

Расстройства самовосприятия и взгляд со стороны при нарушениях пищевого поведения

Расстройства пищевого поведения (РПП) в основном относят к поведенческим нарушениям, однако, специалисты приходят к единодушному мнению, что они являются вторичными эпифенонами по отношению к более глубокому психопатологическому ядру, а именно аномальному беспокорности по поводу своей внешности и веса¹. Все больше теоретических и эмпирических данных свидетельствует о том, что РПП являются специфическими расстройствами общего чувства тела².

Чтобы определить тип телесного расстройства, характерного для людей с РПП, нам необходимо предварительно различать понятия «субъективный образ тела» и «объективный образ тела»³. В первом случае мы говорим о непосредственном образе себя, воплощенного во времени и пространстве, который имеется у человека. Во втором случае мы имеем в виду тело, рассматриваемое с точки зрения третьего лица, как нечто существующее во внешнем мире (например, с точки зрения естественных наук) или воспринимаемое извне (например, когда я смотрю на себя в зеркало). Зрение – это чувственная модальность, посредством которой я воспринимаю свое тело извне как объект, а субъективный образ тела я воспринимаю «изнутри» посредством *коэстетезии*.

В дополнение к этим точкам зрения я могу воспринимать себя как мое тело, *которое видит другой человек*⁴. Чувство, когда на тебя кто-то смотрит, может восприниматься как угроза. Другой может угрожать мне телесными повреждениями, но Он также может быть угрозой устройству моего мира. Когда я чувствую, что на меня смотрит Другой, мир может внезапно измениться. Мир больше не устроен так, как удобно мне, а так, как удобно Другому. Я чувствую осуждение во взгляде Другого. Я могу чувствовать стыд или гордость, и эти чувства отражают смыслы и ценности Другого. И все же я узнаю себя во взгляде Другого. Его взгляд *определяет* меня, он ранит меня до глубины души.

Внимание к постороннему взгляду, по-видимому, специфично для людей, однако приматы, не являющиеся людьми, проявляют признаки двигательного возбуждения в ситуациях, когда на них смотрят. Представляется, что пристальный взгляд является существенным стимулом, который вызывает напряжение и, как следствие, поведенческие реакции, например, попытку улететь или вступить в драку. Для людей характерным является то, что взгляд Другого представляет собой угрозу не только физической целостности, но и самосознанию и идентичности. Я могу чувствовать себя удрученным из-за того, каким меня видит Другой, низводя меня лишь до моей внешности. Мое тело может принять форму, которую ему навязывает взгляд Другого.

У нашего вида к негативным эффектам ощущения *тела глазами Других* относится овеществление, отрицание свободы и низведение до внешности. Когда я чувствую на себе взгляд Другого, я чувствую отрицание своей возможности предстать «чем-то большим», чем «просто объект». Сила взгляда Другого может привести к дисбалансу между «я есть» и «я могу».

В нормальных условиях то, как я ощущаю свое тело, является результатом диалектики между коэстетезией и зрением. На телесные переживания влияет не только то, как я себя чувствую, но и то, как на меня смотрят Другие – мой образ *тела глазами Других*.

Поскольку восприятие собственного тела от первого лица основано на коэстетезии, а восприятие от третьего лица основано на зрении, мы можем назвать этот динамический баланс между восприятием своего тела посредством коэстетезии и через взгляд Другого оптико-коэстетической пропорцией, которая является предпосылкой для построения безопасного и надежного чувства телесного самосознания и индивидуальности.

В основе аномального телесного самовосприятия у людей с РПП лежит нарушение оптико-коэстетической пропорции. Люди с РПП воспринимают свое тело в большей степени как объект, на который смотрит Другой, а не как то, что они воспринимают посредством коэстетезии или с точки зрения первого лица⁵. Представляется, что им не хватает коэстетического восприятия их собственного тела как самой примитивной и базовой формы самосознания⁶. Их телесные ощущения непостоянны и ощущаются как будто оторванными от их собственного тела⁷.

Поскольку восприятие их собственного тела изнутри ошибочно или противоречиво, они компенсируют это, воспринимая свое тело «извне» через взгляд Другого. То, как они ощущают, их видят Другие, является основным способом чувствовать себя и определять свою идентичность⁸. Их тело главным образом является для них объектом, «который видят». Это тело открыто взгляду Другого и, таким образом, низведено до внешности.

Для понимания людей с РПП особенно важно учитывать, что взгляд Другого представляет для них своего рода *оптический протез*, который помогает им чувствовать свое собственное тело. Ощущение своего тела как объекта, на который смотрит Другой, имеет двойной эффект: оно заставляет их чувствовать смущение и отвращение к своему телу, но также помогает им восстановить чувство самосознания, «единства» и «плотности». Этот феномен находит воплощение в микро-нарративах: «То, как я себя чувствую, зависит от того, как на меня смотрят другие», «Иногда я смотрю на себя глазами других», «Даже если я думаю, что другие неверно оценивают меня, я не могу без этой оценки».

Люди с РПП руководствуются общественным самосознанием, а не личным. В нашей культуре считается, что такая позиция негативно влияет на самовосприятие и самопонимание⁹. Наше время можно назвать временем *оптико-коэстетической диспропорции*. У людей с РПП наблюдается аналогичная тенденция – уделять большее внимание тем аспектам телесного самосознания, которые являются предметом публичной демонстрации (а именно, внешности), а не более скрытым аспектам (например, телесным ощущениям, эмоциям и личным убеждениям о себе).

У этих людей оптико-коэстетическая диалектическая пропорция несовершенна, потому что их способность чувствовать себя ослаблена или подвержена коэстетическим и эмоциональным нарушениям. Эти люди чувствуют себя посторонними в своем собственном теле, и их телесные ощущения непостоянны. Таким образом, взгляд Другого для них является не только доказательством пугающего и постыдного «отрицания» их способности быть чем-то большим, чем объективный образ тела, но также является и желанным оптическим самопротезом, при помощи которого они могут решить проблему самоопределения.

Giovanni Stanghellini

Department of Psychological, Humanistic and Territorial Sciences, G. D'Annunzio University, Chieti, Italy; D. Portales University, Santiago, Chile

Перевод: Павлова-Воинкова Е.Е. (Санкт-Петербург)

Редактура: к.м.н. Бойко А.С. (Томск)

Stanghellini G. Embodiment and the Other's look in feeding and eating disorders. *World Psychiatry* 2019; 18(3): 364-365

Библиография

1. Fairburn CG, Harrison PJ. *Lancet* 2003;361:407-16.

2. McBride HL, Kwee JL (eds). *Embodiment and eating disorders*. Theo-

ry, research, prevention and treatment. London: Routledge, 2018.

3. Stanghellini G. *World Psychiatry* 2009;8:56-9.

4. Sartre JP. *Being and nothingness*. New York: Washington Square Press, 1943.

5. Stanghellini G. *Eat Weight Disord* 2005;10:21-7.

6. Stanghellini G, Mancini M. *The therapeutic interview. Emotions, values, and the life-world*. Cambridge: Cambridge University Press, 2017.

7. Stanghellini G, Trisolini F, Castellini G et al. *Psychopathology* 2014;48:18-24.

8. Stanghellini G, Castellini G, Brogna P et al. *Psychopathology* 2012;45:147-58.

9. Jay M. *Downcast eyes: the denigration of vision in twentieth-century French thought*. Berkeley: University of California Press, 1994.

DOI:10.1002/wps.20683

iSupport: глобальная онлайн-интервенция ВОЗ для непрофессионалов, занимающихся уходом за лицами с деменцией

В 2015 году было подсчитано, что во всем мире 47 миллионов человек страдают деменцией, и, по оценкам, это число увеличится до 75 миллионов к 2030 году и до 132 миллионов к 2050 году. Ожидается, что почти 9,9 миллиона человек будут заболеть деменцией каждый год, что означает один новый случай каждые три секунды. И хотя деменция встречается на всех уровнях социально-экономического статуса, почти 60% людей с деменцией в настоящее время живут в странах с низким и средним уровнем дохода (СНУД), и ожидается, что большинство новых случаев (71%) возникнет тоже в этих странах¹. Люди с деменцией в этих странах часто не имеют доступа к уходу и необходимой поддержке².

Чтобы создать мир, в котором можно предотвратить развитие деменции, и в котором люди, страдающие деменцией, и их попечители живут хорошо и получают необходимую им помощь и поддержку, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) разработала Глобальный план действий сектора общественного здравоохранения по реагированию на деменцию на 2017-2025 гг. (*Global Action Plan on the Public Health Response to Dementia 2017-2025*)¹. Поддержка семьи и других неоплачиваемых лиц, осуществляющих уход, входит в число семи направлений деятельности в этом плане. Исследования в странах с разным уровнем развития показали, что уход может повлиять на физическое и психическое здоровье, благополучие и социальные отношения¹.

В Глобальном плане цель на 2025 г. состоит в том, чтобы 75% из 194 государств-членов ВОЗ обеспечили программы поддержки и обучения для лиц, ухаживающих за больными деменцией, с учетом их потребностей. Исследования, проведенные в различных ресурсных центрах по всему миру, показали, что программы, улучшающие знания и навыки ухода, такие как преодоление поведенческих изменений, оказывают благотворное влияние на бремя ухода, депрессию и благополучие³.

Несмотря на то, что программы очного обучения показали положительное влияние, реализовать их в СНУД сложно, поскольку отсутствуют предварительные условия для устойчивого снабжения. Осведомленность о деменции и необходимости обучения и поддержки неоплачиваемых лиц, осуществляющих уход ограничена¹. Но даже когда страны обладают достаточной информацией, ограничения в финансировании и инфраструктуре долгосрочного ухода, в том числе нехватка обученных специалистов, будут препятствовать внедрению⁴.

Использование интернета может помочь в преодолении проблем, связанных с программами обучения и поддержки для лиц, ухаживающих за людьми с деменцией в странах СНУД⁵. Это также позволит охватить больше лиц, осуществляющих уход, и увеличить охват услугами, поскольку число пользователей интернета и внедрение интернета быстро растет во всем мире, по оценкам это более 4,2 миллиарда пользователей или 55% внедрения в 2018 году по мировой статистике Интернета (Internet World Stats). Как заявляет ВОЗ, электронное здравоохранение имеет решающее значение для обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения.

Несмотря на то, что использование интернет-вмешательств для улучшения психического здоровья в странах СНУД по-прежнему находится на низком уровне, первые исследования показывают, что они могут улучшить психическое здоровье, помочь справиться с ситуацией и повысить эффективность самообслуживания, по крайней мере, в странах с высоким уровнем дохода⁶. Чтобы удовлетворить потребность опекунов в поддержке во всем мире, ВОЗ разработала iSupport как первый шаг к заполнению этого пробела. Кроме того, было проведено небольшое пилотное исследование для изучения возможности его использования и влияния в Индии⁷.

Содержание iSupport основано на новаторской модели Kitwood's⁸, в которой личность человека, страдающего деменцией, занимает центральное место, и в которой забота, по существу, рассматривается как взаимодействие в соответствии с индивидуальными потребностями и способностями каждого человека. Поведение людей, страдающих деменцией, является не только отражением функционирования их мозга, но и результатом их индивидуальности, копинг-стратегий, истории жизни, состояния здоровья, а также социальной и физической среды. В iSupport эти элементы интегрированы в упражнения.

Методы, которые послужили терапевтической основой для развития iSupport, основаны на программах, оказавших положительное влияние, включающих элементы когнитивно-поведенческой терапии, такие как психообразование, расслабление, поведенческая активация, когнитивный рефрейминг и некоторые элементы решения проблем⁶.

iSupport предназначен для тех, кто ухаживает за больными и находится в стрессе, или имеет проблемы с психическим здоровьем слабой или умеренной степени тяжести: симптомы депрессии или тревоги. Людям с более серьезными симптомами нарушения психического здоровья,