

דימוי גוף וחווית הגוף בקרב בני נוער בעלי נטיות התאבדות

מאת : מירית שני-סלע

2007

תקציר

הרצאה זאת הינה פרק המתאר את התיאוריות על דימוי גוף, כחלק מעבודת הדוקטורט "דימוי גוף וחווית הגוף בקרב בני נוער בעלי נטיות התאבדות".

דימוי גוף (Body-image) הוא מושג שכיח בפסיכולוגיה ובפסיכיאטריה, הוא מהווה חלק אינטגרלי מתיאוריות האישיות, נכלל בגורמים ובסימפטומים פסיכו פתולוגיים, יש כלים רבים למדידתו ובשנים האחרונות הוא מהווה מוקד להתעניינות קלינית ומחקרית רבה. במרוצת השנים נתנו הגדרות שונות למושג, תוך הדגשת אספקטים שונים שלו בהתאם לגישה התיאורטית, כפי שייסקר בהמשך. דימוי גוף (Body-image) מוגדר כייצוג המנטאלי של גופינו המשקף את מכלול התחושות, התפיסות, הרגשות, הציפיות, הקוגניציות וההתנהגויות הקשורות בגוף. הוא מתהווה בשנות החיים הראשונות מתוך מגוון החוויות וההתנסויות הגופניות של התינוק, הנקלטות, משוקפות ומטופלות ע"י הדמויות המטפלות, אך ממשיך להתפתח לאורך החיים והוא מאבני היסוד של מושג העצמי.

דימוי גוף וחווית הגוף בקרב בני נוער בעלי נטיות התאבדות

העבודה המלאה היא במסגרת חיבור לשם קבלת תואר "דוקטור לפילוסופיה" - הוגש לסנט אוניברסיטת בר-אילן, ספטמבר 1999.

מאת: ד"ר מירית שני-סלע / מנחה: פרופ' ישראל אור-בך, המחלקה לפסיכולוגיה – אוניברסיטת בר-אילן

במחקר נבדק הדימוי הגופני והחוויה הגופנית, תוך התייחסות ל- 3 מרכיבים:

- **מרכיב תפיסתי** - כיצד האדם מעריך את גודל חלקי גופו, תוך הדגשת גודל הגוף הנחוזה ברמה הסנסן-מוטורית והקינסטטית.
- **מרכיב עמדותי-התנהגותי** - עמדות רגשיות וקוגניטיביות כלפי הגוף (שביעות רצון, משיכה, אהבה, שנאה) כמו גם התנהגויות הקשורות בגוף (שמירה, טיפול, מגע).
- **מרכיב חוויתי- תחושותי** - תחושות וחוויות גופניות: רגישות לצרכי הגוף והיענות להם; מידת הביטחון בגבולות הגוף; מידת האינטגרציה בין חלקי הגוף; תחושת הבעלות על הגוף; מידת האינטגרציה בין הגוף לשאר העצמי ומידת השליטה בגוף.

נקודת מבט פילוסופית

שאלות באשר לתפקיד הגוף בחוויה האנושית ובהבניית המציאות העסיקו פילוסופים במשך מאות בשנים. **Spicker (1970)** - בסקירה על ההתייחסויות הפילוסופיות המרכזיות לנושא הגוף, מציין את שאלת הדואליות של גוף ונפש ואת אופני הקשר בין שתי ישויות אלה, שנידונו על ידי אריסטוטל, פלאטו, דקארט ואחרים.

ההתייחסות ממוקדת יותר בגוף כמבנה פילוסופי, מוצגת על ידי קנט הטוען כי לאדם יש סכמת גוף המשמשת גורם מתווך בתהליך האינטגרציה של ההתנהגות וכי ההשלכה של המאפיינים האישיים על עולם האובייקטים היא אחת הדרכים המרכזיות ליצירת הקשר בין העצמי והעולם - **Merleau**. **Ponty (1962)** טוען כי הגוף הוא סוכן התנסות בסיסי, המכניס סדר ומשמעות לאינטראקציות עם אובייקטים אחרים. לדבריו הגוף הוא גזרה מרחבית, המאורגנת ברמה גבוהה, המהווה את מסגרת ההתנסות הקבועה היחידה ואת העוגן היחיד המספק בסיס קבוע ויציב לתפיסה. בהתייחסותו לדימוי

הגוף הוא מדגיש כי אין מדובר בסכום של קלטים תפיסתיים הקשורים ביניהם בקשרים אסוציאטיביים, אלא במבנה בעל אופי גשטלטיסטי (מתוך Fisher, 1990).

Merleau-Ponty מדגיש את חשיבות המושג הגופני בעיצוב החוויה האנושית ובכך מקרב אותנו לעיסוק בגוף ובחוויות הגוף כאובייקטים פסיכולוגיים. אך עוד קודם לכן נסקור בקצרה תחום נוסף שבו העיסוק בדימוי הגוף היה ועודנו מרכזי.

שורשים נירולוגיים של מושג דימוי הגוף

מראשית המאה החלו להצטבר דיווחים נירולוגיים, אודות מטופלים פגועי ראש שסבלו מתפיסות גוף מעוותות כמו: הכחשת קיומם של חלקי גוף שונים ותחושה שהגוף כולו אינו קיים. "Aschmatia" (Bonnie, 1905) חוסר יכולת להבחין בין צד ימין ושמאל של הגוף (Pick), "Autotopagnosia" (1922) חוסר הכרה תחושתית בעובדת הסרתם של איברים שונים "The Phantom-Limb phenomena", (Fisher, 1990) מתוך (Fisher, 1990).

לצד העיסוק בתופעות פתולוגיות הקשורות בגוף, נעשו ניסיונות נירולוגיים להסביר את האופן בו מאורגנות החוויות הגופניות הנורמאליות.

בתחום זה הוטבעו שני מושגים מקבילים כמעט: **דמוי גוף** שהוא התמונה המנטאלית שיש לאדם אודות ההופעה החיצונית של גופו ו**סכמת גוף** שהיא הידע שיש לאדם לגבי הפוזיציה של גופו ודיס פוזיציות לפעולה (Moss, 1989).

(Moss 1989) עורך סקירה מקיפה של תיאוריות נירו פסיכולוגיות ותפיסת דימוי הגוף הנובעת מהן Moss מצוין כי התיאוריות הנירולוגיות של מיקום מדויק, שהיו פופולאריות מאד בראשית המאה, גרסו כי לכל יכולת מוטורית ופסיכית יש אזור מוח ספציפי האחראי עליה וכי הדימוי הגופני הוא למעשה אוסף של תפיסות ויזואליות, טקטיליות וקינסטטיות המקושרות ביניהן בקשרים אסוציאטיביים. (Thompson 1990) - מצוין כי האזור המוחי שקושר באופן החזק ביותר לדימוי הגוף היה האונה הימנית ובעיקר החלקים הפאריטאליים.

התיאוריות האינטגרטיביות ושל הגשטלט יצאו מנקודת מבט שונה בתכלית, לפיה הפעולות המוטוריות והפסיכולוגיות הן תוצר של תבניות פעולה מורכבות ודינמיות, המערבות אזורי מוח שונים. קליטת האינפורמציה על ידי מערכת העצבים המרכזית לא נעשית באופן פאסיבי, אלא האינפורמציה נקלטת ומפורשת על סמך תבניות הפעולה. מכאן שדימוי הגוף וסכמת הגוף נתפסות כגורם המארגן את התפקוד של אברי הגוף ואת המודעות לאברים ולפעולתם. הדימוי והסכמה הם גמישים ומקבלים כל העת אינפורמציה מתנועות הגוף במרחב, הנקלטת דרך המערכת המארגנת המרכזית ומשולבת באינטגרציה עם אינפורמציה קיימת. פגיעה בתהליכי האינטגרציה גורמת לחוסר מודעות לתנועות ובהמשך לבעיות קואורדינציה וכן לדימוי גוף שאינו תואם את הגוף האמיתי.

Luria (1974)-מציג תיאוריה של מיקום דינמי לפיה אזורי המוח השונים אמנם מתמחים בפעולות פיסיות ופסיכולוגיות שונות והם הכרחיים לביצוע פעולות אלה - אולם האזורים אינם מנותקים זה מזה ולכל פעילות נדרשת אינטראקציה בין אזורים שונים. בנוסף לכך, לדבריו ניתן להבין את הנוירולוגיה באופן שלם רק בהקשר הפסיכולוגי החברתי והלשוני. הוא רואה קשר חזק ודו-סטרי בין המבנה האנטומי של המוח והקשרים בין האזורים השונים ובין התהליכים הפסיכולוגיים, החברתיים והתרבותיים. הכיוון, המוטיבציה והארגון של הפעולה נקבעים על פי משמעות האובייקט עבורנו.

מתוך גישה זו תפיסת האדם את גופו ואת אישיותו קשורים, הן מבחינה פסיכולוגית והן מבחינה עצבית, להתמצאות בחלל והתנסות ישירה של הגוף ולפוטנציאל התנועות של הגוף. תפיסת הגוף והעצמי היא תפיסה של מכלול הקשרים עם העולם והפעולות האפשריות.

Luria מציין כי פגיעה באונה הימנית פוגעת פי 7 מפגיעה באונה השמאלית בסכמת הגוף. לדבריו, במקרים רבים פגיעות אלה גורמות להפרעות בדימוי הגופני ובתפיסת הפרופורציות בין חלקי הגוף השונים. כמו כן יש פגיעה באוריינטציית הגוף בחלל ותתכן אף פגיעה בהכרת אובייקטים ואנשים. לדעתו התפקיד המרכזי של האונה הימנית היא תפיסה כללית של האדם את גופו ואת אישיותו.

קיימות עדויות מחקריות נוספות לקשר בין תפקודים מוחיים ובין הפרעות בדימוי הגופני-
Thompson & Spana (1990) -במחקר נדונו פסיכולוגים עם נבדקים נורמאליים, מצאו קשר חיובי בין הערכת יתר של גודל חלקי גוף (ירכיים ואגן) ובין טעויות בזיכרון הוויזואלי. החוקרים איששו בכך את ההשערה לפיה הערכת יתר של גודל חלקי הגוף, המבוססת על יכולת ויזואלית- מרחבית, עשויה להיות חלק מליקוי בתפקוד הוויזואלי- מרחבי הכללי

Kowalski (1986) - כמו גם **Strauss & Ryan (1988)** מדווחים על קשר בין ליקויים נוירו פסיכולוגיים ובין דרגות של הפרעות אכילה (מתוך- Thompson , 1990)

Schilder (1935) - שיצא מתחום הנוירולוגיה, היה הראשון שערך אינטגרציה בין המשמעויות הנוירולוגיות והפסיכולוגיות של מושג דימוי הגוף. הוא תאר את דמוי הגוף " כתמונה של גופינו שאנו יוצרים במוחנו, כלומר האופן שבו הגוף נראה לנו" - זהו ייצוג מנטאלי גמיש, בחלקו לא מודע, המורכב : מחוויות סנסוריות (רשמים טקטיליים, טרמיים, של כאב), מראיית חלקי גוף שונים ומהחווייה הגשטלט סטית המיידית של אחדות הגוף.

הדימוי הגופני מתפתח ומשתנה במהלך הילדות ומושפע מההתפתחות הפיסית והקוגניטיבית ומיחס הסביבה (בעיקר ההורים) לגוף הילד - כך שהוא כולל גם משאלות, עמדות רגשיות ואינטראקציות עם אחרים .

את ההפרעות הקשות בדמוי הגופני המופיעות בקרב חולים סכיזופרניים (תחושה שהגוף כולו נהרס, מתפרק או מקבל סממנים של המין השני) הוא ראה כנמצאות על רצף עם הפרעות בדימוי הגופני אצל מטופלים עם פתולוגיות מוחיות - אורגניות. מבחינה אטיולוגית הוא קשר את ההפרעות בדימוי

הגופני בקרב סכיזופרנים עם תהליכי סוציאליזציה פגומים ויחסי אובייקט לקויים. דגש מיוחד ניתן לתחושות של חוסר אינטגרציה גופנית, שלדבריו משקפות הפנייה של תוקפנות כלפי העצמי .

התייחסותו לתופעות נוירוטיות כמו דפרסונליזציה, היסטריה קונברסיבית והיפוכונדריה הושפעה רבות מהתיאוריה הפסיכואנליטית. **Schilder** הסביר היפוכונדריה כהתקה של האנרגיה הליבידואלית מהאזורים הגניטאליים אל האיברים בהם התמקד הסימפטום (התלונות היפוכונדריות) והיסטריה קונברסיבית כהליך דומה שבסופו התרחשה היתקבעות של האנרגיה על האיבר הסימפטומטי. דפרסונליזציה נגרמת בשל נסיגה של הליבידו מהדימוי הגופני; (Fisher, 1990). **Bruch, (1974); Schilder (1935).**

תרומתו של **Schilder** לעיסוק התיאורטי והמחקרי בתחום ההתנסויות הגופניות והדימוי הגופני הייתה ועודנה משמעותית ביותר - בעיקר נוכח יכולתו לעמוד על **האופי המורכב והרב ממדי של הדימוי הגופני .**

שאלות פילוסופיות באשר למקומו של הגוף ותפקידו בחוויה האנושית, עדויות נוירולוגיות אודות אנשים פגועי ראש שדיווחו על תפיסות גופניות מעוותות וביזאריות, תפקיד התחושות הקינסטטיות בתהליך התפיסה, התחושות הגופניות והקשר של האדם לגופו כגרעין העצמי ותחושת הזהות, התמונה המנטאלית שיש לאדם באשר להופעתו החיצונית, מידת דיוקה והמחשבות הרגשות וההתנהגויות הנקשרים בה, תופעות פסיכו פתולוגיות כמו דפרסונליזציה Body dysmorphic disorder והתנהגויות אכילה, שינויים בתפיסה החברתית -תרבותית של ההופעה החיצונית האידיאלית - כל אלה ועוד קשורים במושג מורכב זה .

תחילה נסקור את ההתייחסויות התיאורטיות למושג דימוי הגוף ונגיע להגדרה רחבה וכוללת המשמשת בסיס למחקר הנוכחי .

תיאוריות פסיכולוגיות

העיסוק הפסיכולוגי, התיאורטי והמחקרי, בגוף ובחוויית הגופניות הוא רב ומורכב. ראשית נסקור את הזרמים המרכזיים בפסיכולוגיה בהתייחסותם לתחום זה ובהמשך נגדיר את שלושת המרכיבים העיקריים של הדימוי הגופני שנבדקו במחקר הנוכחי .

תחום התפיסה

העבודות הפסיכולוגיות המוקדמות, שנעשו על ידי **Wundt** ותלמידיו והתבססו על אינטרוספקציה - הדגישו את תפקיד החוויות הקינסטטיות בהגדרת החוויה של המשכיות מרחבית ואת מרכזיות התחושות הגופניות והרגשות הקשורים בהן בעיצוב ההתנהגות .

Titchener הניח כי התחושות הגופניות מהוות גורם מרכזי בעיצוב תהליך התפיסה. לדבריו התחושות הקינסטטיות מיוחדות בהיותן גורם משמעותי בהערכת ההקשר של הסיטואציה ובמתן המשמעות שלה.

Witkin ועמיתיו (1954, 1962) שיערכו מחקרים בתחום התפיסה מצאו כי שיפוטיות פשוטים אודות תנוחות הגוף ומיקומו בחלל מושפעים מעמדות כלפי הגוף. הם הסיקו כי היכולת לערוך שיפוטיות מרחביים ולהפריד אובייקט מהקשרו, קשורים באופן כלשהו עם תחושת האדם שגופו הוא ישות נפרדת ובעלת גבולות ברורים.

(1965) **Wapner & Werner** טענו כי יש לחקור את תפיסת הגוף כחלק מהתחום הרחב של תפיסת אובייקטים. במחקרים הרבים שפרסמו הם מדגימים כיצד תפיסת אובייקטים מושפעת מעמדות כלפי הגוף וכיצד תפיסת הגוף מושפעת מההקשר החיצוני- סביבתי. (מתוך Fisher, 1990).

האופן שבו האדם מעריך את גודל גופו, חלקיו והפרופורציות ביניהם הוא מרכיב תפיסתי מרכזי של הדימוי הגופני-

(1988) **Kreitler & Kreidler**; (1990) **Cash & Pruzinsky**-הערכת הגודל מבוססת על אינפורמציה מתפיסה ויזואלית המגיעה מחלקי הגוף השונים ומהסביבה וכן מתפיסה ברמה סנסו-מוטורית שבבסיסה חוויות קינסטטיות. עם זאת, הערכת גודל חלקי הגוף מושפעת מגורמים רבים, פנימיים וחיצוניים ואי דיוק בהערכת הגודל של חלקי גוף שונים נמצא תחת השפעת סמים, היפנוזה וחסך חושי, כמו גם בקרב פגועי ראש, סכיזופרנים ומפגרים (1988) **Kreitler**.

מרבית המחקר בתחום זה התמקד בהפרעות אכילה, אם כי בשנים האחרונות מתרבות העדויות לכך שאי דיוק בהערכת גודל חלקי הגוף נמצא בהפרעות פסיכו פתולוגיות נוספות, כמו גם באוכלוסייה הנורמאלית - (1990) **Thompson, Penner & Altabe** הממצאים האמפיריים המרכזיים יוצגו בהמשך.

פרספקטיבה חברתית - תרבותית

ההופעה הפיסית של האדם היא לרב האינפורמציה הזמינה והמהירה ביותר אודותיו (מין, גזע, גיל משוער, מעמד סוציו-אקונומי ועוד). אנשים מחזיקים בהנחות ועמדות כלפי אסטטיקה פיסית ולעתים קרובות, באופן לא מודע, מסווגים אנשים למגוון של קטגוריות קוגניטיביות או פרוטוטיפים. הנחות סמויות אלה מתווכות לרב במשיכה בינאישית, כמו גם בהתנהגות הגלויה כלפי האדם. קיימים ממצאים אמפיריים למכביר המעידים על כך שמשתנים של הופעה חיצונית כמו: מידת האטרקטיביות הפיסית, משקל, גובה ותווי פנים משפיעים באופן שיטתי על עמדות חברתיות, ייחוסים והתנהגות (Cash, 1990).

הגדרות תרבותיות וחברתיות של "מה נחשק" ו"מה מושך" ממלאות תפקיד חשוב בהתפתחות הדימוי הגופני והדימוי העצמי. הדימוי הגופני כולל תפיסה לגבי הסטנדרטים התרבותיים, לגבי מידת ההתאמה של הגוף לסטנדרטים אלה ולגבי החשיבות היחסית שחברי הקבוצה התרבותית נותנים להתאמה זו. ממצאים רבים מעידים על כך שהשפעת הדימוי הגופני על הדימוי העצמי והתפיסה העצמית רבה יותר אצל נשים מאשר אצל גברים. נשים נוטות יותר להשוות בין הערך העצמי ובין תפיסת הופעתן החיצונית (תפיסה עצמית והערכת התפיסה החיצונית). אצל נשים נמצא מתאם חיובי בין התפיסות העצמיות ובין תפיסת מידת האטרקטיביות שלהן, בעוד אצל גברים התפיסות העצמיות נקשרו בעיקר לבריאות פיזית ואפקטיביות. (Fallon, 1990).

מושג היופי אינו סטאטי וחלו בו תמורות ניכרות לאורך ההיסטוריה. עם זאת חשוב לציין שבתרבות המערבית (פרט לתרבות יוון) מימי הרומאים ועד ימינו, מרבית ההתייחסות לנושא האטרקטיביות הפיזית והמראה האידיאלי התמקד בנשים וכך גם המאמצים להשיגו (Fallon, 1990).

בעשורים האחרונים הסטנדרטים החברתיים- תרבותיים ליופי מתבססים יותר ויותר על הרזון, כך שיופי ורזון הפכו כמעט למילים נרדפות. (Fallon, 1990).

(Garner, Garfinkel, Schwartz & Thompson 1980)-מצאו ירידה משמעותית במשקלן של המתמודדות בתחרות מיס אמריקה לאורך השנים. בנוסף נמצאה עלייה משמעותית במספר הכתבות העוסקות בענייני דיאטה במגזינים לנשים -(Agra & Kirkley 1986)-מצאו בסקירת מגזינים של נשים לאורך המאה העשרים כי המראה האידיאלי השתנה באופן דרמטי וכי בעשורים האחרונים מתגבש מראה רזה ביותר .

התיאוריה הפסיכואנליטית

הגוף והחוויית הגופניות מהווים מרכיב מרכזי ביותר בתיאוריה הפסיכואנליטית. ראשית ההנחה הבסיסית בדבר קיומם של דחפים ואינסטינקטים שמקורם ביולוגי- גופני, אשר הם המניעים הבסיסיים להתנהגות האנושית ואשר סיפוקם הישיר הוא גופני .

(Hoffer 1952)-מתאר את הגוף כאובייקט של האינסטינקטים המשמש כמכניזם ראשוני לפריקתם. לדבריו הגוף הוא האובייקט הראשון שבו ודרכו האינסטינקטים לא רק מחפשים סיפוק מידי, אלא גם באים על סיפוקם באופן מווסת על ידי פעולות גופניות המאפשרות סיפוק דרישות דחפיות בשליטת האגו. כך לדוגמה ביסוס הקשר בין היד לפה המאפשר סיפוק עצמי של צרכים אוראליים .

שנית שלבי ההתפתחות הפסיכו- סקסואליים המוגדרים לפי האזור הגופני שבו מתמקדת האנרגיה המינית. בכל שלב תשומת הלב וההתנהגות מתווכות על ידי סימנים הקשורים לאזורי גוף ולמשמעות הסימבוליות המיוחדות להם. (Fisher, 1990).

Ritvo-מציין כי הגוף, דימויו והפונקציות שלו הם האמצעים הזמינים ביותר למימוש האספקטים השונים של הקונפליקטים הנפשיים. לדבריו הקונפליקטים "בוחרים" את ביטויים באיברים הקשורים בתפקודים המעורבים בקונפליקט. **Ritvo** טוען שבילדות ובזקנה החיים המנטאליים קשורים באופן החזק ביותר לגוף, אולם התקופה שבה הדימוי הגופני טעון בקונפליקטים באופן החזק ביותר היא גיל ההתבגרות.

(1932) **Freud**-מציין כי האגו הוא בראש ובראשונה אגו גופני. האגו כמבנה נפשי נוצר דרך הדיפרנציאציה מהאיד, המושגת גם באמצעות הגוף והתחושות הפנימיות והחיצוניות הנובעות ממנו. בנוסף לכך, התחושות הגופניות הן הבסיס להבחנה הראשונית בין העצמי ובין העולם החיצוני. מנגנון אחד דרכו נוצרת ההבחנה, היא הדיפרנציאציה הבסיסית בין חוויות מהנות ומכאיבות, כך שחוויות מהנות נוטות להיקשר לעצמי וחוויות מכאיבות נוטות להיקשר עם העולם החיצוני **Kennedy & Moran** (1984), מנגנון נוסף הוא ההבחנה בין תחושות ותפיסות שמקורן חיצוני (ראיה, שמיעה, ריח) ובין תחושות ותפיסות שמקורן פנימי (רעב, צמא, מתח) **Schilder** (1935).-מדגיש כי התנועה של הילד בסביבה והרשמים התפיסתיים, החיצוניים והפנימיים, הנובעים ממנה משתלבים בתוך הדימוי הגופני המתפתח. לתנועה יש תפקיד מרכזי בהגדרת גבולות העצמי ובהבחנת העצמי מהסביבה התפיסתית הכוללת.

(1968) **Bick**-מתארת את התפקיד הראשוני של עור התינוק הנחוזה כגבול וכמיכל של חלקי האישיות הפרימיטיביים הנמצאים במצב לא אינטגרטיבי, כך שהעור הפיזי הוא הבסיס להתפתחות העור הפסיכולוגי.

(1931) **Jung**-הדגיש את חוויית הגוף כמיכל שומר ומגן כחיונית לתחושת ביטחון בסיסית.

(1952) **Federn**-מתאר את גבולות האגו הגופני כבסיס לבחון מציאות תקין.

(1986, 1990) **Fisher** ו**Fisher & Cleveland** (1968)-הדגישו מאד את מידת הביטחון של האדם בגבולות גופו כמרכיב מרכזי באיכות הדימוי הגופני ואף פיתחו קריטריונים להערכת מידת הביטחון של האדם בגבולות גופו על סמך ניתוח תשובותיו במבחני השלכה כמו רורשך (Barrier and Penetration Scoring).

מרכיב מרכזי בהתייחסות הפסיכואנליטית לדימוי הגוף הוא אם כן חשיבותם של גבולות גופניים ברורים, כך שהעור הפיזי הוא הבסיס להתפתחות העור הפסיכולוגי.

(1962) **Winnicott**-מתאר את הקשר שנוצר בין התינוק לגופו בשנת החיים הראשונה, קשר שאינו מולד לדבריו. בתהליך זה של "השתכנות הנפש בגוף" או "פרסונליזציה" נוצר האיחוד היציב בין האגו והגוף ומושגת ישות פסיכוסומאטית אינדיבידואלית שבה יש קשר בין אישיות הילד ובין גופו ותפקודיו. תהליך זה מותנה בטיפול אימהי רציף, אקטיבי ומסתגל לצרכי התינוק ולאופיו הייחודי. חשיבות מיוחדת נתונה להתחשבות ברגישויות החושיות של התינוק - רגישות העור למגע

ולטמפרטורה, רגישות שמיעתית וויזואלית ותחושת כוח הכובד - ולהגן עליו מפני פגיעה גופנית. התהליך מגיע לשיאו בערך בגיל שנה, ואם הוא מופרע נוטה הנפש לפתח ישות הקשורה אך במטושטש אל החוויה הגופנית.

(1965) **Freud, A.** מדגישה את תפקיד הגוף והפונקציות שלו בחיים הנפשיים, כפי שמתבטא באופן בולט ביותר בקו ההתפתחותי הנע מחוסר אחריות לאחריות בטיפול הגופני. לדבריה, בניגוד לסיפוקים אוטו ארוטיים, תהליכים של אכילה, שינה, הפרשות, הגיינה גופנית ומניעה של פציעה ומחלה - צריכים לעבור התפתחות מורכבת וארוכה עד שהם הופכים להיות בשליטה מלאה של האדם.

פרספקטיבה פנומנולוגית

הפסיכולוגיה הפנומנולוגיה רואה את האדם כאחדות של גוף, נפש, התנהגות וסיטואציה שאינם ניתנים להפרדה (1962) **Merleau-Ponty** - ממעצבי הגישה הפנומנולוגית לדימוי הגוף, מדגיש את הסלקטיביות הרבה באופן שבו כל אדם תופס את גופו. הדימוי הגופני אינו תוצר של ידע אובייקטיבי-ויזואלי לגבי הגוף, הוא מתפתח מתוך ההכרות הראשונית של האדם עם גופו ככלי לתנועה וככלי ליצירת קשר עם העולם.

Ponty - ממעצבי הגישה הפנומנולוגית לדימוי הגוף מדגיש את הסלקטיביות הרבה באופן בו האדם תופס את גופו וטוען כי הדימוי הגופני מתפתח בראש ובראשונה מהמוכרות שהילד מפתח עם גופו דרך התנועה במרחב החיים, כך שהילד "חי את גופו" וכי הדימוי הפיסי נרכש בהקשר של יחסים אינטימיים עם הדמויות המטפלות - איך אחרים רואים אותו. תמונה אובייקטיבית של הגוף נרכשת, אם בכלל, מאוחר יותר ומבוססת על הדימוי הגופני (1989) **(Moss)**.

פרספקטיבה קוגניטיבית

ההנחה הבסיסית היא שאנו חווים את גופינו דרך מגוון קונסטרוקטים קוגניטיביים רב-ממדיים. דימויים מנטאליים אלה אינם סטטיים, אלא מתפתחים כחלק מתהליך דינמי ומתמשך, המושפע מגורמים פנימיים, חיצוניים והקשריים, המבטא ניסיונות לארגן את ההתנסויות ולהבין אותן. מודל קוגניטיבי התנהגותי להבנת הדימויים הגופניים כולל מרכיב תפיסתי, מרכיב רגשי ומרכיב עמדותי. המרכיב התפיסתי כולל פרושים קוגניטיביים הניתנים לקלטים חושיים חיצוניים (כמו בבואת האדם במראה) ופנימיים (כמו רעב). המרכיב הרגשי כולל את התגובות הרגשיות הנובעות מהמחשבות המודעות אודות הגוף והמרכיב העמדותי כולל את הרעיונות והחוקים המארגנים את מבט האדם על העצמי הפיזי. אמונות אלה מתגבשות במשך הזמן והופכות לחלק מהגרעין הקבוע של האישיות.

ההתנהגות משקפת את הדימוי הגופני, אך גם משפיעה עליו דרך שינוי עמדות, **Freedman**. (1990)

(1966) **Lazarus**-טוען כי הדימוי הגופני הנו תוצר של המידע הסביבתי הרלוונטי לגוף. כשחלים שינויים בגוף או בסביבה, נוצר תהליך דינמי של קבלת מידע חדש לגבי הגוף. תהליך קבלת המידע החדש הוא סלקטיבי, כך שלעתים בורר האדם את המידע המתאים לדימוי הגופני הקיים ואת המידע הסותר דוחה. תהליך זה בא להגן על האדם מפני יצירת פער בין הדרך שבה הוא תופס את גופו והדרך בה .

מנקודת מבט קוגניטיבית, הפרעות בדימוי הגופני נוצרות ממחשבות לא רציונאליות, ציפיות לא ריאליזציות והסברים מוטעים. לרוב, לא הגוף הוא שיוצר את הבעיה, אלא העמדות שלנו כלפיו, **Noles**. (1985) **Cash & Winstead**- קוגניציות לא פונקציונאליות ממלאות תפקיד מרכזי בהתפתחות הפרעות אכילה ובשימורן ומחשבות שליליות אודות ההופעה החיצונית הוא אחד הקריטריונים של דימוי גוף שנמצאו כאמינים ביותר להבחנה בין אנורקטיות ובין נורמאליות **Cash, Lewis & Dykens & Gerrard**, (1986); **Keeton**, (1987)-דימוי הגוף כקונסטרוקט קשור לדפוס האישיות ולסגנון הקוגניטיבי המאפיין אותה. כך אנשים דיכאוניים המתאפיינים בנטייה לפירוש שלילי של המציאות ולהבסה עצמית, פחות מרוצים מגופם .

(1973) **Beck**- מונה את ההפרעות בדימוי הגופני כאחד הסימפטומים הקוגניטיביים של דיכאון. גם אנשים חרדים שבאופן כרוני מגזימים בהערכת סיכונים ותמיד עומדים על המשמר, עלולים, באופן הגנתי, להימנע ממראות ומסיטואציות חברתיות מחשש מהמשוב שיקבלו על הופעתם החיצונית. ההימנעות לא מאפשרת התנסות שעשויה להפחית את החששות. **Beck** (1973) טוען כי סטים של קוגניציות המופעלים בצורה מוגזמת, מתפקדים באופן שאינו תלוי בגירויים החיצוניים ומונעים על ידי מניעים פנימיים שעיקרם הימנעות מחרדה. (מתוך **Freedman**, 1990).

על סמך החומר התיאורטי והמחקרי שהוצג ניתן לתאר שלושה מרכיבים מרכזיים של הדימוי הגופני :

1. מרכיב תפיסתי - המתייחס לתפיסת האדם את גודל גופו, חלקיו והפרופורציות ביניהם, הכולל תפיסה ויזואלית כמו גם תפיסה ברמה סנסו- מוטורית, שבבסיסה חוויות קינסתטיות. במחקר הנוכחי תיבדק הערכת האדם את גודל חלקי גופו, תוך הדגשת גודל הגוף הנחוה ברמה סנסו- מוטורית וקינסתטית .

2. מרכיב עמדותי- התנהגותי - המתייחס לרגשות ולקוגניציות שיש לאדם כלפי גופו והופעתו החיצונית (כמו: שביעות רצון, עד כמה הגוף מושך פיסית, אהבה, שנאה, תסכול) וכן להתנהגויות הקשורות בגוף (שמירה, טיפול, מגע) .

3. **מרכיב חווייתי- תחושת** - המתייחס לתחושות וחוויות גופניות שהן בסיסיות וראשוניות בקשר של האדם לגופו (כמו: מידת הביטחון בגבולות הגוף, תחושת הבעלות על הגוף, מידת האינטגרציה בין חלקי הגוף ותחושת השליטה בגוף).

(1981) **Garner & Garfinke** - היו הראשונים שהבינו באופן שטתי בין מרכיב תפיסתי ובין מרכיב רגשי - עמדתי של הדימוי הגופני. (1992) **Offman & Bradely**

מבחינה התפתחותית הגוף ותחושות הגוף הם הדבר הראשוני, משם מתפתחת תחושת העצמי ונוצרים ייצוגים מנטאליים של העצמי, כולל דימוי גופני. הדימוי הגופני מתפתח בשנות החיים הראשונות, דרך האינטראקציה של התינוק עם הדמויות המטפלות, אך ממשיך להתפתח ולהשתנות לאורך החיים. (1985) **Van der Veld** ; (1990) **Kruger**.

בראשית החיים, החוויה הגופנית והחווייה הנפשית אינן מופרדות זו מזו. התחושות הגופניות כמו רעב, שובע, מגע וחוסר מגע יוצרות חוויית עולם בלתי מובחנת, שאינה ניתנת להפרדה מהאם. הטיפול הגופני בתינוק הכולל הזנה, מגע, הגנה מפני פגיעה ומפני הצפה של גירויים חושיים והחזקה (Holding) הוא הדרך בה האם מביעה את אהבתה לתינוק. החוויות הגופניות המהנות של התינוק יחד עם המחווה האוהבת של האם יוצרות אצלו את הבסיס לתחושות של חיבה כלפי גופו ובהמשך את התפתחותו של עצמי גופני פרימיטיבי שאת תחושת הרועג שלו התינוק מבקש לשמור **Bruch** (1984) **Furman**, (1962) **Winnicot**. (1974) מציינת כי רק דרך ההיענות התואמת והדיפרנציאלית של האם לסימניו הבלתי מובחנים של התינוק, מתחיל התינוק לפתח מודעות ראשונית למובחנות שבין צרכיו הגופניים. המודעות הזו לצרכיו וההכרה בשייכותם לעצמי הן חיוניות לפיתוח תחושה של אחריות ושליטה בגוף .

החל מגיל מספר חודשים, עם התפתחות היכולות התנועתיות וההתנסויות בתנועה מכוונת ובפעולות הגורמות לשינויים בסביבה - רוכש הילד שליטה הולכת וגוברת באברי גופו המעניקה לו תחושת יכולת גופנית והרגשת שליטה בסביבה. בשילוב עם היכולות הקוגניטיביות המתפתחות, מתחיל התינוק להכיר במופרדות גופו מהאובייקט ולפתח מודעות גם לחלל שמעבר לגופו, **Kruger** - (1935) **Schilder**. (1990) מדגיש כי התנועה של הילד בסביבה והרשמים התפיסתיים, החיצוניים והפנימיים, הנובעים ממנה משתלבים בתוך הדימוי הגופני המתפתח. לתנועה יש תפקיד מרכזי בהגדרת גבולות העצמי ובהבחנת העצמי מהסביבה התפיסית הכוללת .

(1968) **Mahler** כמו גם **פיאד'ה** (1945) הסכימו כי מובן קוגניטיבי של עצמי גופני ניפרד ובעל גבולות ברורים יכול להתקיים כבר בגיל 18 חודשים, עם ביסוס היכולת לקביעות אובייקט קוגניטיבית (Kruger, 1990) מתוך .

Schilder (1935) ציין כי אחד ממרכיבי הדימוי הגופני הוא האינפורמציה הויזואלית המגיעה מחלקי גוף שונים - כיצד הגוף נראה. ואכן כבר תינוקות צעירים מאד מגיבים בהתרגשות מיוחדת כשהם רואים את דמותם במראה ובגיל 3 הם מראים הכרה עצמית ברורה ועקבית. **Merlau Ponty** -

ממעצבי הגישה הפנומנולוגית לדימוי הגוף מדגיש את הסלקטיביות הרבה באופן בו האדם תופס את גופו וטוען כי הדימוי הגופני מתפתח בראש ובראשונה מהמוכרות שהילד מפתח עם גופו דרך התנועה במרחב החיים, כך שהילד "חי את גופו" וכי הדימוי הפיסי נרכש בהקשר של יחסים אינטימיים עם הדמויות המטפלות - איך אחרים רואים אותי. תמונה אובייקטיבית של הגוף נרכשת, אם בכלל, מאוחר יותר ומבוססת על הדימוי הגופני.