

## СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ И КУЛЬТУРНО-ИСТОРИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ АНОРЕКСИИ

© 2014 г. Р. Ступак\*, А. А. Бочавер\*\*

*\*Аспирант факультета психологии Ягеллонского Университета, Краков, Польша;  
e-mail: rado.stupak@gmail.com*

*\*\*Канд. психол. наук, руководитель лаборатории социальных и психологических проблем  
взросления Центра социально-психологической адаптации и развития подростков  
“Перекресток”, старший научный сотрудник лаборатории Социально-психологических  
и социологических мониторинговых исследований Межведомственного ресурсного центра  
мониторинга и экспертизы безопасности образовательной среды МГППУ, Москва;  
e-mail: a-bochaver@yandex.ru*

Представлены избранные аспекты процесса социального конструирования нервной анорексии с позиций феминистских и гендерных исследований. В фокусе статьи находятся культурно-исторические предпосылки возникновения анорексии не только как психического заболевания, но и как культурного феномена.

*Ключевые слова:* анорексия, социальное конструирование, феминизм.

Традиционно принято рассматривать нервную анорексию как психическое заболевание. Современные международные исследования фокусируются преимущественно на нейробиологических и генетических факторах заболеваемости анорексией. В данной статье предлагается обратиться к другому полюсу и сосредоточиться на вопросе социального конструирования нозологии, поскольку формирование болезни происходит “на стыке” индивида и среды, или внутренних предпосылок и социального контекста. Анорексию принято воспринимать как расстройство, обычно свойственное женщинам и связанное с социальными представлениями о женской красоте. Однако, несмотря на то, что связь между заболеванием и такими представлениями постоянно подчеркивается, ее глубинное содержание остается неочевидным. За рубежом есть работы, освещающие этот вопрос с позиций феминистского движения, но в России понимание анорексии как социального конструкта практически отсутствует, как и гендерный контекст ее изучения. *Цель* данной статьи – показать некоторые аспекты феномена анорексии с опорой на идеи феминизма и социального конструкционизма, а также обозначить причины того, почему это заболевание начинает все чаще встречаться у мужчин. Такой ракурс не противоречит пониманию анорексии как тяжелого

заболевания, но позволяет расширить контекст изучения, прогнозирования и лечения этого расстройства.

Термин “анорексия” (от др.-греч. ἀν – “без-”, “не-” и ῥεξις – “позыв к еде, аппетит”) буквально означает “потеря аппетита” [5]. Вероятно, термин был впервые использован в 1873 году придворным врачом королевы Виктории сэром Вильямом Гулла; в том же году Лазег (*Lasegue*) писал об “истерической анорексии” (*l'anorexie histerique*) [14]. Дж. Соурс (1980) [27] начинает свой исторический анализ феномена анорексии с 1600-х годов, и можно встретить утверждения, что случаи этого заболевания известны уже с XIII века [8] или даже что анорексия существует с незапамятных времен [22]. Однако Дж. Брумберг (1997) считает, что в этих случаях происходит отождествление женщин, постигшихся, в основном, из религиозных соображений, с женщинами, страдающими от анорексии в современном понимании этого слова, а такое обобщение является излишним упрощением [3].

Важными аспектами анорексии являются *социокультурный* (полнота раньше не являлась поводом для стигматизации, а, напротив, могла быть отражением высокого социального положения) и *экономический* (связанный с наличием пищи и

возможностью ее приобретения). Издавна известны различные отклонения в пищевом поведении, как ограничительные, так и очистительные [1], выполнявшие различные функции в жизни индивида и вызывавшие разные реакции со стороны социума. Существует соблазн уподобить современные форумы “*Pro-ana*”<sup>1</sup> стремлениям людей предыдущих веков к божественному совершенству, но тот факт, что до XIX века термина “анорексия” не существовало, и он распространился лишь во второй половине XX века, означает, что, по всей видимости, опыт голодания тех людей был иного рода. По мнению Дж. Брумберг [2], исследователи, ретроспективно диагностирующие анорексию у вызывающих уважение и восхищение исторических личностей, осуществляют манипуляцию аудиторией, как бы отождествляя современных пациентов, страдающих от психиатрического заболевания с, например, канонизированными святыми, которые вели аскетический образ жизни и отказывались от пищи в силу религиозных убеждений.

Проблема преднамеренного голодания никогда в истории не была так широко распространена, как сегодня. Различия в частоте появления расстройств питания существуют даже в рамках так называемой “западной культуры”: например, между США и Европой, Великобританией и континентальной Европой, странами Западной Европы и странами Центральной и Восточной Европы. Самый высокий уровень заболеваемости наблюдается в США, затем в Великобритании и континентальной Западной Европе [21], что указывает на то, что причины анорексии можно искать в культурном контексте, который влияет на внутренние предпосылки болезни у индивидов. Объяснения на неврологическом и биологическом уровнях могут искажать картину возникновения болезни, приводя к путанице причин со следствиями.

## ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ АНОРЕКСИИ

Данные о распространенности этого заболевания различаются. По оценкам авторов, связанных с феминистским движением, 5–10% американских женщин страдают от анорексии [3], а в некоторых американских кампусах даже 20% студентов страдают от различных типов расстройств

пищевого поведения [29]. Дж. Брумберг также отмечает, что 5–15% госпитализированных больных с анорексией умирают во время пребывания в больнице [2]. С другой стороны, лонгитюдные исследования показывают, что средняя продолжительность жизни пациентов с анорексией существенно отличается от средней по популяции [11]. Согласно данным, опубликованным в журнале *Lancet*, в развитых странах страдают или страдали от анорексии около 1% женщин и 0.1% мужчин [28]. Ко всем этим данным следует относиться критически, учитывая методологические различия между отдельными исследованиями и разницу в определениях расстройства пищевого поведения и анорексии, используемых в разных исследованиях.

Существуют две основные классификации болезней: *DSM-IV*, которая официально функционирует в США (на момент написания статьи готовится *DSM-V*), и МКБ-10, принятая в Европе. Согласно МКБ-10, нервная анорексия диагностируется, если наблюдаются следующие 5 признаков: а) вес тела сохраняется на уровне как минимум на 15% ниже ожидаемого, или индекс массы тела составляет 17.5 или ниже; в препубертатном возрасте может обнаружиться неспособность набрать вес в период роста; б) потеря веса вызывается самим пациентом за счет избегания пищи, которая “полнит”, и одного или более приемов из числа следующих: вызывание у себя рвоты, прием слабительных средств, чрезмерные гимнастические упражнения, использование средств, подавляющих аппетит и/или диуретиков; в) искажение образа своего тела принимает специфическую психопатологическую форму, при которой страх перед ожирением сохраняется в качестве навязчивой и/или сверхценной идеи, и больной считает допустимым для себя лишь низкий вес; г) общее эндокринное расстройство, включающее ось гипоталамус–гипофиз–половые железы и проявляющееся у женщин аменореей, а у мужчин – потерей полового влечения и потенции; д) при начале в препубертатном возрасте проявления пубертатного периода задерживаются или даже не наблюдаются (прекращается рост, у девочек не развиваются грудные железы и имеет место первичная аменорея, а у мальчиков остаются ювенильными половые органы)<sup>2</sup>. В новой версии *DSM-V*<sup>3</sup> в качестве диагностических критериев анорексии предлагаются:

1. Снижение потребления калорий по сравнению с необходимым, приводящее к значительно-

<sup>1</sup> Своеобразные сообщества самоподдержки сторонниц и сторонников анорексии. См., например, <http://www.myproana.com/> или <http://pro-ana.ucoz.ru/>

<sup>2</sup> <http://www.psychiatry.ru/lib/55/book/14/chapter/7>  
<sup>3</sup> [dsm5.org](http://www.dsm5.org)

му снижению массы тела с учетом возраста, пола, траектории развития и физического здоровья. Значительное снижение массы тела определяется как масса, не достигающая минимальной нормы, или, в случае детей и подростков, не достигающая минимальных ожиданий.

2. Сильный страх набрать вес, страх ожирения или постоянное поведение, препятствующее увеличению веса, даже при значительно сниженной массе тела.

3. Нарушения в восприятии веса или фигуры, преувеличенное влияние массы тела или параметров фигуры на самооценку, либо устойчивый дефицит осознания серьезности состояния при постоянно сниженной массе тела [7].

Кроме того, если в последние три месяца были отмечены спровоцированная рвота или использование слабительных, мочегонных средств, клизм и т.д., диагностируется *“Binge-Eating / Purging Type”* (можно перевести как “Тип Компульсивное переедание/очищение кишечника”), в других случаях диагностируется *“Restricting Type”* (то есть “Тип Ограничение в приеме пищи”). Разница между анорексией и булимией, в соответствии с *DSM*, заключается в частоте актов очищения кишечника: при булимии может и не быть ограничений в приеме пищи, а условием постановки такого диагноза является отсутствие одновременной анорексии. Тем не менее, у пациентов с начальным диагнозом “анорексия” часто позже диагностируется “булимия” или “атипичная булимия” [17], так что можно предположить, что эти симптомы располагаются на континууме признаков одной более широкой проблемы.

В целом представляется, что основным критерием для выявления людей с анорексией, если строго придерживаться *DSM*, является сочетание слишком низкой массы тела с нарушением адекватного восприятия собственного тела, поскольку можно предположить, что поведение, описанное в пункте 2 (страх набрать вес, ограничения в приеме пищи), с различной частотой и интенсивностью так или иначе представлено у подавляющего большинства женщин. Хорошей иллюстрацией является тот факт, что, согласно проекту *GoogleZeitgeist*<sup>4</sup>, самым быстрорастущим по частоте запросом в поисковой программе *Google* в категории “Здоровье” в 2010 году стало словосочетание *“HCGDiet”* (автоматизированные диеты, практикуемые в различных формах, в том числе путем ежедневных подкожных или внутримышечных инъекций гормона хорионического го-

надотропина человека). Также в первую пятерку запросов входят один из медиа-авторитетов в вопросах питания (по сути – похудения) Доктор Оз (*DoctorOz*), и запросы “Питание в Макдоналдсе” и “Дефицит витамина D”.

## ИСТОЧНИКИ АНОРЕКСИИ В КУЛЬТУРЕ

Итак, современная культура – это культура диеты и потери веса. Эта мысль, которая, возможно, звучит сегодня банально, лежит в основе феминистского убеждения в том, что культура диктует людям, особенно женщинам, как им следует выглядеть и как следует обращаться со своим телом. М. Нассер (1997) полагает, что внешняя худоба и употребление некоторых продуктов питания являются показателями принадлежности к возникающему в начале XX века среднему классу. Эти показатели были нужны, чтобы помочь отличать богатых людей от простых рабочих – т.е. позволяли отличить тех, кто был способен “купить себе лучшую внешность” [21]. Кроме того, в настоящее время ожирение связано с принадлежностью к “социальным низам” и отсутствием привычки “следить за собой”, в то время как “стройность” – это существенный элемент образа “успешного человека”. В книге М. Мэйн и Дж. Келли “Телесный миф: Взрослые женщины и требование быть совершенной” (*“The Body Myth: Adult Women and the Pressure to be Perfect”*) (2005) [15], известном научно-популярном справочнике, авторы достаточно осторожно обращают внимание читателей на распространенную иллюзию, что смысл и ценность человеческой жизни основаны (и “должны быть основаны”) на внешнем виде, весе и том, что человек ест. Определяя понятие “диета”, авторы указывают на тот факт, что первоначально это слово обозначало рацион человека в целом, и лишь потом приобрело значение метода снижения веса; впрочем, далее они упорно используют слово “диета” во втором, более узком значении. Также они указывают на то, что даже в рамках социальной модели сводить расстройства пищевого поведения к результату требований к идеалу красоты, транслируемых СМИ, – значит слишком упрощать ситуацию. Критикуя произвольность и низкую надежность такого показателя, как индекс массы тела, авторы приводят данные о том, что люди с избыточным весом, согласно многочисленным исследованиям, часто здоровее тех, кто находится на нижней границе нормы. Несмотря на это, средства массовой информации транслируют простое сообщение: “худой = здо-

<sup>4</sup> <http://www.google.com/intl/ru/press/zeitgeist2010/>

ровый, толстый = больной” (можно найти аналогичные дихотомические пары, отождествляющие удобу с добром, а избыточный вес со злом, в сказках и других произведениях – например, три толстяка и гимнаст Тибул, худой положительный Гарри Поттер и его толстый отрицательный кузен и т.п.). Это создает дополнительное давление на человека, вынужденного худеть и контролировать свой вес в культуре, которая, кроме культа худобы, исповедует культ здоровья.

Широко распространено мнение о том, что проблема анорексии касается в основном подростков и молодых женщин. Еще в начале XX века Пьер Жане связывал анорексию со страхом перед сексуальностью и отказом от роли женщины [27]. В случае девочек (у которых в период созревания увеличение количества жировых клеток в организме приводит к формированию типичной женской фигуры) воздержание от еды приводит к незрелости как в социальной, так и в половой и сексуальной сфере. Это представление об анорексии можно встретить и сегодня, и тема отвержения женской идентичности как несогласия с ролью женщины, определенной патриархальным обществом, является одной из тем феминистского анализа явления расстройств пищевого поведения. А. Крисп (1997) описывает анорексию как “бегство от взросления”, которое разрешает отставание в физическом и эмоциональном развитии и заменяет нормальное развитие личности [6].

#### АНОРЕКСИЯ: ЛИЧНОСТЬ И КОНТРОЛЬ

Бонни Моррис в 1985 году высказала утверждение, что девочки-подростки живут с сознанием того, что сам факт “иметь тело неприемлемых размеров” обрекает человека на провал (за исключением, по ее мнению, мужчин, страдающих избыточным весом, которые могут быть даже желанными и, по крайней мере, не страдают от социальной изоляции) [20]. Поскольку данные ранних исследований анорексии показывали, что такое представление особенно распространено среди девушек из обеспеченных семей [19], потеря веса являлась реакцией на требования успехов и достижений со стороны социальной среды, а точнее – защитой перед неудачами в соревновании. Кроме того, эти данные указывают на связь анорексии с нарушениями взаимоотношений в семье; часто отмечается (например, [10]) наличие контролирующей матери, которая, согласно психоаналитической теории, усложняет дочери решение задачи сепарации. Анорексия становится выражением бунта против такой ситуации и та-

кой матери, а еда – областью, которую, в отличие от остальной окружающей действительности, можно контролировать, что дает чувство безопасности и компетентности (на это также обращает внимание А. Крисп [6]).

Девушки, участвующие в сообществах “*Pro-ana*”, хотя и используют термин *ED* (*Eating Disorder* – расстройство пищевого поведения), переосмысливают его как положительное и желательное явление и даже “стремление к совершенству”. Возможно, тот факт, что в настоящее время люди с анорексией находятся в оппозиции к доминирующему дискурсу, который их определяет как больных, еще сильнее подкрепляет их в поведении отказа от еды. К такому же выводу пришел Э. Рич (2006), рассматривая феномен “*Pro-ana*” как своего рода попытку борьбы со стигматизацией, вызванной клеймом “аноректичка” [24]. Автор обращает внимание также на тот факт, что биомедицинский дискурс фокусируется, в основном, на объективном, наблюдаемом извне критерии (масса тела), совершенно игнорируя психологический фон расстройств и реализуя объектные отношения с пациентом.

А. Кирни-Кук и Р. Стриджел-Мур (1997) также показывают, что человек в современной культуре приучен к тому, что изменения к лучшему во внешнем виде автоматически ведут к улучшению настроения. “Лучше”, как правило, означает “молже и стройнее”, и поведение человека, страдающего анорексией, может пониматься как способ наказания себя за недостатки собственного тела и в то же время – как попытка улучшения своего психического состояния посредством реализации канона красоты [13].

Однако культ молодости, который также активно транслируется в средствах массовой информации, вступает в противоречие с пониманием анорексии именно как отказа от взрослой жизни, поскольку молодость или просто моложавая внешность сейчас являются желанными и поощряются обществом.

Хелен Мэлсон (1998), опираясь на работы М. Фуко, утверждает, что анорексия представляет собой термин, придуманный на стыке медицинских и психологических обсуждений в качестве нового способа концептуализации “нервности женщин”, которую многие из них испытывают в связи со своим внешним видом и питанием, – причудливое название для своего рода “приручения тревоги” (а также для получения институционального или культурного контроля) [16]. Ссылаясь на психоаналитическую традицию, особенно лакановский психоанализ, автор показывает, что

(упрощая) женственность как таковая построена на символическом уровне как отрицание мужественности и внутренне противоречива. Возможно, поэтому культура демонстрирует амбивалентное отношение к женщинам, которые, с одной стороны, идеализируются как “эфирные”, а с другой – осуждаются как “иррациональные”, а “женское” часто отождествляется с “сумасшедшим”. Ж. Лакан указывает, что язык не является совершенно внешним по отношению к человеку, который его использует. Происходит одновременное конструирование человеком языка и языком человека. Язык отражает систему ценностей, которая поддерживается обществом, и при изменении ценностей меняется и язык. Анорексия рассматривается здесь как еще одна форма истерии (в современном смысле; но со времен Гиппократы истерия определяется и воспринимается как болезнь женщины), которая выступает оппозицией против фаллоцентричного либо патриархального мира. Однако эта оппозиция саморазрушительна и сама по себе является неотъемлемой частью уже существующего порядка и существующей системы смыслов, поэтому она не может изменить его. С этой точки зрения, подчеркивает Дж. Митчелл [18], истерия (то есть анорексия), следовательно, также является отказом от женственности в рамках патриархального мира, который, тем не менее, проявляет себя в соответствии с патриархальными представлениями о женственности незрелой девушки.

М. Рэмс (1985) также интерпретирует истерию как квазифеминистский отказ от патриархального диктата гетеросексуальности [23]. С другой стороны, М. Нассер (1997) приводит аргумент, в котором распространенность анорексии в западных обществах связана с еще большим повышением требований по отношению к женщинам, с продолжающимся пересмотром роли женщины в обществе [21]. Из-за роста числа задач, стоящих перед женщинами (таких, например, как необходимость сочетать профессиональный успех с материнством, или, по крайней мере, выбрать один из этих путей), общество увеличивает давление на женщину. Как известно из литературы о случаях анорексии в Нигерии, Зимбабве, Гонконге, Малайзии, важным фактором, как правило, был контакт пациентов с западной культурой и обращение внимания на необходимость высоких достижений [21]. Тем не менее, прогрессирующее распространение западного стиля и глобализация социальных и культурных норм значительно затрудняет обнаружение такой простой демаркационной линии в XXI веке. С другой стороны, Дж. Руджеро, Д. Леви и коллеги (2004), используя анкеты *EDI* [8], показали, что в ситуации

стресса у здоровых мужчин и женщин возрастает стремление к худобе: и те, и другие начинают чаще думать о диетах или программах снижения веса [25]. Характерно также, что жизнь в целом сейчас часто обсуждается с точки зрения дихотомии “успех–провал”, и недостижение успеха автоматически становится причиной недовольства собой. В более традиционных культурах уровень анорексии ниже, т.к. конструкции, описывающие, что такое женственность, кем является женщина и что от нее требуется, достаточно просты и понятны. В современной культуре ожидания от женственности более сложны и внутренне противоречивы.

### АНОРЕКСИЯ КАК ЗАВИСИМОСТЬ

А. Рамни (2009) [26] пишет, что стремление к совершенству, характерное для многих больных анорексией, представляет собой противоположность принятия себя, и вспоминает историю алкоголика, которому К.Г. Юнг говорил, что его зависимость вызвана тоской по духовной наполненности. Аналогичный механизм можно, по мнению Рамни, увидеть у страдающих анорексией. Стремление к совершенству предполагает отсутствие духовной наполненности и поиск “большого” и “лучшего”, а ритуальные привычки призваны заменить отсутствие истинного смысла и заполнить пустоту внутри. Автор, которая сама имеет опыт борьбы с анорексией, указывает также на другие сходства между расстройствами пищевого поведения и злоупотреблением психоактивными веществами, особенно когда речь идет о динамике: от добровольного, сознательного потребления (или, в случае анорексии, отсутствия такового) – к вынужденному, от первоначально улучшения настроения – к беспокойству. Также сходными являются попытки бегства от реальности в зависимость или другие проблемы, нарушение способности к оценке своего состояния здоровья и отрицание проблемы. Для больных анорексией сама мысль об отказе от своего привычного поведения в отношении питания сопровождается стрессом, так же, как прекращение приема препарата для наркозависимых, кроме того, появляются симптомы, похожие на синдром отмены. В обоих случаях – и при анорексии, и при зависимости – за деструктивным поведением стоят проблемы в других сферах жизни и психики.

### АНОРЕКСИЯ У МУЖЧИН

Легко поддаться иллюзии, что проблема анорексии касается только женщин и девочек. Даже в научных исследованиях проблемы анорексии у мужчин часто упоминаются мельком, маргинали-

зованы, если не игнорируются вообще. В большинстве работ о страдающих анорексией говорят как о “пациентках” или “аноректичках”. С одной стороны, как отмечают Катц и Джалли (1999) [12] в своем документальном фильме под названием “*Tough Guise: Violence, Media and the Crisis of Masculinity*”<sup>5</sup>, культура поддерживает образ мужчин как сильных и одновременно больших, поддерживая связь пола и власти. Однако, с другой стороны, Дэвид Колман (2010) в кратком примечании в журнале “*New York Magazine*” указывает на изменение размеров манекенов в магазинах мужской одежды: с 1967 по 2010 год обхват груди манекена сократился с 47 дюймов (около 106 см) до 33 дюймов (около 84 см), а обхват бедер, соответственно, уменьшился с 35 дюймов (около 89 см) до 27 дюймов (около 67 см). Новая модель манекенов имеет название “*Homme Noveu*”, или “Андрогинный” [4]. Не будет преувеличением сказать, что так называемая “массовая культура” требует теперь от мужчин того же, чего раньше требовала только от женщин: внимания к своей фигуре и внешнему виду. С более широкой точки зрения, мы можем говорить вообще о деконструкции традиционных гендерных ролей как для мужчины, так и для женщины. Представляется, что это ведет к “уравниванию” количества и качества требований, выставляемых обществом к представителям обоих полов, и, таким образом, к повышению восприимчивости мужчин к расстройствам, которые раньше были свойственны только женщинам. Данные о расстройствах пищевого поведения, судя по всему, это подтверждают: в исследовании 2001–2003 гг., которое на начальном этапе включало более 9 тысяч респондентов, Дж. Хадсон, Э. Хирипи и коллеги (2007) обнаружили, что в какой-то момент жизни страдают от анорексии, возможно, 0.9% женщин и 0.3% мужчин [9].

Эти данные в целом согласуются с более ранними оценками заболеваемости среди женщин, но также они могут указывать на значительное увеличение распространенности этого диагноза у мужчин (как уже упоминалось, Дж. Трежер, А. Клаудино и М. Цукер показали, что появление анорексии у мужчин оценивается в 0.1% [28]). В настоящее время, согласно *DSM-4*, по-прежнему одним из диагностических критериев анорексии является аменорея, что, по понятным причинам, затрудняет сбор более точных данных об этом

заболевании у мужчин и снова показывает сложность диагностики расстройств пищевого поведения у мужчин вообще – в связи с культурной спецификой таких проблем и их потенциальных жертв. Другой проблемой является отношение к заболеванию мужчин анорексией у медицинского персонала и у самих же мужчин, которые, в отличие от женщин, вряд ли квалифицируют себя как категорию лиц, которые могут страдать анорексией. Эта тема относительно редко обсуждается на страницах научных работ, но появляется все больше исследований, посвященных расстройствам пищевого поведения, особенно анорексии, у представителей обоих полов.

### АНОРЕКСИЯ КАК ФОРМА (НЕ)ПРИСПОСОБЛЕННОСТИ К СОЦИАЛЬНЫМ ТРЕБОВАНИЯМ У ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ ОБОИХ ПОЛОВ

В исследованиях Дж. Хадсона и коллег обнаружено частое сочетанное возникновение анорексии и расстройств пищевого поведения в целом (булимии, компульсивного переедания) с другими нарушениями, в частности, с расстройствами настроения и злоупотреблением алкоголем или другими психоактивными веществами [9]. Можно предположить, что общим знаменателем этих проблем является социальное давление и страх перед неудачей, требования социальной среды (будь то семья, общество или средства массовой информации). Это подталкивает к выводу о том, что большая часть феминистских представлений о расстройствах пищевого поведения перестает касаться исключительно женщин и вступает в силу также в отношении мужчин. Возможно, и мужчины, и женщины сейчас одинаково подвержены “истерии” в результате чрезмерного контроля своего веса и сосредоточения внимания на привлекательном внешнем виде и фигуре. Вероятно, и для мальчиков-подростков анорексия теперь может быть способом бегства от необходимости вступить в роль взрослого мужчины, либо выражением бунта против того, как воспринимают эту роль другие. Возможно также, что изменения требований западного общества к мужчине, по аналогии с женщинами, приводят к тому, что мужчины оказываются вынуждены определять себя в рамках взаимопротиворечащих ценностей, и аналог лакановского анализа понятия “женственности” может быть применен к понятию “мужественности”. Следует обозначить эти вопросы и попытаться взглянуть на анорексию вновь – как на проблему, касающуюся представителей обоих полов.

<sup>5</sup> Название фильма на польском языке можно перевести как “Маска мачо: Насилие, СМИ и кризис маскулинности”; по всей видимости, на момент написания статьи фильм не переведен на русский язык.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Итак, мы постарались показать некоторые содержательные компоненты той связи, которая лежит между социальными требованиями и заболеваемостью анорексией. Рассматривая анорексию и внутренние факторы, предпосылки, которые влияют на ее возникновение и излечение от нее, важно помнить, что эти внутренние факторы имеют связь с окружающим социальным контекстом, и культурная среда также влияет на течение заболевания. Мы рассмотрели ряд содержащихся в западной культуре предпосылок к формированию этого заболевания и заложенных внутри них противоречий – таких, как патриархальные установки и противостояние им, ценность здоровья и ценность худобы, и др. Мы также коснулись психоаналитических представлений и рассмотрели причины, по которым в настоящее время, по всей видимости, будет возрастать распространенность заболевания анорексией у мужчин. Мы предполагаем, что анализ дискурсов, лежащих за таким заболеванием и одновременно культурным феноменом, как анорексия, может быть полезен и с исследовательской, и с прикладной точек зрения, поскольку он открывает перспективы осознания и трансформирования способов обращения личности с культурным контекстом и интериоризованными ценностями.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Николаева Н.О. История и современное состояние исследований нарушений пищевого поведения (культурные и психологические аспекты) // Клиническая и специальная психология. 2012. № 1. URL: [http://psyjournals.ru/psychclin/2012/n1/49969\\_full.shtml](http://psyjournals.ru/psychclin/2012/n1/49969_full.shtml) (дата обращения 17.07.2013).
2. Brumberg J.J. Fasting girls: The emergence of anorexia nervosa as a modern disease. Harvard University Press: Cambridge, Massachusetts, 1988.
3. Brumberg J.J. The body project. New York: Random House, 1997.
4. Colman D. Manorexic Mannequins // New York Magazine. 2010. URL: <http://nymag.com/news/intelligencer/topic/65753/> (дата обращения 17.07.2013).
5. Costin C. The eating disorder sourcebook. Lincolnwood: Lowell House, 1999.
6. Crisp A. H. Anorexia nervosa as flight from growth: assessment and treatment based on the model // D.M. Garner & P.E. Garfinkel (Ed.). Handbook of treatment for eating disorders. New York: Guilford Press, 1997.
7. DSM-5 Proposed Diagnostic Criteria for Anorexia Nervosa, 2010. URL: <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx> (дата обращения 17.07.2013).
8. Garner D.M., Olmstead M., Polivy J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia // International Journal of Eating Disorders. 1983. Spring 2 (2). P. 15–34.
9. Hudson J.I., Hiripi E., Pope H.G., Kessler R.C. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication // Biological Psychiatry. 2007. V. 61. P. 348–358.
10. Janus D. Zwycięstwo ducha nad ciałem czyli o anoreksji, 2005. URL: <http://www.racjonalista.pl/kk.php/t,4362> (дата обращения 17.07.2013).
11. Korndörfer S., Lucas A., Suman V., Crowson C., Krahn L., Melton J. Long-term survival of patients with anorexia nervosa: A population-based study in Rochester, Minn // Mayo Clinic Proceedings. 2003. V. 78. P. 278–284.
12. Jhally S. Tough guise: men, violence and the crisis in masculinity, 1999 [DVD].
13. Kearney-Cooke A., Striegel-Moore R. The etiology and treatment of body image disturbance // D.M. Garner & P.E. Garfinkel (Ed.). Handbook of treatment for eating disorders. New York: Guilford Press, 1997.
14. Lasegue C. De l'anorexie hysterique // Archives Generales de Medicine. 1873. 21. P. 385–403.
15. Maine M., Kelly J. The body myth: Adult women and the pressure to be perfect. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc., 2005.
16. Malson H. The thin woman: feminism, post-structuralism and the social psychology of anorexia nervosa. New York: Routledge, 1998.
17. Mikołajczyk E., Samochowiec J. Cechy osobowości u pacjentek z zaburzeniami odżywiania [Personality characteristics of female patients with eating disorders] // Psychiatria. 2004. V. 1, 2. P. 91–95.
18. Mitchell J. Women: The longest revolution: essays in feminism, literature and psychoanalysis. London: Virago, 1984.
19. Morgan H.G., Russell G.F.M. Value of family background and clinical features as prediction of long-term outcome in anorexia nervosa: A follow up of 41 patients // Psychological Medicine. 1975. V. 5. P. 355–372.
20. Morris B.J. The phenomena of anorexia nervosa: a feminist perspective // Feminist Issues. 1985. V. 5. No. 2. P. 89–99.
21. Nasser M. Culture and weight consciousness. New York: Routledge, 1997.
22. Palazzoli M.S. Self-Starvation. New York: Jason Aronson, 1974.

23. *Ramas M.* Freud's Dora, Dora's hysteria // C. Bernheimer & C. Kahane (Ed.). In *Dora's case: Freud, hysteria, feminism*. London: Virago, 1985.
24. *Rich E.* Anorexic dis(connection): managing anorexia as an illness and an identity // *Sociology of Health & Illness*. 2006. 28. 3. P. 284–305.
25. *Ruggiero G.M., Levi D., Ciuna A., Sassaroli S.* Stress situation reveals an association between perfectionism an drive for thinness // *International Journal of Eating Disorders*. 2004. V. 34. P. 220–226.
26. *Rumney A.* Dying to please: Anorexia, treatment and recovery. Jefferson, North Carolina: McFarland & Co., 2009.
27. *Sours J.A.* Starving to death in a sea of objects: The anorexia nervosa syndrome. New York: Jason Aronson, 1980.
28. *Treasure J., Claudino A.M., Zucker N.* Eating disorders // *Lancet*. 2010. V. 375. P. 583–593.
29. *Wolf N.* The beauty myth. New York: Harper Collins, 2002.

## SOCIO-PSYCHOLOGICAL MECHANISMS AND CULTURAL-HISTORIC PREMISES OF ANOREXIA'S ORIGIN

**R. Stupak\*, A. A. Bochaver\*\***

*\*postgraduate, psychological department, Jagellon University, Krakow, Poland;*

*\*\*PhD, head of laboratory of social and psychological problems of growing up, Center of socio-psychological adaptation and development of adolescents "Crossroad"; senior research scientist of laboratory for socio-psychological and sociological monitoring researches, Interdepartmental resource center for monitoring and expertise of safety of educational environment, MCPPU, Moscow.*

Selected aspects of the process of anorexia nervosa construction from the stand point of feminine and gender researches are presented. Cultural-historical premises of anorexia's origin not only as mental disease but cultural phenomenon as well are in the focus of the article.

*Key words:* anorexia, social constricting, feminism.