, 1984, 335 с.
35. КОРКИНА М.В. Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте. - М.: Медицина, 1984, 224 с.

36. КОРКИНА М.В., ЗЕЙГАРНИК Б.В., НИЧИПОРОВ Б.В. Сравнительный анализ отношения к своему физическому образу в норме и у больных с дисморфофобическими-дисморфоманическими расстройствами. - Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, 1981, вып.12, с.1822-1828.
37. КОРКИНА М.В., ЦИВИЛЬКО М.А., МАРИЛОВ В.В. Нервная анорексия. - М.: Медицина, 1986, 176 с.
38. КОРКИНА М.В., ЦИВИЛЬКО М.А., МАРИЛОВ В.В., КАРЕВА М.А. Клиника и лечение нервной анорексии. - М.: Изд-во УДН, 1978, 30 с.
39. КОРКИНА М.В., ЦИВИЛЬКО М.А., ЗЕЙГАРНИК Б.В., СОКОЛОВА Е.Т., КАРЕВА М.А., ДОРОЖЕВЕЦ А.Н., АРСЕНЬЕВ А.Р. Нарушение самовосприятия и пищевого поведения у больных с синдромом нервной анорексии (клинико-психологический анализ). - Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, 1986, вып.12 (в печати).
40. КОРКИНА М.В., ЦИВИЛЬКО М.А., СОКОЛОВА Е.Т., КАРЕВА М.А., АРСЕНЬЕВ А.Р., ДОРОЖЕВЕЦ А.Н. Об одном варианте патологии влечений при шизофрении с синдромом нервной анорексии. - Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, 1986, вып.11 (в печати).
41. КОЧЕНОВ М.М. К вопросу о нарушении процесса смыслообразования у больных шизофренией. - В кн.: Психологические исследования. Вып.2. М.: изд-во Москов. ун-та, 1970, с.179-187.
42. КОЧЕНОВ М.М., НИКОЛАЕВА В.В. Мотивация при шизофрении. - М.: Изд-во Москов. ун-та, 1978, 87 с.
43. КУНИЦЫНА В.Н. К вопросу о формировании образа своего тела у подростков. - Вопр. психол., 1968, № 1, с.90-99.

44. КУРОЧКИН Н.И. Роль фигуно-фоновых отношений в процессах восприятия и интерпретации медицинских рентгенограмм. - Автореф. дисс. канд. психол. наук. М., 1982.
45. ЛУРИЯ А.Р., КАРПОВ Б.А., ЯРЕУС А.Л. Нарушение восприятия сложных объектов при поражении лобных долей мозга. - Вопр. психол., 1965, № 3, с.45-54.
46. ЛУРИЯ А.Р., ХОМСКАЯ Е.Д. Лобные доли и регуляция психических процессов. М.: Изд-во Москов. ун-та, 1966, 740 с.
47. ЛУРИЯ А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. - М.: Изд-во Москов. ун-та, 1969, 504 с.
48. МАРИЛОВА Т.Ю. Особенности мотивационной сферы у онкологических больных (рак молочной железы). - Автореф. дисс. канд. психол. наук. М., 1984.
49. МЕНРОВИЧ Р.И. Расстройства "схемы тела" при психических заболеваниях. - Л.: тип. ЛенВО, 1948, 308 с.
50. НИКОЛАЕВА В.В., РЫБИНА Г.Ф., ЕЛЕЦКИЙ В.Ю. Особенности внутренней картины болезни у больных псориазом и нефродермитом.- Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, 1984, вып.12, с.1856-1859.
51. НИКОЛАЕВА В.В., САФОНОВА С.Х., СИДЕЛЬНИКОВА Л.А. Внутренняя картина болезни у больных с косметическими дефектами лица." - В кн.: Проблемы психофизиологии. Диагностика нарушений и восстановление психических функций человека. Часть 2. - Тезисы к У1 Всесоюзному съезду психологов. - М., 1983.
52. НИКОЛАЕВА В.В. Психологические аспекты рассмотрения внутренней картины болезни. - В кн.: Психологические проблемы

- психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии.
- Л.: Медицина, 1976, с.98-99.
53. НИЧИПОРОВ Е.В. Патopsихологический анализ дисморфофобических расстройств у больных шизофренией. - Дисс. канд. психол. наук. М., 1982.
54. ПЕТРЕНКО В.Ф. Введение в психосемантику: формы репрезентации в обыденном сознании. - М.: Изд-во Москов. ун-та, 1983.
55. ПОЛЯКОВ Ю.Ф. Проблемы и перспективы экспериментально-психологических исследований шизофрении. - В кн.: Экспериментально-психологические исследования патологии психической деятельности при шизофрении. - М.: ИП АМН СССР, 1982, с.5-28.
56. РЕЗНИКОВА Т.Н., СМИРНОВ В.М. О моделировании внутренней картины болезни. - В кн.: Проблемы медицинской психологии. - Л.: Медицина, 1976, с.122-124.
57. РОТЕНБЕРГ-ОЙЗЕРМАН Е.Т. О некоторых направлениях в исследовании восприятия. - Вопр. психол., 1971, № 2, с.161-166.
58. РУБИНШТЕЙН С.Л. Проблемы общей психологии. - М.: Наука, 1973, 424 с.
59. РУБИНШТЕЙН С.Я. Патология слухового восприятия. - М.: Изд-во Москов. ун-та, 1976, 51 с.
60. СОКОЛОВА Е.Т. Мотивация и восприятие в норме и патологии. М.: Изд-во Москов. ун-та, 1976, 128 с.
61. СОКОЛОВА Е.Т., ДОРОЖЕВЕЦ А.Н. Исследования образа тела в зарубежной психологии. - Вестн. Моск. ун-та, сер.14. Психол., 1985, № 4, с.39-49.

62. СОКОЛОВА Е.Т., ФЕДОТОВА Е.О. Влияние мотивационных конфликтов и когнитивной недифференцированности на устойчивость самооценки. - Вестн. Москов. ун-та, сер.И4. Психология, 1986, № I, с.20-29.
63. СТОЛИН В.В. Самосознание личности. М.: Изд-во Москов. ун-та, 1983, 284 с.
64. СТОЛИН В.В. Познание себя и отношение к себе в структуре самосознания. - Дисс. докт. психол. наук. - М., 1985.
65. ТЕПЕНИЦЫНА Т.И. К вопросу о роли личностного компонента в структуре мыслительной деятельности. - В кн.: Психологические исследования. М., 1971, вып.3, с.87-100.
66. ТРУСОВ В.П. Социально-психологические исследования когнитивных процессов. Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1980, 144 с.
67. ФЕДОТОВА Е.О. Нарушение устойчивости самооценки при неврозах. Дисс. канд. психол. наук. М., 1985.
68. ФРЕЙД З. Я и Оно. Л.: Академия, 1924, 62 с.
69. ШАФРАНСКАЯ К.Д. Психологические трудности общения лиц с косметическими дефектами. - В кн.: Психология межличностного познания. М.: Педагогика, 1981, с.212-221.
70. ШМЕЛЕВ А.Г. Введение в экспериментальную психосемантику. М.: Изд-во Москов. ун-та, 1983, 158 с.
71. ШМЕЛЕВ А.Г., ПОХИЛЬКО В.И. Семантическая пространственная мнемошкала - новая измерительная техника в экспериментальной психосемантике. - Вестн. Москов. ун-та, сер.И4. Психология, 1982, № 4, с.30-41.

72. ЧЕСНОКОВА И.И. Проблема самосознания в психологии. М.: Педагогика, 1977, 144 с.
73. ЭНСЛЕН К. Дипломная работа. МГУ, ф-т психологии, 1984.
74. Allon N. The Stigma of overweight in every day life: obesity in perspective - In: Fogarty Intern. Center Series on Preventive Medicine. vol.2, part 2. (ed. G.A. Gray) pp 83-102, Washington, D.C., 1973.
75. Arkoff H.A., Weaver H.B. Body image and body dissatisfaction in Japanese-Americans. - J. Soc. Psychol., 1966. v.68, pp 323-330.
76. Askevold F. Measuring body image. - Psychother. Psychosom., 1975, v.26, pp 71-77.
77. Askevold F. The diagnosis of anorexia nervosa. - Int. J. Eat. Disord. 1983, v.2(4), pp 39-43.
78. Badura H.O., Steinmeyer E.M. Psychotherapeutic effects by audiovisual hetero-confrontation in a case of anorexia nervosa. - Psychother. Psychosom., 1984, v.41, pp 1-6.
79. Basseches H., Karp S.A. Field dependence in young anorectic and obese women. - Psychother. Psychosom., 1984, v.41, pp 33-37.
80. Bennet D.H. The body-concept. - J. Ment. Sci., 1960, v.106, pp 56-75.
81. Ben-Tovim D.I. et al. A controlled study of the perception of body width in anorexia nervosa. - J. Psychosom. Res., 1978, v.23, pp 267-272.
82. Berscheived E. et al. The happy American body. - Psychol. Today, 1973., v.7, p 123.
83. Beumont P.J.V. et al. "Dieters" and "vomitters and purgers" in anorexia nrvosa. - Psychol. Med., 1976, v.6, pp 617-622.

84. Biggs J.J. et al. Video-feedback and personal attribution in anorexic, depressed and normal viewers.- Br. J. Med. Psychol., 1980, v. 53, pp 249-254.
85. Bruch H. Perceptual and conceptual disorders in anorexia nervosa.- Psychosom. Med., 1962, v. 24, pp. 187-194.
86. Bruch H. Eating disorders., N.Y.: Basic Books, 1973, 396 p.
87. Brinkmann W. et al. Die Behandlung der Anorexia nervosa in einer Psychosomatischen Klinik - In: R. Meermann (ed.). Anorexia nervosa, Stuttgart : G.P., 1981, pp 123-133.
88. Button E.J. et al. A reappraisal of body perception disturbance in anorexia nervosa.- Psychol. Med., 1977, v. 7, pp 235-243.
89. Caskey S., Felker D. Social stereotyping in the female body image by elementary Schools age girls.- Res. Quart., 1971, v. 42, pp. 251-255.
90. Casper R.C. et al. Disturbances in body image estimation as related to other characteristics and outcome in anorexia nervosa.- Br. J. Psychiat., 1979, v. 134, pp 60-66.
91. Chaplin J.P. Dictionary of psychology.- N.Y.: Dell, 1974, 573 p.
92. Clausen J.A. The social meaning of differential physical and sexual maturation.- In: S.E. Dragastin, CH. Elder (eds) Adolescence in the life cycle.- N.Y.: Basic Books, 1975, p. 196-223.
93. Cleveland S.E. Body image changes associated with personality reorganization.- J. Consult. Psychol., 1960, v. 24, pp 256-261.
94. Cleveland S.E. Perception of body size in schizophrenia.- Arch. Gen. Psychiat., 1962, v. 7, pp 277-285.

95. Collins J.K. et al. Body percept change in obese females after weight reduction therapy.-J.Clin.Psychol., 1983,v.39,pp 507-511.
96. Crisp A.H. Kalucy R.S. Aspects of perceptual disorder in anorexia nervosa.-Br.J.Med.Psychol.1974,v.47,pp 349-361.
97. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III).3d ed. AMA. Washington,1980,494 p.
98. Eysen K.H.J. Encyclopedia of psychology.-vol.1.-London-Glassgows:Fontana-Collins,1975,571 p.
99. Federn P. Ego psychology and the psychoses.-N.Y.:Basic Books,1952,375 p.
100. Feighner J.P.et al. Diagnostic criteria for use in psychiatric research.-Arch.Gen.Psychiat.1972,v.26,pp 57-63.
101. Fenichel O. The psychoanalytic theory of neurosis. N.Y.; Norton,1945,703 p.
102. Faterson H.F., Witkin H.A. Longitudinal study of development of the body concept.-Developm.Psychol.-1970,v.2, p.429-438.
103. Fishbein G. Perceptual modes and asthmatic symptoms.-J.Concult.Psychol.,1963, v.27,pp 54-58.
104. Fisher S. Body image and psychopathology.-Arch.Gen.Psychiat.,1964,v.10.,pp 519-529.
105. Fisher S. Body perception upon awakening.-Pers.Mot. Scills,1976,v.43,pp 275-278.
106. Fisher S. Body experience in fantasy and behavior.-N.Y.,: Appleton-Century-Crofts,1970,650 p.
107. Fisher S. Cleveland S.E. Body image and personality.-Princeton: Van Nostrand,1958,420 p.

108. Freeman R.J. et al. A modified videocamers for measuring body image distortion.- *Psychol.Med.*, 1984, v.14, pp 411-416.
109. Fries H. Studies on secondary amenorrhea, anorectic behavior and body image perception.- In: Vigersky R. (ed.). *Anorexia nervosa*. N.Y.: Raven Press, 1977, pp 163-176.
110. Gardner R., Shoen R. Differentiation and abstraction in concept formation.- *Psychol.Monogr.*, 1962, v.76, N 41, pp 188-198.
111. Garfinkel P. et al. Body awareness in anorexia nervosa.- *Psychosom.Med.*, 1978, v.40, pp 487-498.
112. Garfinkel P. et al. Prognosis in anorexia nervosa as influenced by clinical features, treatment, and self-perception.- *Canad.Med.Assoc.J.*, 1977, v.117, pp 1041-1045.
113. Garfinkel P. et al. The stability of perceptual disturbances in anorexia nervosa.- *Psychol.Med.*, 1979, v.9, pp 703-708.
114. Gartinkel P. et al. The heterogenity of anorexia nervosa.- *Arch.Gen.Psychiat.*, 1980, v.37, pp 1036-1040.
115. Garner D.M. Body image in anorexia nervosa.- *Canad.J. Psychiat.*, 1981, v.26, pp 224-227.
116. Garner D.M. et al. Body image disturbances in anorexia nervosa and obesity.- *Psychosom.Med.*, 1976, v.38, pp 327-336.
117. Garner D.M. et al. The validity of the distinction between bulimia with and without anorexia nervosa.- *Am.J. Psychiat.*, 1985, v.142, pp 581-587.
118. Gascaly S.A., Borges C.A. The male physique and behavio-

- ral expectancies.- *J. Psychol.*, 1979, v. 101, pp 97-102.
119. Gill M.M., Brenman M. Hypnosis and related states.-
N.Y.: Harper, 1980, 405 p.
120. Glucksman M.L., Hirsch J. The perception of body size.-
In: Kiell N. (ed.) *The psychology of obesity.*-Spring-
field: Ill, 1973, 701p.
121. Glucksman M.L., Hirsch J. The response of obese patients
to weight reduction.- *Psychosom. Med.*, 1969, v. 31, pp 1-7.
122. Goldberg S.C. et al. Pretreatment predictors of weight
change in anorexia nervosa.- In: R.A. Vigersky (ed.).
Anorexia nervosa, N.Y.: Raven Press, 1977, pp 31-44.
123. Goodenough F.L. Measurement of intelligence by drawings.-
N.Y.: World Book, 1926, 177p.
124. Grinder R. *Adolescence.*-N.Y., 1975.
125. Gunderson E.K., Jonson L.C. Past experience self-evalua-
tion and present adjustment.- *J. Soc. Psychol.*, 1965,
v. 66, pp 311-321.
126. Halmi K.A. et al. Perceptual distortion of body image in
adolescence girls.- *Psychol. Med.*, 1977, v. 7, pp 253-257.
127. Halmi K.A. Anorexia nervosa and bulimia.- *Psychosom.*,
1983, v. 24, pp 111-129.
128. Head H. *Studies in neurology vol. 2.*-London-Oxford Press,
1920, 275 p.
129. Hiller D.V. Over weight as master Status.- *J. Psychol.*,
1982, v. 110, pp 107-113.
130. Janucci G. Site constancy schizophrenia.- Unpubl. Ph.D.
diss., Rutgers University, 1964, 150p.
131. Johnson L.C. Body cathexis as a factor in somatic comp
plaints.- *J. Consult. Psychol.* 1956, v. 50, pp 243-246.

132. Jourard S.M., Seoord P.F. Body cathexis and ideal female figure.-*J.Abnorm.Soc.psychol.*-1955,v.50-pp243-246.
133. Jupp J.J.et al. Change in unconscious concern with body image following treatment for obesity.-*J.Pers-Assess.*, 1983,v.47,pp 483-489.
134. Karp S.A.et al. Alcoholism and psychological differentiation.-*J.Abnorm.Psychol.*1965,v.70,pp 262-265.
135. Karp S.A., Pardes H. Psychological differentiation in obese women.-*Psychosom.Med.*,1965,v.27,pp 238-244.
136. Katcher A., Levin M. Children is conception of body size.-*Child.Develop.*1955,v.26,pp 103-110.
137. Keiser S. Body ego during orgasm.-*Psychoanal.Quart.*,1952, v.21,pp 153-166.
138. Kolb L.C. Disturbances of the body image.-In: Ariety S. (ed.) *American handbook of psychiatry vol.1*, N.Y.: Basic Books,1959,1270p.
139. Lacey J.H. The bulimia syndrome at normal body weight.-*Int.J.Eat.Disord.*,1982,v.2,pp 59-66.
140. Lipowski Z.S. The importance of body experience for psychiatry.-*Comprehen.Psychiat.*,1977,v.18,pp473-479.
141. Machover K. Personality projection in the drawing of the human figure.-*Springfield.,Cg.Tomas*,1949,181p.
142. Mahler M.S. On child psychosis and schizophrenia: autistic and simbiotic infantile psychosis.-*Psychoanal.Study Child*,1952,v.7,pp 286-305.
143. Mahoney E.R. Body - cathexis and self-esteem.-*J.Psychol.*, 1974,v.88,pp 27-30.
144. Mahoney E.R., Finch M.D. The dimansionality of body cathexis.-*J.Psychol.*,1976,v.92,pp 277-279.

145. Marsella A.J. Depression and body image satisfaction.-
J. Cross-Cultur. Psychol. 1981, v.12, pp 360-371.
146. Meermann R. Experimental investigation of disturbances
in body image estimation in anorexia nervosa patients,
and ballet and gymnastics pupils.-Int. J. Eat. Disord.,
1983, v.2, pp 91-100.
147. Meermann R., Fioshter M.M. Störungen des Körperschemas
bei psychischen Krankheiten.-Psychother. med. Psychol.,
1982, v.32, pp 162-169.
148. Meermann R., Vandereyoken W. Verhaltenstherapie bei
Pubertätsmagersucht.-In: R. Meerman (ed.) Anorexia ner-
vosa.- Stuttgart: Enke, 1981, pp 87-107.
149. Monello L.F., Mayer J. Obese adolescent girls: an unre-
cognized minority group.-Am. J. Clin. Nutr., 1963, v.13,
pp 35-39.
150. Nash H. Assignment of gender to body regions.- J. Genet.
Psychol., 1958, v.92, pp 113-115.
151. Norris D.L. The effects of mirror confrontation on self-
estimation of body dimensions in anorexia nervosa, buli-
mia and two control groups.- Psychol. Med., 1984, v.14,
pp 835-842.
152. Pierloot R.A., Houben M.E. Estimation of body dimension
in anorexia nervosa.-Psychol. Med., 1978, v.8, pp 317-324.
153. Plutchik R. et al. Studies of body image: II. Dollar va-
lues of body parts.-J. Gerontol. 1973, v.28, pp 89-91.
154. Powers P.D. Obesity.-Baltimore, 1980, 490p.
155. Reitman E.E., Cleveland S.E. Changes in body image fol-
lowing sensory deprivation in schizophrenia and control
groups.-J. Abnorm. Soc. Psychol., 1964, v.68, pp 168-176.

156. Rudofsky B. The unfashionable human body.-N.Y.:Harper, 1972, 211p.
157. Russell G. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa.- Psychol.Med.,1979,v.9,pp 429-448.
158. Salade J. A comparison of the psychological adjustment of obese VS non obese Children.-J.Psychosom.Res.,1973, v.17,pp 89-96.
159. Sanglade A. Image du corps et image de soi au Rorschach.- Psychol.Franc.,1983,v.28,pp 104-111.
160. Savage C. Variations in ego feelings induced by LCD.- Psychoanal.Res.,1955,v.42,pp 1-16.
161. Schonbruch S.S.,Schell R.E. Judgments of body experience by fat and skinny male college students.- Pers.Mot. Scills,1967,v.24,pp 999-1002.
162. Secord P.F. Objectivation of word-association procedures by the use of the homonyms: measure of body cathexis.-J.Person.,1953,v.21,pp 479-495.
163. Shade B. Field-dependency: cognitive Style or perceptual skills?-Pers.Mot.Scills,1984,v.58,pp 991-995.
164. Shaffer J.R. Social and personality correlates of children's estimates of height.-Genet.Psychol.Monogr., 1964,v.70,pp 97-134.
165. Schilder P. Image and appearance of the human body.- N.Y.:Wiley,1964,353p.
166. Shonfeld W.A. Body image in adolescents.-Pediatrics, 1963,v.31,p.846-851.
167. Shontz F.C. Perceptual and cognitive aspects of body experience.-N.Y.:Academic Press,1969,250p.

168. Shontz F.C. Body image and its disorders.-Intern.J.Psychiat.Med.,1974,v.5,pp461-472.
169. Slade P.D. Awareness of body dimensions during pregnancy.- Psychol.Med.,1977,v.7,pp245-252.
170. Slade P.D. Russell G.F.M. Awareness of body dimensions in anorexia nervosa.- Psychol.Med.,1973,v.3,pp188-199.
171. Staffieri J. A Study of social stereotype of body image in children.-J.Person.Soc.Psychol.,1967,v.7,pp101-104.
172. Strober M.et al. Body image disturbances in anorexia nervosa during the acute and recuperative phase.-Psychol.Med.,1979,v.9,pp695-701.
173. Strober M. The significance of bulimia in juvenile anorexia nervosa.-Int.J.Eat.Disord.1981,v.1,pp 28-43.
174. Strober M. et al. Validity of the bulimia-restrictor distinction in anorexia nervosa.-J.Nerv.Ment.Dis.,1982,v.170,pp 345-351.
175. Stunkard A.,Mendelson M. Obesity and body image:I.Characteristics of disturbances in the body image of obese persons.-Am.J.Psychiat.,1967,v.123,pp 1296-1300.
176. Stunkard A. Mendelson M. Obesity and body image:II.Age and onset of disturbances in the body image.-Am.J.Psychiat.,1967,v.123,pp 1443-1447.
177. Szasz T.S. Pain and pleasure:A study of bodily feelings.-N.V.:Basic Books,1975, 303p.
178. Tausk V. On the origin of influencing machine in schizophrenia.-Psychoanal.Quart.,1919,v.2,pp 519-556.
179. Touyz S.W. et al. Body shape perception and its disturbances in anorexia nervosa- Br.J.Psychiat.,1984,v.144,pp 167-171.

180. Touyz S.W. et al. Body shape perception in bulimia and anorexia nervosa.-Int.J.Eat.Disord.,1985,v.4,pp259-266.
181. Traub A.C.,Orbach J. Psychophysical studies of body image:1.The adjustable body-distorting mirror.-Arch. Gen.Psychiat.,1964,v.11,pp56-66.
182. Weinberg J.R An further investigation of body-cathexis and the self.- J.Consult.Psychol.,1960,v.24,pp 277-279.
183. Weinstein S. et al. Preferences for body parts as a function of sex,age,and socio-economic status.-An.J.Psychol., 1964,v.77,pp 291-294.
184. Williamson D.A.et al. Psychopathology of eating disorders.A controlled comparison of bulimic,obese,and normal subjects.- J.Consult.Clin.Psychol.,1985,v.53, pp 161-166.
185. Wingate B.A.,Christie M.S. Ego strength and body image in anorexia nervosa.- J.Psychosom.Res.,1978,v.22, pp 201-204.
186. Witkin H.A. et al. Personality through perception.- N.Y.:Harper and Brothers,1954, 571p.
187. Witkin H.A. Psychological differentiation and forms of pathology.- J.Abnorm.Psychol.,1965,v.70,pp 317-366.
188. Witkin H.A.et al. Psychological differentiation.-N.Y.: Wiley,1974, 418p.
189. Willie R.C. The self-concept.vol.1.-Lincoln:Univ.of Nebraska Press,1974, 433p.
190. Zion L.C. Body concept as it related to self-concept.- Res.Quart.,1965,v.36.pp 490-495.
191. Zukmann L. Hysteric compulsive factors in perceptual

organization.-Unpubl.PhD.diss.,New School for Social Research,1957, 112p.

192. Yates J.,Taylor J. Stereotypes for somatotypes.Shared beliefs about sheldon's physiques.- Psychol.Rep.,1978, v.43,pp 777-778.

Приложение

Список телесных качеств, оцениваемых испытуемыми по шкале удовлетворенности и субъективной значимости.

- | | |
|----------------------|---------------------------|
| 1. Рост | 17. Цвет волос |
| 2. Длина шеи | 18. Ширина талии |
| 3. Форма бровей | 19. Длина рук |
| 4. Размер груди | 20. Форма бедер |
| 5. Ширина лица | 21. Форма глаз |
| 6. Форма ног | 22. Толщина шеи |
| 7. Качество кожи | 23. Размер глаз |
| 8. Форма зубов | 24. Ширина грудной клетки |
| 9. Величина ушей | 25. Длина ног |
| 10. Форма губ | 26. Форма рук |
| 11. Ширина плеч | 27. Длина ресниц |
| 12. Форма подбородка | 28. Цвет глаз |
| 13. Длина носа | 29. Форма лба |
| 14. Густота волос | 30. Ширина бедер |
| 15. Форма ушей | 31. Форма груди |
| 16. Форма носа | |

Примечание: интегральная оценка ширины тела подсчитывается на основании оценок телесных параметров под номерами 5, 11, 18, 22, 24, 30.

Список телесных зон, учитываемых при подсчете показателя полноты описания внешности (по Бодалеву, 1965).

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| 1. Рост | 14. Зубы |
| 2. Волосы | 15. Подбородок |
| 3. Кожа | 16. Шея |
| 4. Уши | 17. Руки |
| 5. Лицо ^{ж)} | 18. Пальцы |
| 6. Лоб | 19. Фигура ^{ж)} |
| 7. Глаза | 20. Плечи |
| 8. Брови | 21. Грудь |
| 9. Ресницы | 22. Талия |
| 10. Нос | 23. Бедро |
| 11. Щеки | 24. Ноги |
| 12. Рот | 25. Ступни |
| 13. Губы | |

ж) Примечание: при более подробном описании данное качество как самостоятельная единица не учитывается.

Шкала "артикулированности представления о теле"

А. Уровень формы.

1. Примитивные черты:

- а) тело и конечности в виде кругов и овалов;
- б) треугольное или прямоугольное тело с торчащими конечностями;
- в) формы тела, не похожие на человеческие (например, отсутствие плеч, талии и т.д.);
- г) конечности в виде палочек или овалов, бесформенные, оканчивающиеся "вилоподобными" пальцами. Бесформенные ноги, "вилоподобные" или "клешнеподобные" пальцы ног;
- д) точки контакта конечностей с туловищем включают перекрывающиеся места соединения - конечности "воткнуты", конечности отделены от тела;
- е) значительно несоответствующие по размеру руки, глаза, ноги, пальцы и т.д., комбинированные с примитивной формой, неконтролируемыми линиями.

2. Разработанные черты:

- а) определенная, оформленная линия тела, голова, шея, плечи хорошо интегрированы с линией тела;
- б) стремление к человекоподобной форме, пропорциям;
- в) адекватное изображение в профиле (например, туловище и ноги направлены в одном направлении).

Б. Уровень половой идентичности и половых различий.

1. Примитивные черты:

- а) абсолютно неразличающиеся фигуры мужчины и женщины;

- б) различия между фигурами лишь в причёске или головном уборе;
- в) минимальные и неадекватные различия в изображении туловища (треугольник в женской фигуре, овал в мужской или ремень для мужской фигуры, а пуговицы - для женской, как единственное различие).

2. Разработанные черты:

- а) адекватное обозначение половых различий с помощью форм, одежды, причёски, черт лица, дополнениях и т.д.

В. Уровень детализации.

1. Примитивные черты:

- а) части тела отсутствуют (например, нет шеи, носа, глаз или бровей, пальцы торчат прямо из рук без кистей;
- б) нет обозначений одежды;
- в) черты лица обозначены точками или овалами;
- г) неадекватная или противоречивая одежда (например, есть пуговицы, но нет обозначения шеи, есть ремень, но нет другой одежды и т.д.).

2. Разработанные черты:

- а) содержательные, хорошо обозначенные детали, одежда, лицевая экспрессия, ботинки;
- б) фигура имеет определенную роль с хорошей попыткой изображения действия;
- в) хорошее изображение присущих роли дополнений (например, ковбой с дымящейся трубкой).

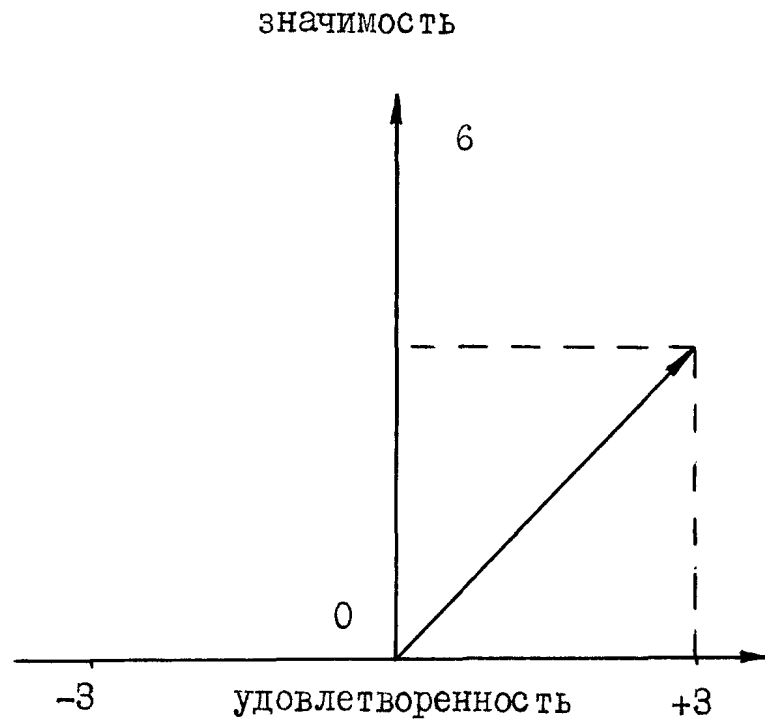


Рис. I. Схема подсчета интегрального показателя ЭЦО

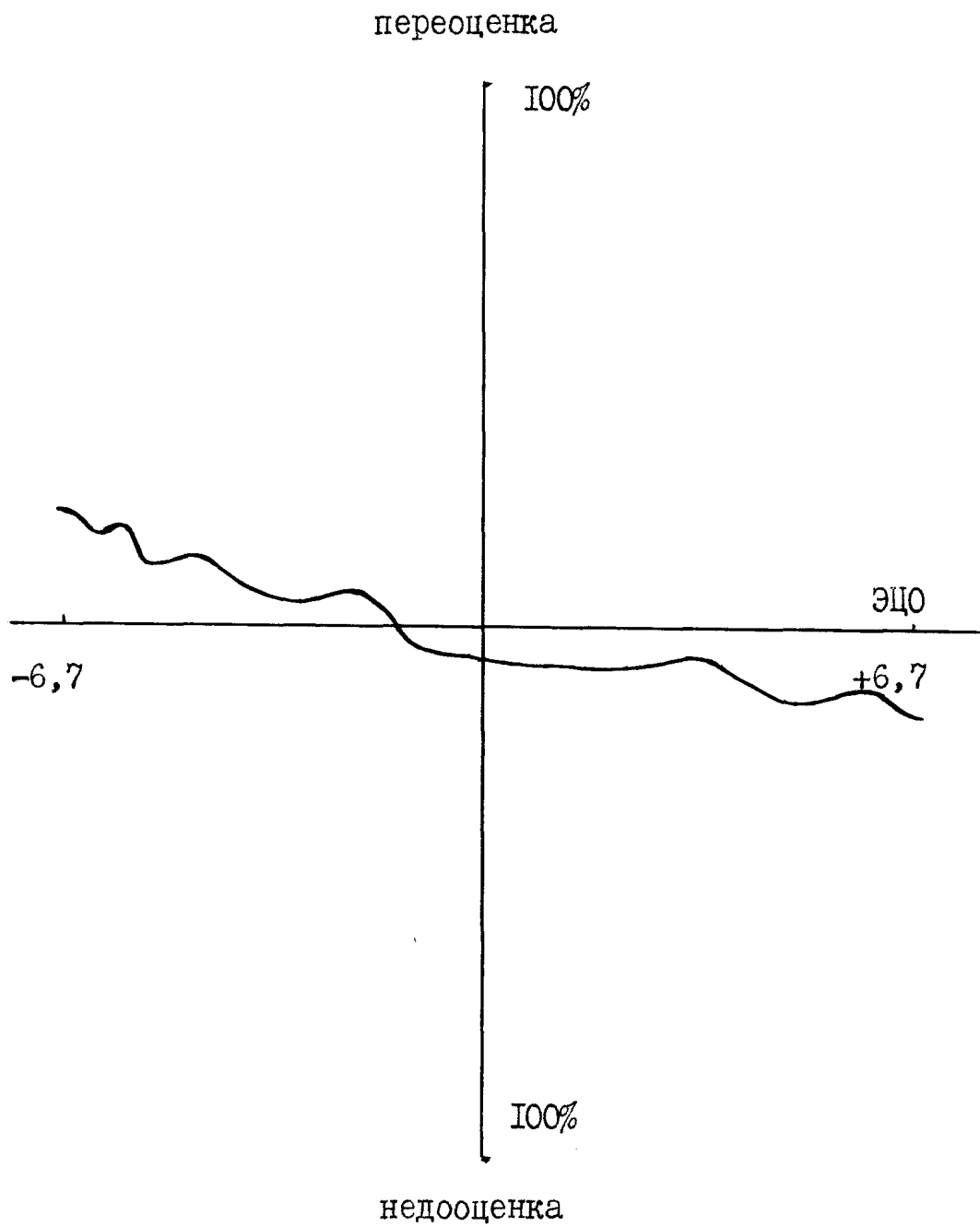


Рис.2. Зависимость величины и направления искажения от эмоционально-ценностного отношения у здоровых испытуемых

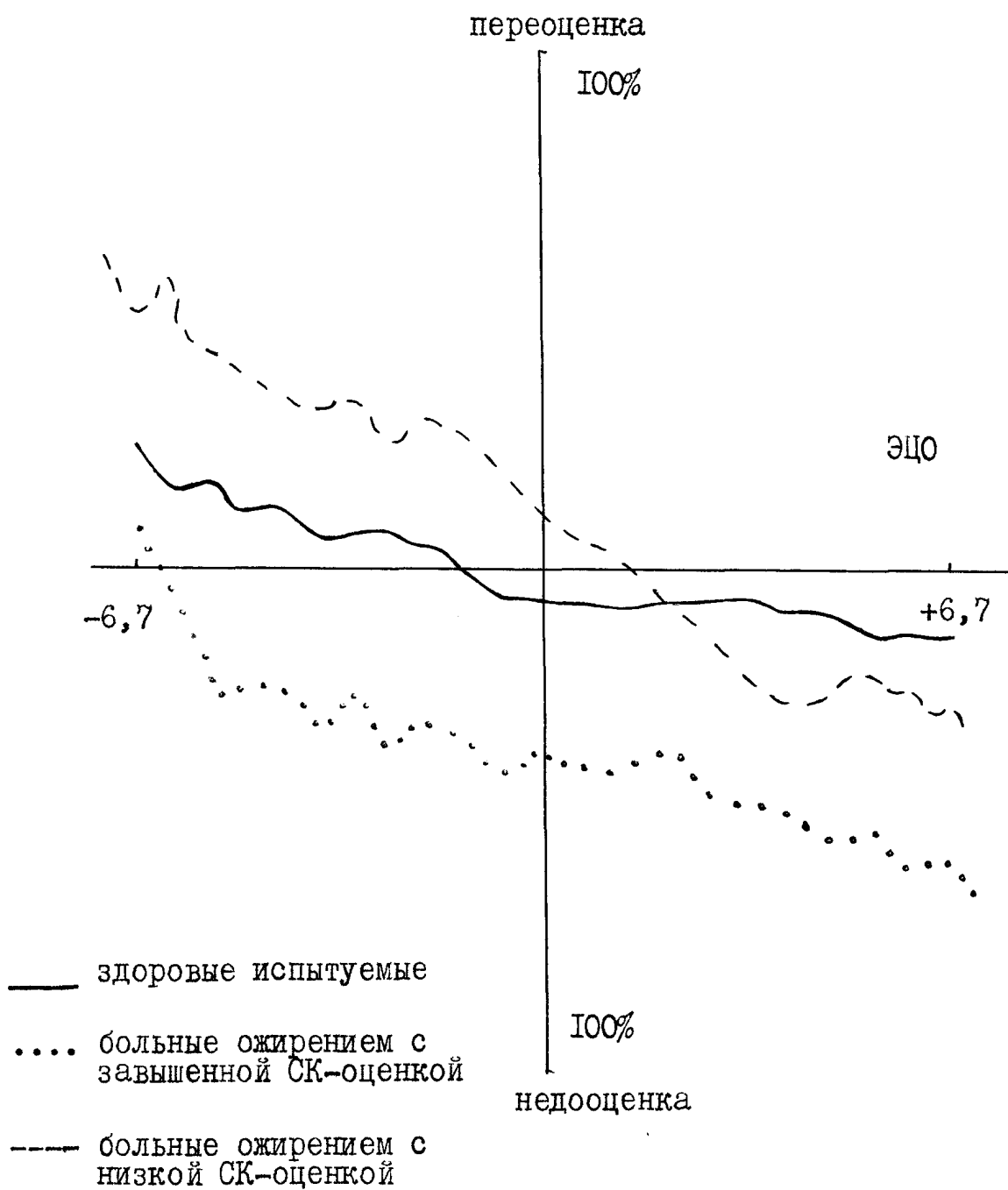


Рис.3. Зависимость величины и направления искажения от эмоционально-ценностного отношения у больных ожирением и здоровых испытуемых

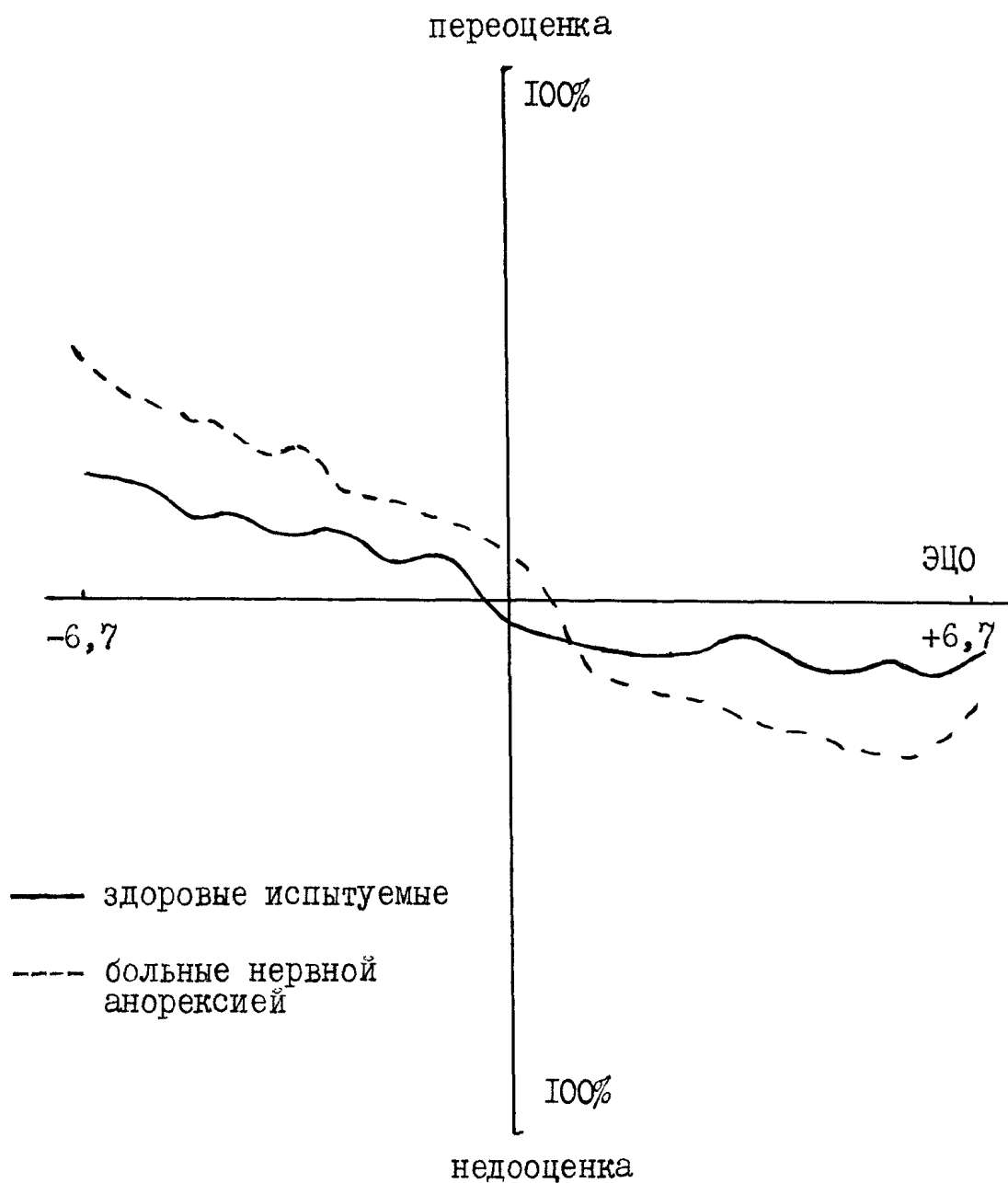


Рис.4. Зависимость величины и направления искажения от эмоционально-ценностного отношения у больных нервной анорексией и здоровых испытуемых

Таблица 5

Особенности образа внешности в экспериментальных группах

Удовлетворенность шириной тела			Субъективная значимость ширины тела	Величина когнитивного искажения
			Здоровые испытуемые	
			3,8±1,6	-1,4±14,8
			Больные ожирением	
I obsl. II obsl.				
С низкой СК-оценкой	-2,7±0,9	-1,9±1,7		13,7±32
			5,8±0,6	
С высокой СК-оценкой	-2,1±1,6	-0,1±1,3		-30,1±15
			Больные нервной анорексией	
I obsl.	II obsl.	III obsl.		
2,1±0,7	-0,2±2,2	-1,8±1,1	5,8±0,5	8,6±24,3

Таблица 6.

Особенности восприятия собственной внешности
в зависимости от уровня КД

Испытуемые	тест включен- ных фигур (сек)	Рисунок			самоописание внешности			величина искажения		
		человека (баллы)	кол-во когнит. сужден.	кол-во когнит. сужден.	кол-во оф-кт. суждений	полнота описания	ка (%)	персеоцен- ка (%)	недооценка (%)	
контрольная группа										
I	48 ±18,6	3,1±0,7	8,2±2,1	2,9±1,6	6,5±2,0	16,3±5,8	15,4±7,6			
II	19,3±6,7	4,3±0,5	17,7±3,9	0,7±1,1	15,9±6,1	12,4±10,2	12,3±6,7			
нервная анорексия										
I	114,6±28,2	1,4±0,5	2,1±1,1	7,8±2,4	1,4±0,8	28,0±13,6	24,6±7,2			
II	25,8±8,4	4,0±0,4	6,9±2,3	3,9±1,7	11,7±2,7	16,0±8,4	18,7±6,4			
ожирение										
I	98,0±28,8	1,5±0,6	5,0±0,7	5,8±2,1	4,9±0,2	38,0±17,9	34,6±17,1			
II	36,2±11,4	3,6±1,1	12,3±3,0	3,2±1,3	10,6±2,4	18,6±12,7	25,0±9,8			

I - испытуемые с крайне низким уровнем КД;

II - испытуемые с относительно высоким уровнем КД.

Таблица 7.

Связь уровня КД, когнитивного искажения и характера пищевого поведения у больных ожирением и нервной анорексией

	тест	самоописание	внешности	Рисунок	величина	искажения
	включенных	кол-во	кол-во	человека	переоценка	недооценка
	фигур	когнитив.	аффект.	описан.		
		сужд.	сужд.	ния		
больные ожирением						
с ГФРС	72,7±34,3	5,2±1,1	4,6±1,7	5,3±0,8	2,6±0,9	34,6±16,9 30,8±14,1
без ГФРС	46,8±21,4	11,3±3,6	4,4±2,1	8,8±3,0	2,5±1,3	24,6±16,4 28,7±17,6
больные нервной анорексией						
с булимией	69,7±20,4	2,2±1,4	7,4±2,3	2,1±1,4	1,7±0,6	29,6±15,1 15,1±10,3
без булимии	52,4±30,4	6,8±1,9	3,2±2,1	10,9±2,9	3,9±0,7	18,7±10,3 6,3±5,1

Протоколы обследования больной К.

Больная К., 1959 г.р. (Лечащий врач Вознесенская Т.Г.)

Поступила на лечение в клинику нервных болезней I ММИ им. И.М.Сеченова 12 марта 1985 г.

Диагноз: ожирение IV степени.

Жалобы: головные боли, повышенное АД, дневная сонливость, постоянное сердцебиение, сухость во рту. Основная жалоба: излишний вес.

Анамнез: родилась четвертым ребенком с весом 3500 от пожилых родителей. В семье излишним весом страдали мать и старшая сестра.

Первая прибавка в весе началась в 5-8 лет на фоне неблагоприятной обстановки в семье - ссоры, скандалы между родителями. Больная много плакала, нервничала. Мать успокаивала ее с помощью обильного кормления любимыми блюдами. Нарастание веса сопровождалось болями в животе, возникающими в ответ на различного рода психотравмирующие факторы.

Вторая прибавка в весе началась в 10 лет после развода родителей. Развод восприняла как должное, очень боялась возможного скандала. С 10 лет в школе стали дразнить "жирюгой", "жирмясокомбинатом", "бочкой с салом". Из-за этого сильно переживала, много плакала, стеснялась сверстников, избегала общения с одноклассниками.

Менструации с 13 лет, с 17 лет - олигоменорея с пропусками до 4-х месяцев. С 17 лет вновь отмечается усиление прибавки в весе. Начинает много переживать по поводу отсутствия близкого человека, считает себя "хуже других". Наблюдается бессоница, головные боли и другие соматические жалобы. Прибавка в весе в

год по 4 кг. В 20 лет с диагнозом III степени ожирения лечилась без эффекта в Ленинградском институте акушерства и гинекологии. Там же установлено отсутствие эндокринной патологии.

С прошлого года после смерти матери в состоянии нервного напряжения обычно поглощает большое количество пищи "чтобы успокоиться". Скорость нарастания веса в связи с этим еще более возросла. На лечение поступила с весом 140 кг при росте 165 см.

При осмотре: генерализованное распределение жира, второй подбородок, "жировой фартук", "галифе", многочисленные стрии. Признаки дизрафического статуса: X-образные ноги, приращенные мочки ушей, высокое небо.

Неврологически: признаков текущего органического заболевания ЦНС не обнаружено. Рассеянная микросимптоматика, не имеющая топического коррелята. На ЭЭГ: заинтересованность верхнестволовых структур мозга. Лобный гиперостоз на РГ, турецкое седло в норме. Глазное дно, поля зрения в норме.

Заключение: конституционально приобретенная гипоталамическая недостаточность, нейро-обменно-эндокринная форма с ведущими нарушениями жирового обмена IV степени, динамическая стадия со снижением функций половых желез по типу олигоменореи, легкие явления вторичного гипокортицизма, ВСД с кризами симпатoadреналового характера и нарушениями терморегуляции, выраженные мотивационные расстройства в виде грубой ГФРС.

Больная лечилась проведением 3-х курсов (по 14 дней) голодания в условиях отделения РДТ при НИИ психиатрии АМН РСФСР. Во время периодов восстановления - прием психотропных, мочегонных, сосудистых, вегетотропных средств, курс иглотерапии и психотерапии для выработки нового пищевого стереотипа и адекватных форм психологической защиты. После лечения сброс веса со-

ставил 40 кг. Больная отмечает возрастание уверенности в себе, меньшую эмоциональную сензитивность, отсутствие кризов и головных болей, нормализацию менструального цикла. Остаются эмоциональная лабильность, страх увеличения веса.

Результаты экспериментального обследования.

По данным ММРІ (код I^{XX} 38^X 27' 6' - 940/ : ≠ 5) - выраженная тревожность, фиксированность на соматическом состоянии, нерешительность, сензитивность, легкая утомляемость.

Сходные результаты обнаружены с помощью опросника Кэттела (высокие А, G, I, O, Q₃, Q₄, низкие N, C): высокая эмоциональная чувствительность, ипохондричность, высокое чувство долга и ориентация на моральные нормы, неуверенность в себе, раздражительность, напряженность. Отмечается высокий уровень тревожности выявляется и с помощью шкалы Спилбергера-Ханина (ситуативная тревожность - 62, личностная - 67).

Анализ аффективного компонента образа внешности показал крайне низкую СК-оценку внешности как свою, так и ожидаемую со стороны "постороннего мужчины". Больная считает себя "безобразно жирной", "значительно хуже других", "никому не нужной". Во время эксперимента призналась, что в последнее время очень мучается тем, что вынуждена жить одна "без семьи, без детей", а "подруги все пристроились, у одной уже трое детей, а я все одна и одна". Непосредственным поводом, заставившим ее обратиться к врачу, является желание "стать похудее, что больше на женщину быть похожей".

Идеальные оценки находятся на серединах шкал: "Хотя бы кг на 20-30 похудеть, о большем не мечтаю".

Низка удовлетворенность внешностью ($0,03 \pm 2,2$), особенно шириной тела ($-2,2 \pm 1,9$): "ширина плеч" получает +2, остальные параметры -3.

Оценки субъективной значимости ширины тела ($5,3 \pm 0,9$) значимо выделяются из общей массы оценок остальных качеств ($3,2 \pm 1,5$).

Таким образом, анализ показал, что больная К. входит в группу больных, у которых желание изменить внешность определяется более общим мотивом успешной реализации интимно-личностного общения.

Наблюдающиеся искажения восприятия ширины различных телесных параметров соответствуют их аффективным оценкам. Наблюдается незначительная недооценка ширины плеч (-12%), ширина остальных параметров сильно переоценивается: лицо ($+108\%$), шея ($+50\%$), грудная клетка ($+22\%$), талия ($+27\%$), бедра ($+32\%$). См.рис.6А.

По результатам трех методик (тест "включенных фигур", рисунок человека, самописание) больная К. попала в группу с крайне низким уровнем когнитивной дифференцированности.

Тест "включенных фигур": среднее время - 69,8 сек.

Рисунок человека: средняя оценка - 2,3 (экспертные оценки - 2,3,2). См.рис.5.

Самописание внешности: "Я очень толстый человек. Полное одутловатое лицо, громадные щеки, которые иногда мешают видеть, заплывшие жиром глазки. Фигура безобразная тем, что множество жировых складок. Большой отвислый живот".

Анализ: когнитивных суждений - 4

аффективных суждений - 6

полнота описания - 4.

Очень слабо разработано представление об идеальной внеш-

ности: "Спортивная, подтянутая фигура, стройность, гибкость. Лицо - т.е. внешность любая, но без жировых излишеств".

Низкий уровень когнитивной дифференцированности проявляется в высокой "чувствительности" образа физического Я к влиянию "личностного неуспеха".

После четырех искусственных "неуспехов" (номера заданий - 8, 4, 2, 1) больная стала обвинять себя в "бестолковости", в глазах появились слезы, сильно расстроилась. Значительно снизилась самооценка по шкалам "ум", "сообразительность", "хорошая память", "эрудиция". Снижения СК-оценки внешности не наблюдалось, поскольку и до эксперимента она была максимально низкой. Однако значительно снизилась удовлетворенность внешностью и составила в среднем по всем качествам $-1,8 \pm 1,5$. Так как оценки параметров ширины тела до эксперимента были максимально негативны, их сдвига, естественно, не наблюдалось. Единственно, оценка ширины плеч с +2 изменилась на -3.

В структуре когнитивного компонента отмечалось значимое увеличение воспринимаемой ширины тела. Переоценка составила: лицо +112%, шеи +82%, плечи +25%, грудная клетка +78%, талия +49%, бедра +60%. См.рис.6Б.

2 обследование: после лечения - вес 100 кг (сброс 40 кг). Больная отмечает улучшение настроения, самочувствия и внешности. Считает эффект лечения очень хорошим, хотя останавливаться на этом не собирается: "Немного отдохну и опять за себя возьмусь. Попробую до 70 кг дотянуть, если смогу".

Несколько улучшилась СК-оценка внешности, хотя отметки из нижней зоны не вышли: "Все равно еще толстая, но уже не такая безобразная".

Возросла удовлетворенность телесными качествами ($0,9 \pm 1,8$),

особенно шириной тела ($+1,17 \pm 1,7$): ширина лица $+1$, ширина плеч $+2$, толщина шеи -1 , ширина грудной клетки $+1$, ширина талии -1 , ширина бедер -1 .

Аффективным оценкам соответствуют когнитивные: ширина лица $+72\%$, шеи $+25\%$, плеч -16% , грудной клетки -11% , талии $+13\%$, бедер $+20\%$, см.рис.6В.

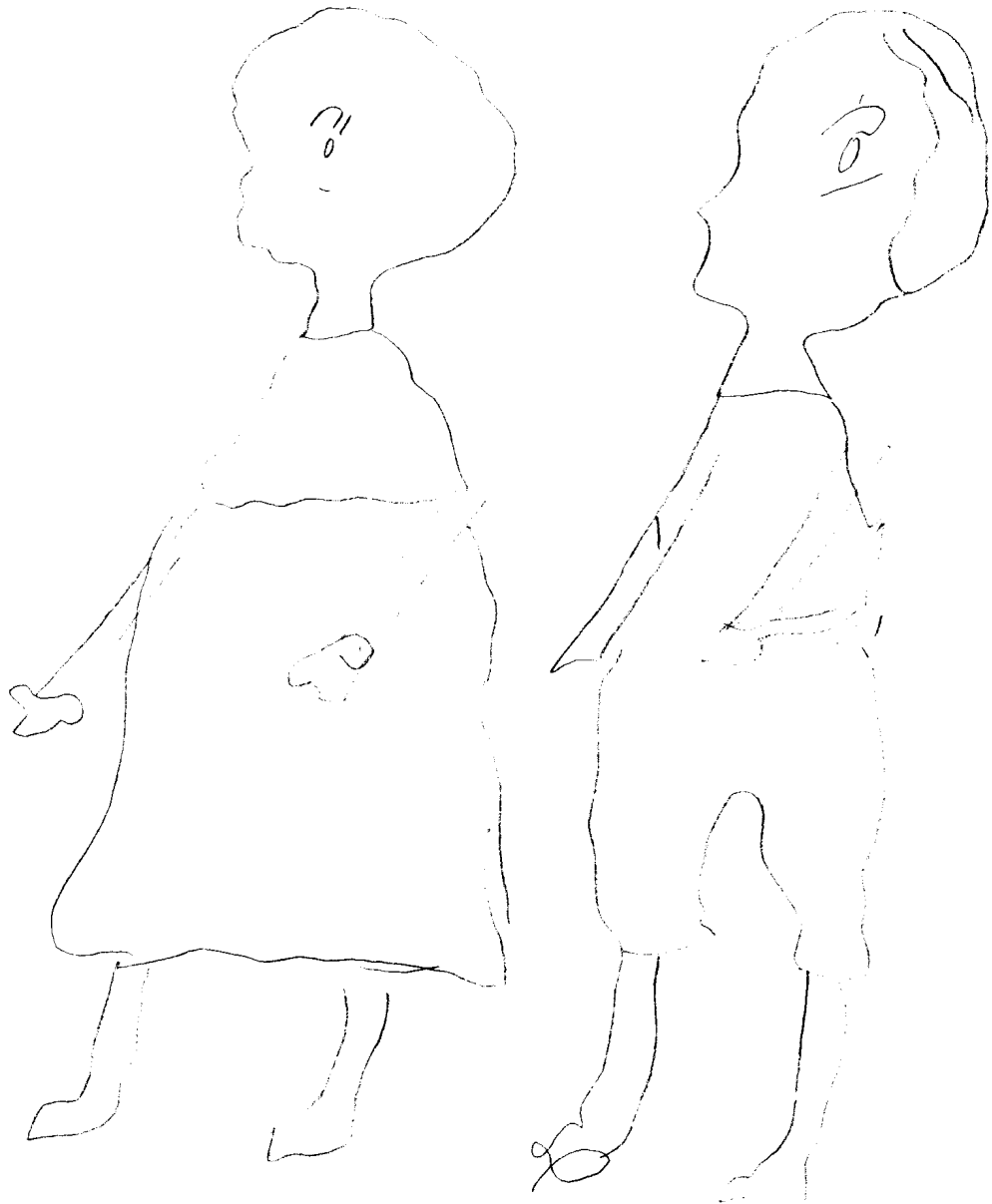
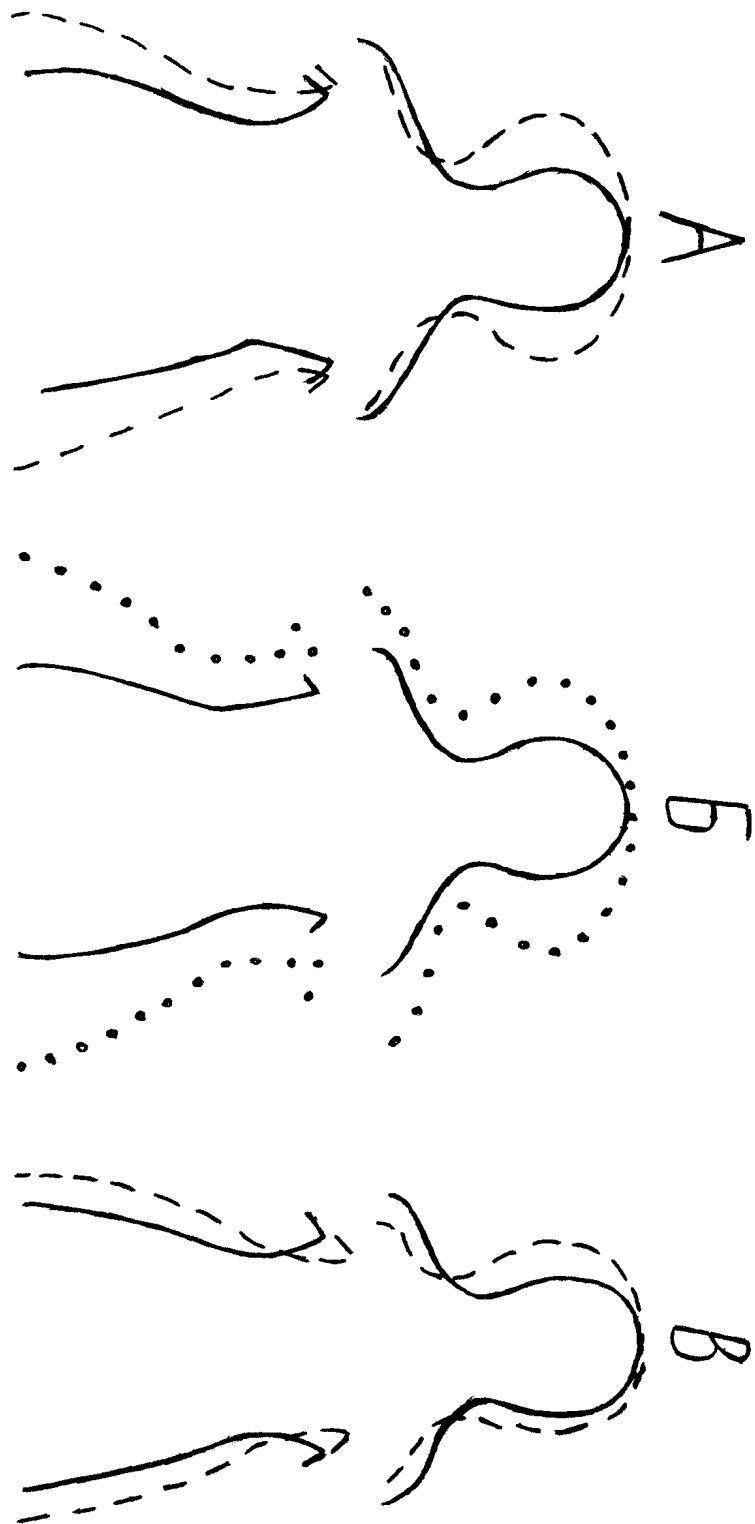


Рис.5. Рисунок человека больной К. (копия)



- реальные размеры
- субъективные размеры
- субъективные размеры после "неуспеха"

Рис.6. Динамика самовосприятия больной К.

Протоколы обследования больной Т.

Больная Т., 1964 г.р. (Лечащий врач Арсеньев А.Р.).

Поступила в 14 ПБ г.Москвы по направлению кафедры психиатрии и медицинской психологии УДН им. П.Думумбы 5 мая 1985 г.

Выписана 28 июня 1985 г.

Диагноз: нервная анорексия.

Лечение: френолон, пропазин, циклодол, пирарцетам.

Анамнез: отец больной по характеру резкий, "капризный".

Мать - мягкая, заботливая, эмоционально лабильная.

Больная родилась в срок от нормально протекавшей беременности с весом 3800, ростом 52 см. На грудном вскармливании до 1 года, росла крепкой, здоровой. Перенесла корь, ветряную оспу, часто болела ангинами. Нервно-психическое развитие было своевременным, от сверстников не отличалась. С первых лет жизни по характеру очень живая, "шаловливая", жизнерадостная, "смешливая". Дома отличалась послушанием, не доставляла никаких забот родителям. В детском коллективе всегда стремилась к лидерству, выступала за "справедливость". В школе с 7 лет, училась всегда на "отлично". С годами все более выраженными становились такие черты характера как излишняя прямолинейность, стремление быть во всем первой. С детства была "кругленькой", в школе большую часть часто дразнили "плюшкой", однако никаких попыток уменьшить вес не предпринимала.

После окончания 10 класса решила поступать в медицинский институт. Сильно волновалась, перед экзаменом состояние было "странным" - то плакала, то смеялась, была возбуждена. На первом же экзамене получила "2". Написала совершенно "абсурдное"

сочинение, хотя тема была знакомой. Затем в течение двух недель отмечалось подавленное настроение, бессоница. Вслед за этим начала обращать внимание на то, что "вся нескладная", "жирная", "большой нос", много времени проводила перед зеркалом. С осени резко начала ограничивать себя в еде, исключила из рациона все калорийные продукты, собирала различные диеты и очень строго их придерживалась. Одновременно резко повысила физическую нагрузку - целыми днями занималась в танцевальном кружке. Вес снизился с 56 до 42 кг.

Менструации с 13 лет, прекратились в 1981 году в связи с настоящим заболеванием при весе 49 кг.

В 1981 году была стационарирована в областную ПБ г.Петрозаводства, где лечилась в течение 8 дней, был выставлен диагноз "затяжное невротическое состояние". После выписки пищевое поведение оставалось прежним, настроение было сниженным. Практически вся жизнь была подчинена выискиванию диет и строгому их соблюдению. Хотела стать "тоненькой", "стройненькой". Работает концертмейстером при ДК, учится в заочном институте культуры на 2 курсе.

Матерью привезена в Москву, консультирована на кафедре психиатрии и медицинской психологии УДН, стационарирована в 14 ПБ.

Соматическое состояние: диспластична, истощена, вес 44 кг, аменорея. Внутренние органы без выраженной патологии.

Неврологически: симптомы очагового поражения ЦНС не выявлены.

Психическое состояние: при поступлении - стационарирована с принуждением. Оставшись в больнице, первое время контакту практически не доступна, рыдает, умоляет отпустить ее, затем, несколько успокоившись, неохотно рассказывает о своем пищевом

поведении.

Формально тяготеет тем, что во время еды навязчиво думает о калорийности пищи. Своей фигурой довольна, поправляться не хочет. Не может адаптироваться к условиям больницы, найти контакт с остальными больными, в том числе и нервной анорексией. Формально соглашается со всем. Дает обещание правильно питаться, чтобы "больше не попасть в больницу". Однако избирательность в пище остается. Выписана при весе 55 кг.

Результаты экспериментального обследования

I обследование: вес 44 кг. СК-оценка внешности достаточно высокая, считает свой внешний облик "нормальным", свою фигуру - "стройной" и "изящной". Однако отмечает, что хотела бы немного похудеть в области лица и шеи. Отказалась ставить "ожидаемые" оценки со стороны других людей: "Я не представляю как меня видят другие".

Средняя оценка удовлетворенности внешностью составляет $0,2 \pm 1,8$; оценка ширины тела более позитивна ($1,0 \pm 1,5$): форма лица -1, ширина плеч +2, толщина шеи -1, ширина грудной клетки +2, ширина талии +2, ширина бедер +2.

Оценки субъективной значимости ширины тела ($5,3 \pm 0,5$) значительно выделяются из общей массы оценок остальных качеств ($3,9 \pm 1,4$).

Величина и направление искажения представления о ширине данных параметров соответствуют их аффективным оценкам: ширина всех позитивно оцениваемых параметров недоценивается - плеч на 24%, грудной клетки на 16%, талии на 22%, бедер 13%, а негативно - переоценивается - лица на 54%, шеи на 10% (см.рис.8А).

По данным методик исследования уровня когнитивной дифферен-

цированности больная Т. попала в группу "слабо дифференцированных".

Тест "включенных фигур" - среднее время 49 сек.

"Рисунок человека" - средний балл 2,7 (экспертные оценки 3, 2, 3). См.рис.7.

Самоописание внешности: "Нос картошкой. Рот во все лицо. Не пропорциональные, слишком узкие глаза. Редкие волосы".

Анализ: когнитивные суждения - 4.

аффективные суждения - 4.

полнота описания - 4.

Очень слабо разработано представление об идеальной внешности: "Как у фигуристов. Нигде не много. Тоненькая фигура".

2 обследование: вес 48 кг (прибавка 4 кг). Ощущает прибавление веса в области живота и ног: "Живот выпячивает и ноги опухли". Снизилась СК-оценка внешности, считает себя уже менее "стройной" и "изящной", чем при поступлении в больницу. Не хочет больше прибавлять в весе, просит отпустить ее из больницы, т.к. боится, что в больнице "стану как корова".

Снизилась удовлетворенность шириной талии (-2), остальные оценки остались теми же.

В структуре когнитивного компонента наблюдается соответствующее увеличение воспринимаемой ширины талии (+25%). Остальные параметры воспринимаются практически так же, как в первом обследовании: лицо +60%, шея +12%, плечи -20%, грудная клетка -18%, бедра -10% (см.рис.8Б).

Проведено экспериментальное исследование с целью обеспечения "личностного неуспеха". Аффективная реакция наступила после 7 нерешенных подряд задач (номера - 14, 14, 13, 13, 10, 7, 3): сбросила со стола карточки с номерами заданий и, рыдая,

воскликнула: "Эта проклятая больница меня совсем дурой сделала!!".

После эксперимента наблюдалось снижение самооценки по шкалам "ум", "сообразительность", "хорошая память", "эрудиция" ("наличные" оценки из верхней зоны сместились в среднюю с оговоркой больной, что "это все из-за лекарств").

Еще более снизилась СК-оценка внешности, особенно по шкале "красивая фигура".

Значимым оказался и сдвиг по шкале удовлетворенности внешностью (с $0,1 \pm 1,7$ до $-0,5 \pm 1,9$). Снизилась удовлетворенность шириной тела: талии с -2 до -3 , бедер с $+2$ до -1 , грудной клетки с $+2$ до 0 , плеч с $+2$ до $+1$. Оценки лица и шеи не изменились.

В структуре когнитивного компонента наблюдалось значимое увеличение воспринимаемой ширины тела, затронувшее даже те параметры, оценки которых не изменились: лицо $+78\%$, шея $+30\%$, плечи $+11\%$, грудная клетка $+16\%$, талия $+40\%$, бедра $+28\%$ (см. рис. В).

3 обследование: перед выпиской - вес 55 кг (прибавка 11 кг). СК-оценка внешности значительно снижена (все отметки расположены в нижней зоне). Больная считает, что в больнице ее превратили в "жирную тушу с отвислым животом и толстыми ногами". После выписки намерена вновь сбросить вес до 44 кг.

Значительно снизилась удовлетворенность шириной тела: лицо -2 , шея -3 , плечи -2 , грудная клетка -2 , талия -3 , бедра -3 .

Наблюдается значительная переоценка ширины всех параметров: лицо $+90\%$, шея $+50\%$, плечи $+26\%$, грудная клетка $+18\%$, талия $+45\%$, бедра $+28\%$ (см.рис.8В).

Таким образом, результаты больной Т. подтверждают наличие в структуре образа внешности эффекта "когнитивного подтвержде-

ния аффективной оценки", а также высокую зависимость представления о своем внешнем облике от общей самооценки и эмоционального состояния, связанную с низким уровнем когнитивной дифференцированности.

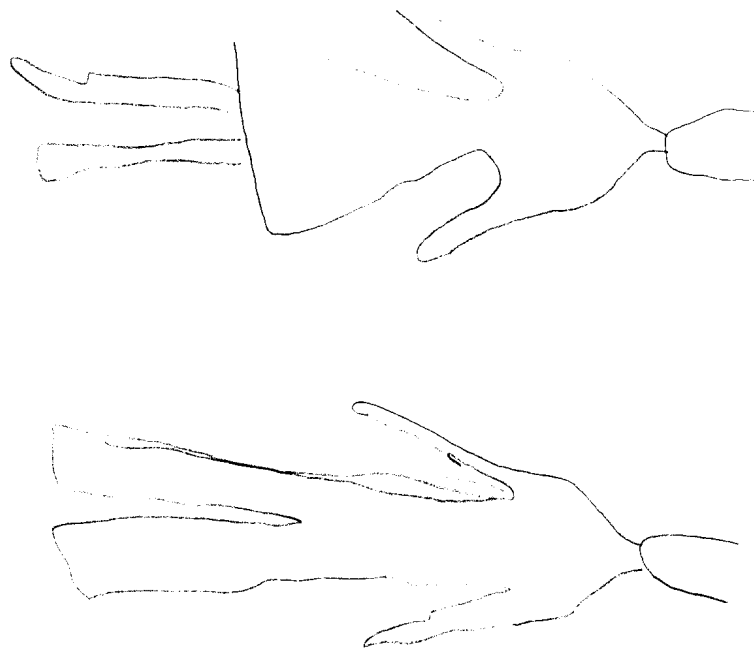
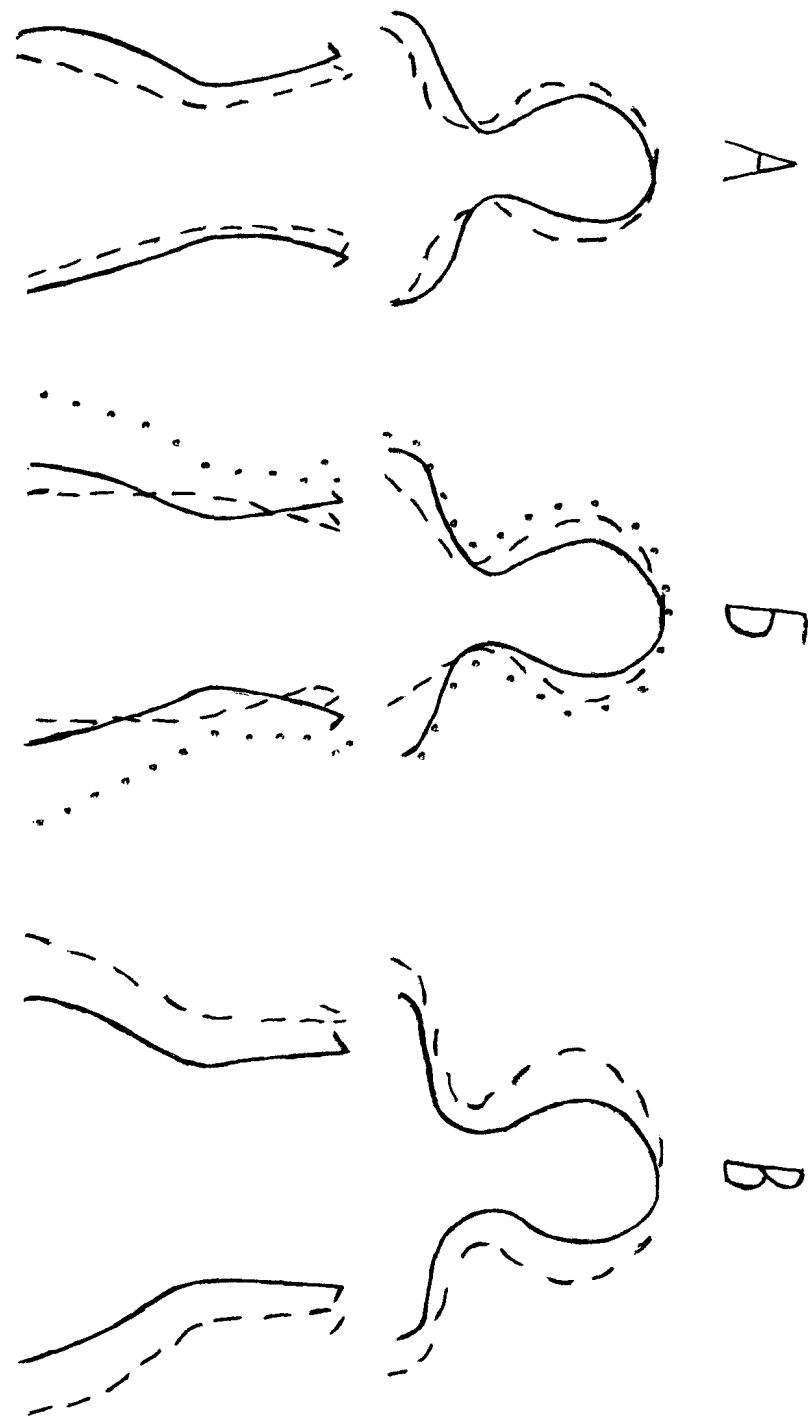


Рис.7. Рисунок человека больной Т. (копия)



— реальные размеры

--- субъективные размеры

... субъективные размеры после "неуспеха"

Рис.8. Динамика самовосприятия больной Т.