

**КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ТАРАСА
ШЕВЧЕНКА**

На правах рукопису

МОЛЯКО Роксолана Валентинівна

УДК 159.923.2:179.8:646.7.

**ОБРАЗ ФІЗИЧНОГО Я: СТАНОВЛЕННЯ
ТА ДЕФОРМАЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ
З КОСМЕТИЧНИМИ ВАДАМИ**

19.00.04 — медична психологія

ДИСЕРТАЦІЯ

на здобуття наукового ступеня
кандидата психологічних наук

Науковий керівник:

член-кореспондент АПН України,

доктор психологічних наук,

професор Бурлачук Леонід Фокович

КИЇВ-2006

ЗМІСТ

ВСТУП	4 – 10
РОЗДІЛ I	
ПРОБЛЕМА ОБРАЗУ ФІЗИЧНОГО Я В ПСИХОЛОГІЧНІЙ НАУЦІ ..	11 – 59
1.1. Проблема Я-концепції в психології	11 – 18
1.1.1. Психологія Я-концепції. Самосвідомість	11 – 15
1.1.2. Структура Я-концепції. Я-образ. Самооцінка як важливий компонент Я-концепції	15 – 18
1.2. Образ фізичного Я у психологічній науці	18 – 36
1.2.1. Дослідження образу тіла як один з напрямків у психології	18 – 25
1.2.2. Поняття та структура образу фізичного Я	26 – 31
1.2.3. Становлення образу фізичного Я	31 – 36
1.3. Деформації образу фізичного Я	36 – 54
1.3.1. Деформації образу фізичного Я у людей з різними соматичними та психіч- ними захворюваннями	36 – 42
1.3.2. Деформації образу фізичного Я у людей з захворюваннями шкіри чи необхідності пластичної операції	42 – 48
1.3.3. Прояви тривожності при деформаціях образу фізичного Я	48 – 54
Висновки до першого розділу	54 – 59
РОЗДІЛ II	
ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНОВЛЕННЯ ОБРАЗУ ФІЗИЧНОГО Я У ПІДЛІТКОВОМУ ТА ЮНАЦЬКОМУ ВІЦІ	
2.1. Модель дослідження. Вибір, обґрунтування та характеристика методик до- слідження	60 – 82
2.1.1. Загальна характеристика моделі дослідження	60 – 65
2.1.2. Загальна характеристика методик дослідження	65 – 80
2.1.3. Характеристика вибірки	80 – 82
2.2. Вікові, статеві та індивідуальні відмінності у становленні образу фізичного Я у підлітковому та юнацькому віці	82 – 97

2.3. Структурно-функціональна модель образу фізичного Я	97 – 108	
Висновки до другого розділу	108 – 111	
РОЗДІЛ III		
ДЕФОРМАЦІЇ ОБРАЗУ ФІЗИЧНОГО Я У ПАЦІЄНТІВ З КОСМЕТИЧНИМИ ВАДАМИ		112 – 162
3.1. Особливості становлення образу фізичного Я у пацієнтів з косметичними ва- дами підліткового та юнацького віку		112 – 125
3.1.1. Вивчення самооцінки частин тіла у пацієнтів з косметичними вадами		112 – 120
3.1.2. Протиріччя між Я-реальним та Я-ідеальним образу фізичного Я як причина тривожності		121 – 125
3.2. Результати проведеного психотренінгу з пацієнтами, що мають косметичні вади		125 – 157
Висновки до третього розділу		157 – 162
ВИСНОВКИ		163 – 166
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ		167 – 189
ДОДАТКИ		190 – 205

ВСТУП

Актуальність теми. В останні роки все більшого значення набуває проблема впливу зовнішності людини на її успішність у різних сферах діяльності: професійній, комунікативній, лідерській тощо. Люди з привабливою зовнішністю можуть досягати більших успіхів у житті, краще налагоджувати соціальні стосунки, ніж непривабливі (П. Хеден). Недоліки зовнішності, вади (реальні або надумані) можна долати різними шляхами. Допомогти в цьому людині можна не лише медичними втручаннями (косметологія, пластична хірургія), а й психологічними методами.

Про значення і роль Я згадується вже у давньогрецьких філософів (Сократ, Марк Аврелій). Грунтовні дослідження цієї проблеми в зарубіжній медичній психології починаються в середині минулого століття, а в Україні - лише в останні роки. Виник новий напрям — психології тілесності, яка вивчає суб'єктивне відображення людиною власного фізичного тіла.

Слід зазначити, що існує певна невизначеність відносно терміну “образ фізичного Я”. У зарубіжній психології здебільшого вживається термін “образ тіла” (body image), суперечки існують лише відносно розуміння цього поняття. Наприклад: образ тіла розглядається як складна комплексна єдність сприймань, установок, оцінок, уявлень, пов'язаних як з тілесною зовнішністю, так і з функціями тіла (С. Фішер; Р. Шонц); образ тіла розглядається як результат психічного відображення, як певна розумова картина свого власного тіла (Д. Бенет; Дж. Чаплін). У вітчизняній психології не існує єдиного терміну, а вживається ряд понять, що характеризують однакові чи близькі за змістом психічні явища. Найбільш поширеними є поняття “образ фізичного Я” (або “образ тілесного Я”) та “образ тіла”. *Образ тіла* — уявлення особистості про зовнішність, про ступінь естетичності будови тіла (А.О. Реан). У сучасній довідниковій літературі з психології наводиться таке визначення образу тіла: *образ тіла* — системотворчий структурний елемент образу Я, уявлення про себе в аспекті тілесності.

У психологічній літературі також вживається конструкт “схема тіла” (М. Боньєр). *Схема тіла — психологічна структура, в якій відображена конструкція власного тіла людини.* Лише завдяки її наявності можлива успішна координація рухів різних частин тіла людини (А.О. Реан). У психологічних дослідженнях поняття “схема тіла” та “образ тіла” чітко розмежовуються: схема тіла описує стабільне і постійне знання про своє тіло, а образ тіла розглядається як результат свідомого або несвідомого психічного відображення, як певна розумова картина свого тіла (О.Т. Соколова).

Результати психологічних досліджень доводять значущість образу фізичного Я у формуванні особистості, розкривають механізм впливу самооцінки Я-фізичного на поведінку людини у соціумі (Х.Л. Бі; Б.М. Бурн; Р. Комер; М. Мольц; Ф. Райс; С. Фішер).

В останні десятиріччя проблема образу фізичного Я вивчається в медичній психології. Розробляються такі питання як деформації образу фізичного Я при порушеннях харчової поведінки, дисморфофобічних розладах, порушеннях статевої ідентифікації (А.Н. Дорожевець; О.С. Кочарян; В.І. Крилов; Б.В. Нічіпоров; О.Т. Соколова).

Негативне емоційне ставлення до вад зовнішності може деформувати особистість, знижуючи самооцінку, викликаючи тривожність і депресивні стани. Особливо гостро ці процеси відбуваються у підлітковому і юнацькому віці (Л.С. Виготський; І.С. Кон; А.Є. Лічко; В.Д. Менделевич; О.Т. Соколова). Низька самооцінка зовнішності в цілому чи окремих її рис, за певних об’єктивних і суб’єктивних чинників, може стати причиною розвитку межових психічних розладів. На цьому етапі необхідна своєчасна психологічна допомога і застосування психокорекційних методів (Л.Ф. Бурлачук; І.А. Грабська; Н.Ю. Максимова; В.Д. Меднелевич), психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров’я (В.М. Белов; Г.К. Дзюб; О.С. Кочарян; Л.Ф. Шестопалова).

Але проблема становлення образу фізичного Я, його вікової динаміки,

психологічних чинників виникнення деформацій і пов'язаних з ними негативних емоційних станів залишаються недостатньо розробленою. Недостатньо вивченими залишається й проблеми деформацій образу фізичного Я у пацієнтів з хворобами шкіри чи необхідності проведення пластичної операції, вікової динаміки цих деформацій, впливу реальних чи надуманих дефектів зовнішності на появу деформацій образу фізичного Я. Порівнюючи з накопиченим зарубіжним досвідом, стан наукової розробки у вітчизняній психології вимагає теоретичних та емпіричних досліджень, в яких були б враховані також культурно-соціальні особливості нашої країни.

Таким чином, соціальна значущість проблеми та її недостатнє наукове вивчення обумовили вибір теми дисертаційного дослідження: “Образ фізичного Я: становлення та деформації у пацієнтів з косметичними вадами”.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Робота входить до плану науково-дослідної теми кафедри психодіагностики та медичної психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка “Психодіагностика особистості”. Тема дисертаційної роботи затверджена Вченою радою факультету соціології та психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка (протокол №7 від 2 березня 2005 року) та узгоджена Радою з координації наукових досліджень в галузі педагогіки та психології АПН України (протокол №7 від 27 вересня 2005 року).

Об'єкт дослідження — образ фізичного Я особистості.

Предмет дослідження — становлення образу фізичного Я та його деформації у пацієнтів з косметичними вадами.

Мета дослідження полягає у вивченні особливостей становлення та деформацій образу фізичного Я пацієнтів підліткового та юнацького віку з косметичними вадами та доцільності використання психокорекційних методів у випадку деструктивних змін у такому образі.

Гіпотеза дослідження: становлення образу фізичного Я у пацієнтів з

косметичними вадами підліткового та юнацького віку характеризується віковими, статевими та індивідуальними відмінностями. Образ фізичного Я може значно деформуватися під впливом сукупності зовнішніх та внутрішніх чинників, зниження деструктивного впливу яких засобами психокорекційного тренінгу сприятиме підвищенню самоприйняття особистості.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати стан теоретичних розробок та дані емпіричних досліджень образу фізичного Я особистості і визначити теоретичні підходи до проблеми дослідження.

2. Підібрати адекватний методичний інструментарій для психодіагностики образу фізичного Я у підлітковому та юнацькому віці.

3. Виявити особливості становлення образу фізичного Я та його деформації у пацієнтів з косметичними вадами підліткового та юнацького віку.

4. Розробити структурно-функціональну модель образу фізичного Я, визначити вірогідні чинники деформацій образу фізичного Я та стратегії поведінки особистості при таких деформаціях.

5. Обґрунтувати, розробити та апробувати тренінг щодо психокорекції деформацій образу фізичного Я особистості у підлітковому та юнацькому віці.

Теоретико-методологічну основу дослідження складають положення про визначення поведінки людини як функції особистісних рис та ситуації (Л.Ф. Бурлачук); уявлення про поняття та місце образу фізичного Я в структурі Я-концепції (М.І. Боришевський; Р. Бернс; О.Є. Гуменюк; А.Н. Дорожевець; О.Т. Соколова; В.В. Столін; С. Фішер); уявлення про структуру образу фізичного Я як взаємодію когнітивного, афективного та поведінкового компонентів (О.Т. Соколова); значущість підліткового та юнацького віку як сенситивних періодів у процесі становлення образу фізичного Я, важливість формування адекватної самооцінки зовнішності у цих вікових періодах (В.А. Аверін; В.М. Белов; Х.Л. Бі; Б.М. Бурн; М. Кле; Ф. Райс; А.О. Реан; О.Т. Со-

колова); вивчення хвороб (соматичного та психічного характеру) та пов'язаних з ними деформацій образу фізичного Я (І.В. Вараксін; А.Н. Дорожевець; М.В. Коркіна; О.С. Кочарян; В.І. Крилов; Б.В. Нічіпоров; О.Т. Соколова).

Методи дослідження. Для реалізації завдань дослідження використувався комплекс теоретичних (аналіз та систематизація досліджень у наукових літературних джерелах, інтерпретація та узагальнення результатів теоретичних та емпіричних досліджень), психодіагностичних (спостереження, бесіда, особистісні опитувальники, тести, анкета-опитувальник, метод семантичного диференціалу) та психокорекційних методів (тренінг).

Статистичний аналіз отриманих результатів проводився з використанням кореляційного аналізу (t-критерій Стьюдента, коефіцієнт кореляції Пірсона) та інших методів математичної обробки даних.

Етапи і база дослідження. Психодіагностичне дослідження проводилось упродовж 2000-2003 рр. На першому етапі (2001 рік) вивчався стан проблеми у науковій літературі; на другому етапі (2001-2002 рр.) проводилось експериментальне дослідження; на третьому етапі (2002-2003 рр.) проводився аналіз та інтерпретація результатів дослідження. База дослідження: Інститут краси (м. Київ), відділення хірургії міської клінічної лікарні № 10 (м. Київ), відділення пластичної хірургії медичного центру МедАРС (м. Київ), Аграрний університет (м. Київ), Національний педагогічний університет імені М.П. Драгоманова (м. Київ), школа-ліцей № 38 (м. Київ).

Наукова новизна та теоретичне значення одержаних результатів полягає у тому, що:

— *вперше* на емпіричному рівні у вітчизняних культурно-історичних умовах розглянута проблема становлення образу фізичного Я та його деформацій у пацієнтів з косметичними вадами підліткового та юнацького віку; виявлено вірогідні чинники (об'єктивні, суб'єктивні, соціальні, комунікативні, родинні, ґендерні та культурно-етнічні) таких деформацій образу фізичного Я та характер їх впливу на виникнення деструктивних емоційних станів; ви-

значено захисні поведінкові стратегії особистості підлітків та юнаків при існуючих деформаціях образу фізичного Я (пасивно-адаптивна, пасивно-деструктивна, активно-адаптивна, активно-деструктивна, сублімаційно-творча); розроблено структурно-функціональну модель образу фізичного Я та його деформацій; об'рунтовано програму тренінгу з психокорекції деформацій образу фізичного Я у пацієнтів з косметичними вадами підліткового та юнацького віку;

— *уточнено* уявлення про характер взаємозв'язку між низькою самооцінкою Я-фізичного і тривожністю, що може привести до виникнення невротичних станів і межових психічних розладів; уточнено вікові і ґендерні особливості становлення образу фізичного Я;

— *набули подальшого розвитку* теоретичні уявлення про становлення образу фізичного Я у підлітків і юнаків; проведено систематизацію існуючих теоретичних розробок та даних емпіричних досліджень з проблеми образу фізичного Я у психологічній науці.

Практичне значення одержаних результатів визначається можливістю використання отриманих результатів дослідження та програми психотренінгу в роботі з підлітками та юнаками у медичних закладах, загальноосвітніх школах і вищих навчальних закладах з метою попередження виникнення деформацій образу фізичного Я. Знання чинників, які викликають деформації образу фізичного Я, дозволяє здійснювати індивідуальний підхід при побудові психокорекційних програм. Володіння інформацією про вікові і ґендерні особливості становлення образу фізичного Я дає змогу застосовувати програми попередження деформацій і пов'язаних з ними емоційних розладів особистості.

Підтверджено ефективність психокорекційної роботи, що супроводжує медичне лікування, метою якої є подолання деформацій образу фізичного Я у пацієнтів з хворобами шкіри та тих, які потребують чи перенесли пластичні операції.

Надійність і вірогідність результатів дослідження забезпечувалися використанням валідних і надійних взаємодоповнюючих методів, що відповідають меті і завданням дисертаційної роботи, репрезентативністю вибірки, поєднанням кількісного та якісного аналізу отриманих результатів та застосуванням методів математичної статистики.

Апробація та впровадження результатів дисертації. Основні положення дисертації доповідались та отримали схвалення на науково-методичній конференції “Навчальна продуктивна діяльність у різних ланках системи освіти” (м. Бердянськ, 1998 р.); Міжнародному науковому семінарі з проблем медичної психології (м. Лейден, Нідерланди, 1998 р.); Міжнародній науковій конференції студентів та аспірантів “Ломоносов-2003” (м. Севастополь, 2003 р.); засіданнях кафедри психодіагностики та медичної психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка (2002-2005 р.).

Конкретні результати дослідження та особливості проведення психокорекційної роботи знайшли своє **впровадження** у практичній роботі психологів: Інститут краси, м. Київ (довідка №27 від 12 квітня 2005 року), Інститут Дерматокосметології доктора Богомолець, м. Київ (довідка №35 від 10 травня 2005 року), школа-ліцей № 38, м. Київ, Національний педагогічний університет імені М.П. Драгоманова, м. Київ.

Публікації. За темою дисертації опубліковано 11 наукових робіт, з них 6 статей у фахових наукових журналах, затверджених ВАК України, 3 статті у наукових збірниках, 2 матеріали конференцій.

Обсяг та структура дисертації. Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (267 найменувань, з них 110 іноземною мовою), додатків. Текст дисертації викладено на 205 сторінках, основна частина дисертації — на 166 сторінках. Робота містить 8 таблиць та 14 рисунків на 12 сторінках тексту.

РОЗДІЛ І

ПРОБЛЕМА ОБРАЗУ ФІЗИЧНОГО Я В ПСИХОЛОГІЧНІЙ НАУЦІ

1.1. Проблема Я-концепції в психології

1.1.1. Психологія Я-концепції. Самосвідомість.

В дисертації розглядається проблема образу фізичного Я у психологічній науці. На жаль, проблема образу фізичного Я (body image) не привертала певний час увагу психологів. Ґрунтовні дослідження з цієї проблеми починаються в середині минулого століття, переважно в інших країнах. У вітчизняній психології цій проблемі стали надавати уваги лише останні роки, і це підтверджує поява в останнє десятиліття нового напрямку – психологія тілесності, що поставила за мету дослідження суб'єктивного відображення людиною власної тілесності.

У проблемі вивчення образу фізичного Я існує на сьогоднішній день багато питань, які, на жаль, залишаються майже зовсім не розглянутими. Одне з таких питань, якому ми присвятили своє дослідження, – образ фізичного Я у пацієнтів з косметичними вадами. Насамперед постало питання вивчення особливостей образу фізичного Я у пацієнтів з захворюваннями шкіри (деякі хвороби) та у людей, що звернулися до пластичних хірургів.

Віковий діапазон, на якому ми зупинилися – це підлітковий та юнацький вік. Багато дослідників підкреслює, що цей віковий період є сенситивним до формування образу фізичного Я. Однак, на жаль, ще недостатньо досліджено становлення образу фізичного Я у цьому віці, особливо це стосується людей з різними вадами зовнішності. Адже, з'ясувавши особливості деформацій образу фізичного Я у цьому віці, можливе дослідження його подальшого становлення та деформацій у більш пізньому віці.

Маючи певні недоліки зовнішності, вади (реальні або надумані), людина може намагатися їх подолати різними шляхами, у тому числі і психологічним шляхом. Допомогти в цьому людині можна не завжди медичними захо-

дами (косметологія, пластична хірургія), але й психологічними. Стає питання необхідності вивчення деформацій образу фізичного Я.

Для підтвердження думки важливості впливу зовнішності на психологічний стан людини, розвиток особистості наведемо цитату з чудової книги П.Хедена “Енциклопедія пластичної хірургії” (2001): “Наукові дослідження показують, що наша зовнішність та її вплив на відношення до нас інших людей супроводжують нас напротязі всього життя. Підтверджено, що красиві діти отримують більше піклування та уваги та мають кращий візуальний контакт зі своїми близькими. На дітей дошкільного віку має вплив зовнішність їх товаришів, вони наділяють друзів з більш привабливою зовнішністю кращими соціальними якостями. ... У більш пізньому віці, у період вибору партнера, зовнішність особливо важлива. Результати певних досліджень навіть показали, що це – єдиний важливий фактор, що впливає на появу бажання мати з партнером більше одного побачення, більш важливий, ніж вища освіта, коефіцієнт інтелектуального розвитку та особистості якості! ... І далі, при виконуванні роботи, співробітник з більш привабливою зовнішністю отримує більше визнання своєї праці ... Наведені вище заключення в основі мають контрольовані психологічні дослідження. Що це значить для тих, хто має фізичну привабливість? Позитивне сприймання оточуючими людьми підвищує їх самооцінку, що в свою чергу призводить до розширення контактів з оточуючими та кращому налагодженню соціальних зв'язків” [141, с.39].

А як бути тим, у кого не має привабливої зовнішності, або, більше, існують різні косметичні вади? Один шлях – звернутися до пластичного хірурга, косметолога. Але не всім пластична хірургія може допомогти, і це підкреслюється всіма, без винятку, пластичними хірургами. Наголошується на необхідності розв'язання проблеми у психологічному руслі. Щоб краще допомогти таким людям, необхідно, насамперед, вивчити особливості становлення та деформацій образу фізичного Я. Цій проблемі ми присвятили наше дослідження.

Поняття “Я” є одним з центральних у багатьох класичних наукових роботах не тільки суто психологічного напрямку. Воно має багату філософську традицію і включає в собі такі ознаки як “самість”, “інтегральна цілісність”, “істинність”, “індивід”. В психологічних дослідженнях образ “Я” розглядається в тісному зв’язку із самосвідомістю як структурною одиницею психіки людини.

Такі поняття як “свідомість”, “Я-концепція”, “самосвідомість” займають важливе місце в сучасній психологічній науці. Власне, з розробки цих та інших понять і починався розвиток психології як окремої науки. Феномен “Я” є центральним пунктом формування особистості та її структури. В певному сенсі можна стверджувати, що особистість – це і є “Я” чи перш за все “Я” [119, с. 330]. Тому деякі психологи вважають, що вузьке розуміння особистості містить у собі Я-концепцію та спрямованість особистості.

Розглянемо співвідношення понять “свідомість”, “самосвідомість”, “Я-концепція”. Треба зауважити, що не всіма психологами поняття “самосвідомість” та “Я-концепція” розглядається однаково. Вітчизняні психологи зазначають, що у зарубіжній літературі прийнято вживати термін “Я-концепція”, а в вітчизняній – здебільшого термін “самосвідомість” (О.Т.Соколова, 1989; М.І.Боришевський, 1980; О.В.Петровський, 1990). Структура цих понять при даному розгляді є рівнозначною. Однак останнім часом у вітчизняній літературі все більше звертаються до терміну “Я-концепція” [35; 118].

Існує декілька визначень **самосвідомості**. “Самосвідомість – це усвідомлення людиною самої себе у своїх відношеннях до зовнішнього світу та інших людей” – П.Р.Чамата [146]. “Самосвідомість – цілісна оцінка самого себе як відчуваючого та мислячого індивіда. У Я-концепції самосвідомість підіймається до рівня теоретичного мислення” [127, с. 122]. У словнику “Психологія” [107] поняття “самосвідомість” та “Я-концепція” розглядається як синонімічні. А.О. Реан наводить таке поняття самосвідомості: “Самосвідомість особистості – це сукупність уявлень людини про самого себе (Я-кон-

цепція) та відношення до нього (самооцінка)” [108, с. 15].

Однією з найважливіших проблем, що на неї звертають увагу дослідники, є проблема співвідношення свідомості та самосвідомості. Більшість авторів таких досліджень сходяться на тому, що свідомість зумовлює прояви самосвідомості, вона відіграє головну роль у пристосуванні, адаптації людини до зовнішнього середовища, до світу взагалі (Л.І.Божович, О.Т.Соколова, С.Л.Рубінштейн). Самосвідомість пов’язана із відображенням особливостей самого суб’єкта діяльності пізнання (стан конкретного індивіда), вносить корективи в регуляцію поведінки та діяльності. Тобто можна говорити про те, що свідомість орієнтована на весь оточуючий світ, а самосвідомість на самого себе, на виділення себе в оточуючому світі, розуміння себе, самооцінку, самопізнання в цілому.

Процес розвитку самосвідомості Л.С.Виготський розглядає у руслі культурно-історичної концепції з точки зору положення про інтеріоризацію зовнішніх дій у внутрішні. Підхід, що був запроваджений Л.С.Виготським щодо розвитку самосвідомості, знайшов своє відображення в роботах багатьох психологів (С.Л.Рубінштейн, Л.І.Божович, П.Р.Чамата, І.І.Чеснокова, М.І.Боришевський). Протягом життя самосвідомість змінюється на основі взаємин людини з оточуючим світом і перш за все взаємин з людьми.

Оскільки предмет нашого дослідження – образ фізичного Я, який є складовою Я-концепції, то ми повинні більш детально розглянути проблему Я-концепції в психології.

Тепер зупинимось на понятті **“Я-концепція”**. “Я-концепція – це сукупність всіх уявлень індивіда про себе, пов’язана з її оцінкою” [118, с. 330]. Як бачимо, у структурному плані таке визначення співпадає з визначенням самосвідомості, наведеним А.О. Реаном. У сучасному словнику по психології наводять таке визначення Я-концепції: “Я-концепція – відносно стійка, більш-менш усвідомлена, переживаюча як неповторна система уявлень індивіда про самого себе, на базі якої він будує взаємовідносини з іншими людьми та від-

носитися до себе” [120, с. 966].

В.Джеймс у 19 ст. першим із психологів почав розробляти проблематику Я-концепції. Далі проблематику Я-концепції вивчають такі зарубіжні психологи як Р.Бернс, Е.Еріксон, К.Роджерс. Для Р. Бернса Я-концепція – це сукупність установок особистості, яка спрямована на самого себе [35, с. 22]. Проблематика Я-концепції у Е.Еріксона розглядається крізь змістовне наповнення Его-ідентичності, яка розуміється як утворений на біологічному підґрунті продукт певної культури [35, с. 29]. У російській психології проблематику Я-концепції розробляли Б.Г.Ананьєв, І.С.Кон, О.Б.Орлов, А.О.Реан та ін. В українській психології – О.Є. Гуменюк, Л.В. Долинська, М.І.Боришевський та ін.

1.1.2. Структура Я-концепції. Я-образ. Самооцінка як важливий компонент Я-концепції.

Як ми вже зазначали, в структурному плані самосвідомість та Я-концепція деякими вітчизняними психологами розглядається однаково. Так, М.І. Боришевський (1980) розглядає такі компоненти самосвідомості: самооцінка, рівень домагання, Я-образ, соціальні очікування [102, с. 29]. А.О. Леонтєв (1993) у структурі Я-концепції найважливішими компонентами називає самооцінку та Я-образ. В сучасній психологічній літературі розглядаються **компоненти Я-концепції**: 1) *когнітивний* (образ своїх якостей, здібностей, зовнішності, соціальної значимості), 2) *емоційний* (самоповага, себелюбство, самоприниження), 3) *оціночно-вольовий* (потенційна поведінкова реакція) [118, с. 330; 120, с. 966]. Деякі психологи когнітивний компонент розглядають як самосвідомість [107, с. 476; 118, с. 330]. Отже, як бачимо, не існує єдиної думки серед психологів відносно співвідношення понять “самосвідомість” та “Я-концепція”. Ми у своїх дослідженнях проблематику образу фізичного Я будемо розглядати у рамках поняття “Я-концепція” (не самосвідомість) і будемо дотримуватись визначення Я-концепції та її структури, що за-

пропоновано сучасною вітчизняною психологічною думкою [35; 118; 120]. Далі ми більш детально зупинимося на цьому.

З точки зору самого визначення Я-концепції як “сукупності всіх уявлень індивіда про себе, пов’язаної з її оцінкою” [118, с. 330] в структурі Я-концепції виділяють описовий компонент – *Я-образ* та оціночний компонент – *самооцінку* (як відношення до себе).

Стосовно трьох компонентів Я-концепції, що розглянуто вище, структуру Я-концепції можна представити таким чином: 1) Я-образ – уявлення індивіда про самого себе, 2) самооцінка – афективна оцінка цього уявлення, 3) поведінкова реакція – ті конкретні дії, які можуть бути викликані образом Я і самооцінкою [35, с. 22].

Структура Я-концепції залежно від того, на якому рівні – організму, соціального індивіда чи особистості – виявляється активність людини, за В.В.Століним: 1) *фізичний Я-образ* (схема тіла), викликаний потребою у фізичному благополуччі організму, 2) *соціальні ідентичності*: статева, вікова, етнічна, соціально-рольова, громадянська, які пов’язані з потребою людини у приналежності до спільності і бажанням перебувати у ній, 3) *диференційований образ Я*, який характеризує знання про себе порівняно з іншими людьми та надає індивіду відчуття власної унікальності [35, с. 16].

Структура Я-концепції за змістом і характером уявлень про себе (М.Розенберг, О.Т.Соколова): Я-минуле, Я-теперішнє, Я-майбутнє.

Структура Я-концепції як сукупність установок на себе: 1) *Я-реальне* – уявлення про себе у теперішньому часі, 2) *Я-ідеальне* – уявлення про те, яким хотів би бути індивід, повинен би стати, орієнтуючись на моральні норми, 3) *Я-дзеркальне* – власні уявлення людини про те, яким він сприймається в очах інших людей, 4) *Я-динамічне* – уявлення про те, яким суб’єкт намагається стати, 5) *Я-фантастичне* – уявлення про те, яким суб’єкт хотів би стати, якби це було можливо та ін. [35, с. 17; 118, с. 331; 120, с. 967]. Цю структуру Я-концепції в інших параграфах ми розглянемо більш детально.

Пропонується ще і така структура Я-концепції: 1) *фізичне Я* – схема власного талі, 2) *соціальне Я* – воно співвідноситься зі сферами соціальної інтеграції, 3) *екзистенціальні Я* – як оцінка себе в аспекті життя та смерті, 4) *розумове Я*, та ін. [118, с. 332; 120, с. 967].

Образ Я, як вже було зазначено, є складовою Я-концепції. Сукупність усіх уявлень про себе Р.Бернс називає образом Я чи картиною Я [35, с. 18]. Як вже було зазначено, більшість психологів вважає, що образ Я є описовим, когнітивним компонентом Я-концепції. Образ Я – це динамічне утворення особистості. Існує багато образів Я. Це може бути Я-реальне, Я-ідеальне, Я-фантастичне і т.ін.

Самооцінка є афективним компонентом Я-концепції. Самооцінка – це оцінка особистістю самої себе, своїх можливостей, якостей та місця серед інших людей [118, с. 334; 120, с. 707]. Самооцінка відіграє важливу роль в регуляції поведінки людини. Самооцінка тісно пов'язана з рівнем домагань людини. Розрізняють адекватну, завищену, низьку самооцінку. Іноді називають ще інші види самооцінки, що ми розглянемо пізніше. Розходження між домаганнями людини та її реальними можливостями призводить до неадекватного самооцінювання, через що поведінка стає неадекватною. Велике значення у формуванні самооцінки відіграють оцінки оточуючих [120, с. 708]. Ступінь адекватності Я-образу найбільш часто з'ясовується при дослідженні самооцінки особистості [118, с. 334]. Люди, що мають знижену самооцінку, глибоко емоційно реагують на все, що пов'язано з їх особистістю: їх сильно хвилює негативне ставлення до їх особи оточуючих і, щоб запобігти будь-яким зауваженням щодо їх вчинків або поведінки, вони намагаються звизити соціальні контакти і перебувати в певній ізоляції від оточуючих. Психологічний аналіз людей із зниженою самооцінкою включає багато індивідуальних варіацій, але сутність зводиться до того, що особистість із зниженою самоповагою характеризується нестійким внутрішнім світом, не має послідовної і твердої лінії поведінки у спілкуванні і взаємовідносинах з людьми (Р.Бернс,

О.Т.Соколова, І.І.Чеснокова, В.А.Аверін та ін.).

1.2. Образ фізичного Я у психологічній науці

1.2.1. Дослідження образу тіла як один з напрямків у психології.

Оскільки проблема образу фізичного Я починалася розроблятися і на теперішній час більш детально розроблена, на жаль, у закордонній, а не у вітчизняній психології, тому, логічно, ми починаємо розгляд цієї проблеми з закордонної психології. Найбільш детально проблему образу тіла у закордонній психології серед вітчизняних публікацій представлено у працях О.Т.Соколової [41; 122; 124; 125].

До сьогоденного часу не існує єдиної точки зору в психологічній науці до проблеми тіла. Ця проблема набуває великого значення ще у класичному психоаналізі, потім на тіло “не звертають уваги”, а пізніше ця проблема знов стає актуальною. З. Фрейд (1924) підкреслював велике значення тіла як психологічного об’єкта у розвитку его-структури [125, с. 10]. А. Адлер підкреслював зв’язок між образом тіла та самооцінкою. Саме тіло є головним джерелом комплексу неповноцінності. Важливим є те, як людина відноситься до власного тіла, наскільки позитивною його оцінює [140, с. 135]. Важливість тілесних відчуттів на ранніх стадіях розвитку підкреслював Е.Еріксон [140, с. 245]. Велике значення тілу приділяють тілесно-орієнтовані теорії. Так, Райх стверджує, що тіло є основною всієї психічної діяльності [140, с. 272]. Людський розум та тіло Райх розглядає як єдине ціле. Тіло відіграє найважливішу роль у накопиченні енергії. У неофрейдистських та гуманістичних теоріях тілесний досвід практично залишається за межами розгляду.

Але поступово інтерес до фізичного Я збільшується. У 60-70 роки 20 ст. починається розвиток окремої галузі в психології, об’єктом дослідження якої є образ тіла. Великим дослідником проблеми образу тіла є американський психолог С. Фішер (S.Fisher, 1970). Досліджень по проблемі тіла проводиться в цей час багато, насамперед, в американській психології. Однак існують

великі розбіжності у поглядах дослідників на проблему фізичного Я. Формується три напрямки досліджень образу тіла у клінічній психології інших країн [125, с. 12].

1) *Перший напрям досліджень виходить з уявлень про тіло як своєрідне сховище Я* (С.Фішер, С.Клівленд, 1958; В.Тауск, 1919; М.Малер, 1952). У цьому напрямку приділяється увага дослідженню “меж образу тіла” (body image boundary). Термін введено С.Фішером та С.Клівлендом (1958). Були проведені дослідження, де було встановлено тісний зв’язок між ступенем визначеності меж власного тіла і особливостями локалізації психосоматичних симптомів, а також психофізіологічними і особистісними характеристиками суб’єкта [125, с. 12]. В дослідженнях С.Фішера та С.Клівленда (1958) підраховувалися показники “перешкода” та “проникливість”: чим вище перший показник та нижче другий, тим більш чіткі межі образу власного тіла. Таке положення було підтверджено при дослідженнях хворих на шизофренію.

2) *Другий напрямок досліджень пов’язаний з вивченням такої характеристики тіла як “зовнішність”*. В цьому напрямку виділяють два підходи. Представники першого підходу роблять наголос на емоційному відношенні до власної зовнішності (С. Уейнстейн, 1964; С.Журард, Р.Секорд, 1955; І.Махоні, М.Фінч, 1976; А.Марсела, 1981 та ін.). Використовуються такі поняття як “значимість”, “цінність” тіла “задоволеність” ним. В рамках цього підходу досліджується суб’єктивна цінність окремих частин тіла (С.Уейнстейн, 1964; З.Ліповські, 1975). Також в рамках цього підходу аналізується зв’язок між емоційно-ціннісним відношенням до своєї зовнішності та окремими складовими Я-концепції. Найчастіше в цих дослідженнях використовуються методики “шкала відношення до тіла” та “шкала самовідношення” (С.Журард, Р.Секорд, 1955). Дослідження показали високу залежність між рівнем особистісної депресії та ступенем незадоволеності власним тілом (А.Марсела, 1981). Методика САРТ, яку ми застосовували у дослідженні, теж належить до даного підходу. Тест САРТ (Color-A-Person Body Dissatisfaction Test)

використовується для дослідження ставлення людини до власного тіла (O.W. Wooley, S. Roll, 1991).

Представники другого підходу роблять наголос на когнітивному компоненті, дослідженні точності сприймання власного тіла (К.Сейвеж, 1965; М. Джіл, М.Бренман, 1959; Ф.Шонц, 1969; Дж.Шафер, 1964; Д.Гарнер, 1981). Використовуються такі поняття як “точність”, “недооцінка”, “переоцінка” власного тіла [125, с. 16]. Використовують апаратні методики: дзеркала, фотокартки, телевідеотехніка та ін. Показано, що при різних видах психічної патології (особливо при нервовій анорексії та шизофренії) відбуваються значні порушення у сприйнятті власного тіла (Д. Гарнер, 1981).

3) *Третій напрям досліджень пов'язаний з розглядом тіла та його функцій як носія символічного значення* (С.Фішер, 1986; Т.Шаш, 1975 та ін.). Цей напрямок тісно пов'язаний з психоаналітичною теорією. Значний вклад в дослідження вніс американський психолог С.Фішер (S.Fisher, 1986). Для з'ясування особливо значимих усвідомлюваних частин тіла він використовував створений ним опитувальник. Опитувальник являє собою оцінку 108 пар різних частин тіла. Досліджуваний повинен вибрати ту пару частин тіла, яка на даний момент найбільш чітко і яскраво представлена у свідомості. Результати свідчать, що індивіди, які виявили інтерес до певних зон тіла (їх за даними С.Фішера вісім: передня-задня частина тіла, права-ліва сторони, рот, очі, руки, ноги, голова, серце) мають схожі риси особистості [194].

Таким чином, в другій половині 20 ст. дослідження, що пов'язані з вивченням образу тіла, набувають досить значного розвитку. В 90-і роки 20 ст. психологи ще більше уваги звертають на проблему образу тіла. Саме в цей час відбувається значна кількість досліджень. Насамперед це дослідження у клінічній психології. Необхідність таких досліджень зумовлено розвитком суспільства. Людину все більше непокоїть її зовнішній вигляд, який в сучасних умовах має неабияке значення для професійної діяльності, спілкування. Відповідно проведеним опитуванням (Carner, Cooke, Marano, 1997; Rodin,

1992), американці в наш час більше незадоволені своїм тілом, ніж двадцять п'ять років тому [54, с. 291]. Дослідження образу тіла проводяться, насамперед, в Америці, Німеччині, Іспанії, Франції, Італії, Англії та інших країнах. Ця проблематика набуває розвитку в таких галузях психології: клінічна психологія, психологія статі та вікова психологія. 90-і роки 20 ст. – це стрибок досліджень розладів харчової поведінки. На початку 21 ст., поруч з цими дослідженнями, актуальним стає вивчення образу тіла у пацієнтів з дефектами зовнішності та ін.

Можна досить умовно виділити ті напрямки психологічних досліджень образу тіла, що стали найбільш актуальним в останні десятиліття (насамперед в клінічній психології):

- розлади харчової поведінки (нервова анорексія та булімія): зміни настрою при цих розладах, психотерапія нервової анорексії та булемії, вплив засобів масової інформації на формування розладів харчової поведінки та ін. [54; 112; 177; 183; 184; 202; 222; 250 та ін.].

- у патопсихології можна виділити такі аспекти вивчення образу тіла: дисморфофобічні розлади, взаємозв'язок тривожності та депресивних станів з образом тіла та ін. [54; 183; 188; 197; 246; 260].

- образ тіла у пацієнтів з шкірними захворюваннями, фізичними дефектами, необхідності пластичної операції [54; 112; 141; 174; 176; 180; 191; 204; 209; 229 та ін.].

Окрім вищенаведеного розгляду проблеми образу тіла психології в інших галузях психології цій проблемі теж приділяють увагу (слід зауважити, що ми досить умовно відносимо ті чи інші аспекти проблеми до певної галузі психології).

- вивчення образу тіла у психології статі: розлади статевої ідентифікації, особливості образу тіла у жінок та чоловіків, синдром образу тіла у сексології, формування незадоволеності образом тіла, особливості образу тіла при транссексуалізмі, гомосексуалізмі та ін. [54; 175; 198; 199; 203; 207; 220;

234; 257; 267].

- вивчення образу тіла у віковій психології [112; 171; 178; 227; 261].

- вивчення образу тіла у соціальній психології: вплив культури на формування образу тіла, соціальна психологія краси, вплив засобів масової інформації на формування образу тіла та ін. [54; 160; 161; 164; 170; 179; 189; 219; 229; 264 та ін.].

Окрім всього вищезазначеного необхідно згадати інших дослідників проблеми образу тіла, які працювали в різні періоди: Б.Заззо, П.Мендусс, Канестрарі, М.Дебесс, В.Вугпе, М.Кле, L.A.Zebrowitz, J.Coleman, М.Мольц, G.R.Adams, H.L.Vee, A.Furnham, S.Hall.

Тепер зупинимось на вітчизняних дослідженнях з даної проблеми (зауважимо, що ми будемо розглядати разом українські та російські дослідження).

Якщо у психології інших країн проблема образу фізичного Я розглянута на теперішній час досить чітко, існує велика кількість досліджень з цього приводу, то у вітчизняній психології – все по-іншому. Досліджень майже не проводилось, термін “образ тіла” можна знайти лише у деяких словниках останніх років видання. Але все ж таки ми спробуємо розглянути ту незначну кількість робіт по проблемі образу тіла, що існує у вітчизняній психології.

У 20 ст. у психіатрії вивчаються *дисморфофобії*. Дисморфофобія – нав’язливий страх невротичного характеру, пов’язаний з начебто присутнім тим чи іншим фізичним недоліком [56, с. 10]. Вперше дисморфофобія розглядається у статті Н.Є. Осипова (1912). Майже до середини століття приділяється недостатньо уваги до розробки клініки дисморфофобій. Перше дослідження цієї проблеми з’явилося у 1945 р. у Ю.С. Ніколаєва [56, с. 20]. В наступні роки інтерес до цієї патології підвищився. У 1948 р. виходить публікація Р.І. Меєровіч “Расстройства схемы тела при психических заболеваниях”. Вивчаючи психопатії у підлітковому та юнацькому віці, В.О. Гур’єва (1971) описує дисморфофобію [56, с. 67]. Цю проблему також розглядає А.Є. Лічко

(1979), М.В. Коркіна (1984).

Патопсихологічний аналіз дисморфофобічних розладів проведено у роботах Б.В.Нічіпорова (1982) [94]. З середини 20 ст. в психіатрії починається поглиблене вивчення нервової анорексії: К.О.Новлянська (1958), Н.Н.Азеркович (1963), А.Є. Лічко (1979) та ін. Значний вклад у вивченні нервової анорексії вносять М.В.Коркіна, В.В.Марілов та М.О.Цивілько (1979). Саме завдяки М.В.Коркіній та співавторам зроблено вдалу систематизацію цього захворювання та проведено велику кількість досліджень [57]. Найбільш вдало та повно розглянута проблема дисморфофобій у М.В.Коркіної [56]. Але всі ці роботи носять психіатричний характер, а не психологічний.

З середини 20 ст. в психології проблемі образу фізичного Я починають приділяти певну увагу (В.М. Белов, Л.І.Божович, С.Л.Рубінштейн, Л.С.Виготський, Б.В.Зейгарнік, В.В.Столін, І.С.Кон та ін.). Але проблема образу фізичного Я розглядається не як окрема психологічна проблема, а лише як невелика частка якогось іншого явища (чи то самосвідомість, чи то психічний розвиток підлітків та ін.). Значну увагу образу фізичного Я надає В.Н.Куніцина (1968, 1972). В.Н.Куніцина дуже вдало аналізує формування образу свого тіла у підлітків [67; 68].

Першими і, на жаль, майже єдиними до сьогодення роботами, в яких в повній мірі представлено проблему образу фізичного Я, стають публікації *О.Т.Соколової* (1985, 1989, 1991, 2000). Тут розглянуто і становлення поглядів на проблему образу тіла у інших країнах, і погляди вітчизняних психологів, і розвиток образу фізичного Я у підлітковому та юнацькому віці (на основі власних психологічних досліджень), і особливості образу фізичного Я у людей з порушенням харчової поведінки та ін. [41; 122; 124; 125]. На наш погляд, це єдине на сьогоднішній день таке повномасштабне дослідження образу фізичного Я у вітчизняній психології!

У 80-90-і роки 20 ст. певну увагу образу фізичного Я приділяють у галузі вікової психології (В.А. Аверін, 1998; В.М. Белов, 1970; Л.В. Долинська,

1981; Н.Ю. Максимова, 1996; Р.С. Немов, 1995; Є.І. Рогов, 1996; А.О. Реан, 2003 та ін.). Розглядаються проблеми впливу зовнішнього вигляду на самооцінку, розвиток образу фізичного Я на різних вікових етапах та ін. [1; 80; 108; 115].

У 90-х роках 20 ст. з'являється невелика кількість робіт з медичної психології, в яких розглядається проблема образу тіла при психічних захворюваннях (Б.В.Нічіпоров, 1982; І.В.Вараксін, 1998; А.Н. Дорожевець, 1996; В.І.Крилов, 1994). Саме тут проводиться патопсихологічний аналіз (а не “чисто” психіатричний, як ми про це писали раніше) деформацій образу фізичного Я при нервовій анорексії та булемії, дисморфофобічних розладах та ін. [8; 23; 30; 47; 62; 63; 83; 94]. Розглядаються деформації образу фізичного Я при порушенні статевої ідентифікації (О.С.Кочарян, 1996).

У останні десять років у вітчизняній психології зароджується новий напрямок – *психологія тілесності* (Є.Е.Газарова, 2002; О.В.Лаврова, 1999; Г.В.Ложкін, А.Ю.Рождественський, 2004; В.Н.Нікітін, 1998, 2000; В.В.Ніколаєва, А.Г.Аріна, 1996; Т.М.Титаренко, 1998; А.Ш.Тхостов, 2002 та ін.).

Якісь свої певні позиції психологія тілесності бере від тілесно-орієнтованої психотерапії Райха. Але ні в якому разі психологію тілесності не можна зводити до цього напрямку. Підйом інтересу до феномену тілесності поширюється у психології і дає можливість формуванню нового напрямку – психології тілесності [32; 69; 73; 75; 90; 91; 92; 116; 132; 136]. Тут головними є проблеми, пов'язані з генезом, віковою динамікою та специфікою суб'єктивного відображення людиною власної тілесності [75, с. 29]. Саме ця галузь психології, напевно, в майбутньому зможе відповісти на багато питань стосовно образу фізичного Я. В рамках психології тілесності розробляється ціла система пластико-когнітивної терапії (В.Н. Нікітін, 1998). На думку В.Н. Нікітіна, система пластико-когнітивної терапії, яка базується на понятті “тілесна свідомість”, дає можливість дітям і молодим людям зменшити невідповідність між когнітивною і сенсорною сферами розвитку, усвідомити плас-

тичність свого тіла, його багатовимірні можливості, відчувати радість, задоволення від тих моторно-пластичних вправ, які гармонізують тіло. Центральним поняттям тілесної свідомості є пластика. Пластика тілесних форм, емоційних і сенсорних проявів, когнітивної і креативної діяльності є символом нероздільності фізичних, психологічних, естетичних і етичних сфер людської свідомості. Здатність живих організмів до пластичності перебудови своїх якостей і функцій практично нескінченна. Пластичність тіла є елементом самоорганізації і самовпорядкування, вона пов'язана з красою тіла і зафіксована у рухах танцюристів, артистів балету, гімнастів. Когнітивно-моторні відчуття органічно входять у складний образ Я-фізичного поряд із самооцінкою зовнішності – тіла і обличчя [90; 91].

Один з розробників напрямку психології тілесності, Г.В. Ложкін та А.Ю. Рождественський (2004), говори про необхідність формування цього напрямку, констатують: “Проблема образу тіла залишається в теорії та практиці психологічної науки на рівні феноменологічних описів, узятих з патопсихології, психосоматики, тілесно-орієнтованої психотерапії. Відсутні традиції, перевірені практикою підходи до дослідження феномену тілесності як об'єктивної реальності. Практика досліджень образу фізичного Я обмежується результатами самоописів досліджуваного” [75, с. 29]. Ми в якійсь мірі не погоджуємося з цим ствердженням, тому що існує фундаментальна робота про образ фізичного Я є, і це, насамперед, роботи О.Т. Соколової Але, на жаль, розробок дуже мало, як ми вже неодноразово підкреслювали.

Що стосується досліджень деформацій образу фізичного Я у людей з різними косметичними вадами, що є предметом нашої уваги, то такі роботи на сьогоднішній день у вітчизняній психології майже взагалі відсутні. Якщо роботи в цьому плані в психології і здійснювались, то це дослідження якихось загальних характеристик особистості пацієнтів, а не аспект образу фізичного Я [3; 10; 22; 33; 46; 78; 84; 88; 96; 99; 133]. Слід обов'язково підкреслити роботи О.В.Богомолець (2000; 2003) по цій проблематиці [20; 21].

1.2.2. Поняття та структура образу фізичного Я.

Відносно поняття “образ фізичного Я” у вітчизняній психології існує невизначеність. Якщо у психології інших країн існує один, загальноприйнятий термін “образ тіла” (body image), суперечки стосуються лише тлумачення цього поняття, то у вітчизняній психології взагалі загальноприйнятого терміну не існує. Використовується цілий ряд термінів щодо психічного явища, яке нами розглядається: “образ фізичного Я”, “образ тілесного Я”, “образ тіла”, “тілесне Я”, “тілесний досвід”, “тілесність”, “образ зовнішності”, “схема тіла”, “самосприйняття зовнішності”, “самооцінка зовнішності”, “фізичний Я-образ”, “усвідомлення тіла”. Складалася така ситуація через те, що проблема тіла у вітчизняній психології майже ігнорувалася певний час, не створювалися концепції відносно образу тіла.

Розглянемо, як представлено поняття “образ тіла” у психології інших країн. Найбільш вживаним у зарубіжній психології є термін “образ тіла” (body image). Існує три підходи до визначення поняття “образ тіла” [125, с. 21].

1) *Образ тіла розглядається як результат активності певних нейронних систем* (М.Боньєр, 1893; Г.Хед, 1920; П.Федерн, 1952 та ін.). Тут в певній мірі поняття “образ тіла” ототожнюється з поняттям “схема тіла” (запроваджено Боньєром у 1893 році) і означає пластичну модель власного тіла, яку кожен будує, виходячи із соматичних відчуттів. Схема тіла забезпечує регулювання положення частин тіла, контроль і корекцію рухового акту. Таке ототожнення схеми тіла і образу тіла, як правило, впроваджується лише у роботах фізіологів і неврологів. Що стосується психологічних досліджень, то ці поняття чітко розводяться, тут схема тіла описує стабільне і постійне знання про своє тіло, а образ тіла розглядається як результат свідомого або несвідомого психічного відображення, як певна розумова картина свого тіла [125, с. 21].

2) *Образ тіла розглядається як результат психічного відображення, як певна розумова картина свого власного тіла* (Дж. Чаплін, 1974; Д.Бенет,

1960). Образ тіла розглядається як уявлення індивіда про те, як його тіло сприймається іншими (Дж. Чаплін, 1974). Інші дослідники додають до цього визначення ще й зоровий малюнок власного тіла (Д.Бенет, 1960).

3) *Образ тіла розглядається як складна комплексна єдність, сприймань, установок, оцінок, уявлень, пов'язаних як з тілесною зовнішністю, так і з функціями тіла* (Р. Шонц, 1981 та ін.). Це найбільш розповсюджене визначення образу тіла на сьогоднішній день у зарубіжній психології. Відомий дослідник образу тіла S. Fisher (1986) вважає, що краще користуватися такою широкою категорією як *“тілесний досвід”*, який охоплює все, що має будь-яке відношення до психологічного зв'язку *“індивід-тіло”*. По мірі необхідності ця категорія конкретизується і набуває певного значення. Якщо досліджуються сприймаємі об'єктом об'єктивні параметри свого тіла, то можна казати про *“сприймання тіла”*, коли досліджуються особливості тілесної самоідентичності, то можна говорити про *“тілесне Я”* і т.д. [125, с. 24].

Що стосується вітчизняної психології, то тут, як ми вже підкреслювали, існують труднощі щодо визначення образу тіла. В словниково-довідниковій літературі цей термін та близькі до нього поняття нам вдалося знайти лише у деяких виданнях останніх років. Якщо розглядати праці вітчизняних психологів різного історичного часу (починаючи з середини 20 ст. і пізніше), то чітке визначення образу тіла (або схожих до нього понять) нам вдалося знайти лише в деяких роботах. Найбільш поширеними поняттями у вітчизняній психології є поняття *“образ фізичного Я”* (або *“образ тілесного Я”*) та *“образ тіла”*. Зустрічається також конструкт *“схема тіла”*, але він має дещо інше значення.

Поняття *“образ тіла”* вже зустрічається у роботах В.Н.Куніциної (1968). У А.О.Реана (та співавторів) наводиться таке визначення образу тіла: *“образ тіла – уявлення особистості про зовнішність, про ступінь естетичності будови тіла”* [108, с. 178].

У сучасній довідниковій літературі з психології наводиться наступне

визначення образу тіла. “Образ тіла – системотворчий структурний елемент образу Я, уявлення про себе в аспекті тілесності” [127, с. 86]. На жаль, більше нам не вдалося знайти визначень.

В рамках психології тілесності також вживається термін “образ тіла” [75].

Також поширеним у вітчизняній психології є термін “образ фізичного Я” (В.М. Белов, 1970; О.Т.Соколова, 1989, 1991, 2000; А.Н. Дорожевець, 1996). Синонімічним є вживання терміну “образ тілесного Я”.

Крім того у психологічній літературі вживається конструкт “схема тіла”. Вживання цього конструкту зустрічається вже в середині 20 ст. у психіатрії (Р.І.Меєровіч, 1948). Так само як з проблемою вживання поняття “образ тіла”, у вітчизняній психології існують різні погляди на термін “схема тіла”. Якщо у психології інших країн термін “схема тіла” несе у собі нейрофізіологічний зміст (так вважає більшість психологів), то у вітчизняній психології існують різні погляди на цей конструкт. **“Схема тіла – психологічна структура, у якій відображена конструкція власного тіла людини. Лише завдяки її наявності можлива успішна координація рухів різних частин тіла людини”** [108, с. 91]. Також пропонується інше визначення схеми тіла: “схема тіла – психофізіологічний інформаційний апарат, де постійно формуються і співставляються динамічні образи тіла, а також оперативні образи – образи майбутнього руху. На фізіологічному базисі схеми тіла формується особистісна надбудова, за допомогою якої формуються психологічні та естетичні образи тіла, що несуть і функцію оцінки. На найвищому, соціально-психологічному рівні розвитку схеми тіла формуються образи, пов’язані з такими уявленнями як статево-рольові функції та мораль. Тому схема тіла виступає як апарат не лише самопізнання, але й самосвідомості” [120, с. 801]. Як ми бачимо, в цьому останньому визначенні схема тіла несе в собі той зміст, якого надають терміну “образ тіла”.

Тепер необхідно зупинитися на *структурі образу фізичного Я* (спочат-

ку розглянемо, як це представлено у зарубіжній психології).

Р. Шонц (1981) розглядає образ тіла як складну комплексу єдність сприймань, установок, оцінок, уявлень, що пов'язані із зовнішністю і функціями тіла [125]. В роботах цього автора образ тіла представлений на чотирьох рівнях: схема тіла, тілесне Я, тілесне уявлення і концепція тіла. Р.Шонц так описує свій теоретичний конструкт:

— схема тіла – найбільш фундаментальний рівень тілесного переживання. Вона забезпечує уявлення про локалізацію стимулів на поверхні тіла, орієнтацію тіла у просторі і положення частин тіла відносно одна одної. Схема тіла досить стабільна і порушується лише при таких глобальних впливах як ураження мозку, порушення інервації і дії фармакологічних агентів;

— тілесне Я спирається на життєвий досвід: “всередині” – “після”; “там” – “тут”, на інші визначення дистанцій та спрямованості. Тілесне Я означає тілесну самоідентичність;

— уявлення про своє тіло залежить від самопізнання і характеризує те, як людина оцінює тіло взагалі і окремі його частини. Концепція тіла дає можливість одержати знання про своє тіло, яке пов'язане із усвідомленням функцій тіла і поєднується із раціональним розумінням, яке стає регулятором поведінки людини;

— концепція тіл – формальне знання про тіло, яке виражене за допомогою символів. Цей тип усвідомлення тіла поєднується з раціональним розумінням і є регулятором поведінки, спрямованої на підтримку здоров'я та боротьбу з хворобами [125, с. 23].

Існують інші погляди на структуру образу тіла. М. Розенберг (M.Rosenberg, 1965) пропонує багаторівневу структуру розвитку самосвідомості (і в тому числі образу тіла) [244]. М.Rosenberg виділяє параметри-показники рівня розвитку самосвідомості: 1) ступінь когнітивної складності та диференційованості образу Я; 2) ступінь чіткості виокремлення образу Я, його суб'єктивного значення для особистості; 3) ступінь внутрішньої ціліснос-

ті, послідовності образу Я, як наслідок неспівпадання реального та ідеального образу Я, протиріч чи несумісності окремих його якостей; 4) ступінь стійкості, стабільності образу Я у часі; 5) міра самосприйняття, позитивне чи негативне відношення до себе [125, с. 8].

У вітчизняній психології структура образу фізичного Я розглядається відповідно структурі Я-концепції (чи самосвідомості):

- 1) *когнітивний компонент* (уявлення індивіда про свою зовнішність, образ фізичного Я як когнітивне утворення);
- 2) *афективний компонент* (самооцінка зовнішності);
- 3) *поведінковий компонент* (потенційна поведінкова реакція) [35; 118; 120; 125].

О.Т.Соколова також дотримується цієї точки зору, реалізуючи особистісний підхід до дослідження образу фізичного Я [125].

За рівнем розвитку образу фізичного Я О.Т.Соколова розглядає такі його структурні характеристики (це також підхід М.Розенберга):

- 1) ступінь когнітивної складності та диференційованості образу фізичного Я;
- 2) ступінь суб'єктивної значимості образу фізичного Я для особистості;
- 3) ступінь внутрішньої цільності та послідовності образу фізичного Я;
- 4) ступінь стійкості, стабільності образу фізичного Я у часі;
- 5) міра самосприймання, позитивне чи негативне відношення до себе [125, с. 8].

Як сукупність установок на себе виділяються наступні образи фізичного Я:

- 1) *Я-ідеальне* – уявлення про те, яким хотів би бути індивід, яку зовнішність хотів би мати;
- 2) *Я-реальне* – уявлення про свою зовнішність у теперішньому часі;
- 3) *Я-дзеркальне* – власні уявлення людини про те, якою його зовніш-

ність сприймається в очах інших людей;

4) *Я-фантастичне* – уявлення про те, яким суб'єкт хотів би зовні виглядати, якби була можливість;

5) *Я-динамічне* – уявлення про те, яким суб'єкт намагається виглядати зовнішньо та ін. [118, с. 331-332; 120, с. 967].

Я-ідеальне можливо протиставити Я-реальному уявленню про свою зовнішність. Я-ідеальне виступає необхідним орієнтиром самовиховання особистості.

Співвідношення між Я-ідеальним і Я-реальним у всіх випадках життя людини є дуже важливим. Йдеться про інтегративні, цілісні Я-образи, які пов'язані з різнобічними ознаками, рисами, якостями людини. Ясна річ, дуже велике значення для формування та функціонування цих образів мають інші суттєві характеристики особистості – її інтереси, прагнення, взагалі ціннісні установки та орієнтації, оскільки в залежності від них будуть визначатися орієнтири для формування стилю поведінки, життя, будуть обиратися люди, які можуть бути еталоном поведінки. По відношенню до Я-фізичного мова може йти про обрання так само різнобічно привабливих образів – представників якоїсь професії, акторів, спортсменів. Коли ж говорити про деякі більш вузькі орієнтації, то вони можуть бути пов'язані з окремими ознаками, зокрема тілесними, що стосується зросту, конституції, рис обличчя, окремих інших ознак організації людини.

Взагалі, структура образу фізичного Я у вітчизняній психології розглядається в аспекті структури Я-концепції (чи самосвідомості). Як ми вже неодноразово підкреслювали, цьому конструкту приділяється незначна увага. І це стосується, звичайно, і розгляду структури (за винятком деяких вітчизняних психологів, і насамперед, О.Т.Соколової).

1.2.3. Становлення образу фізичного Я.

Розглядаючи образ фізичного Я, неможливо не зупинитися на проблемі

його становлення. Цій проблемі приділено досить значної уваги у зарубіжних психологічних дослідженнях. Обов'язково слід згадати роботи таких психологів як Б.Заззо, М.Кле (1991), Г.Крайг, Ф.Райс, Н.Л.Вее (1998) та ін. У вітчизняній психології ця проблема теж у певній мірі вивчена, але, як ми вже зазначали, не як окреме психологічне явище, а в контексті іншої, більш глобальної проблематики. Обов'язково необхідно зазначити роботи В.Н.Куніциної (1968, 1972), В.А.Аверіна (1998), О.Т.Соколової (1989, 1991), А.О.Реана та співав. (2003) та ін.

Найбільшій увазі проблемі образу тіла приділяється у дослідженні розвитку психічних явищ у підлітковому віці. І це цілком зрозуміло, адже проблема образу тіла займає тут одне з найважливіших місць. Однак є ряд питань, які залишаються майже не розглянутими у вітчизняній психології. Серед яких:

— група чинників, що впливає на формування неадекватного образу фізичного Я у підлітковому віці та юнацькому віці;

— різні типи формування образу фізичного Я;

— проблема становлення та деформацій образу фізичного Я у юнацькому віці та відмінності цього процесу від підліткового віку;

— особливості деформацій образу фізичного Я у людей з різними фізичними вадами у підлітковому та юнацькому віці.

Що стосується самооцінки і самопізнання фізичного Я, впливу адекватної чи неадекватної самооцінки тілесного Я-образу на саморегуляцію поведінки, то конкретні дослідження в цьому напрямку, на жаль, досить обмежені у вітчизняній психології.

Практично всі автори, фахівці з проблем вікової психології, відзначають загострення питань самооцінки у підлітків та юнаків. У першій фазі підліткового віку (11-12 років) у структур "Я" помітними стають суттєві зміни: відзначається бурхливе зростання негативних самооцінок. В 13-14 років число мінусових самооцінок перебільшує число позитивних.

Принципово важливим є те, що визначаючи певні особливості у власній зовнішності, підлітки та юнаки можуть відходити далеко від об'єктивної реальності, гіперболізувати чи, навпаки, знижувати оцінки певних частин свого тіла. В системі Я-образу самооцінки окремих частин тіла відповідно займають масштабне або порівняно невелике місце в залежності від того, чому надається більша перевага – духовному чи фізичному, реальному чи ідеальному і т.ін. Процес самооцінювання органічно вплітається в процес самосвідомості, так само відповідним чином “зафарбовуючи” його у відповідності до оцінок.

Як свідчать дані, одержані зарубіжними і вітчизняними авторами, центральним новоутворенням в підлітковому віці є *формування Я-образу в його основних проявах: поведінковому, особистісному і фізичному*. У вітчизняній літературі основна увага приділялась питанням вікового становлення Я-образу (в основному поведінкового і особистісного), вплив середовища на його розвиток, оцінка підлітками власної поведінки, адекватність цієї оцінки реальності життя [1; 2; 17; 43; 102; 125; 146].

В пубертатному віці протягом досить короткого періоду (це в цілому чотири роки) тіло та обличчя дитини суттєво змінюється, що викликає в дитини реконструкцію тілесного образу Я і формує уявлення про чоловічу або жіночу ідентичність.

Більшість дослідників психології підліткового віку вважають, що становлення самосвідомості підлітка включає два етапи: перший – це формування почуття відділення свого Я від Я-інших і другий етап – це становлення ідентичності особистості, як усвідомлення системи ставлення до інших і до самого себе. Зрозуміло, що цей процес становлення свого Я неодмінно включає і ставлення до фізичного Я [1; 38; 52; 55; 108; 115; 154].

У роботах, присвячених формуванню образу Я в юнацькому віці, в основному, висвітлюються діяльність і особистісна характеристики самосвідомості і образу Я, що стосується фізичного Я-образу, то цей аспект самосвідомості

мості залишається поза увагою дослідників.

В дослідженнях, що стосуються прояву і сутності самооцінки в юнацькому віці та її ознак, доведено, що афективний компонент самооцінки (позитивна, негативна, амбівалентна) змінюється протягом юнацького віку у таких двох напрямках: 1) від негативного і амбівалентного – до цілісного, 2) від оцінки окремих якостей – до загальної оцінки особистості. Одним з центральних моментів в цьому процесі є зміна критеріїв самооцінки: якщо у підлітковому віці самооцінка значною мірою залежала від оцінки інших, то в юнацькому вона базується на власному уявленні юнака про себе і свої внутрішні якості [55; 115].

Теоретичний аналіз відповідної психологічної літератури дає підстави твердити, що *фізичне Я як важлива складова образу-Я органічно входить в структуру Я-концепції підростаючої особистості*, його не можна ігнорувати, не можна відкидати, надаючи перевагу особистісному або діяльнісному Я. Фізичне Я тісно пов'язане із структурними компонентами цілісного образу Я, і може сильно впливати як на особистісне Я, так і на діяльнісне, в одних індивідуальних варіантах підвищувати емоційно-енергетичний потенціал особистості, створюючи позитивний настрій, емоційний підйом, якщо молода людина задоволена своїм фізичним Я і, навпаки, пригнічувати, тривожити і дезадаптувати вчинки. Оцінка власного Я набуває великого значення і є поштовхом до самоствердження, саморозвитку, саморегуляції поведінки.

На оцінку фізичного Я значно впливають суб'єктивні фактори, проте більш важливим є фактори соціальні. Так, фізично красиві діти користуються більшою популярністю та кращим ставленням до себе, ніж непривабливі, що в свою чергу впливає позитивно на Я-концепцію та викликає загальну завищену самооцінку. Взагалі, оцінювання індивідом свого тілесного образу значною мірою залежить від того, як оточуючі реагують на їх тілесне Я. Зауваження, компліменти або критика з боку оточуючих, ровесників стануть вирішальними чинниками для побудови образу себе. Оцінка інших завжди до

певної міри буде стереотипною, тобто відображатиме давно складену думку. Ці стереотипи можуть бути позитивними або негативними залежно від складених у суспільстві моральних норм і цінностей та норм, які індивідуально прийняті людиною. Вплив зауважень інших людей також відіграватиме більшу чи меншу роль в залежності від їх статусу. Батьківське схвалення, звичайно, є найбільш впливовим в перші роки життя дитини, але пізніше думки однокласників, осіб протилежної статі зазвичай стають більш вагомими (В.А.Аверін, 1998; А.О.Реан та співавт. 2003; Ф.Райс, 2000; О.Т.Соколова, 1989).

Зовнішня непривабливість дитини, підлітка отримує узагальнене значення для оцінки їм своєї особистості в цілому [108, с. 179].

Усвідомлення особливостей своєї зовнішності у підлітковому віці має вплив на формування багатьох вагомих якостей особистості, таких як життєрадісності, сором'язливості, впевненості у собі [108, с. 231].

У ряді досліджень встановлено, що самооцінки тілесного Я відрізняються у дівчат та хлопців [1; 52; 108; 125 та ін.].

У подальшому розвитку особистості зовнішні риси мають різне значення у статевій ідентифікації чоловіків та жінок. У жінок у Я-образі найбільше відображені риси зовнішності [108; 112].

В дослідженнях встановлено (Мате, Хан, 1975), що у юнацькому віці у жінок фізична краса є основною для відчуття щастя та високої самооцінки, у той час як для чоловіків фізична краса прямо пов'язана з відчуттям щастя, а залежність з самооцінкою є зворотньою [108, с. 286].

Існує ряд досліджень у психології інших країн відносно самооцінок окремих частин тіла та їх впливу на формування загальної самооцінки образу тіла [112]. Існування таких досліджень у вітчизняній психології нам невідомо.

Як зазначає ряд авторів, важливим питанням у проблемі становлення образу фізичного Я у підлітковому та юнацькому віці є формування адекватної самоідентифікації (О.Т.Соколова, 1989; Ф.Райс, 2000; О.С.Кочарян, 1996

та ін.).

Отже, ми спробували розглянути деякі питання, пов'язані з становленням образу фізичного Я. Звичайно, цей процес не є винятковим лише для підліткового та юнацького віку, однак, в рамках нашого дослідження, ми зупинилися лише на цих вікових періодах.

1.3. Деформації образу фізичного Я

1.3.1. Деформації образу фізичного Я у людей з різними соматичними та психічними захворюваннями.

Розглядаючи проблему деформацій образу фізичного Я, ми спробуємо розглянути цю проблему з різних сторін, а саме:

— вплив існуючих від народження та набутих різних вад зовнішності на особистість, на появу певних психічних розладів;

— розвиток психічних захворювань (насамперед ми маємо на увазі дисморфобію), що пов'язані з оцінкою фізичного Я;

— значення певних психічних якостей особистості у появі чи загостренні соматичних захворювань (насамперед ми розглянемо хвороби шкіри);

— вплив групи факторів на появу деформацій образу фізичного Я (“неправильна” статева ідентифікація, розлади харчової поведінки та ін.);

— соціокультурний вплив на формування деформацій образу тіла, та ряд інших питань.

Всі ці питання розглядатимуться за роботами як вітчизняних, так і психологів інших країн.

Одне з питань, пов'язаних з деформаціями образу тіла, і якому приділяють увагу як в медичній психології, так і у психіатрії – це вивчення синдрому дисморфоманії та синдрому дисморфобії. **Синдром дисморфоманії** виявляється у хворобливих переконаннях про наявність у себе якогось уявлюваного або переоцінюваного, перебільшеного фізичного дефекту зовнішності [127, с. 295].

Синдром дисморфофобії – нав’язливий страх невротичного характеру (на неспсихотичному рівні з відсутністю значних змін психічної діяльності), пов’язаний з уявленням про наявність фізичного недоліку [56, с. 10]. Дисморфоманія – це дисморфофобія на рівні марення [18, с. 284]. Синдром дисморфофобії та дисморфоманії широко розглядається в роботах М.В.Коркіної (1984).

Для синдрому дисморфофобії характерна тріада: *патологічна ідея фізичного недоліку з наявним бажанням виправити уявлений дефект*; ідея відношення; пригнічений настрій. Дисморфоманічні переживання й ідеї відношення до змін у поведінці: хворі вдаються до різноманітних засобів маскування “дефекту”, намагаються приховати його, усамітнюються, ухиляються від спілкування. При цьому на перший план виходить не дисморфоманічна ідея, а необхідність уникати товариства, в якому “дефекти” викликають загальну увагу, здивування, насмішки. Часом зустрічаються яскраво виражені суїцидальні наміри. Для дисморфоманії характерним є нахил до дисимуляції, яка має частковий характер: у спілкуванні з психіатром скарги частіше приховуються, тоді як у розмові з хірургами, косметологами хворі досить відверто про це говорять [56; 127].

Синдром дисморфоманії пов’язаний з наявністю деперсоналізації, сенестопатичних розладах та патологічних рис характеру [56, с. 59]. Синдром дисморфоманії (та дисморфофобії) зустрічається в клініці різних груп психічних захворювань:

— при акцентуаціях та клініці психопатій. При виникненні дисморфоманій має значення наявність психогенного впливу, певного вікового періоду та акцентуацій характеру (чи психопатичних рис особистості). Всі дослідники підкреслюють підлітковий вік як сенситивний до виникнення дисморфоманій (В.Н.Куніцина, 1972; М.В.Коркіна, 1984; В.М.Блейхер, І.В.Крук, 1996; О.О.Бухановський, 2000; В.А.Аверін, 1998 та ін.). Іноді дисморфофобії приймають форму так званої *пубертатної дисморфофобії*, яка зустрічається і у

здорових підлітків як тимчасова реакція.

- у вигляді ендореактивної підліткової дисморфоманії;
- синдром дисморфоманії в клініці шизофренії;
- при реактивних станах [29; 56; 127].

Як підкреслює ряд дослідників, увага до синдрому дисморфоманії (дисморфофобії) привертається з боку пластичних хірургів [54; 56; 141]. Насамперед до цих спеціалістів звертаються хворі “за допомогою”. Однак оперативне втручання для хворих з синдромом дисморфоманії має зворотній ефект, хвороба після цього лише стає сильнішою.

Існують значні труднощі відмежування у підлітково-юнацькому віці дисморфофобій від звичайного вікового підвищеного інтересу до своєї зовнішності [56; 119].

Деформації образу тіла виникають при хворобах, пов’язаних з *порушенням харчової поведінки*. Це насамперед захворювання *нервова анорексія та булімія*. Як ми вже підкреслювали, цьому питанню в останні десятиліття приділяють значну увагу медичні психологи (А.Н. Дорожевець, 1996; В.І.Крилов, 1994; О.Т.Соколова, 2000 та ін.). Деформації образу тіла вивчаються насамперед при наявності цих захворювань [30; 54; 56; 60; 62; 63; 112; 124; 125; 250 та ін.].

Нервова анорексія характеризується: відмовою від підтримки ваги на рівні, вищим за мінімальний, сильним страхом у підвищенні ваги, *порушення сприйняття власного тіла, неадекватний вплив ваги та фігури на психіку або заперечення значущості проблеми незначної ваги* [54]. Нервова анорексія найчастіше зустрічається у дівчат і підлітків, молодих жінок, набагато рідше – у юнаків, дітей та жінок старшого віку. При цьому вважається, що основним симптомом нервової анорексії є гіперцінна або ілюзорна поведінка, спрямована на зниження маси тіла. Вона може доповнюватись фрагментарними сенситивними ідеями відношення. В основі нервової анорексії є дисморфоманічна ідея “надмірної повноти” і, як наслідок, бажання виправити

фізичний “недолік”. Боротьба з вагою здійснюється різними способами: виснажливими зайняттями фізичними вправами, проносними засобами, клізмами, викликанням блювання, повною відмовою від їжі, дієтою. Нервова анорексія спостерігається при шизофренії підліткового та юнацького віку та ендореактивних психозах пубертатного періоду [18, с. 48].

Кількість людей з захворюванням на нервову анорексію зростає [60].

У дослідженнях М.В.Коркіної (1986) встановлено, що існують первинні та вторинні (сформовані в умовах хвороби) риси особистості, “відповідальні” за нервову анорексію [57, с. 149]. До первинних рис особистості відносяться надто високий рівень притягань та самооцінка інтелекту. У підлітковому віці неадекватна самооцінка зовнішності є вторинною рисою особистості.

Булімія – патологічно підвищений апетит. Зустрічається при органічних ураженнях головного мозку, кататонічній шизофренії, депресивних станах [18, с. 132]. Слід відрізнити нервову булімію від ожиріння. Після прийняття забагатої кількості їжі люди з булімією намагаються це компенсувати (блювання). Для людей з захворюванням на булімію характерна постійна зміна настрою, антисоціальна поведінка, емоційна нестійкість [60].

Для нервової анорексії та булімії характерна наявність депресії. Однак взаємозалежність цих станів залишається відкритою. Не виключається вплив третьої причини: соціокультурні, сімейні та біологічні фактори [60, с. 305].

Відповідно до теорії багатоаспектного розгляду перспектив ризику, на людину впливає декілька різноманітних факторів, що сприяють розвитку розладів харчової поведінки: соціальний тиск, проблеми незалежності, перехідний вік, підвищена активність гіпоталамусу, тиск батьків, депресія, дієта [60, с. 313]. Для нервової булімії характерний неадекватний вплив ваги та фігури на психіку.

За дослідженнями О.Т.Соколової (1989), для підлітків з надмірною вагою характерна *низька когнітивна диференційованість, підвищена сенситив-*

ність до негативної оцінки оточуючих, низька самооцінка своєї зовнішності має тотальний негативний вплив на загальний рівень самосприйняття [125, с. 29].

Значні деформації образу тіла пов'язані з **порушеннями статевої ідентифікації**: стійка трансексуальна ідентифікація, що супроводжується постійним дискомфортом, пов'язаним зі своєю статтю, або відчуттям невідповідності гендерної ролі своєї статі. Кількість чоловіків з такими відхиленнями перевищує кількість жінок [60].

У трансексуалізмі головним синдромом є трансформація статевої самосвідомості, порушення статевої аутоідентифікації, негативне відношення до своєї зовнішності та інверсія статевої поведінки [125, с. 36]. Разом з порушенням статевої ідентифікації формуються стиль поведінки, відчуття цінності норми та сексуальні переваги. Причини прояву трансексуалізму і досі залишаються відкритими [60; 125 та ін.].

Образ фізичного Я людей-трансексуалів відрізняється, за дослідженнями О.Т.Соколової (1989), низькою когнітивною диференційованістю, негативною емоційною оцінкою своєї зовнішності, невпевненістю у собі [125, с. 43-44]. Спостерігається значна дисоціація Я-реального та Я-ідеального. Слід зазначити, що загальна самооцінка при трансексуалізмі є вище середнього рівня [125].

Окремо треба виділити групу порушень статевої ідентифікації “менш значного характеру”: у людини формується статевая ідентифікація відповідно до біологічної статі, однак з більш-менш значними відхиленнями. Особливого значення для підліткового віку набувають терміни статевого розвитку. Не у всіх вони відповідають віковій нормі, що може викликати певні психічні зміни [58; 59; 60; 112; 113; 154; 203; 220; 267]. Існує декілька варіантів формування ідентичності (в тому числі і статевої ідентичності): розмита ідентифікація (люди з цією ідентифікацією не пройшли через кризу у підлітковому віці, мають порушену стверву роль та особистісні норми сексуальної поведін-

ки); передчасна ідентифікація [112].

В дослідженнях встановлено, що порушення структури симптомокомплексу фемінінності-маскулінності може проявлятися у злипанні маскулінних та фемінінних статеворольових утворень, у їх не інтегрованому розщипленні, у зниженні інтегративних функцій маскулінно-фемінінних ідеал-утворень, дисбалансі структури, незрілих статеворольових структурах (О.С.Кочарян, 1996). Порушення структури цього симптомокомплексу може призвести до розвитку неврозів. У нормі факторами інтеграції статеворольової структури є маскулінний та фемінінний ідеал-утворення [58, с. 115].

Серед інших груп захворювань, при яких відбуваються різні деформації образу тіла, необхідно зупинитися на наступних. У пацієнтів із **зубо-щелепними аномаліями** спостерігається тяжка психічна травматизація. Більшість своїх невдач (різного рівня) вони пояснюють наявністю естетичного дефекту. Більшість людей тяжко сприймають наявність недоліку обличчя, стають гіперсензитивними [10; 78; 84]. Підкреслюється недостатність вивчення у стоматологічній хірургії впливу патології обличчя на появу різних психогенних реакцій [84].

У людей з різними **розладами схеми тіла** існують різні симптоми порушення сприйняття власного тіла, своєрідні відчуття збільшення чи зменшення ваги, розмірів свого тіла чи його частин. До розладів схеми тіла відносять також порушення сприйняття співвідношення між частинами тіла. Ці зміни хворі сприймають лише при заплющених очах [118, с. 74].

У пацієнтів з захворюваннями асоціативної області лівої тім'яної ділянки головного мозку спостерігається наявність **синдрому Герстмана** – сукупність симптомів, що свідчать про часткову дезінтеграцію в пізнанні хворими власної схеми тіла [82; с. 374].

У людей з ампутованими кінцівками може зустрічатися така деформація як **фантомний образ** – ілюзорні відчуття в ампутованій частині тіла [120, с. 429].

Як встановлено у дослідженнях, у підлітків з **аутодеструктивною по-**

ведінкою спостерігаються деформації образу тіла: існує розбіжність уявлень про ідеальний та реальний образ тіла, дисоціація образу Я та образу тіла [147].

Говорячи про деформації образу фізичного Я у людей з різними **фізичними вадами**, в цілому треба зазначити: у цих людей спостерігаються значні психічні зміни у зв'язку з наявністю вад, що обумовлено значимістю соціального статусу людини з вадами, відношенням до нього суспільства та ін. [83, с. 325].

Існує дві групи реакцій людини з різними фізичними вадами: різні форми заперечення та нарцисичне надзадоволення як компенсаційний механізм, спрямований на пом'якшення негативних відчуттів, виникаючих по відношенню до себе [191]. **Нарцисична особистість** має високу самооцінку власної зовнішності [126]. У таких людей існує почуття власної неповноцінності (в тому числі і зовнішньої неповноцінності), фізичної і психічної втоми, віддаленості і відчуженості від людей. Дуже часто причиною таких розладів є непомірна кількість фрустрацій у дитинстві, що призводить до порушень нормального розвитку свідомості і включення у психологічну структуру особистості почуттів заздрості і агресивності. Є підстави вважати, що причиною таких розладів є напруження взаємовідносин між дітьми і батьками. Результатом цього стає моральна вседозволеність, непомірно велика увага до “красивої” зовнішності, що призводить до гіпертрофованого ставлення до себе як особистості виключно за своїми зовнішніми ознаками.

Вважаємо за доцільне окремим пунктом розглянути деформації образу тіла у людей з різними косметичними вадами.

1.3.2. Деформації образу фізичного Я у людей з захворюваннями шкіри чи необхідності пластичної операції.

Важливість впливу привабливості зовнішності, відсутності косметологічних дефектів на формування психічного самопочуття підкреслюється в ро-

ботах як психологів так і медиків [3; 20; 21; 22; 33; 54; 71; 83; 88; 97; 112; 133; 141 та ін.].

Вважаємо за необхідне в підтвердження цього навести цитування з робіт вітчизняного дерматолога О.В. Богомолець (2000): “Масове прагнення до зовнішнього удосконалення призвело до формування груп пацієнтів обох статей молодого віку, страждаючих психологічною, косметологічною залежністю. Існуюча залежність підсилюється засобами масової інформації та рекламними кампаніями... Наслідком хвороби краси стає ще більше порушення фізіологічної рівноваги шкіри. Психічно неврівноважені косметологічно залежні пацієнти, з хворобою краси, потребують в першу чергу... психотерапевтичної корекції”. [21, с.5].

Значимість зовнішності у психічному розвитку людини набуває свого особливого значення у підлітковому та юнацькому віці, адже саме в цей період відбуваються значимі тілесні зміни людини, в тому числі і статевий розвиток. Зовнішність людини впливає на розвиток особистості, соціальні взаємовідносини та соціальну поведінку [112, с. 136]. Як встановлено в дослідженнях, *фізична привабливість* впливає на позитивну самооцінку підлітка, на взаємовідносини з однолітками (Koff, Rierdan, Stubbs, 1990). До фізично привабливих підлітків краще відносяться оточуючі, вони більш популярні та краще адаптуються у суспільстві, у них вища самооцінка [112, с. 161]. Така тенденція зберігається і у дорослих.

Ряд досліджень було спрямовано на виявлення значимості певних *рис зовнішності* в оцінці власної фізичної привабливості (на жаль, такі дослідження, за наявною інформацією, були проведені лише у інших країнах). Встановлено, що підлітків хвилюють такі компоненти фізичної привабливості, як загальний зовнішній вигляд, обличчя, колір обличчя, вага, зуби, тип будови тіла. Дівчата звертають увагу на очі, груди, стрункість ніг. Для чоловіків важливим є зріст, розмір плеч, шия. Підлітки обох статей однаково увагу звертають на ніс, рот, красу волосся та мало уваги привертають литкам, рукам, ву-

хам та кольору волосся [112, с. 139].

Велике значення на сприйняття людини у суспільстві має *тип будови тіла*. Для дітей молодшого шкільного віку найбільш привабливим є мезоморфний тип будови тіла [108, с. 179]. Така тенденція зберігається і у дорослих. Найменш привабливим є ендоморфний тип. Тип будови тіла у багатьох випадках є орієнтиром відношення до дитини. Зовнішня непривабливість дитини набуває узагальненого значення для оцінки ним своєї особистості в цілому. Відповідність фізичного розвитку підлітка стандартам, прийнятим у групі однолітків, стає головним фактором у його соціальному призначенні та положення в групі [108, с. 231].

Встановлено, що загальна самооцінка у підлітковому віці в значній мірі пов'язана з самооцінкою зовнішності (О.Т.Соколова, 1989; А.О.Реан та співавт., 2003). Я-концепція у дівчат сильніше, на відміну від хлопців, корелює з оцінкою привабливості свого тіла, ніж з оцінкою його ефективності.

Як ми вже зазначили, зовнішність людини, пропорційний фізичний розвиток має вагомий вплив на психічне самопочуття. Саме тому різні **косметичні вади** викликають дискомфорт у психічному стані людини, можуть бути більш чи менш травмуючими для людини. Особливо це стосується підліткового та юнацького віку, коли відбувається значний тілесний розвиток і кожні відхилення від “стандартного” розвитку викликають у людини хвилювання.

Серед косметичних вад найбільш значимими є деформації обличчя. Люди з такими деформаціями більш вразливі, ніж ті, у яких ампутована кінцівка, як встановлено у дослідженнях Н.Д.Лакосіної та Г.К.Ушакова [83, с. 276]. Такі люди зменшують спілкування, стають роздратованими. У випадках шкірних змін та деформацій обличчя у пацієнтів також виникає відчуття сором'язливості, відчуття, що оточуючі намагаються їх уникати [83, с. 277].

Взаємозв'язок психічних та соматичних факторів у пацієнтів з шкірними хворобами підкреслюється багатьма авторами (Н.Д.Лакосіна, Г.К.Ушаков,

1984; В.Д.Тополянський, 1986; О.В.Богомолець, 2003; В.Д.Менделевич, 2002 та ін.). Підкреслюється як вплив психотравматизації у виникненні дерматозів, так і вплив косметичної вади на розвиток особистості [96, с. 35].

Психосоматичні шкірні хвороби розділяють на групи: психосоматичні дерматози, психіатричні шкірні хвороби та соматопсихічні дерматози [3, с. 54].

Психологічне дослідження дерматологічних хворих є дуже актуальним питанням як в медичній практиці, так і у психологічній науці. У останнє десятиліття з'явилась нова наука – *психодерматологія*, спрямована на вивчення всіх цих питань. Адже різні психічні порушення у дерматологічно хворих мають місце у 80 відсотків випадків [46, с. 30].

У багатьох роботах підкреслюється наявність афективних змін у дерматологічних хворих [6; 20; 21; 22; 134 та ін.]. Гіперболізоване відчуття фізичної та соціальної неповноцінності, характерне для дерматологічних хворих, збільшують прояв афективних реакцій у таких пацієнтів [134, с. 276].

Значної уваги у медичній психології та дерматології приділяється вивченню особистості пацієнта з шкірними захворюваннями (дерматозами) [3; 20; 21; 71; 134 та ін.]. Однак майже відсутні роботи по вивченню тих змін, що викликають косметичні вади (у пацієнтів з дерматологічними хворобами) на становлення образу фізичного Я, в цілому на самосвідомість. Адже можна припустити, що оскільки у дерматологічних хворих відбуваються найзначніші зміни саме у зовнішності, то образ фізичного Я може бути деформований.

У підлітково-юнацькому віці розповсюдженим захворюванням є юнацькі вугрі, які спричиняють багато хвилювання хлопцям та дівчатам. Підлітки багато уваги надають особливим прикметам та стану шкіри [54; 67; 112 та ін.]. Такі фізичні особливості підлітки частіше вказують в автопортреті, ніж дорослі. В образі фізичного Я повно представлені особливості стану шкіри підлітка. Самооцінка набуває установчий характер [67, с. 15].

В роботах психологів та медиків підкреслюється значимість ураженої

частини тіла у образі фізичного Я. Найбільше деформацій образу фізичного Я викликають шкірні хвороби та інші косметичні вади обличчя [71; 134]. Однак, на жаль, в літературі нам не вдалося зайти повного висвітлення проблеми деформацій образу фізичного Я у пацієнтів з дерматологічними захворюваннями.

Дещо краще представлено питання деформацій образу фізичного Я при **реконструктивній та пластичній хірургії**. Однак більше цьому питанню надають уваги у зарубіжних виданнях [33; 54; 71; 131; 133; 141; 144; 155; 176; 238].

Розглядаючи цю проблему, необхідно торкнутися питання *ідеальної зовнішності*. Адже до пластичних хірургів звертаються не лише люди з опіками, травмами та іншими значними вадами зовнішності, що потребують обов'язкового хірургічного втручання, але й люди, незадоволені відповідності своєї зовнішності певному ідеалу. На формування ідеалу зовнішності впливають культура, історичний період, расові відмінності, уявлення про сексуальність та ін. [54; 112; 141 та ін.]. Не дивлячись на те, що ідеали краси в певній мірі можуть змінюватись у людини, існує базова підсвідома вроджена перевага певній зовнішності [141, с. 19]. Уявлення про ідеал краси існували з давніх часів, а зараз вони набувають ще більшої актуальності завдяки розвитку пластичній хірургії, реклами, засобів масової інформації.

У психологічних дослідженнях встановлено, що зовнішня привабливість має значення в спілкуванні з оточуючими. Негативне відношення до власної зовнішності зустрічається все частіше. Засоби масової інформації мають значний вплив, демонструючи недосяжні ідеали краси [141, с. 40]. Іноді люди можуть подолати цей вплив, а іноді – ні, і тоді виникають хворобливі стани.

Пластичні хірурги підкреслюють необхідність знання психологічних особливостей пацієнтів [141; 144; 155 та ін.]. Не дивлячись на те, що багато пацієнтів пластичних хірургів не мають психологічних проблем, існують ка-

тегорії пацієнтів з певними психологічними проблемами:

- 1) люди, які намагаються провести корекцію мінімальних відхилень від норми, вони хочуть досягти анатомічного ідеалу;
- 2) люди, які йдуть на велику кількість операцій, а не проводять корекцію одного відхилення;
- 3) люди з діагностованими психічними захворюваннями та проблемами [141, с. 44].

У незначної частини пацієнтів можуть бути психічні захворювання у вигляді дисморфофобій, і тоді пластична операція не лише не допоможе, а тільки загострить хворобу. Особистості нарцисичного типу ніколи не отримують задоволення від пластичної операції, вони складають групу постійних пацієнтів, а насправді такі особистості потребують інших засобів вирішення проблеми, не за допомогою пластичної операції [141, с. 40].

Слід також пам'ятати, що пластична операція викликає стрес у психічно здорових людей, і завжди необхідно враховувати цей психологічний фактор. У пластичній хірургії необхідно враховувати психологічний тип особистості пацієнта (нав'язливий, істеричний, шизоїдний тип та ін.), адже вони потребують різної психологічної допомоги. У образі фізичного Я пацієнтів завжди присутнє відчуття незадоволеності своєю зовнішністю, збільшення занепокоєння певною частиною зовнішності.

Серед факторів, що впливають на формування певного образу фізичного Я пацієнта, слід зазначити: відношення оточуючих до його зовнішності, тип особистості, власне естетичне відчуття, існуючі у оточуючому середовищі концепції ідеальної зовнішності, тенденція до пошуку надкорекції дефіциту чи насичення частин тіла, символічне значення для індивіда певних частин зовнішності та ін. [144, с. 10]. Серед основних причин звернення до естетичного хірурга (це, звичайно, не стосується людей з психічними захворюваннями) називають: складності у міжособистісних стосунках, статево-рольових відносинах, соціальна ізоляція, неможливість знайти роботу, стресові ситуа-

ції [144, с. 7].

З 80-х років минулого століття кількість естетичних операцій у США зросла на 100%, що, звичайно, призводить за собою необхідність більш поглибленого вивчення психологічної сторони питання [141]. Оскільки вітчизняна пластична хірургія стала стрімко розвиватися лише в останні десятиліття, то і психологічні фактори залишаються менш дослідженими.

1.3.3. Прояви тривожності при деформаціях образу фізичного Я.

Дослідження з проблем Я-фізичного в медичній психології дають підстави твердити, що складні переживання, пов'язані з оцінкою фізичного “Я” у підлітковому чи юнацькому віці, так і в дорослої людини можуть бути на рівні норми, коли людина прекрасно розуміє, що, маючи певні недоліки зовнішності, вона не зверне на них уваги або може їх виправити самостійно або за допомогою хірургічної операції. В інших випадках вона просто мириться із своїми недоліками і живе спокійно. Але в інших, у кого підвищена тривожність, хто переймається своїми негараздами, занижена самооцінка Я-фізичного приводить до деформації такого образу і виникнення межових психічних розладів [4; 5; 70; 71; 80; 101; 108; 124; 125; 137].

Межові психічні розлади – найбільш розповсюджені порушення психіки. Вони можуть бути як соматичного походження (неврозоподібні розлади), так і психогенного характеру (невротичні розлади) [71, с. 66]. Дисморфобія, про яку ми вже згадували, в деяких випадках відноситься до межових психічних розладів [56; 80].

При вивченні багатьох захворювань шкіри говорять про **психосоматичні розлади** [3; 6; 22; 36; 83; 88; 96; 97; 134]. “Психосоматичні розлади – група хворобливих станів, які виникають при взаємодії соматичних та психічних патогенних факторів” [101, с. 78]. Псоріаз здавна відносять до психосоматичних розладів [101; 119].

Взаємодія шкірних хвороб та психічних проблем існує в обох напрям-

ках. І така взаємодія досить часто відбувається. При всіх шкірних захворюваннях суб'єктивні хвилювання досить значні через вплив дефектів шкіри на самосвідомість пацієнта [3, с. 53].

Серед хвороб нав'язливих станів найбільшу групу займають *фобії*. Серед них зустрічаються і такі, що пов'язані з образом фізичного Я. Насамперед необхідно згадати *дисморфофобію*, про яку ми вже писали. За останніми класифікаціями небредові форми дисморфофобії відносять до групи *соматоморфних розладів* [51; 54; 119]. Серед специфічних фобій зустрічаються дерматофобія (фобія шкіри) дерматосиофобія (фобія хвороб шкіри) [54, с. 146].

В роботах В.Д.Тополянського та співавторів (1986) говориться про *психогенні шкірні реакції та патологічні процеси*. Підкреслюється роль емоційного стресу в розвитку шкірних захворювань (наприклад, підліткових вугрів, себореї), що змінює всю картину захворювань [134, с. 276].

При різних *акцентуаціях характеру* спостерігаються різні типи відношення до своєї зовнішності [29; 80; 83; 108; 118]. При наявності косметичних вад, дерматологічних захворювань реакції на хворобу можуть бути різними в залежності від акцентуації характеру. Так підлітки сензитивного типу знаходять у своїй зовнішності велику кількість недоліків [80].

Ю.А. Александровський (2000) підкреслює, що певним типам акцентуацій відповідають певні форми невротичних розладів. Астеноневротичний і лабільний типи акцентуацій характеру приводять до виникнення неврастенії, у тому числі пов'язаної з деформаціями образу фізичного Я (тривожність з приводу фізичних дефектів) [83, с. 315].

Іноді неможливо класифікувати особистісний преморбід в рамках одного типу акцентуації. Так, нервова анорексія включає у себе дратівливість, лабільність настрою, егоцентризм, педантизм, аскетичні риси [34, с. 44]. При дисморфофобії найбільше зустрічаються сензитивний, шизоїдний, іноді лабільний та психастенічний тип акцентуації характеру [80, с. 218].

У багатьох роботах психологів та медиків наголошується на тому, що у

людей з різними косметичними вадами, дерматологічними захворюваннями та іншими дефектами зовнішності відмічається підвищена тривожність, депресія, невротичні захворювання. Також робиться наголос на недостатності вирішення цього питання на сучасному етапі розвитку медичної психології та медицині (О.В.Богомолець, 2000; Л.А.Болотна та співавт., 2000; Р.Комер, 2002; В.Д.Менделевич, 2002; Ф.Райс, 2000; Ю.Ф.Антропов та співавт., 2000; Ж.-М.Субіран, 1995).

Розрізняють тривожність як стан та як рису особистості. **Ситуативна тривожність** (реактивна тривожність, тривога як стан) – “емоційний стан, котрий характеризується відчуттям напруження, хвилювання...” [118, с. 206]. **Особистісна тривожність** (тривога як риса особистості) – “підвищена схильність відчувати тривогу через реальні чи надумані небезпеки” [120, с. 863]. Тривога як механізм розвитку **неврозів** – невротична тривога – формується на основі внутрішніх протиріч в розвитку та будові психіки, вона може призвести до неадекватної переконаності про наявність погрози з боку власного тіла та ін. [120, с. 863].

Що стосується різних вад зовнішності, то тут необхідно наголосити на *взаємозв'язку вад Я-фізичного (реальних чи надуманих) та наявності у таких людей підвищеної тривожності*. Незадоволеність власною зовнішністю, підкріплена досвідом дитинства, стає причиною тривоги стосовно зовнішності у підлітковому віці (Keelan, Dion, 1992). *В основі тривожності підлітків, пов'язаної з зовнішністю, лежить негативний соціальний досвід, отриманий у дитинстві* [112, с. 138].

У людей з косметичними вадами, наявністю дерматологічних захворювань часто відмічається наявність тривожно-депресивного синдрому. Причому при різних захворюваннях шкіри (атопічний дерматит, вугрова хвороба та ін.) відмічається різний ступінь прояву тривожності та інших психічних порушень [22, с. 6].

Для дітей, підлітків та юнаків найбільш важкими у психологічному від-

ношенні стають хвороби, котрі змінюють зовнішність людини, роблять його непривабливим. Найбільш тяжкі психологічні реакції викликають хвороби шкіри, опіки, дефекти зовнішності при деяких операціях та ін. Саме у підлітковому віці найбільш тяжку психологічну реакцію викликає у людини поява на його обличчі фурункула [83, с. 225]. Це пов'язано з системою цінностей, адже у підлітковому та юнацькому віці найбільшою цінністю є потреба у задоволенні власною зовнішністю.

У дослідженні людей з хронічними дерматозами встановлено: у 50% жінок підвищену тривожність, у 25% жінок підвищений рівень невротизації, у 15% жінок наявність невротичних розладів. Ці ж показники у чоловіків дещо менші, що говорить про особливе значення хвороб шкіри для жінок [88, с. 32].

Також ряд досліджень говорить про наявність у людей з дерматологічними захворюваннями (особливо у підлітковому віці) **стану депресії** [3; 6; 22].

Відмічаються депресивні стани у людей з розладами харчової поведінки (Pope, Hudson, 1984; Brewerton, 1995). Причому, досить залишається відкритим питання, чи булімія (або нервова анорексія) є причиною депресії, чи депресія стає причиною булімії [54, с. 305].

Складним є питання **взаємозв'язку самооцінки фізичного Я та виникнення невротичних захворювань**. Це питання розглядається, на жаль, в невеликій кількості робіт (О.Т.Соколова, 1989; А.О.Реан та співавт. 2003; Ф.Райс, 2000; О.В.Ліпова та співавт., 2001; Л.Ф. Шестопалова, 2000). О.Т.Соколова (1989) вивчала особливості самооцінки особистості підлітка при виникненні у нього межових психічних розладів. Розглядаючи цю проблему, О.Т.Соколова висловила припущення, що в основі негативного самосприйняття лежать певні індивідуально-особистісні якості підлітка, з одного боку, і, з другого, несприятливі сімейні умови. Адже існування формування самосвідомості і самооцінок є результатом засвоєння і інтеріорізації дитиною пев-

ного ставлення батьків. Неприязнь, віддаленість, неповага, несприйняття батьками зовнішності дитини переходить у дефект самовідношення і негативного ставлення підлітка до свого фізичного Я. Самооцінка як компонент самосвідомості активно формується у підлітковому віці і на цей процес дуже сильно впливає оцінка значимих інших. Орієнтуючись на оцінку інших, дитина виробляє власну самооцінку. Надалі, в міру розвитку, в юнацькому віці, коли інтимно-особистісне спілкування стає особливо значимим, референтною для юнака стає група ровесників і особливо ровесників протилежної статі. Для дітей, які мають певні фізичні дефекти, а особливо ожиріння, спілкування з ровесниками стає фруструючою ситуацією, оскільки діти, на відміну від дорослих, досить негативно виявляють своє емоційне ставлення у міжособовому спілкуванні, вважаючи повного підлітка ізгоєм, ледарем, брудним, некрасивим.

Другим чинником формування в підлітків негативної самооцінки фізичного Я є їх підвищена сенситивність до негативної оцінки оточуючих. Виявилося, що низька самооцінка зовнішності тотально впливає на загальний рівень самосприйняття дитини. В дослідженні О.Т.Соколової було доведено, що підлітки, які мають певні дефекти зовнішності, соромляться своєї зовнішності і водночас мають гостру потребу у близьких і теплих стосунках з ровесниками. Дуже чітко виявляється і “ехо-самооцінка” (І.І.Чеснокова, О.Т.Соколова) або дзеркальне відображення в самооцінці дитини емоційного ставлення батьків. Особливо складною ситуацією розвитку для підлітка буде та, коли батьки неспокійно ставляться до фізичного дефекту дитини. В такому разі підліток, не знаходячи теплового емоційного ставлення до себе з боку ровесників, ховається в сім’ї, але й тут не знаходить підтримки. Все це створює надзвичайно психологічно травмуючу ситуацію, загострюючи в дитини почуття неповноцінності і закріплюючи поведінку, яка не завжди може бути соціально-позитивною [125].

Встановлено, що підліткам з тілесними недоліками чи негативним ті-

лесним образом Я складніше сформувати позитивну Я-концепцію та самооцінку, ніж підліткам з середніми зовнішніми даними (Koff, Rierdan, Stubbs, 1990). Ступінь фізичної привабливості та прийняття індивідом свого тілесного Я є фактором, впливаючим на формування загальної Я-концепції (Radin, Lemer, Spiro, 1981). Підлітки з деформаціями образу тілесного Я мають не лише негативну Я-концепцію, а й низький рівень самореалізації [112, с. 237].

У дослідженні О.В.Ліпової та співавт. (2001) встановлено, що у підлітків з невротичними розладами існує кореляція між заниженою самооцінкою та орієнтованістю на образ тіла як соціально прийняте ідеальне Я. Для підлітків з психопатичними порушеннями характерний зв'язок між нестійкою самооцінкою та недостатньо сформованою схемою тіла [73, с. 153].

Велика розбіжність між ідеальним та реальним Я людини, на думку клінічних психологів, говорить про неадекватність самооцінки по відношенню до себе та поведінкових неадекватностей [108, с. 284]. Дані досліджень говорять, що підлітки з низькою самооцінкою (в тому числі і самооцінкою Я-фізичного) мають схильність до депресивних тенденцій. Причому одні дослідження виявили, що низька самооцінка передуює депресивним реакціям чи є їх причиною, інші – що депресивний афект проявляється спочатку, а потім – низька самооцінка [108, с. 232].

Самооцінка фізичного Я у разі формування неадекватності такої оцінки може перерости у певну проблему, викликати досить гострі хвилювання, тривожність з приводу непривабливості своєї зовнішності або, навпаки, надмірно завищену оцінку і хизування собою. Якщо такі переживання поєднуються з невротичною структурою особистості, то це може викликати межові психічні розлади. Оскільки самооцінка Я-фізичного в значній мірі залежить від оцінок соціального середовища, а ці оцінки стають для дитини все більш значимими, досягаючи гостроти у підлітковому віці, то можливий досить широкий спектр невротичних розладів. Відомо, що причиною виникнення невротичних станів можуть бути психотравмуючі ситуації і епізоди або оточу-

юче середовище постійно провокує психотравмуючі ситуації. Відносно Я-фізичного це може бути певна випадкова життєва ситуація, в якій дитина почула про свою фізичну недосконалість, і цей епізод стає для неї досить значущим, набирає змісту і актуальності. Саме він може стати тією психічною травмою, яка може призвести до глибокого психічного переживання. В такій же мірі для іншої дитини негативні оцінки зовнішності, які часто повторюються оточуючими, довготривале глузування, можуть спричинити врешті-решт виникнення гострого переживання з приводу власної фізичної неповноцінності. Проблема взаємозв'язку неадекватної самооцінки фізичного Я та виникнення межових психічних розладів ще потребує поглибленого вивчення.

При розгляді медичної терапії пацієнтів з хворобами шкіри та пацієнтів в до- та післяопераційний період у пластичній хірургії багатьма медиками та психологами підкреслюється необхідність проведення паралельної психотерапевтичної роботи [3; 6; 21; 22; 71; 88; 96; 109; 141; 144]. Досить дієвими є такі види терапії, як особистісно орієнтована, реконструктивна психотерапія, аутогенне тренування, гіпнотерапія, психофармакотерапія [121, с. 211]. У косметологічній хірургії досить ефективною є гіпнотерапія [109]. У пластичній хірургії необхідність психотерапевтичної, корекційної роботи існує як в до-, так і в післяопераційний періоди [71, с. 241].

Висновки до першого розділу

1. Аналіз стану теоретичних розробок та даних емпіричних досліджень з проблеми образу фізичного Я свідчить про недостатність теоретичних узагальнень, емпіричних досліджень та необхідність поглибленого вивчення цього явища. Мало уваги, особливо це стосується вітчизняної науки, приділяється вивченню деформацій образу фізичного Я при соматичних та психічних захворюваннях. Майже нерозглянутими залишаються питання про особливості становлення образу фізичного Я та його деформації у

пацієнтів з шкірними хворобами чи тих, які потребують пластичної операції.

2. Проблема образу тіла набуває великого значення ще у класичному психоаналізі, потім на тіло “не звертають уваги”, а пізніше ця проблема знов стає актуальною. Дослідження з проблеми образу фізичного Я (насамперед це стосується зарубіжної психології) розпочинаються у середині 20-го століття. Однак існують великі розбіжності у поглядах дослідників на проблему фізичного Я. Формується три напрямки досліджень образу тіла у клінічній психології інших країн. Перший напрям досліджень виходить з уявлень про тіло як своєрідне сховище Я. У цьому напрямку приділяється увага дослідженню “меж образу тіла” (body image boundary). Термін введено С.Фішером та С.Клівлендом (1958). Другий напрямок досліджень пов’язаний з вивченням такої характеристики тіла як “зовнішність”. В цьому напрямку виділяють два підходи. Представники першого підходу роблять наголос на емоційному відношенні до власної зовнішності. Третій напрям досліджень пов’язаний з розглядом тіла та його функцій як носія символічного значення. Цей напрямок тісно пов’язаний з психоаналітичною теорією. Значний внесок у дослідження образу тіла зроблено американським психологом С.Фішером.

3. Можна досить умовно виділити ті напрямки психологічних досліджень образу тіла, що стали найбільш актуальним в останні десятиліття (насамперед в клінічній психології):

– розлади харчової поведінки (нервова анорексія та булімія): зміни настрою при цих розладах, психотерапія нервової анорексії та булімії, вплив засобів масової інформації на формування розладів харчової поведінки та ін.;

– у патопсихології можна виділити такі аспекти вивчення образу тіла: дисморфофобічні розлади, взаємозв’язок тривожності та депресивних станів з образом тіла та ін.; образ тіла у пацієнтів з шкірними захворюваннями, фізичними дефектами, необхідності пластичної операції.

Окрім вищенаведеного розгляду проблеми образу тіла психології в інших галузях психології цій проблемі теж приділяють увагу (слід зауважити,

що ми досить умовно відносимо ті чи інші аспекти проблеми до певної галузі психології):

- вивчення образу тіла у психології статі: розлади статевої ідентифікації, особливості образу тіла у жінок та чоловіків, синдром образу тіла у сексології, формування незадоволеності образом тіла, особливості образу тіла при транссексуалізмі, гомосексуалізмі та ін.;

- вивчення образу тіла у віковій психології;

- вивчення образу тіла у соціальній психології: вплив культури на формування образу тіла, соціальна психологія краси, вплив засобів масової інформації на формування образу тіла та ін.

Першими і, на жаль, майже єдиними у вітчизняній психології до сьогоднішнього дня роботами, в яких в повній мірі представлено проблему образу фізичного Я, стають публікації О.Т. Соколової. Тут розглянуто і становлення поглядів на проблему образу тіла у інших країнах, і погляди вітчизняних психологів, і розвиток образу фізичного Я у підлітковому та юнацькому віці (на основі власних психологічних досліджень), і особливості образу фізичного Я у людей з порушенням харчової поведінки та ін. На наш погляд, це єдине на сьогоднішній день таке повномасштабне дослідження образу фізичного Я у вітчизняній психології! У 80-90-і роки 20 ст. певну увагу образу фізичного Я приділяють у галузі вікової психології. Розглядаються проблеми впливу зовнішнього вигляду на самооцінку, розвиток образу фізичного Я на різних вікових етапах та ін. У останні десять років у вітчизняній психології зароджується новий напрямок – психологія тілесності.

4. Відносно поняття “образ фізичного Я” у вітчизняній психології існує невизначеність. Якщо у психології інших країн існує один, загальноприйнятий термін “образ тіла” (body image), суперечки стосуються лише тлумачення цього поняття, то у вітчизняній психології взагалі загальноприйнятого терміну не існує. Використовується цілий ряд термінів щодо психічного явища, яке нами розглядається: “образ фізичного Я”, “образ тілесного Я”, “образ

тіла”, “тілесне Я”, “тілесний досвід”, “тілесність”, “образ зовнішності”, “схема тіла”, “самосприйняття зовнішності”, “самооцінка зовнішності”, “фізичний Я-образ”, “усвідомлення тіла”. Складалася така ситуація через те, що проблема тіла у вітчизняній психології майже ігнорувалася певний час, не створювалися концепції відносно образу тіла.

Слід зазначити, що відносно самого терміну "образ фізичного Я" існує певна невизначеність. У зарубіжній психології здебільшого вживається термін "образ тіла" (body image), суперечки існують лише відносно розуміння цього поняття. Наприклад: образ тіла розглядається як складна комплексна єдність сприймань, установок, оцінок, уявлень, пов'язаних як з тілесною зовнішністю, так і з функціями тіла (С. Фішер; Р. Шонц); образ тіла розглядається як результат психічного відображення, як певна розумова картина свого власного тіла (Д. Бенет; Дж. Чаплін). У вітчизняній психології не існує певного одного терміну, а вживається ряд понять, що характеризують однакові чи близькі за змістом психічні явища. Найбільш поширеними є поняття "образ фізичного Я" (або "образ тілесного Я") та "образ тіла". Образ тіла – уявлення особистості про зовнішність, про ступінь естетичності будови тіла (А.О. Реан). У сучасній довідниковій літературі з психології наводиться наступне визначення образу тіла: образ тіла - системотворчий структурний елемент образу Я, уявлення про себе в аспекті тілесності.

Також у психологічній літературі вживається конструкт "схема тіла" (М. Боньєр). Схема тіла - психологічна структура, у якій відображена конструкція власного тіла людини. Лише завдяки її наявності можлива успішна координація рухів різних частин тіла людини (А.О. Реан). У психологічних дослідженнях поняття "схема тіла" та "образ тіла" чітко розводяться: схема тіла описує стабільне і постійне знання про своє тіло, а образ тіла розглядається як результат свідомого або несвідомого психічного відображення, як певна розумова картина свого тіла (О.Т. Соколова).

5. У вітчизняній психології структура образу фізичного Я розглядається відповідно структурі Я-концепції (чи самосвідомості): когнітивний компонент (уявлення індивіда про свою зовнішність, образ фізичного Я як когнітивне утворення); афективний компонент (самооцінка зовнішності); поведінковий компонент (потенційна поведінкова реакція).

6. У розділі розглянуто наступні аспекти проблеми деформацій образу фізичного Я: вплив існуючих від народження та набутих різних вад зовнішності на особистість, на появу певних психічних розладів; розвиток психічних захворювань (насамперед ми маємо на увазі дисморфофобію), що пов'язані з оцінкою фізичного Я; значення певних психічних якостей особистості у появі чи загостренні соматичних захворювань (хвороби шкіри); вплив групи факторів на появу деформацій образу фізичного Я (“неправильна” статевіа ідентифікація, розлади харчової поведінки та ін.); соціокультурний вплив на формування деформацій образу тіла, та ряд інших питань.

Дослідження з проблем Я-фізичного в медичній психології дають підстави твердити, що складні переживання, пов'язані з оцінкою фізичного “Я” у підлітковому чи юнацькому віці, так і в дорослої людини можуть бути на рівні норми, коли людина прекрасно розуміє, що, маючи певні недоліки зовнішності, вона не зверне на них уваги або може їх виправити самостійно або за допомогою хірургічної операції. В інших випадках вона просто мириться із своїми недоліками і живе спокійно. Але в інших, у кого підвищена тривожність, хто переймається своїми негараздами, занижена самооцінка Я-фізичного приводить до деформації такого образу і виникнення межових психічних розладів.

7. На основі проведеного нами теоретичного розгляду питання про місце проблеми образу фізичного Я психологічній науці спробуємо окреслити ті питання даної проблематики, які на сьогоднішній день залишаються мало вивченими (насамперед у вітчизняній медичній психології): плутанина у термінології поняття “образ тіла” та похідних назв; вивчення поведінкового ком-

поненту у структурі образу фізичного Я; вивчення становлення образу фізичного Я у різні вікові періоди як окремого психологічного явища; деформації образу фізичного Я у людей з дерматологічними захворюваннями; взаємозв'язок виникнення деформацій образу Я та виникнення потреби у пластичній операції людьми різних вікових категорій; вивчення взаємозв'язку “різних дефектів зовнішності – деформацій образу фізичного Я – підвищеної тривожності”; вивчення груп факторів, що призводять до деформацій образу фізичного Я; шляхи подолання деформацій образу фізичного Я; розробка нових методик психодіагностики образу фізичного Я; дослідження ієрархії самооцінок окремих частин тіла у загальній структурі образу фізичного Я у людей з адекватною самооцінкою фізичного Я та з різними деформаціями образу фізичного Я; проблема взаємозв'язку неадекватної самооцінки фізичного Я та виникнення межових психічних розладів та інші питання.

РОЗДІЛ II

ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНОВЛЕННЯ ОБРАЗУ ФІЗИЧНОГО Я У ПІДЛІТКОВОМУ ТА ЮНАЦЬКОМУ ВІЦІ

2.1. Модель дослідження. Вибір, об'рунтування та характеристика методик дослідження

2.1.1. Загальна характеристика моделі дослідження.

Розроблена нами модель психологічного дослідження ґрунтується на здійсненому теоретичному аналізі проблеми образу фізичного Я в структурі особистості, концепції Я-образу, конкретних дослідженнях, здійснених у напрямку загальної, медичної і вікової психології. Згідно з існуючими концепціями Я-образу і можливих його деформацій, образ фізичного Я як складова Я-образу особистості, включає параметри, якими в цілому характеризується образ Я особистості. Відповідно, образ фізичного Я входить в особистісне, поведінкове і когнітивне Я, аспекти його виявляються в усвідомленні сутності власної зовнішності (тіло, обличчя, окремі частини тіла і обличчя), афективно-мотиваційній самооцінці як ставленню до своєї зовнішності в цілому і окремих її складових. Розвиток Я-фізичного включає певну динаміку, складається із послідовних ланок, має сензитивні етапи, виявляється в індивідуальних відмінностях і залежить від статевих чинників.

Виходячи з проведеного нами теоретичного аналізу проблеми образу фізичного Я в психологічній науці, специфіки становлення образу фізичного Я у підлітковому та юнацькому віці, існуючих деформацій образу фізичного Я при побудові моделі дослідження ми виходили з наступних положень:

- у підлітковому та юнацькому віці образ фізичного Я займає одну з головних позицій в структурі Я-концепції підлітків та юнаків і потребує обов'язково поглибленого дослідження [1; 39; 52; 68; 108; 115; 125 та ін.];

- взаємозв'язок різних дефектів зовнішності з підвищеною тривожністю, нейротизмом [3; 6; 20; 21; 22; 54; 83; 112 та ін.] потребує необхідності дослід-

ження тривожності разом з дослідженням образу фізичного Я, вивчення їх взаємозв'язків та взаємовпливів;

- оскільки образ фізичного Я людини, як ми вже зазначали, має трьохкомпонентну структуру (образ фізичного Я, самооцінка фізичного Я та поведінкова реакція) [41; 118; 120; 125 та ін.], кожен з цих компонентів потребує дослідження за допомогою певних методик.

Визначенню конкретних методик дослідження передувв пілотажний пошук, здійснений з метою визначення адекватних методик, відповідних віковим особливостям дітей, які також дають можливість визначити структуру і динаміку прояву образу фізичного Я.

Розроблена нами модель дослідження складалася із спостереження, бесід, тестових і проєктивних завдань, анкетування, опитування і була підібрана відповідно до вікових особливостей обраної нами для дослідження популяції: підлітковий та юнацький вік. Будуючи модель, ми виходили із визначених нами теоретичних положень про поступове зростання місця фізичного-Я в структурі Я-образу, від самопізнання своїх фізичних особливостей – до їх самооцінки, від загального уявлення про себе як фізичну особу – до самооцінки окремих частин тіла і обличчя. Оскільки самооцінка фізичного Я, так само як і самооцінки інших компонентів Я-образу, може бути неадекватною і супроводжуватися почуттям тривожності, завдання дослідження вимагали визначення детермінант розвитку фізичного Я.

Підбір конкретних методик дослідження образу фізичного Я викликав певні труднощі. Якщо у психології інших країн існує цілий набір методик дослідження образу тіла, як вербальних, так і невербальних, то у вітчизняній психології взагалі таких методик майже не існує. У невеликій кількості вітчизняних досліджень образу фізичного Я використовуються насамперед загальноприйняті методики дослідження образу Я людини або дослідники будують свої власні методики відповідно завдань дослідження. Також додатково використовуються інші методики дослідження особистості (це, насамперед, методики дослідження

тривожності, ММРІ, різні проєктивні методики дослідження особистості та ін.).

Як ми вже зазначали у першому розділі, проблема образу фізичного Я залишається на сьогоднішній день у вітчизняній психології вивченою недостатньо. І такий стан речей відбувається не лише у теоретичному аналізі даної проблеми, а і у розробці конкретних досліджень. Існує зовсім невелика кількість психологічних досліджень образу фізичного Я у вітчизняній психології (А.Н. Дорожевець, 1996; І.В.Вараксін, 1998; В.І.Крилов, 1994; О.Т.Соколова, 1989, 2000).

За такий стан речей ми вважаємо за необхідне перш ніж перейти до опису конкретних методик, застосованих нами у дослідженні, дали невеликий опис тенденцій у застосуванні методик дослідження образу фізичного Я, які здійснювались в різних країнах.

Серед методик дослідження образу тіла, які використовуються в інших країнах, це, насамперед, методики, запропоновані С.Фішером та С.Клівлендом (1958, 1960). Методики “Шкала відношення до тіла” (досліджуваний повинен оцінити частини тіла за 7-бальною шкалою) та “Шкала самовідношення” запропоновані С.Журардом та Р.Секордом (1955). Відомий дослідник образу тіла С.Фішер розробив методику “Опитувальник тілесного фокусу”, що дозволяє оцінити розподіл уваги по восьми ділянкам тіла (досліджуваний повинен відібрати ті частини тіла, яків в даний момент найбільш чітко представлені в його свідомості) [125, с. 19]. Методика CAPT (Color-A-Person Body Dissatisfaction Test) спрямована на визначення задоволеності-незадоволеності 16 частинами тіла по малюнку людської фігури, запропонована О.В. Wooley та S.Roll (1991). Цю методику ми застосовували в нашому дослідженні [263].

Теннессі Я-концепції шкала (Tennessee Self-Concept Scale, TSCS) – особистісний опитувальник (запропонований У.Фітс, 1965) для дослідження самооцінки людей віком від 12 років. Один з показників опитувальника – фізичне Я. Методика допомагає з’ясувати специфічні форми самовідношення до свого тіла, самозадоволеність та ін.

Багатовимірна шкала Брахена (Brachen, 1992) – шкала для визначення гло-

бальної Я-концепції у дітей. До неї належить 25-пунктова фізична субшкала, що оцінює одразу фізичний вигляд та фізичні можливості.

Однією з найбільш відомих методик для дослідження Я-концепції у дітей є “Шкала дитячої Я-концепції Пірса-Харріса” (Piers-Harris Children’s Self-Concept Scale), яка використовується для дітей віком 8-16 років. Шкала містить 80 стверджень, серед яких субшкала “Фізичний вигляд та ознаки”.

Анкета самоопису, що розроблена Марш (1968) містить субшкали для оцінювання фізичних можливостей та фізичного вигляду у дітей.

Тест ставлення до їжі (Garner, Omsted, Bohg & Garfinkle, 1982) – це один з найбільш розповсюджених методів оцінки ставлення до їжі у дорослих та підлітків.

Шкала дитячої фізичної Я-концепції (Stein, Вracken, Shadish, Haddock, 1995) – це єдиний багатогранний вимір образу фізичного Я у дітей. Вона оцінює загальний образ тіла, а також такі його складові як фізичний вигляд та фізичні можливості. Шкала для виміру Я-концепції (Мендельсон, 1995) є багатогранною й призначена для загального оцінювання фізичного Я, а також таких складових як фізичний вигляд, фізичні можливості та саморегулююча поведінка. Відомо, що діти сприймають форму та розміри свого тіла часом із значними відхиленнями від реальності. Одним з методів для оцінки дитячого сприймання розмірів та форми свого тіла є демонстрування дітям малюнків чоловіків та жінок, що поступово худнуть або гладшають. Така методика була розроблена Коллінсом (1983).

Більшість з перелічених методик використовуються лише в інших країнах, вони, на жаль, ще не перекладені на російську чи українську мову.

Серед методик, які використовуються у вітчизняній психології для дослідження образу фізичного Я, є: методика “Семантичний диференціал” [125], методика малювання людської фігури (різні інтерпретації) [114; 115; 125], модифікований варіант методики виміру самооцінки Дембо-Рубінштейн, тест фігур Віткіна, ТАТ, методика опосередкованого дослідження системи самооцінок та ін.

[125, с. 30]. Обов'язково використовується метод бесіди та самоопису, аналіз клініко-біографічного матеріалу.

Виходячи з завдань дослідження, наше психодіагностичне дослідження було побудовано наступним чином:

1. Провести попереднє пілотажне дослідження вибірки, аналіз існуючих методик дослідження образу фізичного Я для досліджуваного нами вікового діапазону з метою підбору адекватних методик дослідження.

2. Підбір та авторська розробка методик дослідження образу фізичного Я у підлітковому та юнацькому віці.

3. Проведення психодіагностичного дослідження з наступними групами досліджуваних: пацієнтами косметологічних клінік та відділення пластичної хірургії, учнями шкіл, студентами.

4. Статистична обробка, аналіз, інтерпретація результатів дослідження.

5. Проведення психокорекційної роботи з досліджуваними експериментальної вибірки (пацієнти клінік).

6. Повторне психодіагностичне дослідження у експериментальній вибірці. Порівняння результатів дослідження у контрольній та експериментальній вибірці.

Для проведення психодіагностичного дослідження, враховуючи завдання, та гіпотезу, ми зупинились на **комплексі наступних психодіагностичних методик:**

1. Семантичний диференціал (варіант методики, спеціально розроблений для дослідження).

2. Методика САРТ – кольоровий тест незадоволеності власним тілом (The Color-A-Person Body Dissatisfaction Test, САРТ).

3. Особистісний опитувальник Г.Айзенка (шкала нейротизму).

4. Шкали реактивної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера Ю.Л. Ханіна.

5. Методика “Автопортрет” (одна із інтерпретацій методики “Намалюй

людину”).

6. Опитувальник-анкета ставлення до зовнішності (авторська розробка).

Серед **додаткових методик** використовувалися:

1. Бесіда з досліджуваними.
2. Методика самоопису зовнішності.
3. Методика об’єктивного оцінювання зовнішності.

2.1.2. Загальна характеристика методик дослідження.

Семантичний диференціал – метод кількісного та якісного індексування значень при вимірі емоційного відношення індивіда до об’єктів, при аналізі соціальних установок, ціннісних орієнтацій, різних аспектів самооцінки і т.ін. [27, с. 299]. Техніка семантичного диференціалу розроблена Ч.Осгудом (1957). Проблемі вимірювання за допомогою семантичного диференціалу вивчав у вітчизняній психології В.Ф.Петренко (1997) [100]. Сутність методики семантичного диференціалу полягає в тому, що досліджуваний об’єкт оцінюється за допомогою співвідношення з однією точкою шкали, що включає полярні за значенням ознаки [27, с. 300]. По кожній шкалі з полярними значеннями досліджуваний об’єкт досліджуваний оцінює за семибальною шкалою (від -3 до +3). Отримані за допомогою семантичного диференціалу кількісні дані відображаються у вигляді семантичного профілю досліджуваного об’єкту.

Семантичний диференціал дозволяє проводити дослідження самооцінки. Тут існує декілька можливостей: а) оцінка поняття “Я”; б) разом з оцінкою поняття “Я” оцінка різних характеристик особистості; в) оцінка “теперішнього Я” (“реального Я”) та “ідеального Я”.

У кожному психологічному дослідженні варіант семантичного диференціалу розробляється окремо виходячи з завдань дослідження, на основі загальних положень про семантичний диференціал.

Відповідно до завдань дослідження ми розробили варіант методики семантичного диференціалу, за допомогою якого можливо визначити самооцінку Я-фі-

зичного. Нас цікавило співставити самооцінку реального образу фізичного Я з уявленнями людини про ідеальну зовнішність.

Розробка необхідного для нашого дослідження варіанту семантичного диференціалу проходила у декілька етапів. На першому етапі дослідженим пропонувалося дати загальний опис своєї зовнішності (чоловіка чи жінки відповідно до статі досліджуваних). На другому етапі, відповідно до процедури формування шкал семантичного диференціалу [100], нами були відібрані найбільш поширені прикметники зовнішності, що зустрічаються в описах досліджуваних. Такіх прикметників було відібрано 20. Їм були підібрані антоніми і, таким чином, створено 20 шкал з полярними прикметниками.

Розроблений нами варіант методики семантичного диференціалу спрямований на визначення самооцінки образу фізичного Я, а також співставлення самооцінки реального образу фізичного Я з уявленнями людини про ідеальну зовнішність (чоловіка чи жінки).

За запропонованим нами варіантом семантичного диференціалу досліджувані повинні були оцінити свою зовнішність та ідеальну зовнішність чоловіка чи жінки (відповідно до статі досліджуваного) за 7-бальною шкалою. Варіант методики наведено у додатках (додаток 1).

Обробка результатів.

Для зручності підрахунків біполярна шкала значень (від -3 до +3) була переведена в 7-бальну шкалу від 1 до 7. До матриці заносилась оцінка по кожній з 20 пар антонімів. Перше число в матриці – це оцінка досліджуваними своєї власної зовнішності, друге число – оцінка людини з ідеальною зовнішністю (чоловіка чи жінки відповідно до статі досліджуваного).

Було підраховано середні значення та побудовано семантичний профіль самооцінки Я-реального та Я-ідеального образу фізичного Я для кожної з груп досліджуваних. Також використовувався при обробці результатів факторний аналіз.

Кольоровий тест незадоволеності власним тілом (The Color-A-Person Body Dissatisfaction Test, CAPT) – невербальна методика, призначена для оцінки

рівня задоволеності (незадоволеності) своїм тілом (опубліковано О.Вулей та С.Роллом, 1991) [263].

Як ми вже зазначали у першому розділі, у психології інших країн існує три напрямки досліджень образу тіла. Методику САРТ використовують у дослідженнях другого напрямку, де наголос робиться на емоційному відношенні до власної зовнішності.

Методика САРТ розроблена на основі робіт С. Фішера (S. Fisher), який в своїх дослідженнях образу тіла встановив, що важливим є те, яку оцінку дають люди частинам власного тіла, які їм подобаються чи ні. Враховуючи цю обставину, автори тесту розробили свою модифікацію одного з попередніх тестів, створивши невербальний варіант, який включав два малюнки людського тіла – фронтальне та латеральне (відповідно для чоловіків та жінок).

Тест САРТ (The Color-A-Person Body Dissatisfaction Test) запропонували американські психологи О.В.Вулей та С.Ролл (O.W.Wooley, S.Roll, 1991) для дослідження ставлення людини до свого власного тіла. Автори тесту провели досконале порівняння результатів розробленого ними тесту з результатами інших тестів, спрямованих на дослідження ставлення людини до власного тіла (Self-Esteem Scale, Rosenberg, 1965; Secord and Sourard, 1953). Була підтверджена висока результативність тесту САРТ.

Авторами тесту було доведено стабільність результатів тесту САРТ через певний проміжок часу. Для цього за допомогою тесту САРТ та Шкали самооцінки Розенберга (M.Rosenberg, 1965) досліджували студентів університетів двічі (через певний проміжок часу). Була підтверджена висока тест-ретестова кореляція між двома тестами.

Також даний тест САРТ та Шкалу BCS (Secord and Sourard, 1953) було проведено з пацієнтами, що страждають на розлади харчової поведінки, до та після лікування. Виявлено значні зміни у сприйманні власного тіла після лікування. Надійність ретестова – 0,70-0,89; коефіцієнт альфа – 0,70-0,80.

За оригінальною версією тесту САРТ досліджуваному пропонується ма-

люнок чоловічої фігури (для чоловіків) або жіночої фігури (для жінок) в профіль і в анфас. Досліджуваний повинен розмалювати цей малюнок п'ятьма різними кольорами, виходячи з того, які частини власного тіла більше чи менше його задовольняють (червоний колір – повністю не задовольняють, жовтий – частково не задовольняють), чорний – нейтральне відношення, зелений – задовольняють, синій – повністю задовольняють). При обробці результатів показники оцінювались за 5-бальною шкалою: червоний колір – 5 балів, жовтий колір – 4 бали, чорний колір – 3 бали, зелений колір – 2 бали, синій колір – 1 бал. При обробці результатів малюнок людської фігури було поділено на 16 частин (як фронтальний, так і латеральний малюнки), і тоді вже проводили подальшу обробку результатів тесту САРТ.

Результати та їх обговорення (за оригінальною версією).

Як вже зазначалося, було оцінено 16 частин тіла за 5-бальною шкалою. Це частини тіла (однакові для чоловіків і для жінок): 1. живіт; 2. верхня третина стегон; 3. сідниці; 4 геніталії; 5. нижня частина стегон; 6. верхня частина живота; 7. лікоть; 8. плечі; 9. передпліччя; 10. кисті рук; 11. литки; 12. ступні; 13. щиколотки; 14. волосся; 15. обличчя; 16. груди.

Обробка результатів проводилася по наступним шкалам:

- 1) САРТ шкала загальна (середнє значення по всім 16 частинам тіла);
- 2) САРТ шкала I (середнє арифметичне оцінок по наступних 4 частинах тіла: живіт; верхня третина стегон; сідниці; нижня частина стегон);
- 3) САРТ шкала II (середнє арифметичне оцінок по наступних 11 частинах тіла: волосся; обличчя; ступні; щиколотки; литки; кисті; лікоть; передпліччя; плечі; верхня частина живота; груди);
- 4) Дискримінаційна шкала, яка дозволяє встановити ступінь диференційованості образу тіла. Враховуються по-різному розмальовані області на фронтальному та латеральному малюнках. Середнє арифметичне цих двох оцінок – показник дискримінативності (частина тіла вважається дискримінованою у тому випадку, коли вона розмальована іншим кольором, ніж усі прилеглі до неї частини)

[27, с. 369].

За оригінальною версією після проведення факторного аналізу у 1-й фактор для пацієнтів з розладами харчової поведінки увійшли наступні частини тіла: верхня третина стегна; сідниці; живіт; нижня частина стегна; геніталії. Для звичайних студентів-жінок у 1-й фактор увійшли наступні частини тіла: верхня третина стегон; живіт; нижня частина стегон; геніталії; верхня частина живота. Автори відзначають велику схожість результатів САРТ для пацієнтів-жінок з розладами харчової поведінки та звичайних жінок-студенток. Результати факторного аналізу підтвердили твердження С.Фішера (S.Fisher, 1986), що найбільше незадоволення викликають такі частини тіла як обличчя та торс.

Результати дослідження підтвердили твердження С.Фішера про існування більш тісного зв'язку між самооцінкою й задоволеністю власним тілом у жінок, ніж у чоловіків. С.Фішер стверджує: жінки мають більш певний образ тіла, ніж чоловіки [194].

Обробка результатів (за нашою версією).

Переклад та застосування методики САРТ у вітчизняній психології нами здійснюється вперше. Нами було здійснено апробацію даної методики, внесено деякі зміни. Оскільки методика відноситься до невербальних методик, то вона не потребувала додаткової стандартизації, адаптації, проведення порівняльного аналізу та ін. Вважаємо за можливе використання у вітчизняній психології оригінальної версії методики [263].

В попередньому дослідженні нами було використано методику САРТ в різних групах досліджуваних в двох варіантах: оригінальна версія та наша версія (дещо спрощений варіант оригінальної версії, в якому досліджуваному пропонувався малюнок людської фігури, вже поділений на частини, і необхідно було оцінити задоволеність-незадоволеність кожною частиною тіла за допомогою різних кольорів). Кореляційний аналіз отриманих результатів по двох версіях показав, що також можливо використовувати спрощений варіант.

Також за результатами попереднього дослідження ми внесли зміни в кіль-

кість оцінюваних частин тіла: жінки оцінювали 15 частин тіла замість 16 (не враховувалася частина тіла “щиколотки”, яку досліджувані взагалі ігнорували), чоловіки оцінювали 13 частин тіла (не враховувалися частини тіла “щиколотки”, “геніталії”, “декольте”).

Таким чином, в нашому основному дослідженні використали наступний варіант методики САРТ. Досліджуваному пропонувався малюнок людської фігури в профіль і в анфас, поділеної на частини тіла (для чоловіків пропонувався малюнок чоловічої фігури, для жінок – жіночої фігури) і необхідно було розмалювати кожен частину тіла на обох малюнках (фронтальному і латеральному), використовуючи наступні кольори: червоний – повністю незадоволений, жовтий – незадоволений, чорний – нейтральне відношення, зелений – задоволений, синій – цілком задоволений. Варіант методики наведено у додатках (додаток 2).

Отже, в нашій версії методики САРТ жінки оцінювали 15 частин тіла, чоловіки – 14 (ті ж самі, окрім декольте).

Частини тіла, які оцінювали досліджувані на малюнках: 1. живіт; 2. сідниці; 3. верхня третина стегон; 4. нижня частина стегон; 5. литки; 6. ступні; 7. кисті; 8. лікоть; 9. передпліччя; 10 плечі; 11. груди; 12. верхня частина живота (діафрагма); 13. обличчя; 14. волосся; 15. декольте.

При обробці результатів показники оцінювались за 5-бальною шкалою (аналогічно оригінальній версії, однак шкала оцінок у нашій версії була “перевернутою”): червоний колір – 1 бал, жовтий колір – 2 бали, чорний колір – 3 бали, зелений колір – 4 бали, синій колір – 5 балів.

При обробці результатів в матрицю заносились бали, отримані при оцінюванні кожної частини тіла, за 5-бальною шкалою для кожного досліджуваного. Також в матрицю по кожному досліджуваному заносились бали по чотирьох шкалах САРТ (загальна шкала, шкала I, шкала II, дискримінаційна шкала).

Ці чотири шкали (аналогічно оригінальній версії методики) підраховувались наступним чином:

1) САРТ загальна шкала (середнє значення по всім 15 частинам тіла для жінок, для чоловіків, відповідно – по 14 частинам тіла).

2) САРТ шкала I (середнє арифметичне оцінок по наступним 4 частинам тіла: живіт, верхня третина стегон, сідниці, нижня частина стегон).

3) САРТ шкала II (середнє арифметичне оцінок по 11 частинам тіла: волосся, обличчя, ступні, литки, кисті, лікоть, передпліччя, верхня частина живота, груди, декольте).

4) Дискримінаційна шкала (середнє арифметичне оцінок одних і тих же частин тіла по фронтальному та латеральному малюнках).

Аналогічним чином підраховувались результати для кожної групи досліджуваних. Було підраховано також середнє арифметичне оцінки кожної частини тіла для кожної групи досліджуваних, проведено факторний аналіз.

Особистісний опитувальник Г.Айзенка (PEN) – опитувальник, спрямований на діагностику екстраверсії, інтроверсії, нейротизму та психотизму.

У 1969 році Г. та С. Аазенк розробили опитувальник EPQ (Eysenck Personality Questionnaire) для діагностики екстраверсії, інтроверсії, нейротизму, психотизму. Додатково цей опитувальник містить шкалу неправди. У російськомовному варіанті цей опитувальник зустрічається під назвою “особистісний опитувальник Г.Айзенка (PEN)” [105]. Цей варіант особистісного опитувальника Г.Айзенка ми використовували у нашому дослідженні.

Особистісний опитувальник Г.Айзенка PEN містить 101 питання, на які досліджувані повинні відповісти “так” або “ні”. Нейротизм (чи емоційна нестійкість) являє собою континуум від нормальної афективної стабільності до явної лабільності [27, с. 9]. На протилежному полюсі від нейротизму знаходиться емоційна стабільність. Люди з високим показником нейротизму характеризуються надто чутливими реакціями, напруженістю, тривожністю, незадоволеністю собою та навколишнім середовищем, ригідністю. Індивід з низьким рівнем нейротизму спокійний, надійний, легкий у спілкування.

Для нашого дослідження з особистісного опитувальника Г.Айзенка PEN була відібрана лише шкала нейротизму – стабільності, оскільки показники саме по цій шкалі є важливими при деформаціях образу фізичного Я. Додатково використовувалась шкала неправди [105, с. 43-51].

Шкала нейротизму містить 25 питань, на які досліджуваний повинен відповісти “так” чи “ні”. Якщо за додатковою шкалою неправди кількість балів перевищує 10, то результати дослідження вважаються недійсними.

Обробка результатів.

При обробці результатів підраховується кількість відповідей “так” (“+”) на всі 25 питань по шкалі нейротизму.

Середні показники по шкалі нейротизму: 8-16 балів.

Високі показники по шкалі нейротизму говорять про високу емоційну нестійкість, низькі показники – емоційну стійкість.

Оскільки особистісний опитувальник Г. Айзенка було перекладено лише на російську мову (українського варіанту не існує), і проведено його адаптацію саме в такому вигляді, тому ми у нашому дослідженні використовували російськомовний варіант особистісного опитувальника Г. Айзенка (додаток 4).

Шкали реактивної та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера Ю.Л. Ханіна – особистісні опитувальники, спрямовані на діагностику реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності. Методика розроблена американським психологом Ч.Д.Спілбергером (існує декілька варіантів методики: 1966-1973) [27, с. 309].

Ч. Спілбергер розрізняє тривожність як рису особистості і як стан. Особистісна тривожність – риса особистості, що формується та закріплюється у ранньому дитинстві та проявляється у типовій, ситуаційно стійкій реакції людини, що виражена станом підвищеної стурбованості на загрозову для особистості ситуацію чи ситуацію, що такою здається [103]. Ситуативна (чи реактивна) тривожність – це стан, що проявляється у людей в певних ситуаціях, та характеризується стурбованістю, напруженістю, знервованістю.

У вітчизняній психології широке розповсюдження має варіант опитувальника Ч.Спілбергера STAI, що має у російськомовному варіанті назву “шкала реактивної та особистісної тривожності Ч.Спілбергера – Ю.Л.Ханіна” (1976, 1978) [27, с. 311]. Ця методика спрямована на діагностику рівня тривожності у даний момент (ситуативна тривожність як стан) та тривожності як стійкої характеристики особистості (особистісна тривожність). У нашому дослідженні ми використовували саме цей варіант методики [105, с. 75-79].

Методика ситуативної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера Ю.Л. Ханіна містить дві шкали: шкала ситуативної (реактивної) тривожності (20 стверджень) та шкала особистісної тривожності (20 стверджень). Досліджуваний повинен на кожне ствердження дати відповідь, що найбільше характеризує його стан.

Обробка результатів.

Шкала ситуативної тривожності обробляється наступним чином: від суми відповідей на питання № 3, 4, 6, 9, 12, 13, 14, 17, 18 віднімається сума відповідей на питання № 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20. До отриманої цифри додається 50. Низький рівень ситуативної тривожності: до 30 балів. Середній рівень ситуативної тривожності: 30–45 балів. Високий рівень ситуативної тривожності: вище 45 балів.

Шкала особистісної тривожності обробляється наступним чином: від суми відповідей на питання № 2, 3, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 20 віднімається сума відповідей на питання № 1, 6, 7, 10, 13, 16, 19. До отриманої цифри додається 35. Низький рівень особистісної тривожності: 30–45 балів. Високий рівень особистісної тривожності: вище 45 балів.

Оскільки шкали ситуативної та особистісної тривожності Ч.Спілбергера були перекладені на російську мову (україномовного варіанту не існує), і проведено його адаптацію саме в такому вигляді, тому ми у нашому дослідженні використовували російськомовний варіант методики (додаток 5).

Методика “Автопортрет” (методика “Намалюй людину”) – проєктивна методика дослідження особистісної, в якій людині пропонують намалювати на чистому аркуші паперу людину (або самого себе).

Існує декілька інтерпретацій методики “Намалюй людину”: за Р.Бернсом, Ф.Гудінаф, К.Маховер, О.С.Романовою та співавт., В.Н.Нікітіним [27, с. 204; 91, с. 220-224; 114]. В деяких варіантах методики “Намалюй людину” досліджуваному пропонують намалювати людину взагалі (своєї статі або також і протилежної статі), в деяких – намалювати самого себе [115]. Найбільшого розповсюдження у вітчизняній психології має варіант методики, запропонований О.С.Романовою та співавт. (1992), в якому людині пропонується намалювати на аркуші паперу саму себе [114]. Саме цей варіант методики ми використовували в нашому дослідженні.

Методика “Автопортрет” використовувалася нами з метою виявлення афективно-естетичного ставлення досліджуваного до власної зовнішності. Тест дає змогу проаналізувати, на чому людина акцентує увагу, виявити тривожність з приводу окремих рис зовнішності.

Інтерпретація тесту, запропонована О.С. Романовою та співавт., була доповнена нашою інтерпретацією відповідно до завдань дослідження.

Обробка та інтерпретація результатів.

Методика “Автопортрет” дає змогу виявити відношення людини до своєї зовнішності, є відображенням Я особистості [115].

При інтерпретації результатів О.С.Романова та співавт. виділяють наступні групи зображень [114]:

1. Схематичне зображення (варіанти: схематичне зображення обличчя; схематичне зображення у повний зріст). Людина виконує схематичне зображення у вигляді обличчя, схеми тіла, бюсту, намальованих у профіль чи анфас.

2. Реалістичне зображення (варіанти: реалістичне зображення обличчя; реалістичне зображення у повний зріст). Малюнок виконується з подробицями, промальовується обличчя, волосся, шия, одяг.

3. Естетичне зображення (варіанти: естетичне обличчя; естетичне зображення у повний зріст).

4. Метафоричне зображення (у вигляді літературного персонажу, предмету та ін.).

5. Емоційне зображення. Людина відображає себе в якомусь емоційному стані.

6. Зображення в інтер'єрі (на фоні пейзажу, в декоративному оздобленні, з предметами в руках та ін.).

7. Зображення пози або руху. Людина малює себе у момент дії.

8. Зображення у вигляді шаржу.

Виходячи з такої класифікації, можливо провести певну кількісну обробку методики. Але, оскільки методика є проєктивною, то найбільше значення має якісна інтерпретація. Кожний малюнок інтерпретувався індивідуально.

Попередньо, до початку основного дослідження, ми додатково провели діагностику за допомогою тесту “Автопортрет” з людьми, в яких є наявність різних хвороб шкіри, та здоровими людьми підліткового та юнацького віку. За даними цього додаткового дослідження та за результатами інших досліджень у вітчизняній психології [125, с. 30-31], нами були виділені наступні *показники тесту “Автопортрет”*, які ми використали при інтерпретації даної методики разом з класифікацією, запропонованою О.С.Романовою та співавт.:

1. При об'єктивній наявності у пацієнта косметичних вад повна відсутність їх на малюнку; схематизація у зображенні частин тіла, де існує об'єктивна вада, або відсутність такої частини тіла на малюнку.

2. При об'єктивній наявності у пацієнта косметичних вад акцентуація уваги на них на малюнку, ці недоліки зовнішності яскраво присутні на малюнку.

3. При об'єктивній наявності косметичних вад пацієнт намагається намалювати себе дуже гарним, ретельно промальовує частини тіла, особливо ті, де є об'єктивна наявність недоліків, при цьому на малюнку повна відсутність косметичних дефектів, і малюнок не є схематичним.

4. При об'єктивній наявності (чи відсутності) косметичних дефектів малюнок є більш-менш реалістичним.

5. При об'єктивній відсутності косметичних дефектів на малюнку є явна акцентованість на певній частині тіла (чи частинах тіла), її дуже ретельне промальовування, і ця частина тіла виглядає найбільш “красивою”. А насправді ця людина оцінює цю частину тіла зовсім негативно (тут використовувались результати акценти-опитувальника та бесіди).

6. При об'єктивній відсутності косметичних дефектів на малюнку певні частини тіла зображено зовсім “некрасивими”, є акцентуація уваги на малюнку на цих частинах тіла. Насправді ця людина оцінює такі частини тіла зовсім негативно (тут використовувались результати анкети – опитувальника та бесіди).

Такі показники дають змогу виявити задоволеність або тривожність з приводу окремих рис зовнішності.

Слід зауважити, що малюнок не є, звичайно, фотознімком, тому досить важко було провести класифікацію малюнків за наведеними показниками. Тому ми обов'язково проводили бесіду з досліджуваними, просили давати деякі пояснення відносно своїх малюнків, і тоді вже було можливо зробити інтерпретацію методики. Також при інтерпретації результатів методики “Автопортрет” обов'язково враховувались результати інших методик (особливо опитувальника-анкети, бесіди, методики самоопису зовнішності).

Опитувальник-анкета ставлення до зовнішності – психодіагностична методика, спрямована на виявлення групи показників образу фізичного Я. Ця методика є авторською розробкою.

При плануванні проведення психодіагностичного дослідження перед нами постала необхідність розробки власної методики діагностики образу фізичного Я.

Причинами цього стали:

- відсутність у вітчизняній психології методик (особливо у вигляді опитувальників), які були б спрямовані на діагностику фізичного Я (це повинні бути

окремі методики, вони повинні бути адаптовані до певного вікового діапазону, повинні бути стандартизовані і т.ін.);

- відсутність серед підібраних нами методик діагностики образу фізичного Я вербальної методики, яка б могла суттєво доповнити результати інших методик і виявити якісь специфічні показники.

Таким чином, ми розробили свою власну методику психодіагностики образу фізичного Я – “Опитувальник-анкета ставлення до зовнішності”.

При розробці методики попередньо нами були проведені бесіди зі здоровими людьми, пацієнтами з різними дефектами зовнішності (не лише хвороби шкіри) на тему зовнішності.

Також при побудові методики враховувались наступні джерела:

- дослідження Ф. Зімбардо (1991) з проблеми сором'язливості [45, с. 119];
- Стенфордський опитувальник сором'язливості [45, с. 126-133];
- опитувальник батьківського відношення А.Я. Варга – В.В. Століна [103];
- багатofакторний особистісний опитувальник Кеттела 16 PF;
- опитувальник самооцінки Т. Лірі [105].

Розроблений нами опитувальник-анкета складається з 18 питань відкритого та закритого типу. Опитувальник-анкета спрямований на:

- виявлення рівня самооцінки зовнішності;
- наявність чи відсутність стурбованості з приводу об'єктивних чи суб'єктивних недоліків зовнішності;
- вплив оточуючого середовища (різні категорії) на самооцінку зовнішності;
- типи батьківських відношень;
- типи адаптивно-захисних стратегій поведінки особистості при об'єктивних чи суб'єктивних дефектах зовнішності.

Опитувальник-анкета пристосований для діагностики людей підліткового та юнацького віку, може бути використаний у клінічній психології, віковій психології та інших галузях психології.

Опитувальник-анкета не є стандартизованим, не був перевірений на валідність та надійність. Однак результати цієї методики є достовірними при порівнянні з результатами інших методик, які ми використовували в дослідженні. І використання опитувальника-анкети є повністю необхідним при попередній діагностиці ставлення людини до власної зовнішності, ще до застосування інших методик (перш за все невербальних).

Варіант методики наведено у додатках (додаток 3).

Обробка результатів.

При обробці результатів відповідь на кожне запитання було закодовано у бали (1, 2, 3 бали і т. ін. в залежності від варіанту відповіді). Відповіді на запитання відкритого типу спочатку, при попередньому дослідженні, було поділено на групи, потім кожній групі відповідей присвоєно певний бал.

Кодування відповідей на запитання опитувальника-анкети наведено у додатках (додаток 3).

При обробці результатів до матриці заносилась відповідь досліджуваного (у балах) на кожне запитання опитувальника-анкети.

Для інтерпретації результатів були виділені *групи показників* (відповіді на певні групи запитань):

1. Рівень задоволеністю-незадоволеністю зовнішністю (запитання № 1, 2, 6, 7, 8, 9, 12).

2. Значимість впливу оточуючого середовища в самооцінці зовнішності (запитання № 3, 4, 5, 10, 11, 14, 15).

3. Тип захисної стратегії у подоланні недоліків зовнішності (запитання № 13).

В дослідженні було використано декілька додаткових методик, які доповнили основні методики дослідження. Додаткові методики статистично не оброблялися (окрім методики об'єктивного оцінювання зовнішності). Ці додаткові методики дали можливість більш повною мірою представити картину деформацій образу фізичного Я у підлітковому та юнацькому віці. Стисло представимо до-

даткові методики дослідження.

Бесіда з досліджуваними проводилася за наступними питаннями: 1) як Ви оцінюєте свою зовнішність; 2) що Вас задовольняє у Вашому обличчі і тілі; 3) що Вас засмучує; 4) чи тривожитесь Ви з приводу негараздів своєї зовнішності; 5) чи відчуваєте Ви негативне ставлення до своєї зовнішності з боку інших; 6) на кого Ви хочете бути схожим; 7) чи маєте Ви намір подолати негаразди своєї зовнішності.

Окрім цих питань, у бесіду, яка проводилася з пацієнтами косметологічних клінік, були включені наступні запитання: 1) коли Ви помітили недоліки своєї зовнішності; 2) чи вважаєте Ви за необхідне подолати свої зовнішні недоліки; 3) які Ви застосовуєте заходи з метою подолання недоліків обличчя і тіла; 4) чи вважаєте Ви за необхідне звертатися до хірурга з метою подолання некрасивих і непривабливих рис обличчя; 5) чи виникало у Вас бажання звернутися до клініки пластичної хірургії.

Методика самоопису зовнішності: досліджуваним пропонувалося описати свою зовнішність.

Методика об'єктивного оцінювання зовнішності вимагає участі не лише самого досліджуваного, а й групи експертів. Ця методика дає можливість співставити рівень самооцінки зовнішності певного члена групи з оцінкою його зовнішності іншим членам групи. Дослідження вимагає участі групи, членам якої пропонується визначити своє ставлення до зовнішності певного члена групи.

Шкала включає два протилежних визначення: “гарний-негарний”. Оцінювання здійснюється за допомогою семипунктної шкали, в якій пункт 1 відповідає поняттю “дуже негарна зовнішність”, а пункт 7 – “дуже красива зовнішність”. Прогнозується можливість співставлення об'єктивної оцінки зовнішності і суб'єктивної самооцінки зовнішності. Група експертів складалася з 10 людей віком від 25 до 50 років (це були лікарі, вчителі, викладачі залежно від того, з якою групою досліджуваних проводилось дослідження).

Ця методика дала нам додаткову можливість визначити тип самооцінки зовнішності.

2.1.3. Характеристика вибірки.

Загальна кількість досліджуваних 170 чоловік віком від 13 до 21 року.

Виходячи з завдань дослідження, було сформовано експериментальну та контрольну групи.

Експериментальна група – це пацієнти з різними захворюваннями шкіри та іншими косметичними вадами. Всього до експериментальної групи ввійшло 80 чоловік підліткового та юнацького віку (від 14 до 21 року) чоловічої та жіночої статі.

Кількісно досліджувані в експериментальній групі розподілилися на наступні підгрупи:

1. Пацієнти косметологічних клінік чоловічої статі підліткового віку – 15.
2. Пацієнти косметологічних клінік жіночої статі підліткового віку – 15.
3. Пацієнти косметологічних клінік чоловічої статі юнацького віку – 15.
4. Пацієнти косметологічних клінік жіночої статі юнацького віку – 15.
5. Пацієнти клінік пластичної та реконструктивної хірургії жіночої статі підліткового віку – 5.
6. Пацієнти клінік пластичної та реконструктивної хірургії чоловічої статі юнацького віку – 5.
7. Пацієнти клінік пластичної та реконструктивної хірургії жіночої статі юнацького віку – 10.

Пацієнти з хворобами шкіри мали наступні діагнози: вугрова хвороба у різних формах (45 хворих), коловидне облісіння (10 хворих), атипичний дерматит (5 хворих). Тривалість захворювання – 0,5–4 роки. Всього досліджено 60 пацієнтів косметологічних клінік.

Пацієнти клінік пластичної та реконструктивної хірургії всі були досліджені в доопераційний період. Всі пацієнти звернулися до клінік пластичної хі-

рургії за наявності більш чи менш виражених дефектів зовнішності. Нами були досліджені пацієнти, які звернулися до клінік за необхідності наступних хірургічних втручань: ринопластика (5 пацієнтів жіночої статі підліткового віку, 3 пацієнти чоловічої статі юнацького віку), корекція вух (6 пацієнтів жіночої статі юнацького віку), реконструкція уражених опіками ділянок шкіри II-III ступеню (2 пацієнти чоловічої статі юнацького віку, 4 пацієнти жіночої статі юнацького віку). Тривалість наявності дефектів зовнішності: від народження або від 1 до 5 років. Всього досліджено 20 пацієнтів клінік пластичної та реконструктивної хірургії.

Контрольна група складалася з досліджуваних звичайної зовнішності, дослідження яких було проведено в різних учбових закладах. Всього до контрольної групи ввійшло 90 чоловік підліткового та юнацького віку (від 13 до 21 року) чоловічої та жіночої статі. Кількісно досліджувані контрольної групи розподілилися на наступні підгрупи:

1. Досліджувані чоловічої статі підліткового віку – 20.
2. Досліджувані жіночої статі підліткового віку – 25.
3. Досліджувані чоловічої статі юнацького віку – 20.
4. Досліджувані жіночої статі юнацького віку – 25.

До контрольної групи ввійшли люди без певних косметичних вад (учні та студенти). Однак і в цій групі було виділено невелику за кількістю підгрупу людей з більш-менш вираженими дефектами зовнішності. Докладніше про цих досліджуваних ми поговоримо при розгляді результатів дослідження.

Дослідження здійснювалось на таких базах: середня школа-ліцей № 38 м. Києва (8, 9, 10 класи), Аграрний університет (м. Київ), національний педагогічний університет ім. М. Драгоманова м. Києва (індустріально-педагогічний факультет), центральна косметологічна лікарня м. Києва, міська клінічна лікарня №10 м. Києва (відділення пластичної хірургії), медичний центр МедАРС (відділення хірургії).

Дослідження проводилось упродовж 2000–2003 рр. у кілька етапів.

На першому етапі (2001 р.) теоретично осмислювалась проблема, визначались об'єкт і предмет дослідження, його мета і завдання, розроблено наукову та методичну концепцію дослідження, вивчалась психологічна література, публікувались матеріали з теми дослідження, нагромаджувався фактичний матеріал, здійснювалася систематизація і первинна обробка даних попереднього експерименту.

На другому етапі (2001–2002 рр.) продовжувалося опрацювання вітчизняної та зарубіжної літератури, розроблено методик дослідження, проведена її апробація, визначено навчальні заклади для проведення досліджень, підготовлено засоби дослідження, проведено психодіагностичне дослідження.

На третьому етапі (2002–2003 рр.) опрацьовані кількісно-статистичні та якісні результати дослідження, здійснено їх узагальнення та інтерпретацію.

Узагальненими результатами психодіагностичного дослідження мали стати:

- встановлення особливостей процесу сприймання і оцінки підлітками і юнаками власного тіла, виявлення вікових і статевих відмінностей у такому процесі;
- визначення детермінант, що обумовлюють становлення Я-фізичного на визначених вікових етапах, виникнення деформацій Я-фізичного;
- вивчення впливу деформованого Я-фізичного на поведінку особистості і визначення адаптивно-захисних стратегій, спрямованих на зміну такого образу.

2.2. Вікові, статеві та індивідуальні відмінності у становленні образу фізичного Я у підлітковому та юнацькому віці

Дослідження становлення образу фізичного Я здійснювалось нами за допомогою усіх перелічених раніше 6 основних методик та 3 додаткових методик. Далі розглянемо докладно отримані результати дослідженні у контрольній вибірці (учні середньої школи, студенти університетів).

Досліджуючи становлення образу фізичного Я, ми припускали, що мають

бути певні вікові, статеві та індивідуальні відмінності у цьому складному процесі.

Дослідження процесу сприймання підлітками і юнаками власної зовнішності як компоненту Я-образу дозволили нам з'ясувати низку питань, пов'язаних із становленням такого образу, а саме: залежність Я-фізичного від вікових і індивідуальних особливостей, неспівпадіння для більшості підлітків та юнаків Я-ідеального і Я-реального, надання переваг у сприйманні такого образу певним ознакам, що характеризують зовнішність. Психологічно цей процес відбувається як поступове формування в індивіда уявлення про свою зовнішність, яке детерміновано бажанням співставити себе з іншими та зрозуміти, наскільки таке співставлення відповідає певній "нормі" – тим зразкам, що індивідуально сформувалися в кожного. Когнітивні процеси: сприймання своєї зовнішності, сприймання окремих її ознак, співставлення себе з іншими в цілому, а також сприймання і співставлення окремих зовнішніх рис з рисами інших – дають можливість створити свій зовнішній образ, усвідомити його, проаналізувати і, нарешті, зробити висновок про його відповідність чи невідповідність певній нормі.

Дослідження загальної самооцінки образу тіла здійснювалось нами за допомогою методики "Семантичний диференціал". Виходячи з того, що образ-Я в цілому може бути *реальним і ідеальним*, так само і образ фізичного Я може виявлятися у цих двох варіантах: *реальний образ фізичного Я – чітке розуміння і усвідомлення свого тіла і його границь, реальна оцінка його привабливості чи непривабливості для інших, і ідеальний образ фізичного Я – як бажання виглядати перед іншими красивим, привабливим*, викликати приємні відчуття від сприймання іншими своєї зовнішності. Ідеальне Я особистості – це взірець, до якого тягнеться людина, долаючи інколи труднощі і перешкоди і тут досягнення залежать цілком від волі людини. Що стосується Я-фізичного як бажання мати красиві і привабливі риси обличчя чи частини тіла, то тут далеко не завжди можна досягти значних успіхів (окрім хірургічного втручання, та й то далеко не по відношенню до всіх частини тіла). Тому Я-ідеальне фізичного образу найчасті-

ше стає мрією – приємною, бажаною, але недосяжною. Хоча, як відомо, є випадки, коли людина завдяки такому бажанню, поєднаному із сильною волею, може досягти просто зворушливих результатів.

Розглянемо результати дослідження за допомогою методики “Семантичний диференціал” у контрольній вибірці. Як ми вже зазначали, ця методика дає змогу визначити самооцінку образу фізичного Я, порівняти реальні уявлення людини про свою зовнішність з Я-ідеальним фізичного Я.

1. Розглянемо вікові та індивідуальні відмінності, отримані за допомогою методики “Семантичний диференціал” у чоловіків. На графіку 2.1 представлені вікові та індивідуальні відмінності в самооцінці Я-реального образу фізичного Я та Я-ідеального образу фізичного Я у досліджуваних підліткового та юнацького віку чоловічої статі контрольної вибірки.

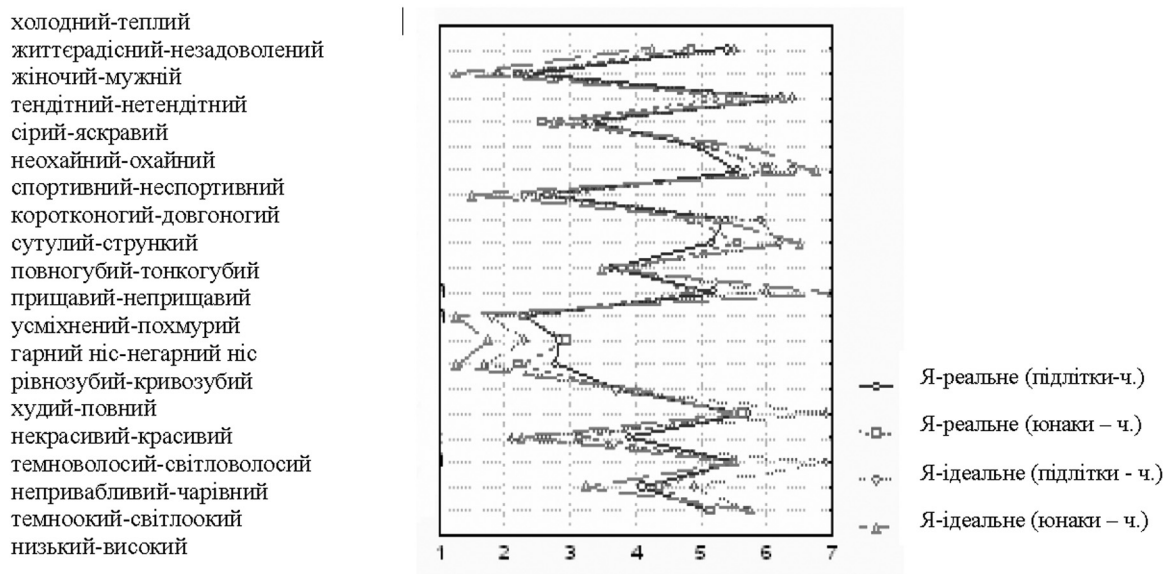


Рис. 2.1. Вікові відмінності у самооцінці Я-реального та Я-ідеального образу фізичного Я (контрольна вибірка, чоловіки)

На цьому графіку по шкалі *ох* представлені середні значення по групах за 7-бальною шкалою. Аналізуючи вікові та індивідуальні відмінності в самооцінці образу фізичного Я у досліджуваних чоловічої статі підліткового та юнацького віку, в цілому треба зазначити:

— оцінка Я-реального у підлітковому та юнацькому віці у чоловіків майже співпадає.

— розбіжності в оцінці Я-реального та Я-ідеального для обох вікових категорій існують по деяких параметрах, і приблизно в обох вікових категоріях співвідношення в дистанції однакове. Для обох вікових категорій найголовнішою шкалою, що викликає незадоволення, є шкала “прищавий-неприщавий” (Я-реальне підлітки-чоловіки = 5,20; Я-ідеальне підлітки-чоловіки = 6,0; Я-реальне юнаки-чоловіки = 4,86; Я-ідеальне юнаки-чоловіки = 7,00). Лише для підліткового віку розбіжності виявилися по шкалах “красивий-некрасивий” (Я-реальне = 5,70; Я-ідеальне = 6,90), “непривабливий-чарівний” (Я-реальне = 5,50; Я-ідеальне = 6,90), лише для юнацького віку – по шкалі “спортивний-неспортивний” (Я-реальне = 2,64; Я-ідеальне = 1,50).

– оцінка Я-ідеального у підлітковому та юнацькому віці у чоловіків майже по всіх параметрах не співпадає.

2. Розглянемо вікові та індивідуальні відмінності, отримані за допомогою методики “Семантичний диференціал” у жінок. На графіку 2.2 представлені вікові та індивідуальні відмінності в самооцінці Я-реального образу фізичного Я та Я-ідеального образу фізичного у досліджуваних підліткового та юнацького віку жіночої статі контрольної вибірки.

холодний-теплій
життєрадісний-незадоволений
жіночий-мужній
тендітний-нетендітний
сірий-яскравий
неохайний-охайний
спортивний-неспортивний
коротконогий-довгоногий
сутулий-стрункий
повногубий-тонкогубий
прищавий-неприщавий
усміхнений-похмурий
гарний ніс-негарний ніс
рівнозубий-кривозубий
худий-повний
некрасивий-красивий
темноволосий-світловолосий
непривабливий-чарівний
темноокий-світлоокий
низький-високий

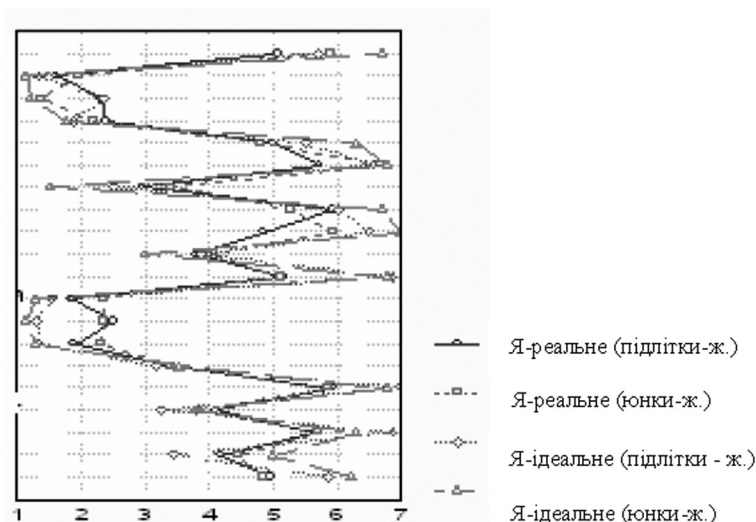


Рис. 2.2. Вікові відмінності у самооцінці Я-реального та Я-ідеального образу фізичного Я (контрольна вибірка, жінки)

На цьому графіку по шкалі *ох* представлені значення по групах за 7-бальною шкалою.

Аналізуючи вікові та індивідуальні відмінності у самооцінці образу фізичного Я у досліджуваних жіночої статі підліткового та юнацького віку, в цілому треба зазначити:

— оцінка *Я-реального* у підлітковому та юнацькому віці у жінок не співпадає. Найбільші розбіжності виявилися по шкалах: “жіночий-мужній” (підлітки-жінки = 2,33; юнки-жінки = 1,37), “сутулий-стрункий” (підлітки-жінки = 4,85; юнки-жінки = 5,95), “неохайний-охайний” (підлітки-жінки = 5,73; юнки-жінки = 6,68).

— розбіжності в оцінці *Я-реального* та *Я-ідеального* для обох вікових категорій існують лише по деяких параметрах і це більше у юнацькому віці. А саме: для обох вікових категорій найбільші розбіжності виявилися по шкалах “некрасивий-красивий” (*Я-реальне* підлітки-жінки = 5,91; *Я-ідеальне* підлітки-жінки = 7,00; *Я-реальне* юнки-жінки = 5,84; *Я-ідеальне* юнки-жінки = 6,77), “прищавий-неприщавий” (*Я-реальне* підлітки-жінки = 5,15; *Я-ідеальне* підлітки-жінки = 6,85; *Я-реальне* юнки-жінки = 5,11; *Я-ідеальне* юнки-жінки = 6,87), “сутулий-стрункий” (*Я-реальне* підлітки-жінки = 4,85; *Я-ідеальне* підлітки-жінки = 6,50; *Я-реальне* юнки-жінки = 5,95; *Я-ідеальне* юнки-жінки = 7,00). Лише для юнацького віку виявилися значні розбіжності по шкалах “коротконогий-довгоногий”, “спортивний-неспортивний”, “сірий-яскравий”.

— оцінка *Я-ідеального* у підлітковому та юнацькому віці у жінок не співпадає.

3. Розглянемо статеві відмінності, отримані за допомогою методики “Семантичний диференціал”, у підлітковому віці. На графіку 2.3 представлені статеві відмінності в самооцінці *Я-реального* образу фізичного Я у досліджуваних підліткового віку контрольної вибірки.

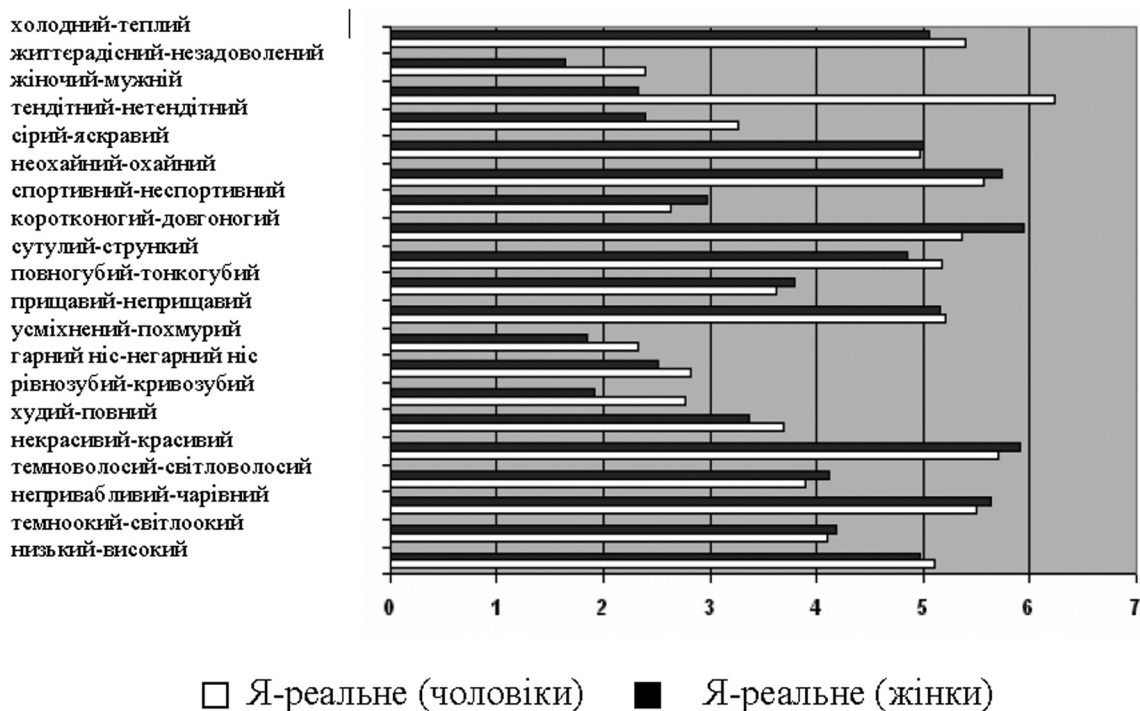


Рис. 2.3. Статеві відмінності у самооцінці Я-реального образу фізичного Я (контрольна вибірка, підлітковий вік)

На цьому графіку по шкалі *ох* представлені середні по групах за 7-бальною шкалою.

Аналізуючи статеві відмінності у самооцінці Я-реального образу фізичного Я у підлітковому віці, слід зазначити:

— майже не існує статевих розбіжностей у підлітковому віці за всіма параметрами. Великі розбіжності виявлені лише за шкалою “жіночий-мужній”. І це цілком зрозуміло, адже шкала є біполярною, і показники жіночої та чоловічої статі знаходяться на різних полюсах. Так само можна інтерпретувати розбіжності по шкалі “тендітний-нетендітний”.

4. Розглянемо статеві відмінності, отримані за допомогою методики “Семантичний диференціал”, у юнацькому віці. На графіку 2.4 представлені статеві відмінності в самооцінці Я-реального образу фізичного Я у досліджуваних юнацького віку контрольної вибірки.

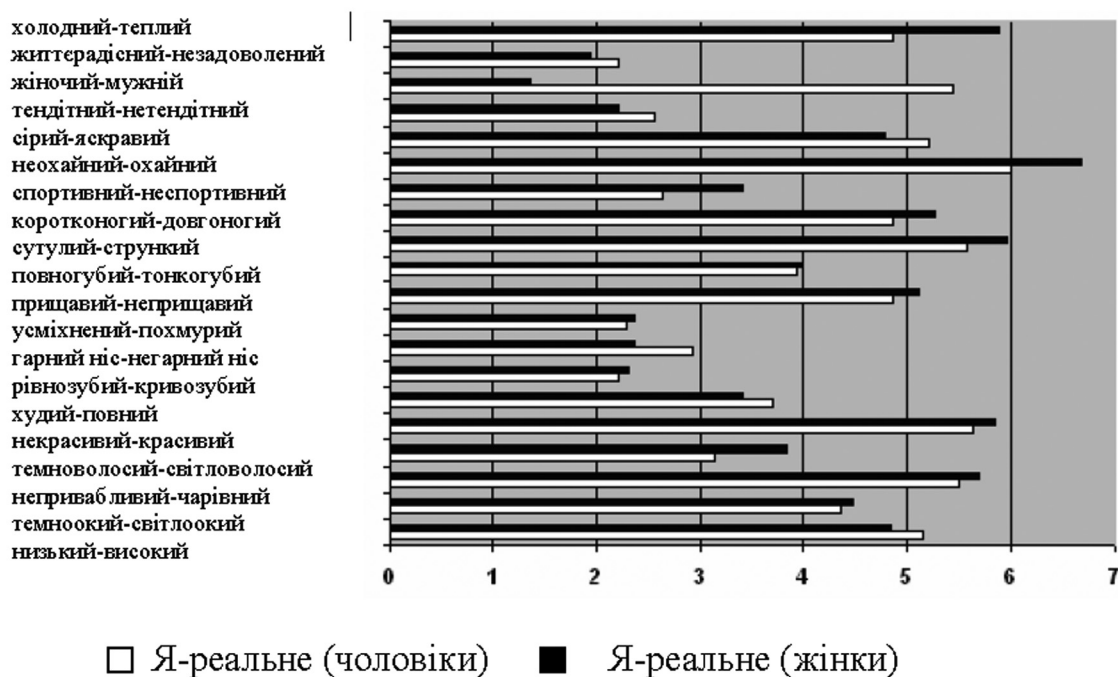


Рис. 2.4. Статеві відмінності у самооцінці Я-реального образу фізичного Я (контрольна вибірка, юнацький вік)

На цьому графіку по шкалі ох представлені середні значення по групах за 7-бальною шкалою.

У юнацькому віці найвищими балами оцінюються непрямі ознаки зовнішності, тобто такі, які безпосередньо не пов'язані з будовою тіла. При цьому спостерігається вплив соціальних очікувань. Так, і юнаки, і юнки оцінили себе як охайних, але середня оцінка дівчат $x = 6,7$ бала, а хлопців $x = 6,0$ бала. Подібний розрив є і в оцінках за шкалою “холодний-чуйний” (у юнаків – $x = 4,86$; у юнок – $x = 5,89$).

Аналізуючи статеві відмінності у самооцінці Я-реального образу фізичного Я у юнацькому віці, слід зазначити:

— майже не існує статевих розбіжностей у юнацькому віці за всіма параметрами. Великі розбіжності виявлені лише за шкалою “жіночий-мужній”. І це цілком зрозуміло, адже шкала є біполярною, і показники для жіночої та чоловічої статі знаходяться на різних полюсах.

У таблиці 2.1 наведені загальні результати (середні значення по кожній групі досліджуваних за 7-бальною шкалою) самооцінки Я-реального образу фізичного Я у контрольній вибірці.

Таблиця 2.1

Загальні результати самооцінки Я-реального образу
фізичного Я у контрольній вибірці

		Я-реальне (підлітки - ч.)	Я-реальне (юнаки)	Я-реальне (підлітки - ж.)	Я-реальне (юнки)
1.	Низький-високий	5,1	5,14	4,97	4,84
2.	Темноокий-світлоокий	4,1	4,36	4,18	4,47
3.	Непривабливий-чарівний	5,5	5,5	5,64	5,68
4.	Темноволосий-світловолосий	3,9	3,14	4,12	3,84
5.	Некрасивий-красивий	5,7	5,64	5,91	5,84
6.	Худий-повний	3,7	3,71	3,36	3,42
7.	Рівнозубий-кривозубий	2,77	2,21	1,91	2,32
8.	Гарний ніс-негарний	2,83	2,93	2,52	2,37
9.	Усміхнений-похмурий	2,33	2,29	1,85	2,37
10.	Прищавий-неприщавий	5,2	4,86	5,15	5,11
11.	Повногубий-тонкогубий	3,63	3,93	3,79	4
12.	Сугулий-стрункий	5,17	5,57	4,85	5,95
13.	Коротконогий-довгоногий	5,37	4,86	5,94	5,26
14.	Спортивний-неспортивний	2,63	2,64	2,97	3,42
15.	Неохайний-охайний	5,57	6	5,73	6,68
16.	Сірий-яскравий	4,97	5,21	5	4,79
17.	Тендітний-нетендітний	3,27	2,57	2,39	2,21
18.	Жіночний-мужній	6,23	5,43	2,33	1,37
19.	Життєрадісний-незадоволений	2,4	2,21	1,64	1,95
20.	Холодний-теплий	5,4	4,86	5,06	5,89

Людина оцінює Я-фізичне двома шляхами: 1) самосприймання зовнішності (тіла і обличчя); 2) шляхом зіставлення своєї зовнішності із зовнішністю інших людей. Але чи існують при цьому якісь більш-менш виражені еталони для зіставлення? Можна стверджувати, що люди взагалі орієнтуються на закріплені за допомогою джерел інформації образи, що є для них орієнтирами, хоча, з іншого боку, у кожного, разом з тим, або, навіть всупереч нав'язуваним образам, існує своя сис-

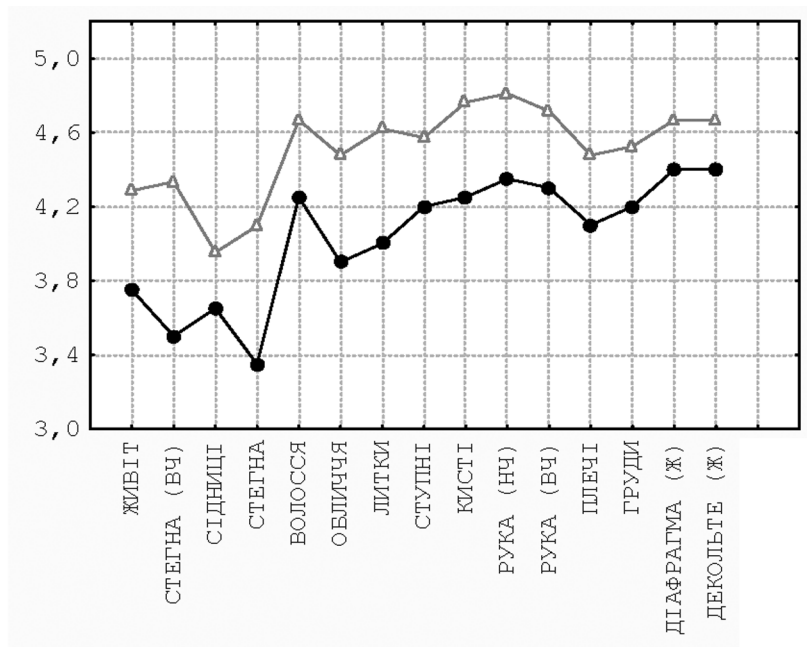
тема самосприймання. Люди сприймають інших за “своїми” мірками, на свій розсуд. Що стосується різних проблем зовнішності (“худий-повний”, “гарний-негарний”, “сугулий-стрункий”), то когнітивно-афективна оцінка пов’язана з відносно об’єктивними й суб’єктивними координатами, мірками, еталонами, зразками, сприймання та самосприймання здійснюється, спираючись на них. Зауважимо лише, що дуже багато при цьому залежить від існуючої системи образів-еталонів у конкретному суспільстві, а особливо в окремих групах, формальних та неформальних соціальних структурах. Як правило, саме голова, обличчя є основними об’єктами спостережень з боку інших. Тут так само мають значення історичні й культурно-естетичні моменти. В скульптурних і образотворчих формах мистецтва голові і обличчю надається надзвичайна увага. Недарма прийнято називати у наш час обличчя людини її візитною карткою. Так воно й є, але при цьому одразу виникає самостійна дуже велика проблема, яка пов’язана з тим, наскільки зовнішні риси передають чи не передають сутність людини, її характер, її основні спрямування, зрештою те, які емоції відображені на обличчі, адже саме емоції або відкривають людину, або приховують її сутність, наміри, мотиви майбутньої поведінки.

Процес сприймання завжди включає афективний компонент – подобається об’єкт чи не подобається. Цей компонент є дуже важливим, адже в залежності від того як сприймається даний об’єкт (позитивно-афективне сприймання, негативно-афективне сприймання), індивід будує свою поведінку – наближається до об’єкту чи відштовхує його.

Визначення рівня задоволеності (незадоволеності) окремими частинами тіла у формуванні загальної самооцінки зовнішності, а також визначення загального типу самооцінки образу фізичного Я здійснювалось нами за допомогою методики САРТ.

Розглянемо результати дослідження за допомогою методики **САРТ (The Color-A-Person Body Dissatisfaction Test: кольоровий тест незадоволеності власним тілом)** у контрольній вибірці. Як ми вже зазначали, ця методика дає змогу визначити рівень незадоволеності (задоволеності) тілом та окремими його частинами.

1. Розглянемо вікові відмінності, отримані за допомогою методики САРТ, у жінок. На графіку 2.5 представлені вікові відмінності в самооцінці окремих частин тіла у досліджуваних підліткового та юнацького віку жіночої статі контрольної вибірки.



—Δ— дівчата-підлітки —●— юнки

Рис. 2.5. Вікові відмінності в самооцінці окремих частин тіла (контрольна вибірка, жінки)

На цьому графіку по шкалі *ox* представлені частини тіла, що оцінювались досліджуваними, по шкалі *oy* – середні значення по групах за 5-бальною шкалою. Наводимо деякі пояснення по шкалі *ox* (ці пояснення стосуються і усіх наступних графіків та таблиць за методикою САРТ). Для більш стислого подання матеріалу деякі назви частин тіла ми скоротили, а саме: “стегна вч” – “верхня частина стегон”, “стегна” – “нижня частина стегон”, “рука вч” – “передпліччя”, “рука нч” – “лікоть”, “діафрагма ж” – “діафрагма або верхня частина живота” (оцінювали лише жінки), “декольте ж” – “декольте” (оцінювали лише жінки).

Аналізуючи вікові відмінності в самооцінці частин тіла досліджуваним підліткового та юнацького віку жіночої статі в цілому треба зазначити:

- самооцінка частин тіла жінками у юнацькому віці нижча, ніж у підліт-

ковому віці.

— крива задоволеності-незадоволеності частинами тіла у підлітковому та юнацькому віці майже співпадає. Обидві вікові категорії “симетрично” задоволені чи незадоволені тими ж самими частинами тіла.

— найбільше незадоволення у обох вікових категоріях викликають: *верхня частина стегон* (підлітки-жінки = 4,33; юнки = 3,50), *сідниці* (підлітки-жінки = 3,95; юнки = 3,65), *нижня частина стегон* (підлітки-жінки = 4,10; юнки = 3,35).

— найбільше задоволення у обох вікових категоріях викликають: *волосся* (підлітки-жінки = 4,67; юнки = 4,25), *декольте* (підлітки-жінки = 4,67; юнки = 4,40); *діафрагма* (підлітки-жінки = 4,67; юнки = 4,40), *лікоть* (підлітки-жінки = 4,81; юнки = 4,35).

2. Розглянемо вікові відмінності, отримані за допомогою методики САРТ, у чоловіків. На графіку 2.6 представлені вікові відмінності в самооцінці окремих частин тіла у досліджуваних підліткового та юнацького віку чоловічої статі контрольної вибірки.

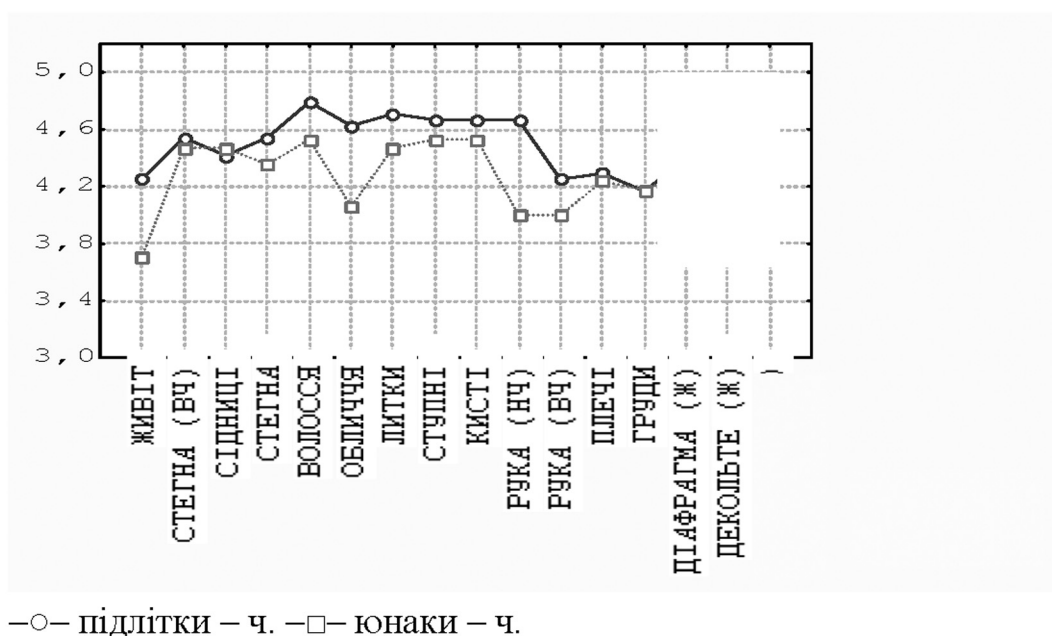


Рис. 2.6. Вікові відмінності в самооцінці окремих частин тіла (контрольна вибірка, чоловіки)

На цьому графіку по шкалі *ox* представлені частини тіла, що оцінювались досліджуваними по шкалі *oy* – середні значення по групах за 5-бальною шкалою.

Оцінка підлітками і юнаками зовнішності значно відрізняється від оцінки протилежної статі. Так, у хлопців-підлітків та юнаків спостерігається більша незадоволеність руками і грудьми поряд із значно вищими оцінками сідниць. Це можна пояснити тим, що для хлопчиків розвиток м'язів рук має більше значення, ніж для дівчат, але розвиток грудної клітини є значущим показником як для дівчат, так і для хлопців.

Аналізуючи вікові відмінності в самооцінці частин тіла досліджуваними підліткового та юнацького віку чоловічої статі, в цілому треба зазначити:

— *самооцінка частин тіла чоловіками у юнацькому віці нижча, ніж у підлітковому віці.*

— *у підлітковому та юнацькому віці задоволеність-незадоволеність частинами тіла співпадає за більшістю показників.*

— *найбільше незадоволення у обох вікових категоріях викликають: передпліччя (підлітки-чоловіки = 4,25; юнаки-чоловіки = 4,00), плечі (підлітки-чоловіки = 4,29; юнаки-чоловіки = 4,24), груди (підлітки-чоловіки = 4,17; юнаки-чоловіки = 4,18), живіт (підлітки-чоловіки = 4,25; юнаки-чоловіки = 3,71). Лише у юнацькому віці незадоволення викликає обличчя (юнаки-чоловіки = 4,06).*

— *найбільше задоволення у обох вікових категоріях викликають: волосся (підлітки-чоловіки = 4,79; юнаки-чоловіки = 4,53), ступні (підлітки-чоловіки = 4,67; юнаки-чоловіки = 4,53), кисті (підлітки-чоловіки = 4,67; юнаки-чоловіки = 4,53).*

3. Розглянемо статеві відмінності, отримані за допомогою методики САРТ, у підлітковому віці. На графіку 2.7 представлені статеві відмінності в самооцінці окремих частин тіла у досліджуваних чоловічої та жіночої статі підліткового віку.

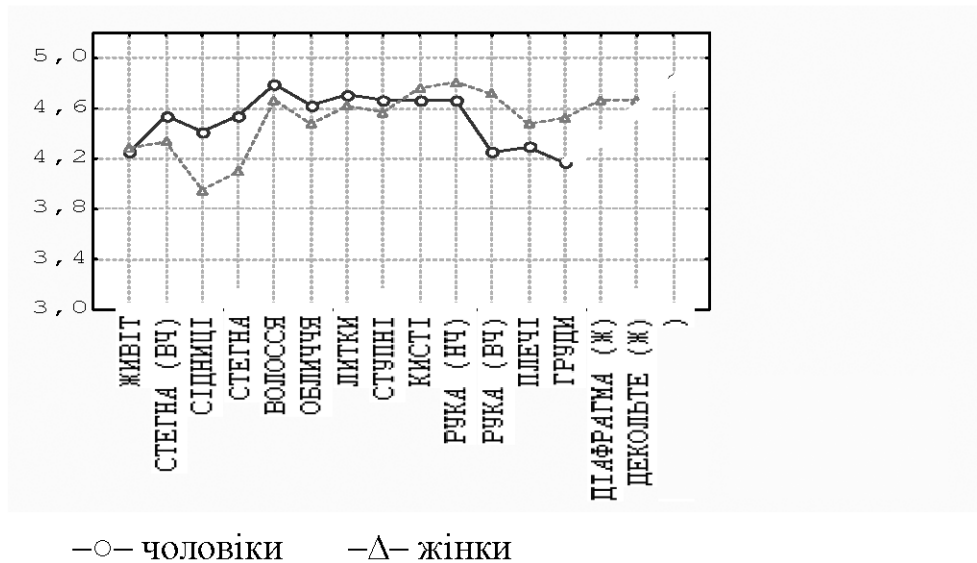


Рис. 2.7. Статеві відмінності в самооцінці окремих частин тіла (контрольна вибірка, підлітковий вік)

На цьому графіку по шкалі *ox* представлені частини тіла, що оцінювались досліджуваними, по шкалі *oy* – середні значення по групах за 5-бальною шкалою.

Аналізуючи статеві відмінності в самооцінці частин тіла досліджуваними підліткового віку, в цілому треба зазначити:

- самооцінка частин тіла у чоловіків та жінок відрізняється.
- у підлітковому віці у хлопців та дівчат існує задоволеність-незадоволеність різними частинами тіла, а саме протилежними частинами тіла.
- найбільше незадоволення у дівчат викликають сідниці ($x = 3,95$), нижня частина стегон ($x = 4,10$), верхня частина стегон ($x = 4,33$), живіт ($x = 4,29$), у чоловіків – груди ($x = 4,17$), плечі ($x = 4,29$), передпліччя ($x = 4,25$).
- найбільше задоволення у дівчат викликають кисті ($x = 4,76$), лікоть ($x = 4,81$), передпліччя ($x = 4,71$), у чоловіків – волосся ($x = 4,79$).

4. Розглянемо статеві відмінності, отримані за допомогою методики САРТ, у юнацькому віці. На графіку 2.8 представлені статеві відмінності в самооцінці окремих частин тіла у досліджуваних чоловічої та жіночої статі юнацького віку.

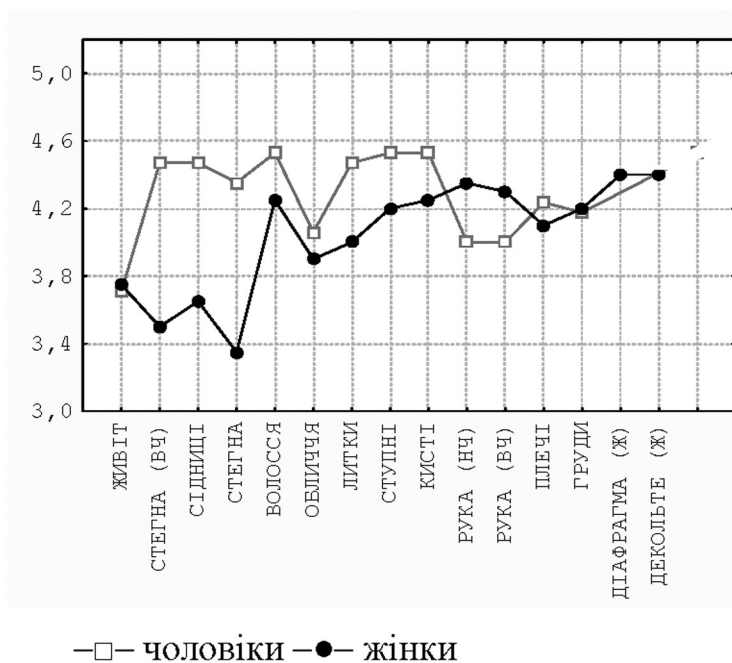


Рис. 2.8. Статеві відмінності в самооцінці окремих частин тіла (контрольна вибірка, юнацький вік)

На цьому графіку по шкалі *ox* представлені частини тіла, що оцінювались досліджуваними, по шкалі *oy* – середні значення по групах за 5-бальною шкалою.

Як видно з наведеного графіку, найбільші емоційні навантаження мають стегна і сідниці для юнок (можливо, як ознака бажаної, але не до кінця реалізованої фемінінності) та руки; верхня частина рук (біцепси) та груди (грудна клітина) є частинами тіла, що мають більшу значимість для хлопців як ознаки маскулінності.

Аналізуючи статеві відмінності в самооцінці частин тіла досліджуваними юнацького віку, в цілому треба зазначити:

— самооцінка частин тіла у чоловіків та жінок юнацького віку майже діаметрально протилежна. Ті частини тіла, що викликають задоволення у чоловіків, викликають незадоволення у жінок, і навпаки.

— найбільше незадоволення у жінок викликають сідниці ($x = 3,65$), нижня частина стегон ($x = 3,35$), верхня частина стегон ($x = 3,50$), у чоловіків – живіт ($x = 3,71$), лікоть ($x = 4,00$), передпліччя ($x = 4,00$).

Таблиця 2.2

Загальні результати дослідження самооцінки окремих частин тіла досліджуваними за тестом САРТ (контрольна вибірка)

	ЖИВІТ	СТЕГНА ВЧ	СІДНИЦІ	СТЕГНА НЧ	ВОЛОСНЯ	ОБЛИЧЧЯ	ЛИТКИ	СТУПНІ	КИСТІ	РУКА НЧ	РУКА ВЧ	ПЛЕЧІ	ГРУДИ	ДІАФРАГМА	ДЕКОЛЬТЕ	3 ШКАЛА	ШКАЛА 1	ШКАЛА 2	ШКАЛА Д
ПІДЛІТКИ (хлопці)	4,25	4,54	4,42	4,54	4,79	4,63	4,71	4,67	4,67	4,67	4,258	4,29	4,17			4,51	4,44	4,54	0,58
ЮНАКИ (хлопці)	3,71	4,47	4,47	4,35	4,53	4,06	4,47	4,53	4,53	4,00	4,00	4,24	4,18			4,27	4,25	4,28	0,59
ПІДЛІТКИ	4,29	4,33	3,95	4,10	4,67	4,48	4,62	4,57	4,76	4,81	4,71	4,48	4,52			4,51	4,17	4,63	1,05
ЮНКИ	3,75	3,50	3,65	3,35	4,25	3,90	4,00	4,20	4,25	4,35	4,30	4,10	4,20			4,04	3,56	4,21	0,08

— найбільше задоволення у жінок викликають *діафрагма* ($x = 4,40$), *декольте* ($x = 4,40$), *лікоть* ($x = 4,35$), у чоловіків – *волосся* ($x = 4,53$), *ступні* ($4,53$), *кисті* ($x = 4,53$).

Загальні показники, отримані за методикою САРТ, наведені у таблиці 3.2: “Загальні результати дослідження самооцінки окремих частин тіла досліджуваними за тестом САРТ (контрольна вибірка)”.

У цій таблиці наведені середні значення (за 5-бальною шкалою) самооцінки кожної частини тіла, отримані у кожній підгрупі досліджуваних, а також результати загальної шкали САРТ, шкали I САРТ, шкали II САРТ, дискримінаційної шкали САРТ по кожній підгрупі досліджуваних.

Результати нашого дослідження в значній мірі співпадають з даними зарубіжних авторів, нами теж була відзначена особлива увага дівчат до таких рис зовнішності як волосся, обличчя, груди, діафрагма, сідниці. Отже, дівчата виділяють ті фізичні якості, якими обумовлена краса і жіночність.

Хлопці в самооцінках своєї зовнішності відрізняються від дівчаток, а саме: вони більш занепокоєні своїм зростом (відомий “комплекс Наполеона”), загальною мускулатурою. Це якості, які подобаються протилежній статі і які складають поняття мужності.

2.3. Структурно-функціональна модель образу фізичного Я

Нами було з’ясовано, що у людини виникає деформований образ фізичного Я при реальних вадах зовнішності, а також іноді при надуманих вадах зовнішності. Маючи деформації образу фізичного Я, люди використовують різні поведінкові захисні стратегії в подоланні кризової ситуації.

Як показало наше дослідження, до загальних причин виникнення розриву між реальним та ідеальним “Я” відносяться *чотири групи факторів*: 1) наявність тих чи інших дефектів зовнішності; 2) конкретні умови формування фізичного образу “Я” (безпосереднє оточення та йо-

го характеристики, функціонування певних цінностей в суспільстві та ін.); 3) індивідуальні причини (суб'єктивні установки щодо краси зовнішності, випадкові асоціації, окремі впливи, які в певних умовах можуть стати значущими для конкретного підлітка або юнака); 4) деформації Я-фізичного складають суб'єктивно створене ставлення особистості до своєї зовнішності (хоча з точки зору здорового глузду цілком розумно вважати зовнішність такого індивіду або окремі риси нормою). Звичайно, що дуже важко розмежувати, що є нормою, а що – ні. Для одного юнака повновида дівчина сприймається як “норма”, іншому подобаються худорляві дівчата. А ця повновида дівчина може тяжко страждати, вважаючи себе непривабливою саме через свою надмірну, а інколи й зовсім не надмірну повноту, так само може страждати й худорлява дівчина через свою, як їй здається, потворність. В реальних умовах життя спостерігаються складні переплетіння зовнішніх та внутрішніх факторів і через те рідко можна говорити про якісь стандарти індивідуальних реагувань, скоріше це співпадіння усіх, а іноді лише окремих ознак, які стають причетними до виникнення тривожності і занепокоєності.

Одержані нами дані про значний вплив деформованого образу зовнішності на поведінку, наявність глибокого внутрішнього конфлікту, складних переживань з приводу невідповідності Я-реального Я-ідеальному, створеного соціальним оточенням, викликає в індивіда бажання змінити свій фізичний вигляд. Вивчаючи клінічний матеріал, результати бесід з пацієнтами косметологічних клінік, ми дійшли висновку, що людина сама шукає виходу з такої кризової для себе ситуації. Можна виділити **два шляхи такого виходу: суб'єктивний і об'єктивний** в залежності від того, на якому рівні деформації знаходиться образ фізичного Я. Якщо це тривожність з приводу певних реальних вад, недоліків зовнішності (юнацькі вугрі, завеликий ніс чи вуха, опікові шрами), то одні пацієнти, розуміючи це, шукають вихід, інші занурюються у свої пережи-

вання. Проте, якщо фізичний недолік (повнота, худорлявість) або якісь дефекти шкіри менш помітні, то деякі люди вдаються до внутрішніх психологічних (суб'єктивних) заходів – психологічного захисту, обираючи свою індивідуальну стратегію в залежності від того, якого значення надається реальному чи надуманому дефекту зовнішності, а також на якому рівні деформації знаходиться образ фізичного Я. Ми вже відзначали, що людина може мати реальні дефекти зовнішності і уявні. Відповідно, вона шукає шляхів психологічного захисту з метою подолання тривожності, спричиненою такими дефектами. Вибір індивідом стратегії такого захисту залежить від багатьох причин, але можна виділити такі основні: 1) усвідомлення неможливості змінити щось у зовнішності (втрата кінцівок, довжина ніг, зріст та ін.); 2) бажання змінити щось в зовнішності, яке засновано на розумінні можливості таких змін (повнота, худорлявість, форма носа, вугрі тощо); 3) розуміння можливості компенсації певних недоліків зовнішності (непропорційність фігури, почервоніння чи надмірна білявість обличчя, занадто високий лоб тощо). У випадках, коли “наче все нормально”, але індивіду здається, що зовнішність неприваблива тому, що не вкладається в образ Я-ідеального, то такі випадки потребують *об'єктивного захисту – психокорекції і психотерапії*. Розглянемо більш конкретно *суб'єктивні захисні стратегії*.

На підставі одержаних матеріалів ми виділили такі форми збереження індивідом балансу між деструктивними впливами деформованого фізичного Я-образу і внутрішніми ресурсами: 1) *пасивно-адаптивна стратегія*; 2) *пасивно-деструктивна стратегія*; 3) *активно-деструктивна стратегія*; 4) *активно-адаптивна стратегія*; 5) *сублімаційно-творча стратегія*. Виділені стратегії можна об'єднати у дві групи: 1) *деструктивного* і 2) *адаптивного впливу на особистість*.

Для виявлення цих стратегій найбільш інформативними виявилися наступні методики: “Опитувальник-анкета ставлення до зовнішності”, ме-

тодика самоопису зовнішності, бесіда з досліджуваним, методика об'єктивного оцінювання зовнішності, бесіда з досліджуваними, методика об'єктивного оцінювання зовнішності. Аналізувались результати дослідження пацієнтів з косметичними вадами, а також групи людей з контрольної вибірки, у яких було “виявлено” надумані вади зовнішності.

Активно-адаптивна стратегія. При її використанні людина намагається усіма своїми силами досягти реальних змін у своєму тілі. Активно-адаптивна стратегія найчастіше застосовується молодими людьми у разі виникнення проблеми із своїм тілом, які можна подолати власними силами: це повнота, худорлявість, вугрі та інші незначні дефекти зовнішності. В основі цієї стратегії лежить *ідентифікація* як спосіб психологічного захисту, в процесі якого індивід переймає прийняті норми зовнішності, які дають можливість звільнитися від внутрішнього конфлікту.

Активно-адаптивна стратегія виявляється також у намаганні гарно одягтися, зробити красиву зачіску, у косметологічному втручанні. Очевидно, що це один із способів компенсації.

Результати нашого дослідження свідчать, що одяг є одним з найвагоміших компенсаторних засобів Я-фізичного, особливо це стосується підліткового віку: в своїх описах дівчата доводять, що лише новий і модний одяг дає їм можливість справити на протилежну стать добре враження. Стратегія активно-адаптивна за нашими даними обіймає 29% досліджуваних.

Сублімаційно-творча стратегія. Ця стратегія має на меті зберегти цілісність образу “Я”, спрямовуючи активність на компенсаторну діяльність. Сублімаційно-творча стратегія за своєю суттю теж є активною, але тут енергія, викликана бажанням зайняти своє місце у суспільстві, спрямована на соціально-корисну діяльність, професійне зростання, самозбагачення духовного світу, намаганні індивіда піднятися над іншими

шляхом досягнення успіху у певній діяльності, у творчості. Так, одні люди багато читають, щоб справити враження своєю обізнаністю, інші пишуть вірші, малюють, займаються мистецтвом, що завжди підтримується суспільством, ще інші прагнуть до влади через політику, багатство, лідерські, акторські, харизматичні здібності тощо. Отже, людина, маючи певні зовнішні недоліки (найчастіше для чоловіків – це малий зріст, слабкі м'язи; для жінок – зовнішня непривабливість) прагнуть до самореалізації, максимально використовуючи свій життєвий потенціал як можливість досягти у майбутньому успіхів. Мета такої стратегії для індивіда – зберегти цілісність “Я”, спрямовуючи активність на компенсацію зовнішніх недоліків.

Стратегія сублімаційно-творча складає 17 % всіх досліджених.

Описані стратегії є не лише активними, але вони є конструктивні за своєю суттю, адже вони допомагають людині знайти себе, вибудувати своє життя, знайти в ньому сенс, отже, люди намагаються шляхом переконання надати своїй діяльності суспільного значення.

Активно-деструктивна стратегія. Сутність цієї стратегії полягає у перенесенні своїх недоліків на інших у вигляді нищівної критики інших. Індивід при цьому приписує іншим різні негативні риси, намагаючись наче довести, що, не дивлячись на негаразди своєї зовнішності, він, порівняно з іншими людьми, очевидно, кращий. Індивід, що має таку стратегію захисту, активно-деструктивно ставиться до оточуючих, і намагається вирішити конфлікт із своєю зовнішністю, переносячи своє становище на оточуючих людей. Часто діти обвинувачують у своїх зовнішніх недоліках батьків, які “нагородили” їх таким жахливим носом, невиразним обличчям, рідким волоссям, короткими ногами.

Але найбільш складними, навіть загрозливими є *пасивно-деструктивна* і *пасивно-адаптивна стратегії захисту*. Сутність цих стратегій в їх пасивності і деструктивно-тривожному впливі на психіку. Оцінюючи

свою зовнішність негативно або дуже негативно, індивід переживає емоційно-гостро свою недосконалість, в ньому поступово формується уявлення про свою нікчемність, “каліцтво”, тривожність з приводу неможливості справити на інших позитивне враження. На основі таких гострих переживань виникає почуття неповноцінності. При використанні пасивно-адаптивної стратегії людина йде по шляху примирення з уявними чи реальними недоліками свого тіла, і маючи низьку самооцінку зовнішності, пасивно ставиться до цих недоліків.

Пасивно-адаптивна стратегія. При використанні цієї стратегії людина йде по шляху примирення з уявними чи реальними недоліками свого тіла, що супроводжується низькою самооцінкою та пасивним усвідомленням недоліків у власному тілі.

Саме у випадках пасивно-адаптивної стратегії консультування і психотерапія є значними помічниками. Ця стратегія обіймає 2,4% досліджених.

Пасивно-деструктивна стратегія. При застосуванні цієї стратегії людина намагається знайти вихід з кризи, спрямовуючи внутрішній конфлікт усередину.

На наш погляд, найбільш загрозливим є пасивно-адаптивна і пасивно-деструктивна стратегії. Саме ці стратегії зростають від підліткового до юнацького віку. Тому, спираючись на результати нашого діагностування, ми запропонували цим визначеним нами групам *психологічне консультування* і психокорекційні заходи.

Страждання щодо дефектів зовнішності не є простою, невеличкою проблемою, особливо коли вони пов’язані з настирним бажанням хірургічної операції, особливо у випадках каліцтва. Хоча людина може компенсувати непривабливий вигляд, більшість з радістю позбавляться своїх фізичних недоліків задля можливості користуватися життям на рівні з іншими. Список фізичних рис, починаючи з облісіння до ампутацій, які

можуть негативно вплинути на тілесний образ та самооцінку, можна продовжувати до нескінченності – не зважаючи на той факт, що лише меншу частину з них можна назвати фізичними вадами.

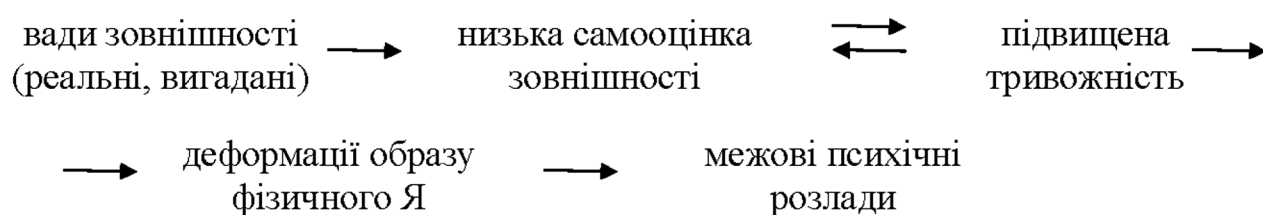
Хірургічне втручання та косметологічні заходи є одним із компенсаторних механізмів подолання недоліків фізичного Я і включають цілий ряд заходів, до яких вдаються молоді люди з метою покращення свого вигляду. Пластична хірургія за останні часи як за кордоном, так і в нашій країні стала дуже поширеною. Раніше вона використовувалась з метою позбавити людину певних дефектів, скажімо, шрами від опіків, хірургічних операцій на обличчі і тілі, виправленні вроджених дефектів (“заяча губа”). Але в наші часи такі операції також поширені з метою знищити реальний або уявний дефект зовнішності, наближаючи її до умовного ідеалу. Слід відзначити, що на питання нашої анкети: “Чи захотіли б Ви покращити свою зовнішність за допомогою операції?” – 78% осіб жіночої статі відповіли позитивно. Ми вже відзначали, що далеко не у всіх випадках хірургічне втручання необхідне, але в наш час все більш поширюється таке активне втручання у зовнішність з метою її зробити більш привабливою і відповідною до суспільного еталону краси. Багато людей, що мають фізичні вади, прекрасно пристосовуються до життя але, безперечно, такі нещастя піддають людей набагато більшому соціальному та психологічному ризику. Якщо це вади середнього або високого ступеня складності, то й труднощі будуть більшими. Навіть якщо індивіда обминають важкі спадкові вади, опіки, поранення, але є вади незначні, людина повинна підтримувати (наскільки це можливо) позитивну самооцінку зовнішності. Та, навіть, якби це і було можливим, така градація фізичних вад все одно не мала б ніякої практичної цінності, оскільки зрозуміло, що психологічні наслідки фізичних недоліків не обов’язково тісно пов’язані з типом чи величиною дефекту. На практиці наслідок будь-якого фізичного дефекту дуже часто залежить від особистості людини та її соціального оточення, особливо коли людина сприйнятлива до позитивних реакцій і легко може відмовитися від пережитого раніше негативного оцінювання.

У зарубіжній медичній психології одержано чимало даних про позитивний вплив пластичних операцій у разі виникнення у людини тривожності з приводу певних недоліків своєї зовнішності. Так, показано, що у багатьох випадках (ринопластика, наприклад) пластична хірургія може легко запобігти таким проблемам.

Пластичний хірург М.Мольц стверджує, що пластична хірургія – це хірургічний метод психотерапії. Він переконує, що якщо фізична ненормальність і справді є важливим причинним фактором, що лежить в основі почуттів неповноцінності або неврозу, то за допомогою хірургічного втручання часто можна припинити або значно полегшити емоційні розлади [85].

Виходячи з існуючих на сьогоднішній день підходів до розгляду проблеми образу фізичного Я у психологічній науці, а також проведеного нами дослідження, нами була побудована **структурно-функціональна модель образу фізичного Я** (О.Т.Соколова 1989, 1991, 2000; В.А.Аверін, 1998; А.Н. Дорожевець, 1996; М.Кле, 1991; М.В.Коркіна, 1984; В.І.Крилов, 1994; В.Д.Менделевич, 2002; Р.Комер, 2002; Ф.Райс, 2002; А.О.Реан та співавт., 2003; S.Fisher, 1986).

Деформований образ фізичного Я має певну динаміку:



Розроблена нами модель включає чотири складові: 1) сутність образу фізичного Я; 2) образ фізичного Я і його структура; 3) розвиток образу фізичного Я в підлітковому і юнацькому віці; 4) індивідуальні відмінності у становленні образу фізичного Я (норма і деформації). Сутність викладених положень представлено у вигляді схеми 2.9.

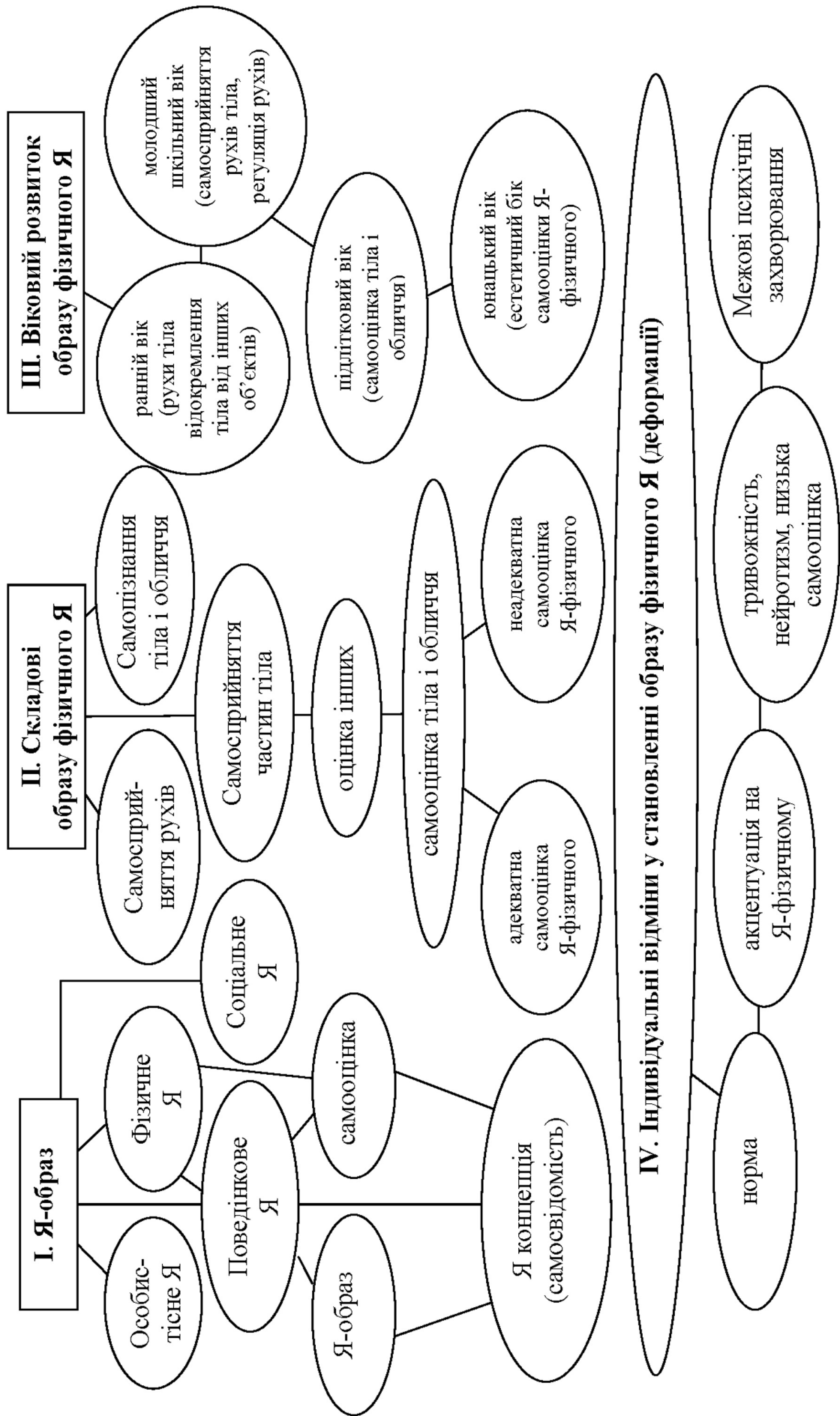


Рис. 2.9. Структурно-функціональна модель образу фізичного Я

Застосування методик "САРТ" та "Семантичний диференціал" дало можливість визначити вікові і статеві відмінності у самооцінці окремих частин зовнішності, дослідити, якою мірою досліджуваних влаштовує власна зовнішність і яка дистанція між Я-реальним та Я-ідеальним. Виявлено розбіжності у самооцінці Я-реального та Я-ідеального образу фізичного Я у підлітковому та юнацькому віці. При порівнянні одержаних результатів за методикою "Семантичний диференціал" встановлено вікові і статеві відмінності у самооцінці Я-ідеального та Я-реального у підлітків та юнаків, а саме: 1) оцінки Я-реального у представників жіночої статі є нижчими за їх оцінки ідеальної жінки; 2) у дівчат вимога до ідеальної жінки є значно вищою, ніж у хлопців; 3) найбільший розрив в оцінках Я-реального та Я-ідеального образу фізичного Я у всіх досліджуваних виявлено за такими шкалами: "красива" - "некрасива", "струнка" - "сутула".

Визначення рівня незадоволеності (задоволеності) окремими частинами тіла з'ясовувалося за допомогою тесту САРТ. Виявлено значну різницю в оцінках власної зовнішності у представників чоловічої і жіночої статі. Найбільші відмінності спостерігаються в оцінці таких частин тіла як стегна, сідниці, литки, верхня та нижня частина рук. Виявилось також, що жіноча стать більше занепокоєна своєю зовнішністю, ніж чоловіча. Найбільше незадоволення у жіночої статі як підліткового, так і юнацького віку викликають сідниці ($x=3,65$ за 5-бальною шкалою), верхня частина стегон ($x=3,50$), нижня частина стегон ($x=3,35$ для юнацького віку). Найбільше незадоволення у чоловічої статі обох вікових категорій викликають плечі ($x=4,24$ для юнацького віку), передпліччя ($x=4,0$), груди ($x=3,71$).

За результатами дослідження було з'ясовано, що існує категорія людей (з контрольної вибірки), які не мають косметичних вад за об'єктивними показниками (оцінка експертів тощо), але самі вони вважають, що мають певні недоліки зовнішності. За допомогою методик дослідження, насамперед "Опитувальника-анкети ставлення до зовнішності", методики "Автопортрет",

бесід з досліджуваними, самоопису зовнішності, методики "об'єктивного" оцінювання зовнішності, з'ясувалося, що у підлітковому віці група людей з надуманими дефектами зовнішності становила 12% від загального числа контрольної вибірки, у юнацькому віці - 26%. Причому кількість таких людей жіночої статі майже вдвічі більше, ніж чоловічої в обох вікових категоріях. За іншими методиками з'ясувалося, що люди з надуманими косметичними вадами мають підвищений рівень ситуативної та особистісної тривожності, нейротизму, низький рівень загальної самооцінки зовнішності та самооцінки окремих частин тіла.

Визначено типи самооцінки зовнішності. Встановлено наявність чотирьох типів самооцінки зовнішності: висока (позитивне ставлення до власної зовнішності незалежно від її дефектів і узгодженості із існуючими стандартами соціуму); низька (негативна оцінка образу фізичного Я при наявності її дефектів, а також при їх відсутності, коли зовнішність можна розглядати як "норму"), індіферентна (відносна безпечність і байдужість до властивостей зовнішності, спокійне ставлення до неї незалежно від наявності чи відсутності дефектів), адекватна самооцінка.

Виявлені тенденції: 1) наявність афективно-когнітивної оцінки Я-фізичного; 2) існування значного розриву між Я-реальним і Я-ідеальним образу фізичного Я; 3) суттєва різниця в оцінюванні окремих частин зовнішності (тіла і обличчя); 4) неоднакове оцінювання Я-фізичного представниками протилежної статі.

На основі теоретичного огляду літератури та за результатами дослідження встановлені групи чинників, що викликають деформації образу фізичного Я у пацієнтів з косметичними вадами. Виникнення деформацій образу фізичного Я у підлітків та юнаків з косметичними вадами (як реальними, так і надуманими) може відбуватися під впливом різних груп чинників:

1. Об'єктивні чинники (наявність вад зовнішності різних ступенів тяжкості).
2. Суб'єктивні чинники (низька самооцінка, підвищена ситуативна та

особистісна тривожність, підвищений рівень нейротизму, що може мати місце як при наявності об'єктивної вади зовнішності, так і при її відсутності). 3. Соціальні чинники (вплив засобів масової інформації, реклами та інше). 4. Комунікативні чинники (ставлення і оцінка оточуючими зовнішності людини у процесі спілкування). 5. Родинні чинники (вплив сім'ї на формування образу фізичного Я дитини). 6. Гендерні чинники (ставлення і оцінка особами протилежної статі зовнішності людини у процесі спілкування). 7. Культурно-етнічні чинники (стандарти, що склалися у певній етнічній групі).

Висновки до другого розділу

У другому розділі “Дослідження становлення образу фізичного Я у підлітковому та юнацькому віці” наведено загальну характеристику методів дослідження та вибірки, проведено аналіз вікових, статевих та індивідуальних особливостей становлення образу фізичного Я у підлітковому та юнацькому віці, особливу увагу звернено на опис деформацій образу фізичного Я у людей з надуманими косметичними вадами у підлітковому та юнацькому віці.

1. Нами було сформульовано авторське визначення поняття “образ фізичного Я”. Під *образом фізичного Я ми розуміємо інтегральний образ зовнішності людини, який являє собою єдність сприймання власного тіла, його самооцінку, установки на певну поведінку і її регуляцію в соціумі.*

2. Відповідно завдань дослідження нами були використані наступні психодіагностичні методики:

Шкала реактивної та особистісної тривожності Ч.Спілбергера – Ю.Л.Ханіна. Шкала нейротизму особистісного опитувальника Г.Айзенка. Семантичний диференціал (варіант методики спеціально розроблений для дослідження). Тест САРТ – кольоровий тест незадоволеності власним тілом (The Color-A-Person Body Dissatisfaction Test, САРТ, автори O.W.Wooley, S.Roll, 1991). Переклад та апробацію тесту проведено дисертантом. Проективна методика “Автопортрет” (“Намалюй людину”, інтерпретація О.С.Романової та співавт., 1992 та авторська

інтерпретація). Опитувальник-анкета ставлення до зовнішності (авторська розробка).

Серед додаткових методик використовувалися: бесіда з досліджуваними; методика самоопису зовнішності; методика “об’єктивного” оцінювання зовнішності.

3. У дослідженні виявлено вікові, ґендерні та індивідуальні особливості становлення образу фізичного Я. У підлітків 13-14 років в більшості випадків ще не виявляється значного занепокоєння своєю зовнішністю; в старшому підлітковому віці негативне ставлення до своєї зовнішності збільшується, індиферентне - зменшується. В ранній юності значно зростає відсоток негативного ставлення до Я-фізичного, при цьому зменшується індиферентне і позитивне. Виявилося, що жінки вважають фізичну привабливість більш важливою, ніж чоловіки, і більш незадоволені своєю зовнішністю.

У підлітковому віці група людей з надуманими дефектами зовнішності становила 12% від загального числа контрольної вибірки, у юнацькому віці - 26%.

4. Застосування методик “САРТ” та “Семантичний диференціал” дало можливість визначити вікові і статеві відмінності у самооцінці окремих частин зовнішності, дослідити, в якій мірі досліджуваних влаштовує власна зовнішність і яка дистанція від Я-реального до Я-ідеального. Виявлено розбіжність у самооцінці Я-реального та Я-ідеального образу фізичного Я у підлітковому та юнацькому віці. При порівнянні одержаних результатів за методикою “Семантичний диференціал” встановлено вікові і статеві відмінності у самооцінці Я-ідеального та Я-реального, а саме: 1) оцінки Я-реального у жіночій статі є нижчими за оцінки ідеальної жінки; 2) у жінок вимога до ідеальної жінки є значно вищою, ніж у чоловіків; 3) найбільший розрив в оцінках виявлено по таких шкалах: “красива” – “некрасива”, “струнка” – “сутула”.

Визначення рівня незадоволеності (задоволеності) окремими частинами тіла з’ясовувалося за допомогою тесту САРТ. Виявлено значну різницю в оцін-

ках власної зовнішності у представників чоловічої і жіночої статі. Найбільші відмінності спостерігаються в оцінці таких частин тіла як стегна, сідниці, литки, верхня та нижня частина рук. Виявилося також, що жіноча стать більш занепокоєна своєю зовнішністю, ніж чоловіча. Найбільше незадоволення у жіночої статі як підліткового, так і юнацького віку викликають сідниці, верхня частина стегон, нижня частина стегон. Найбільше незадоволення у чоловічої статі обох вікових категорій викликають плечі, передпліччя, груди.

Виявлені тенденції: 1) наявність афективно-когнітивної оцінки Я-фізичного; 2) існування значного розриву між Я-реальним і Я-ідеальним образу фізичного Я; 3) суттєва різниця в оцінюванні окремих частин зовнішності (тіла і обличчя); 4) неоднакове оцінювання Я-фізичного представниками протилежної статі.

5. Визначено типи самооцінки зовнішності; встановлено наявність чотирьох типів самооцінки зовнішності: висока (позитивне ставлення до власної зовнішності незалежно від її дефектів і узгодженості із існуючими стандартами соціуму); низька (негативна оцінка образу фізичного Я при наявності її дефектів, а також при їх відсутності, коли зовнішність можна розглядати як "норму"); індиферентна (відносна безпечність і байдужість до властивостей зовнішності, спокійне ставлення до неї незалежно від наявності чи відсутності дефектів), та адекватна самооцінка.

6. Розроблена структурно-функціональна модель образу фізичного Я, в якій представлені: сутність та структура образу фізичного Я, розвиток образу фізичного Я, рівні деформацій образу фізичного Я.

Виявлено захисні психологічні стратегії, які людина "використовує" у разі наявності у неї реальних чи надуманих косметичних (чи інших) вад зовнішності: пасивно-адаптивна стратегія, пасивно-деструктивна стратегія, активно-адаптивна стратегія, активно-деструктивна стратегія, сублімаційно-творча стратегія.

Виявлено динаміку процесу деформації образу фізичного: вади зовнішності (реальні, надумані) викликають зниження самооцінки зовнішності

та підвищення тривожності, що призводить до виникнення деформацій образу фізичного Я, а надалі до появи межових психічних розладів (синдром дисморфофобії, нервова анорексія та булімія).

7. Виникнення деформацій образу фізичного Я у підлітків та юнаків з косметичними вадами (як реальними, так і надуманими) може відбуватися під впливом різних груп чинників: об'єктивних, суб'єктивних, соціальних, комунікативних, родинних, ґендерних та культурно-етнічних чинників.

РОЗДІЛ III

ДЕФОРМАЦІЇ ОБРАЗУ ФІЗИЧНОГО Я У ПАЦІЄНТІВ З КОСМЕТИЧНИМИ ВАДАМИ

3.1. Особливості становлення образу фізичного Я у пацієнтів з косметичними вадами підліткового та юнацького віку

3.1.1. Вивчення самооцінки частин тіла у пацієнтів з косметичними вадами.

Проблема образу фізичного Я має в собі багато аспектів, які потребують поглибленого психологічного вивчення. Деякі з них ми намагалися розкрити у нашій роботі. Насамперед це стосується питання деформацій образу фізичного Я у людей з косметичними вадами. Як ми вже підкреслювали у розділі I, проблема деформацій образу фізичного Я у сучасній вітчизняній психологічній науці залишається не достатньо вивченою. Існує ряд досліджень деформацій образу фізичного Я у людей з порушеннями харчової поведінки (А.Н. Дорожевець, 1996; О.Т.Соколова, 1989, 2000; В.І.Крилов, 1994 та інші). Але інші питання, наприклад, деформації образу фізичного Я у людей з хворобами шкіри, необхідності пластичної операції, залишаються не розглянутими. У психології інших країн, як ми вже підкреслювали, цьому питанню починають приділяти в останні роки все більше уваги.

Таким чином, ми вирішили зробити свій внесок в розробку даної проблеми. Виникає цілий ряд питань, на які ми спробували дати відповідь чи принаймні, окреслити шлях до їх вирішення. Як відбувається становлення образу фізичного Я у пацієнтів з косметичними вадами підліткового та юнацького віку? Чи існує у таких людей підвищена тривожність і який вона має вплив на деформації образу фізичного Я? Який існує взаємозв'язок між тривожністю та неадекватною самооцінкою зовнішності? Які існують типи деформацій образу фізичного Я у людей з косметичними вадами? Яким чином люди намагаються себе “захистити” при існуючих деформаціях образу

фізичного Я? І як їм може допомогти в цьому психологічна наука? На ці і інші запитання ми намагаємося дати відповідь.

У другому розділі ми дуже ретельно розглянули становлення образу фізичного Я у людей без дефектів зовнішності, розглянули вікові і статеві відмінності у процесі такого становлення. Це було нами зроблено не лише, насамперед, для того, щоб статистично порівняти результати дослідження. Але й для того, щоб виявити, чи існують деформації образу фізичного Я у “здорових” людей, і які чинники можуть призводити до таких деформацій. Адже незаперечним є той факт, що незадоволені своєю зовнішністю не лише люди з косметичними вадами (наприклад, з хворобами шкіри), а й цілком “нормальні” люди. І такі люди хвилюються відносно своєї непривабливої зовнішності, звертаються до пластичних хірургів виправити “недолік” [83; 108; 131; 141; 144]. І не завжди їм можна допомогти хірургічно, в багатьох випадках тут необхідний також психотерапевтичний підхід. Але насамперед необхідно вивчити психологічні особливості “здорових” людей з деформованим образом фізичного Я. Що ми в якійсь мірі і спробували зробити. У розділі II нами встановлено, що окрім пацієнтів з дійсними дефектами зовнішності (пацієнти з хворобами шкіри, наприклад), існує група людей з надуманими дефектами зовнішності. За оцінкою експертів, такі люди мають цілком нормальну зовнішність, але самі вони вважають, що мають якісь дефекти. *У підлітковому віці група людей з надуманими дефектами зовнішності становила 12%, у юнацькому віці – 26% за нашими підрахунками. У таких людей існують різні деформації образу фізичного Я.*

Тепер ми розглянемо деформації образу фізичного Я у пацієнтів з косметичними вадами (хвороби шкіри та в процесі підготовки до пластичної чи реконструктивної хірургії) у підлітковому та юнацькому віці. Наше вивчення цього питання буде побудовано наступним чином:

— *вивчити особливості самооцінки частин тіла та загальної самоо-*

цінки у пацієнтів з косметичними вадами у підлітковому та юнацькому віці;

— встановити рівень ситуативної та особистісної тривожності, нейротизму у пацієнтів з косметичним вадами;

— вивчити особливості деформацій образу фізичного Я у пацієнтів з косметичними вадами;

— провести психотренінг з пацієнтами з косметичними вадами, у яких існує підвищена тривожність. Психотренінг спрямовано на подолання підвищеної тривожності;

— провести повторне психодіагностичне дослідження образу фізичного Я у пацієнтів з косметичними вадами та порівняти результати дослідження з попередніми;

— визначити чинники та процес деформування образу фізичного Я у людей з дійсними і уявними дефектами зовнішності;

— визначити захисні стратегії особистості у подоланні деформацій образу фізичного Я.

Далі переходимо до розгляду результатів дослідження образу фізичного Я у пацієнтів з косметичними вадами підліткового та юнацького віку.

Як ми вже відмічали, вибірку пацієнтів з косметичними вадами становили: пацієнти з хворобами шкіри (вугрова хвороба та ін.) та пацієнти, що звернулися до відділень пластичної та реконструктивної хірургії (див. розділ 2.1.3). Відбірка складала 80 осіб. Для більш повного представлення, з медичної точки зору, пацієнтів з хворобами шкіри, наведемо декілька прикладів з медичних карток.

Хворий К.Л. (хлопець, 18 років): звернувся до лікаря-дерматолога зі скаргами на почервоніння, висип на шкірі обличчя.

З анамнезу життя: ріс та розвивався відповідно віку, у психічному, фізичному розвитку не відставав від однолітків; у 5 років переніс вітряну віспу; травм, операцій не було.

Анамнез хвороби: захворів у 14 років, коли на шкірі обличчя з'явили-

ся папули, пустули, гнійні кірочки. Лікувався самостійно, використовував спиртові розчини, мазі (назву та склад вказати не може) без позитивного ефекту; відмічалось незначне полегшення у літній період.

Status present communis: відмічається підвищена роздратованість, сльозливість.

Status localis: патологічний процес локалізований на шкірі обличчя, висип представлений папулами, пустулами, гнійничково-геморагічними кірочками на фоні гіперемії. Зішкряб на демодекс (“–”) негативний (триразовий).

Діагноз: вугрова хвороба (юнацькі вугрі, вульгарні вугрі).

Хвора О.А. (дівчина, 15 років): звернулася до лікаря-дерматолога зі скаргами на висип на шкірі обличчя, грудей, спини.

Анамнез хвороби: висип з’явився в 13 років; лікувалася амбулаторно, приймала антибіотики (внутрішньо), мазі, спиртові розчини; відмічалось тимчасове покращення; загострення хвороби пов’язує з харчуванням.

Status localis: процес запалення локалізований на шкірі спини, грудей, обличчя; на шкірі спини висип представлений комедонами, пустулами, запальними вузлами, гнійничково-геморагічними кірочками; на шкірі обличчя пустули, папули, виражене лущення. Зішкряб на демодекс (“–”) негативний (триразовий).

Діагноз: конглобатні вугрі.

Розглянемо результати дослідження за допомогою методики **SAPT (The Color-A-Person Body Dissatisfaction Test: кольоровий тест незадоволеності власним тілом)** у вибірці пацієнтів клінік (підлітковий та юнацький вік). Тест дає можливість визначити *ієрархію незадоволеності* (задоволеності) *окремими частинами тіла*. Результати тесту SAPT наведено для пацієнтів з косметичними вадами (захворюваннями шкіри, необхідності пластичної операції).

1. Розглянемо вікові відмінності, отримані за допомогою методики SAPT, у жінок-пацієнтів. На графіку 3.1 представлені відмінності в самоо-

цінці окремих частин тіла у пацієнтів підліткового та юнацького віку жіночої статі.

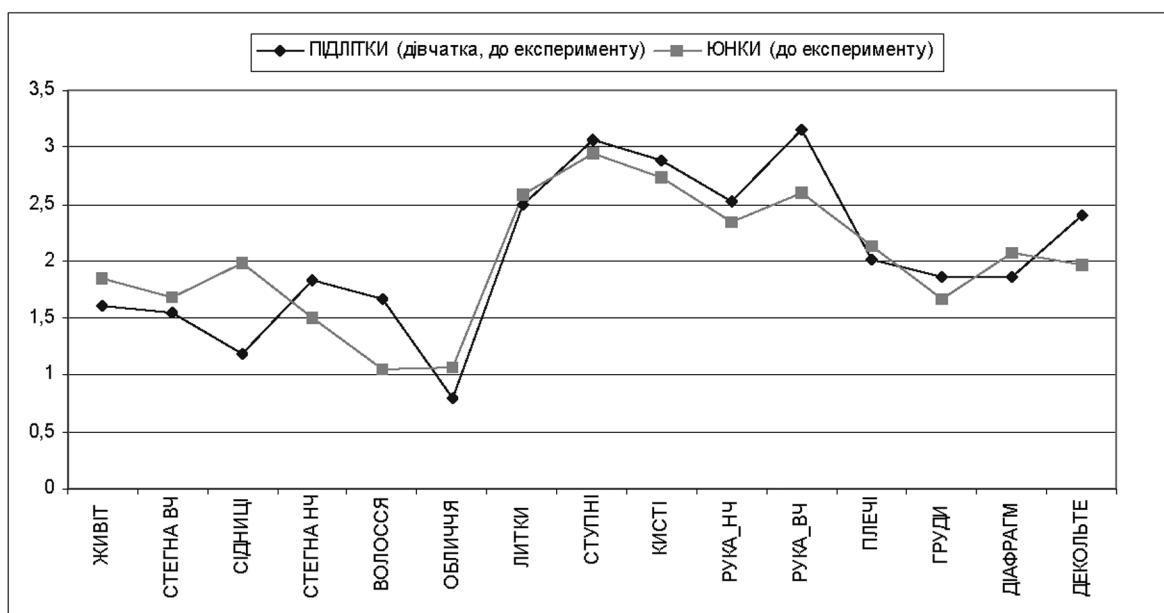


Рис. 3.1. Вікові відмінності в самооцінці окремих частин тіла у пацієнтів (жінки)

На цьому графіку по шкалі 0x представлені частини тіла, що оцінювались досліджуваними, по шкалі 0y – середні значення по групах за 5-бальною шкалою.

Аналізуючи вікові відмінності в самооцінці частин тіла пацієнтами підліткового та юнацького віку жіночої статі, в цілому треба зазначити:

- загальна самооцінка всіх частин тіла у підлітковому та юнацькому віці майже однакова (заг. шкала підлітки-дівчатка = 2,06; заг. шкала юнки – 2,01).

- у підлітковому та юнацькому віці задоволеність-незадоволеність окремими частинами тіла співпадає лише за певними показниками.

- в обох вікових категоріях значення шкали I менше за значення шкали II (шкала I підлітки-дівчатка = 1,54; шкала II підлітки-дівчатка = 2,25; шкала I юнки = 1,75; шкала II юнки = 2,11).

- найбільше незадоволення у підлітковому та юнацькому віці викликає обличчя (підлітки-дівчатка = 0,8; юнки = 1,06). У підлітковому віці також існує не-

задоволеність *сідницями* (підлітки-дівчатка = 1,18), юнацькому – *волоссям* (юнки = 1,05), *нижньою частиною стегон* (юнки = 1,5).

- *найбільше задоволення* у підлітковому та юнацькому віці викликають *кисті* (підлітки-дівчатка = 2,88; юнки = 2,74), *ступні* (підлітки-дівчатка – 3,06; юнки = 2,95). У підлітковому віці також є задоволеність *передпліччям* (підлітки-дівчатка – 3,15), у юнацькому – *литками* (юнки = 2,59).

2. Розглянемо вікові відмінності, отримані за допомогою методики САРТ, у чоловіків-пацієнтів. Аналізуючи *відмінності в самооцінці частин тіла пацієнтами підліткового та юнацького віку чоловічої статі*, в цілому треба зазначити:

– *загальна самооцінка всіх частин тіла у підлітковому та юнацькому віці майже однакова* (заг. шкала підлітки-чоловіки = 2,39; заг. шкала юнаки-чоловіки = 2,42).

– в обох вікових категоріях значення шкали I вище за значення шкали II (шкала I підлітки-чоловіки = 2,65; шкала II підлітки-чоловіки – 2,28; шкала I юнаки-чоловіки = 2,52; шкала II юнаки-чоловіки = 2,37).

– у підлітковому та юнацькому віці задоволеність-незадоволеність частинами тіла співпадає за більшістю показників.

– *найбільше незадоволення* у обох вікових категоріях викликають: *обличчя* (підлітки-чоловіки = 1,34; юнаки-чоловіки = 1,47) та *передпліччя* (підлітки-чоловіки = 1,84; юнаки-чоловіки = 1,6).

– *найбільше задоволення* у обох вікових категоріях викликають *кисті* (підлітки-чоловіки = 2,8; юнаки-чоловіки = 2,99). У підлітковому віці також є задоволеність: *живіт* (підлітки-чоловіки = 2,92), *нижня частина стегон* (підлітки-чоловіки = 2,8). У юнацькому віці також є задоволеність: *сідниці* (юнаки-чоловіки = 2,86), *ступні* (юнаки-чоловіки = 2,98), *литки* (юнаки-чоловіки = 2,85).

3. Розглянемо статеві відмінності, отримані за допомогою методики САРТ, у пацієнтів підліткового віку. На графіку 3.2 представлені статеві відмінності в самооцінці окремих частин тіла у пацієнтів-жінок та пацієнтів-чоловіків підліткового віку.

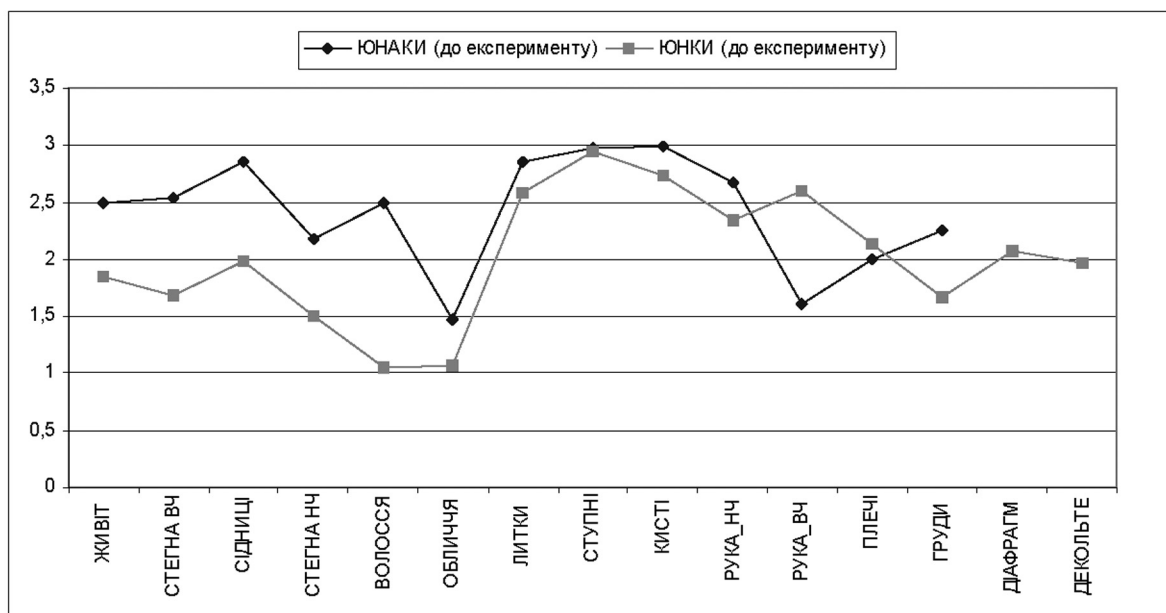


Рис. 3.2. Статеві відмінності в самооцінці окремих частин тіла у пацієнтів (юнацький вік)

На цьому графіку по шкалі 0x представлені частини тіла, що оцінювались досліджуваним, по шкалі 0y – середні значення по групах за 5-бальною шкалою.

Аналізуючи статеві відмінності в самооцінці окремих частин тіла пацієнтами підліткового віку, в цілому треба зазначити:

– загальна самооцінка всіх частин тіла у дівчаток нижча ніж у хлопців (заг. шкала підлітки-чоловіки = 2,39; заг. шкала підлітки-жінки = 2,06).

– у дівчаток значення шкали I набагато нижче, ніж у хлопців (шкала I підлітки-чоловіки = 2,65; шкала I підлітки-жінки = 1,54), а значення шкали II майже співпадає (шкала II підлітки-чоловіки = 2,28; шкала II підлітки-жінки = 2,25).

– у підлітковому віці у пацієнтів-хлопців та у пацієнтів-дівчаток існує задоволеність-незадоволеність різними частинами тіла, а саме, у більшості випадків, протилежними частинами тіла.

– найбільше незадоволення у дівчаток та хлопчиків викликає обличчя (підлітки-чоловіки = 1,34; підлітки-жінки = 0,8). Також у дівчаток викликають незадоволення сідниці ($x = 1,18$), у чоловіків – передпліччя ($x = 1,84$), плечі ($x = 2,02$).

– найбільше задоволення у дівчаток та хлопців викликають кисті (підлітки-чоловіки = 2,8; підлітки-жінки = 2,88), ступні (підлітки-чоловіки = 2,77; підлітки-жінки = 3,06). Також у дівчаток викликає задоволення передпліччя ($x = 3,15$), у чоловіків – живіт ($x = 2,92$), нижня частина стегна ($x = 2,8$).

4. Розглянемо статеві відмінності, отримані за допомогою методики САРТ, у пацієнтів юнацького віку. Аналізуючи *статеві відмінності в самооцінці окремих частин тіла пацієнтами юнацького віку*, в цілому треба зазначити:

– загальна самооцінка всіх частин тіла у жінок нижча, ніж у чоловіків (заг. шкала юнаки-чоловіки = 2,42; заг. шкала юнки = 2,01).

– у жінок значення шкали I набагато нижче, ніж у чоловіків (шкала I юнаки-чоловіки = 2,52; шкала I юнки = 1,75), а значення шкали II у жінок в незначній мірі нижче, ніж у чоловіків (шкала II юнаки-чоловіки = 2,37; шкала II юнаки = 2,11).

– у юнацькому віці у пацієнтів-чоловіків та пацієнтів-жінок задоволеність-незадоволеність окремими частинами тіла співпадає лише за певними показниками.

– найбільше незадоволення у чоловіків та жінок викликає обличчя (юнаки-чоловіки = 1,47; юнки = 1,06). Також у жінок викликають незадоволення волосся ($x = 1,05$), нижня частина стегон ($x = 1,5$), у передпліччя ($x = 1,6$), плечі ($x = 2,0$).

– найбільше задоволення у чоловіків та жінок викликають кисті (юнаки-чоловіки = 2,99; юнки = 2,74), ступні (юнаки-чоловіки = 2,98; юнки = 2,95), литки (юнаки-чоловіки = 2,85; юнки = 2,59).

У таблиці 3.1 наведено загальні результати дослідження за тестом САРТ для пацієнтів з косметичними вадами (середні значення для кожної групи досліджуваних).

Таблиця 3.1

Загальна результати дослідження самооцінки окремих частин тіла досліджуваними за тестом САРТ (пацієнти, до тренінгу)

	ЖИВІТ	СТЕГНА_ВЧ	СІДНИЦІ	СТЕГНА_НЧ	ВОЛОССЯ	ОБЛИЧЧЯ	ЛИТКИ	СТУПНІ	КИСТІ	РУКА_НЧ	РУКА_ВЧ	ПЛЕЧІ	ГРУДІ	ДІАФРАГМА	ДЕКОЛЬТЕ	ШКАЛА_1	ШКАЛА_2	ШКАЛА_3
ПІДЛІТКИ (хлопці)	2,92	2,58	2,31	2,8	2,59	1,34	2,5	2,77	2,8	2,31	1,84	2,02	2,35			2,39	2,65	2,28
ПІДЛІТКИ (дівчата)	1,61	1,54	1,18	1,84	1,67	0,8	2,5	3,06	2,88	2,52	3,15	2,02	1,86	1,86	2,4	2,06	1,54	2,25
ЮНАКИ (хлопці)	2,5	2,54	2,86	2,18	2,5	1,47	2,85	2,98	2,99	2,68	1,6	2	2,25			2,42	2,52	2,37
ЮНКИ (дівчата)	1,85	1,68	1,98	1,5	1,05	1,06	2,59	2,95	2,74	2,35	2,6	2,14	1,67	2,08	1,97	2,01	1,75	2,11

При дослідженні самооцінки частин тіла, загальної самооцінки зовнішності, рівня тривожності та нейротизму у пацієнтів з косметичними вадами за тестом САРТ з'ясовано, що самооцінка частин тіла у експериментальній вибірці набагато нижча, ніж у контрольній вибірці. Встановлено, що у пацієнтів з косметичними вадами жіночої статі загальна самооцінка всіх частин тіла нижча, ніж у досліджуваних чоловічої статі (наприклад, загальна шкала САРТ=2,01 за 5-бальною шкалою для жінок юнацького віку, загальна шкала САРТ=2,42 для чоловіків юнацького віку). Найбільше незадоволення у пацієнтів обох статей та обох вікових категорій викликає обличчя ($x=1,06$ за 5-бальною шкалою для жінок юнацького віку). Також у жінок викликають незадоволення сідниці ($x=1,18$ для підліткового віку), стегна ($x=1,5$ для юнацького віку), у чоловіків - плечі ($x=2,0$ для юнацького віку), передпліччя ($x=1,6$ для юнацького віку).

3.1.2. Протиріччя між Я-реальним та Я-ідеальним образу фізичного Я як причина тривожності.

Співставляючи себе (Я-реальне) з ідеальним уявленням (Я-ідеальне) про зовнішню красу, людина може спокійно констатувати невідповідність своєї зовнішності Я-ідеальному, може взагалі відмовитися від такого співставлення, тому що зовнішній вигляд її цілком влаштовує, але може піддатися хвилюванню і тривожності з приводу цієї невідповідності.

З метою виявлення рівня ситуативної та особистісної тривожності, нейротизму, нами було використано ряд психодіагностичних методик, результати дослідження за якими наведено далі.

Розглянемо результати, отримані за допомогою опитувальника **“Шкали реактивної та особистісної тривожності Ч.Спілбергера – Ю.Л.Ханіна”**, отримані в експериментальній вибірці (пацієнти з клініки).

За результатами дослідження виявилось, що *люди з косметичними вадами мають в середньому підвищений рівень ситуативної та особистісної тривожності*, на відміну від людей без наявності косметичних вад.

У таблиці 3.2 наведені загальні результати дослідження (середні значення по кожній групі досліджуваних) рівня ситуативної та особистісної тривожності в експериментальній (пацієнти з косметичними вадами) та контрольній вибірках.

Таблиця 3.2

Загальні результати дослідження рівня ситуативної та особистісної тривожності (експериментальна та контрольна групи)

		Експериментальна група		Контрольна група	
		До експерименту		До експерименту	
		СТ	ОТ	СТ	ОТ
Юнаки	х	69,3	55,0	33,2	28,0
	д	68,8	58,0	30,9	37,0
Підлітки	х	69,2	51,0	30,1	27,0
	д	70,7	52,0	34,7	35,0

У наведеній таблиці: СТ – середнє значення рівня ситуативної тривожності по групі; ОТ – середнє значення рівня особистісної тривожності по групі; х – чоловіча стать; д – жіноча стать.

Рівень ситуативної тривожності у пацієнтів з косметичними вадами як у підлітковому, так і юнацькому віці, як чоловічої, так і жіночої статі, є підвищеним і становить в середньому 70 балів (при середньому рівні ситуативної тривожності 30-45 балів). Середні показники рівня ситуативної тривожності в підгрупах експериментальної вибірки майже однакові. Як видно з таблиці, рівень ситуативної тривожності у людей без явних косметичних вад (контрольна вибірка) знаходиться на середньому рівні і становить 30-34 бали.

Рівень особистісної тривожності у пацієнтів з косметичними вадами як у підлітковому, так і жіночої статі, є підвищеним і становить 51-58 балів в залежності від підгрупи (при середньому рівні особистісної тривожності 30-45 балів). Показник рівня особистісної тривожності у юнацькому віці (як у чоловіків, та і у жінок) вищий, ніж у підлітковому віці у експериментальній вибірці. Як видно з таблиці, рівень особистісної тривожності у людей без явних косметичних вад (контрольна вибірка) знаходиться на середньому рівні і становить 27-37 балів.

Показник рівня нейротизму (шкала нейротизму в особистісному опитувальнику Г.Айзенка) у людей з косметичними вадами є вищим середнього рівня. Нагадаємо, середній рівень нейротизму становить 8-16 балів. Показник рівня нейротизму у нашому дослідженні у пацієнтів підліткового віку чоловічої статі дорівнює 18,6 балів, у пацієнтів підліткового віку жіночої статі – 19,0 балів, у пацієнтів юнацького віку чоловічої статі – 18, 7 балів, у пацієнтів юнацького віку жіночої статі – 19,2 бали. Показник рівня нейротизму у людей без явних косметичних вад (контрольна вибірка) знаходиться на середньому рівні і становить 11-12 балів.

Середні показники рівня нейротизму за опитувальником Г.Айзенка по експериментальній та контрольній вибірках наведені у таблицях (див. табли-

ці 3.5 та 3.6), а також окремою таблицею далі у тексті.

Таким чином, за наведеними вище результатами дослідження, можна констатувати: *люди з косметичними вадами мають високий рівень ситуативної та особистісної тривожності, підвищений рівень нейротизму. Також їм властива низька загальна самооцінка зовнішності та низька самооцінка переважної більшості частин тіла.*

Проблема взаємозв'язку високого рівня тривожності та низької самооцінки (у тому числі і самооцінки зовнішності) розглядалася нами у першому розділі. Це питання залишається досить дискусійним у психологічній науці [73; 108; 112; 125]. У нашому дослідженні було виявлено зв'язок підвищеного рівня тривожності та заниженої самооцінки зовнішності у людей з хворобами шкіри, необхідності пластичної операції. Цей аспект, як ми вже підкреслювали, майже не досліджено у вітчизняній психологічній науці.

Для успішного медичного лікування пацієнтів з хворобами шкіри необхідно обов'язкове врахування їх рівня тривожності. Як встановлено у ряді досліджено, *підвищена тривожність може погіршити соматичний стан хворого, наприклад, при такій хворобі як юнацькі вугрі* [112, с. 157]. Так, якщо підліток відчуває напруженість та переживає емоційні розчарування, то діяльність шкірних залоз активізується і вугрів з'являється більше. Це одна з причин того, що *психологічно напружені підлітки, з високим рівнем тривожності, хворіють на юнацькі вугрі частіше, ніж інші.*

Результати психологічного дослідження вибірки пацієнтів з косметичними вадами були піддані **кореляційному аналізу**. Кореляційний аналіз підраховувався за коефіцієнтом r – коефіцієнт кореляції Пірсона, який дав можливість проаналізувати наявність зв'язку між шкалами.

Коефіцієнт кореляції підраховувався за результатами дослідження у експериментальній вибірці (пацієнти з косметичними вадами, загальна кількість вибірки 60 чоловік). Підрахунок кореляції проводився за результатами, отриманими по методиках: “Шкала нейротизму опитувальника Г.Айзенка”, “Шка-

ла ситуативної тривожності Ч.Спілбергера – Ю.Л.Ханіна”, “Тест САРТ”, “Семантичний диференціал”. Підрахунок проводився як для загальної експериментальної вибірки, так і для кожної підгрупи пацієнтів з косметичними вадами (різного віку чи статі). Результати кореляційного аналізу наведені у додатках (див. додаток 7, таблиці 7.1–7.5).

Кореляційний аналіз статистично підтвердив наявність високого оберненого зв'язку між показниками шкал ситуативної тривожності та нейротизму з тестом САРТ та семантичним диференціалом за результатами дослідження пацієнтів з косметичними вадами. Зв'язок є статистично значимим ($p < 0,001$).

Наприклад, зв'язок між шкалою нейротизму та тестом САРТ у пацієнтів підліткового віку жіночої статі виявився високим та оберненим ($r = -0,81$), та статистично значимим ($r < 0,001$). Зв'язок між шкалою ситуативної тривожності та семантичним диференціалом у пацієнтів підліткового віку чоловічої статі виявився високим та прямим ($r = 0,91$), та статистично значимим ($p < 0,001$). Зв'язок між шкалою ситуативної тривожності та тестом САРТ у пацієнтів юнацького віку жіночої статі виявився високим та оберненим ($r = -0,79$), та статистично значимим ($p < 0,001$). Зв'язок між шкалою нейротизму та семантичним диференціалом у пацієнтів юнацького віку чоловічої статі виявилися високим та прямим ($r = 0,88$), та статистично значимим ($r < 0,001$).

Загальні показники кореляції між шкалами нейротизму, ситуативної тривожності, тестом САРТ та семантичним диференціалом, отримані за результатами дослідження пацієнтів з косметичними вадами (підлітковий та юнацький вік, чоловіча та жіноча стать) свідчать про наступне:

- високому рівню ситуативної тривожності відповідає низька самооцінка частин тіла ($r = -0,79$; $p < 0,001$) у пацієнтів з косметичними вадами;
- високому рівню нейротизму відповідає низька самооцінка частин тіла ($r = -0,62$; $p < 0,001$) у пацієнтів з косметичними вадами;
- високому рівню ситуативної тривожності відповідає низька загальна

самооцінка образу фізичного Я ($r=0,65$; $p < 0,001$) у пацієнтів з косметичними вадами;

- високому рівню нейротизму відповідає низька загальна самооцінка образу фізичного Я ($r=0,55$; $p < 0,001$) у пацієнтів з косметичними вадами.

3.2. Результати проведеного психотренінгу з пацієнтами, що мають косметичні вади

Конструюючи тренінг, ми виходили із основного положення клінічної психології про надання психологічної допомоги людині, яка має ускладнення у своєму психічному житті, які опинились у кризисній або стресовій ситуації. Відомо, що під психологічною допомогою розуміється надання людині інформації про її психологічний стан, причинах і механізмах появи психологічних феноменів, якими супроводжується стресовий стан, а також здійснення активного психологічного впливу на неї з метою гармонізації психічного життя, адаптації до соціального оточення та відносної реконструкції особистості для формування фрустраційної толерантності та стресостійкості. Необхідними складовими психологічної допомоги є теоретичний аналіз відповідної стресової ситуації, врахування індивідуально-психологічних особливостей людини та типів реагування на різні фруструючі фактори.

Оскільки в клінічній психології психологічна допомога розглядається як єдність консультування, психокорекції і психотерапії, ми вважали за доцільне використовувати у нашій практичній роботі з пацієнтами окремі компоненти такої допомоги. Психологічне консультування сприяє формуванню особистісної позиції як специфічного погляду на життя і життєві цінності, завданням психокорекції є оволодіння навичками оптимальної для індивіда психічної діяльності, яка допомагає адаптуватися у суспільстві; психотерапія ставить своїм завданням змінити психопатологічну симптоматику, чим досягається внутрішня і зовнішня гармонізація особистості. Більшість дослідників (В.Д.Менделевич; Н.Пезешклан; В.Франкл) вважають, що надання психологічної допо-

моги недоцільно без кооперування визначених видів психологічного впливу, оскільки адекватний стиль взаємодії з навколишнім середовищем неможливий без сформованої особистісної позиції, а також без конкурентних психологічних навичок подолання життєвих складностей. Сукупність цих складових гармонізує людину у подоланні фрустрації, стресів і конфліктних ситуацій.

Використовуючи психологічне консультування, ми мали на меті проведення аналізу психічного стану особистості пацієнта, спираючись при цьому на різні методи психологічної діагностики (інтерв'ю, бесіда тощо), що дає можливість визначити наявність або відсутність психопатологічної симптоматики (в нашому дослідженні – тривожність з приводу наявних або надуманих вад зовнішності). Діагностичний процес дозволяє інформувати індивіда про індивідуально-психологічні особливості та потенційно патогенні життєві ситуації. Психологічне консультування сприяє рішенню людиною життєвих проблем, формуванню уявлення про можливість подолання таких проблем, варіантах і методах компенсації.

Ми вважали за доцільне у роботі з пацієнтами, що мають косметичні вади, використовувати психологічну корекцію, яка базується на консультуванні і включає цілеспрямований психологічний вплив на пацієнта з метою приведення його психічного стану до норми у випадках діагностики у нього межових психічних розладів або особистісних аномалій (у нашому дослідженні це занижена самооцінка і висока тривожність). Ми спиралися на важливе теоретичне положення, що психологічна корекція спрямована на активне зовнішнє втручання на формування адекватного психічного стану людини, її активності і душевного комфорту, гармонізації відносин із соціальним оточенням. Психотерапія як метод психологічного захисту застосовується у випадках, коли у пацієнта є симптоми і синдроми кризисного стану та фрустрації. При широкому використанні терміна “психотерапія” мається на увазі всі види психологічного впливу на індивіда: консультування, корекція і терапія.

Будуючи систему психотренінгу, ми вважали за необхідне попередньо

розробити план діагностичного обстеження (в нашому дослідженні це система відповідних методичних засобів), винесення експертного заключення та вибір найбільш ефективних і адекватних методів надання психологічної допомоги, отже впливати на особистість. Під психологічним впливом у процесі надання психологічної допомоги розуміється зміна психічної реальності пацієнта з метою створення для нього нових переживань і якостей. Вплив включає і формування нових якостей як змісту психічної реальності у відповідності із уявленням людини про соціальний статус і індивідуальні особливості. Формування застосовується у випадках, коли людина не в змозі сама досягти зміни певних якостей характеру або волі.

Автор відомого підручника з клінічної і медичної психології В.Д. Менделевич вважає, що різні види психологічної допомоги включають способи впливу на людину, але мають свою специфіку [83]. Так, консультування у більшій мірі орієнтується на індивідуально-психологічні особливості і особистісні якості пацієнта, завдяки чому здійснюється нормалізація його психічного стану, розширення уявлення про себе, варіантах подолання життєвих складностей та внутріособистісних конфліктів, набуття навичок психологічного захисту. Психокорекція орієнтується на процеси маніпулювання, управління і формування, що викликано нездатністю людини самостійно змінити параметри своєї психічної діяльності в силу дефектів психіки. У цілях психотерапії використовуються різноманітні способи надання психологічної допомоги в залежності від структури психічної проблеми людини та її індивідуальних особливостей.

Психологічне консультування включає інформування клієнта та навчання його навичкам саморегуляції. Як свідчать дослідження та досвід клінічної психології при інформуванні можлива різна фокусівровка на проблемі, яка хвилює людину, а саме: а) явних відхиленнях функціонування психіки; б) на всіх відхиленнях і деструкціях; в) відхиленнях, які індивід може усвідомити і змінити; г) всього спектра ознак і проявів. Конструюючи систему консульту-

вання і тренінгу, ми враховували і той факт, що одна і та сама інформація може бути сприйнята як оптимістична, песимістична і нейтральна, тобто позитивна, негативна та індиферентна. Підхід до інформування, опису та оцінки феноменів, що виявляються у процесі діагностування, може бути різним, а саме: оціночний або описовий. У першому випадку інформування включає оціночні категорії: адекватний – неадекватний – індиферентний (у нашому дослідженні – це самооцінка); у другому при інформуванні намагаються виключати оціночні категорії і орієнтуються лише на опис феномена.

Навчання навичкам саморегуляції у процесі психологічного консультування включає орієнтацію індивіда або пацієнта на способи і методи психологічного захисту і компенсації. Індивід в процесі консультування навчається навичкам рефлексивного стилю мислення і адаптивним формам реагування виключно за допомогою консультування. В першу чергу індивід набуває знання способів психологічного захисту, сутністю яких є збереження балансу між зовнішніми силами, які діють на людину, і внутрішніми ресурсами. В клінічній психології виділяють наступні варіанти психологічних захисних механізмів: раціоналізація, проекція, ідентифікація, компенсація, гіперкомпенсація, фантазування, домінуючі ідеї.

Раціоналізація розглядається як стремління людини до самовиправдовування, пошук причин і мотивів своїх вчинків, або свого стану, наприклад, обвинувачення інших у виникненні свого негативного стану (у нашому дослідженні обвинуваченні батьків у спадковості вади зовнішності). Проекція полягає в тому, що людина вважає інших винуватцями у виникненні свого негативного стану (в нашому дослідженні свого емоційно-тривожного стану з приводу вади зовнішності). Механізм ідентифікації полягає у досягненні внутрішнього психічного заспокоєння шляхом ідентифікації себе з кимось іншим. Компенсація заснована на стремлінні до досягнення успіху у певній галузі, тобто до компенсації невдач, які викликані відсутністю здібностей, фізичними вадами, вадами мови (у нашому дослідженні недоліки зовнішності підлітки і

юнаки намагаються компенсувати успіхами у навчанні, обізнаністю у певній галузі знань, успіхами у спорті тощо). Гіперкомпенсація – це стремління досягнути значних успіхів у певному виді діяльності: фізично слабка людина шляхом тренувань може досягти значних успіхів у спорті, людина непривабливої зовнішності реалізує себе у якійсь діяльності тощо. Фантазування виявляється у вигляді уявлення про виконання своїх бажань або успішного вирішення складної ситуації, в ідентифікації себе з якоюсь видатною людиною. Фантазування значно знижує тяжке психічне напруження, яке викликано стресом. Домінування або надцінні ідеї – це ті переконання, які людина вважає найважливішими у своєму житті і яким вона підкоряє свої вчинки.

На думку дослідників з проблеми психологічного захисту основні захисні механізми особистості мають як переваги, так і недоліки, що дуже важливо довести людині у процесі консультування. Крім того, засвоєння знань про механізми психологічного захисту дає можливість сформулювати новий погляд на власну психіку, закономірності і особливості психічного реагування в стресових ситуаціях, навіть змінити ці уявлення. В процесі консультування і одержання інформації про методи психологічного захисту людина може сама обрати найбільш придатний для неї варіант захисту, їй пропонується багатоваріантний вибір можливої поведінки.

Психологічне консультування використовується при будь-яких психологічних проблемах людини як початковий етап терапії і “реконструкції особистості”. Консультування спрямоване на психологічні феномени, які обумовлені негативними емоційними станами, глибокими переживаннями, викликаними кризисами або стресовими ситуаціями тощо. Найбільш відомими методиками, за допомогою яких здійснюється психологічне консультування є раціональна психотерапія, логотерапія, психологія самореалізації, позитивна психотерапія, когнітивна терапія, раціонально-емотивна психотерапія і психотерапія “здоровим глуздом”. Хоча у названих методиках є термін “терапія”, однак більшість дослідників вважають їх методиками консультування [4; 50]. Коротко характе-

ризуємо названі методики.

Логотерапія відноситься до гуманістичного напрямку психотерапії і ставить своєю метою набуття людиною позитивного ставлення до своєї особи. Головну роль тут відіграє метод переконання, оскільки переконання використовує систему логічного об'рунтування унікальності сенсу життя. У межах методу психології самореалізації головна увага приділяється готовності людини використовувати свій власний особистісний потенціал, який включає: 1) внутрішню природу людини у вигляді її потреб, здібностей, індивідуально-психологічних особливостей; 2) потенційні можливості, реалізація яких детермінована зовнішніми факторами; 3) автентичність як здатність пізнати власні потреби і можливості; 4) здатність приймати себе позитивно; 5) потреба у схваленні. Позитивна психотерапія виходить із принципа наявності у людини здатності до саморозвитку і гармонійності. Основними цілями позитивної психотерапії є: 1) зміна уявлень людини про себе, своїх актуальних і бажаних здібностей; 2) пізнання традиційних для неї, її сім'ї і культури механізмів переборення конфліктів; 3) розширення цілей життя, виявлення резервів і нових можливостей для подолання конфліктних ситуацій. Сутність транскультурного підходу полягає у тому, що людині пропонують інформацію, яка може нівелювати її негативні переживання. Наприклад, людині, яка має малий зріст повідомляють, що в деяких гірських місцевостях майже всі люди мають малий зріст, або тих, хто має алопецію (облисіння), запевняють, що багато людей голить голову і вважає це за доцільне (голова краще "дихає"). Транскультурні порівняння спрямовані на вироблення розуміння відносності життєвих цінностей. Ще одним засобом позитивної психотерапії є позитивна інтерпретація будь-яких негативних проявів. Когнітивна терапія розглядає механізми виникнення різноманітних емоційних феноменів у зв'язку із наявними у людини відхиленнями в оцінці реальної дійсності. Метою когнітивної психотерапії є виправлення помилкової переробки інформації і модифікації переконань у бік раціоналізації і виробки життєвої стратегії здорового глузду.

Близькою за змістом до когнітивної терапії є раціонально-емотивна терапія, спрямована на зниження ірраціональних установок і думок. На думку А.Єлліса існує дванадцять ірраціональних ідей, які необхідно виправити у процесі консультування. Це такі ідеї: 1) для дорослої людини необхідно, щоб кожен її крок був привабливим для оточуючих; 2) є вчинки не достоїнності, погані і людину, яка їх вчинює, необхідно карати; 3) для людини це катастрофа, якщо все здійснюється не так, як хотілось би; 4) усі біди нав'язані нам із зовні людьми або обставинами; 5) якщо щось лякає або загрожує, необхідно застерігатися; 6) легше уникати відповідальності і складностей, ніж їх долати; 7) кожен бажає мати щось сильне і значне, чого в нього бракує; 8) потрібно у всьому бути компетентним, розумним, успішним; 9) те, що сильно вплинуло на життя один раз, буде впливати постійно; 10) на наше благополуччя впливають вчинки інших людей, тому необхідно зробити все, щоб ці люди змінилися; 11) пливати за течією і не діяти — це шлях до щастя; 12) ми не володіємо нашими емоціями. Основним способом впливу на людину тут є когнітивний діалог із використанням законів логіки.

Психотерапія “здоровим глуздом” включає в себе елементи раціональної терапії, тобто необхідно довести людині помилковість її установок (ірраціональних думок) та виробити установку на багатоваріантний спосіб осмислення дійсності. Основою особистісної позиції при психотерапії здоровим глуздом вважається “антиципаційна спроможність” (В.Д.Менделєвіч) — здатність людини передбачати можливий хід подій, будувати процес прогнозування на багатоваріантній гнучкій основі, використовуючи минулий життєвий досвід. Відповідно гармонійні характерологічні риси і якості особистості здатні формуватися лише у випадку використання таких принципів: а) відмова від претензій; б) відмова від однозначності при осмисленні подій; в) відмова від фатальності майбутніх подій; г) розробка стратегії “антиципаційного спрямування”.

Не менш важливим засобом психологічного захисту є **психологічна ко-**

рекція (психотренінг). Психологічна корекція застосовується з метою оптимізації, виправлення і доведення до норми будь-яких психічних функцій людини, відхилень від оптимального рівня її індивідуально-психологічних особливостей і здібностей. За Ю.С.Шевченко виділяють п'ять видів стратегій психокорекції: психокорекція окремих психічних функцій і компонентів психіки (увага, пам'ять, конструктивне і вербальне мислення тощо) або корекція особистості: директивна або не директивна стратегія психокорекційного впливу; корекція, спрямована на індивіда або сконцентрована на сім'ї; психокорекція у формі індивідуальних або групових занять; психокорекція як компонент клінічної психотерапії у комплексному лікуванні нервово-психічних захворювань, або як основний засіб психологічного впливу на людину з відхиленням у поведінці і соціальній адаптації.

На відміну від психологічного консультування, при психокорекції роль пацієнта є пасивною. Корекція вимагає розробку нових психологічно-адаптивних і необхідних для людини навичок у процесі спеціально розроблених тренінгових програм. Активність пацієнта при цьому полягає лише у бажанні змінитися, але не у роботі над собою. Людина наче готова “доручити себе іншому”, зазначає В.Д.Менделевич, – психологу або психотерапевту, аби той доповнив або змінив ті недоліки, які їй притаманні, виправив відхилення, надав нових умінь і навичок. Навіть якщо йдеться про психокорекцію особистісних рис, то мається на увазі, що основним способом змін і психологічної допомоги повинного бути навчання людини ефективному самосприйняттю (у нашому дослідженні – адекватної самооцінки зовнішності і адекватному самосприйняттю зовнішності). Психокорекція, на відміну від психологічного консультування, використовує у якості основних методів маніпулювання, формування і управління людиною, маючи при цьому чітке уявлення про стан людини, рівень розвитку психічних функцій або індивідуально-особистісних якостей. Людина виступає наче у ролі матеріала, з якого ліпиться “оптимальний для неї” образ (у нашому дослідженні – образ фізичного Я). Відповідальність при

цьому покладається виключно на психолога.

У клінічній психології психокорекція, як зазначається у роботах А.А.Александрова, Ю.С.Шевченко, Б.Д.Карвасарського та ін., використовується у разі виявлення у пацієнта психологічних проблем, що виникають у зв'язку з характерологічними девіаціями та особистісними аномаліями (у нашому дослідженні особистісні проблеми виникають у зв'язку з дефектами Я фізичного) [4; 50; 109]. Виробка навичок здійснюється у процесі тренінгів, серед яких найбільш відомими є: аутотренінг, поведінкова терапія (біхевіоральна), нейролінгвістичне програмування, психодрама, трансактний аналіз. Аутогенне тренування є методикою, спрямованою на оволодіння навичками психічної саморегуляції за допомогою релаксаційних засобів. Поведінкова психотерапія має багато методик, які засновані на виробленні умовно-рефлекторного зв'язку з метою зміни психопатологічної симптоматики або адекватних навичок на відміну від неадекватних. Дамо коротку характеристику цих методик відповідно до того, як вони висвітлені у клінічній медичній психології. Найбільш відомими є методики “систематичної десинсібілізації” та “парадоксальної інтенції”, спрямовані на подолання фобій. Нейролінгвістичне програмування являє собою систему психологічних маніпуляцій на підставі вивчення лінгвістичної мета-моделі людини. Сутність такої моделі полягає у визнанні шаблонності для людини або групи людей лінгвістичної системи пізнання світу і самої себе. Для кожної людини, відповідно до положень нейролінгвістичного програмування, є типові і характерні для неї способи сприйняття і відображення навколишньої реальності (модальності). Виділяють три різновиду модальності: візуальна, аудіальна і кінестетична. Виявлення домінуючої модальності дає можливість застосовувати корекцію поведінки, метою якої є виробка певної стратегії поведінки, бажаної для людини. Основним методом лінгвістичного програмування є “рефреймінг” — переформування особистості, надання їй заданої форми. В основі рефреймінга лежать слідуєчі базові поняття: будь-яка реакція людини, або в цілому поведінка має захисну мету і то-

му помилковою вона стає, коли використовується у невідповідному контексті; у кожної людини є своя суб'єктивна модель світу, яку можна змінити; кожна людина має приховані ресурси, які дозволяють змінити і сприйняття світу, і суб'єктивний досвід. Метод психодрами найчастіше використовується при наявності у людини характерологічних девіацій і “комплекса неповноцінності”. У процесі ігрової діяльності людина засвоює стереотипи поведінки у різних життєвих ситуаціях, апробує їх, обирає ті, що найбільш їй підходять, що дає їй можливість подолати власні проблеми. Трансактний аналіз як метод психологічної корекції розглядає особистість як сукупність трьох складових Я: Батько, Дорослий, Дитина. Вважається, що кожна людина має генетично запрограмований паттерн емоційних реакцій. В процесі розвитку Дитина виявляє себе інфантильними рисами по відношенню до реальності, Дорослий — ознаками зрілої психічної діяльності, Батько — наявністю нормативних стереотипів поведінки. Основна мета трансактного аналізу полягає у тому, щоб дати людині зрозуміти на основі відповідного термінології її взаємодію з оточуючою реальністю.

Отже, здійснений нами теоретичний аналіз проблеми можливості застосування психологічного захисту як психологічного консультування і психологічної корекції, дозволив визначити основні методики, за допомогою яких може бути здійснений психологічний захист пацієнта косметологічної клініки у разі дефекта Я-фізичного і відповідних цьому негативних емоційний переживань. Аналізуючи методики, за допомогою яких може бути здійснений психологічний захист, ми обрали методику психологічної корекції (психологічний тренінг) як найбільш адекватну меті нашого дослідження. Переходимо до характеристики тренінгу і висвітлення результатів, досягнутих за його допомогою.

З метою подолання підвищеної тривожності та депресивних станів у досліджуваних з різними вадами зовнішності нами було об'рунтовано, розроблено та апробовано "Тренінг профілактики і подолання тривожності у

пацієнтів з косметичними вадами (підлітковий і юнацький вік)". У завдання тренінгу входило: підвищення рівня самоповаги, зняття негативних наслідків тривожності, усунення проблеми незадоволеності власною зовнішністю. Тренінг проводився з такими групами підлітків та юнаків: пацієнти з косметичними вадами, які звернулися за допомогою до лікарів-косметологів чи пластичних хірургів; підлітки та юнаки, які не мають об'єктивних вад зовнішності, але негативно ставляться до власного тіла (загальна кількість вибірки – 60 чоловік). Заняття в групах проводилися протягом місяця по три години на тиждень. У психокорекційній роботі були застосовані вправи на складання опису своєї зовнішності (такий, який я є і яким я хочу себе бачити), малюнки самого себе. Були застосовані наступні прийоми переінтерпретації симптомів тривожності, налаштування на конструктивні емоційні переживання. Далі наводимо тренінг.

Тренінг профілактики і подолання тривожності (для пацієнтів з косметичними вадами, підлітковий та юнацький вік).

Завданнями тренінгу є:

- збільшити самоповагу підлітка як більш глибоке усвідомлення ним своєї цінності як особистості;
- актуалізувати ціннісно-мотиваційну сферу підлітка та утвердити своєрідність індивідуального існування;
- розвивати навички самоспостереження, самоаналізу та саморегуляції;
- сприяти нормалізації міжособистісних стосунків між підлітками та вихователями, створенню у групі сприятливої атмосфери для розвитку кожної особистості.

Тривога – емоційний стан, який виникає в ситуаціях невизначеності і небезпеки і проявляється в очікуванні несприятливого розвитку подій. Тривожність у дітей проявляється в емоційній вразливості, боязні спілкуватися з незнайомими людьми, плаксивості, нитті.

Ознаками тривожності є: підвищена збудливість, напруженість, ску-

тість; страх перед усім новим, незнайомим, незвичайним; невпевненість у собі, занижена самооцінка; очікування неприємностей, невдач, осуду старших; старанність, розвинуте почуття відповідальності; безініціативність, пасивність, боязкість; схильність пам'ятати більш погане, ніж добре.

На основі дослідницьких даних, отриманих при вивченні тривожності, а також результатів багаторічної практичної психологічної роботи з тривожними дітьми і підлітками були виділені принципи її профілактики і подолання, головним з яких, як і для інших особистісних утворень, залишається орієнтація на вироблення адекватних способів реалізації і задоволенні ведучих для кожної вікової групи соціогенних потреб дітей (С.О. Ставицька, 1998).

Важливим є те, що психологічна допомога не носить функціонального вузького характеру, а орієнтована на розвиток особистості і підвищення ефективності діяльності підлітка. Однак при цьому вона повинна бути спрямована на ті фактори розвитку особистості і характеристики оточення, які в кожному віці є специфічними для виникнення і закріплення тривожності як стійкого утворення, можуть бути прямою чи безпосередньою причиною.

Особливості роботи з підлітками та юнаками обумовлені тими проблемами, які є типовими для даного вікового етапу і, перш за все, потребою юнака стати внутрішньо дорослою людиною, самовизначитися в оточуючому світі, зрозуміти себе і своє призначення в житті. Об'єктивно і суб'єктивно важливі проблеми особистісного рівня виявляються у підлітків та юнаків у:

- недостатньому рівні самостійності;
- неадекватності самооцінки і рівня домагань;
- відсутність конкретних життєвих цілей і спрямувань;
- збереження підліткового негативізму;
- незадоволення собою;
- високий рівень особистісної тривожності.

Проблема тривожності розпадається на дві:

- 1) проблема оволодіння станом тривожності;

2) зняття і витіснення негативних наслідків тривожності як відносно стійкого особистісного утворення.

У психокорекційній роботі були застосовані такі прийоми:

1) *“Переінтерпретація симптомів тривожності”*. Дуже часто школярі з підвищеною тривожністю деморалізують перші ознаки появи цього стану. У багатьох випадках стає корисним розповісти, роз’яснити пацієнтам, що це ознаки готовності людини діяти (ознаки активації), їх відчують більшість людей, і вони допомагають відповісти, виступити якнайкраще. При тренуванні цей прийом може допомогти *“вибратися із чортового колеса”*.

2) *“Налаштування на визначений емоційний стан”*. Пацієнтам пропонується подумки пов’язати схвильований, тривожний емоційний стан: з однією мелодією, кольором, пейзажем, яким-небудь характерним тестом; спокійний, розслаблений – з іншим, а впевнений, *“переможний”* – ще з іншим. При сильній схвильованості спочатку згадайте перше, потім друге, потім перейдіть до третього, повторюючи останнє декілька раз.

3) *“Приємне згадування”*. Пропонується уявити собі ситуацію, в якій людина відчувала повний спокій, розслаблення, і як можна яскравіше уявити цю ситуацію, намагаючись згадати всі відчуття.

4) *“Використання ролі”*. В складній ситуації пацієнту пропонується яскраво уявити собі образ для наслідування, увійти в цю роль і діяти якби в *“його образі”*. Особливо ефективно для хлопців.

5) *“Контроль голосу і тестів”*. Пацієнту пояснюється, як по голосу і тестам можна визначити емоційний стан людини. Впевнений голос і спокійні тести можуть заспокоювати, надавати впевненості. Для цього необхідно тренувати завдання перед дзеркалом.

6) *“Посмішка”*. Дають ряд стандартних вправ для розслаблення м’язів обличчя і пояснюють значення посмішки для знаття нервово-м’язової напруги.

7) *“Дихання”*. Спочатку роз’яснюють про важливість дихання як спосо-

бу знання напруги, а потім обговорюють можливі способи використання дихання для її зняття.

8) *“Тренування думок”*. Ситуація, яка викликає тривогу, заздалегідь представляється з усіма подробицями. В тривожних моментах, які викликають переживання, неспокій, детально продумують моделі поведінки.

9) *“Репетиція”*. Психолог повинен програти зі пацієнтами ситуації, які викликають тривожність. Не попереджуючи пацієнта, психолог може змінити тон бесіди з ними, стати невгамовним, перебивати співбесідника, невдоволено слухати. Обов’язково звернути увагу на поведінку дітей.

10) *“Доведення до безглуздя”*. Пацієнтам пропонується зіграти дуже сильну тривогу, страх, причому робити це ніби-то граючись.

11) *“Переформулювання завдання”*. Тренувати вміння формулювати мету поведінки в різних ситуаціях, повністю відволікаючись від себе.

Ці та подібні прийоми є ефективними у роботі з пацієнтами, які відчують “відкриту тривогу”. При скритій слід звернути увагу на розвиток у пацієнтів вміння аналізувати свої переживання і знаходити їх причини. Цей процес аналогічний самоаналізу. Важливий етап – вироблення у підлітків зі скритою тривогою критеріїв особистісного успіху. Найбільш ефективними виявилися наступні вправи:

“Сім облич Я”. Ведучий розповідає, що Я кожної людини може сприйматися іншими по-різному. Це залежить від того, що відчуває людина в даний момент. Отже, обличчя нашого Я виражає наші почуття. Ведучий каже, що зараз учні будуть вчитися розпізнавати почуття іншого і висловлювати свої особисті переживання без слів. Він нагадує гру “Крокодил”, яка проводилася на КВК, тільки тепер загадане почуття треба виявити в інтонації, з якою учасник скаже Я. Ведучий розподіляє пацієнтів на групи (десь 4-5), з кожної групи виходить представник, якому ведучий дає лист зі списком почуттів із завданням сім раз сказати “Я” та кожного разу висловити окреме почуття, яке група повинна відгадати. Потім виходить інший представник і т.д. Після того, як

пацієнти попрацюють у групах, ведучий просить кожну групу обрати того пацієнта, який є найкращим у висвітленні своїх емоцій. Тепер обрані пацієнти демонструють написані ведучим почуття усій групі.

Пацієнти сидять у “колі спілкування” та слухають ведучого. Потім по сигналу ведучого вони діляться на групи та відсилають своїх представників. Представники отримують від ведучого листи з назвами почуттів та порядком їх висвітлення. За цими листами вони і виражають своє “Я”, а група відгадує почуття. Потім кожна група обирає найкращого актора, і цей актор показує нові почуття усій групі.

Для роботи у маленьких групах краще зробити списки однакових почуттів, проте розміщених у різній послідовності. Списки для найкращих авторів повинні бути більш ускладненими, але і в них краще повторювати деякі емоції та почуття, для того щоб учасники мали можливість побачити, як одне і теж почуття виражається в “Я” різних пацієнтів та відмітити особливості проявів цього почуття, які є загальними. Повторювати краще саме ті почуття, які є складовими суїцидальної поведінки, як то: безнадійність, безпомічність, туга, самотність, розчарування. Ми радимо до цієї справи включати елементи бесіди, підкреслювати необхідність вміння бачити, що іншій людині погано, знаходити засоби допомоги такій людині. Слід підкреслити, що досить важко зрозуміти людину без слів, тому краще розповідати про свої почуття друзям.

Ця вправа допомагає пацієнту усвідомити свої почуття, навчитися визначати, що саме відчуває інший, як йому допомогти. Вона збагачує кожного досвідом того, що дуже важко зробити так, щоб тебе зрозуміли. Тому, якщо тобі важко, краще сказати про це, ніж чекати коли хтось це помітить. Для тих, хто відчував почуття безнадії та безпомічності, участь у цій вправі допомагає побачити, що отримати допомогу реально і що завжди є на що сподіватися. Те, що пацієнт висловлює саме “Я” з різноманітними інтонаціями, дозволяє йому усвідомити багатогранність та неповторність своєї особистості та відреагувати приховані негативні почуття. Крім того, він прилюдно стверджує своє “Я”

у різних формах, це надає учню можливість відчувати себе прийнятим іншими, незалежно від його почуттів, та розвиває впевненість у собі.

Вправа “Я колишній, теперішній та майбутній”. Ведучий розподіляє групу на четвірки чи п’ятірки та каже, що в своєму колі їм потрібно буде обмінюватися реченнями. Починати фразу необхідно з встановлених слів. Ведучий називає ці слова, попереджає, що вправа буде складатися з трьох етапів і починати кожний етап та закінчувати його треба за командами ведучого. Отже, початкові фрази трьох серій: “1. Раніше я ... 2. По справжньому я ... 3. Скоро я ...”. Після того, як група зробить це, ведучий керує обміркуванням виконаних дій.

Пацієнт сидять у “Колі спілкування” та слухають ведучого. Потім вони розподіляються на “маленькі кола” і по сигналу ведучого починають перший етап вправи (кожен з фрази: “Раніше я ...”) і так далі. Після третього етапу учасники повертаються у “коло спілкування” та розповідають про нові знахідки.

“Маленькі кола” повинні розміщуватися не менш ніж 1,5-2 м одне від одного. Протягом гри треба слідкувати за правильним початком речень пацієнтів (щоб вони починалися саме з “фіксованої” фрази), стимулювати роботу в мікрогрупах (наприклад, “якщо вам важко закінчити фразу, передайте чергу іншому, висловитися пізніше”, “не треба довго міркувати над реченням, спробуйте сказати перше, що впало на думку” і таке інше). Після трьох етапів ми радимо обміркувати, який з етапів був найлегшим, який найважчим; що учасники відчували під час кожного етапу. Під час бесіди треба поговорити з пацієнтами про психологічний час людини, про вплив її ставлення до минулого, теперішнього та майбутнього на її життя.

Вправа допомагає учасникам усвідомити “Я-стани” у минулому, теперішньому та майбутньому, побачити, який саме час займає їх думки та почуття, усвідомити зміни, які з ними відбуваються як у житті, так і під час цих занять, зрозуміти, яким важливим для особистості є усвідомлення її психологіч-

ного часу, як це може допомогти досягти успіху у житті. Робота у “маленьких колах” розвиває в учасників вміння діяти самостійно, збільшує їх відповідальність за свої дії, думки та почуття.

Вправа “Яким я буду, розкажіть”. Ведучий інтригує пацієнтів тим, що кожен з них може гадати, бо якщо гарно розуміти людину, спостерігати її поведінку, дивитися, як вона реагує на слово та дії інших, гадання стає неважким. Ведучий закликає пацієнтів спробувати погадати. Коли бажаючий назвався, ведучий каже, щоб усі учасники по черзі розповіли, що стане з цією людиною через двадцять років. Потім питає про почуття учасника, якому гадали.

Учасники сидять у спільному “колі спілкування”, слухають ведучого. Коли знаходиться бажаючий послухати про своє майбутнє, він сідає у центр кола та повертається до того, хто розповідає йому про майбутнє. Потім він ділиться з групою своїми почуттями, розповідає, що його здивувало і з чим він зовсім не погоджується. Потім на його місце сідає інший учасник.

Важливо спрямувати пацієнтів на серйозне ставлення до “гадання”, бо їх припущення повинні ґрунтуватися на їх сприйнятті особливостей особистості кожного учасника, на аналізі того, який він є зараз, яким чином він змінюється під час їх сумісної діяльності, та того, чого від нього можна чекати у майбутньому. Якщо у когось з групи будуть виникати труднощі, треба порадити йому уявити, що буде з обраним учасником у найближчому майбутньому, а потім поступово поглиблюватися у подальше майбутнє учасника.

Ця вправа поглиблює часову перспективу кожного учасника, дозволяє йому побачити своє майбутнє у сприйнятті інших, викликає активні внутрішні дії по корекції свого майбутнього, допомагає пацієнту побачити орієнтири, до чого йому прагнути. Вміння припустити, що чекає іншого учасника у майбутньому, розвиває в пацієнта емпатійність, вміння прогнозувати, стимулює творчі процеси мислення, дозволяє виявити інтуїцію. Для учасника важливо

зрозуміти, що інші чекають від нього, чи може він реалізувати їх очікування, що йому потрібно змінити у собі, щоб стати таким, яким його бачать. Чи, може, навпаки, він чекає на зовсім інше майбутнє.

“Моя відповідь”. Ведучий просить дістати листи – відповіді на листи до себе. Питає, що вразило учасників у їх відповідях? Чи очікували вони саме таку відповідь? Чи змінилося їх ставлення до себе?

Підлітки сидять у “колі спілкування” та обмірковують зміни, які відбулися в них після відповідей на листа до себе.

На цю вправу не треба відводити багато часу, зачитати можна 1-2 листи, якщо хтось дуже буде цього бажати. Отже, краще обмежитися розмовою про зміни, які відбулися: чи змінився стиль листа, емоції, почуття і таке інше.

Ця вправа актуалізує у пацієнтів любов до себе, дозволяє їм підготуватися до наступної вправи, яка буде досить важким випробуванням. Також вона дозволяє закріпити навички самоаналізу та усвідомлення цінності свого життя.

Вправа “Шлюбне оголошення”. Ведучий питає групу про її ставлення до шлюбних оголошень, каже, що така форма – гарний шанс висвітлити свої найкращі риси, і пропонує кожному написати про себе таке оголошення з метою сподобатися іншим. Отже, завдання цієї вправи – як можна коротше (бо за кожне слово треба платити) написати про саме гарне у своїй особистості, написати так, щоб отримати якомога більш листів у відповідь. Потім ведучий збирає оголошення, зачитує оголошення хлопців без назви імен, для того щоб дівчата голосували, якому “Містеру Х” вони б відповіли. Після цього зачитуються оголошення дівчаток, і тепер найприємнішу “Маску” обирають хлопці.

Підлітки сидять у “колі спілкування”, слухають умови вправи. Потім вони пишуть оголошення і можуть знаходитися у аудиторії там, де їм зручно. Після того, як оголошення будуть зібрані ведучим, учасники знову сідають у коло, слухають оголошення та обирають те, що сподобалося найбільше.

Треба робити акцент на тому, що форма шлюбного оголошення обрана саме тому, щоб кожен зміг коротко висловити свої найкращі риси. Протягом вправи потрібно слідкувати, щоб учасники не заважали один одному і щоб додержувалася таємність автора оголошення. Чи “знімати тиски”, встановлюють учасники. Наприклад, після того, як підлітки оберуть найкраще чоловіче оголошення, ведучий питає, чи не проти той, хто це оголошення написав, бути відомим. Якщо в аудиторії тиша, таємність зберігається. Якщо підліток каже “так”, то усім ясно, чиє це оголошення. Така умова і є перевіркою уважності та бажання бути чи не бути викритим.

За допомогою написання шлюбного оголошення пацієнт навчається визначати свої гарні риси, заявляти про них та висловлювати їх у короткій і можливо гумористичній формі. Атмосфера змагання прискорює творчі процеси мислення та самовідкриття. Таємність автора дозволяє бути щирим і водночас повністю виразити себе. Знайомство з оголошеннями інших допомагає побачити, що інші однолітки цінують у собі, можливо, усвідомити ті якості, які під час написання оголошення учасник не помітив. Свобода вибору, чи розкривати таємницю, навчає учня приймати рішення та не соромитися своєї перемоги [128; 129].

Після проведення психотренінгу ми провели **повторне психодіагностичне дослідження** експериментальної та контрольної вибірки, використовуючи наступні із відібраних нами методик: шкала нейротизму опитувальника Г.Айзенка, шкала ситуативної тривожності Ч.Спілбергера–Ю.Л.Ханіна, тест САРТ, семантичний диференціал.

У повторному психодіагностичному дослідженні приймали участь 60 чоловік у кожній вибірці (по 15 чоловік кожного вікового періоду та статі). Загалом було про діагностовано 120 чоловік. До експериментальної вибірки у повторному дослідженні ввійшли, звичайно, ті ж самі пацієнти косметологічних клінік (з дерматологічними захворюваннями) та клінік пластичної хірургії, які приймали участь у нашому основному дослідженні. Тільки тепер кількість

досліджуваних було дещо зменшено (до 60 осіб) для зручностей статистичного підрахування.

Результати повторного дослідження у контрольній вибірці використовувались нами для семантичного порівняння даних. Контрольну вибірку склали учні шкіл та студенти (60 чоловік).

Після проведення повторного психодіагностичного дослідження одержані результати були піддані статистичній обробці. Проведено аналіз отриманих даних.

У додатках наведені результати повторного психодіагностичного дослідження (див. додаток 8). У додатку 8 “Результати проведеного психотренінгу” наведено отримані результати по кожному досліджуваному кожної вибірки до та після психотренінгу: *“Загальні результати дослідження за методиками “Шкала нейротизму Г.Айзенка”, “Шкала ситуативної тривожності Ч.Спілбергера”, “САРТ”, “Семантичний диференціал” (експериментальна та контрольна група, до та після психотренінгу)”*. Дамо деякі необхідні пояснення по цій таблиці. По методиці “Шкала нейротизму опитувальника Г.Айзенка” занесено у таблицю показник нейротизму для кожного досліджуваного. По методиці “Шкала ситуативної тривожності Ч.Спілбергера-Ю.Л.Ханіна” занесено у таблицю показник ситуативної тривожності для кожного досліджуваного. По тесту САРТ у таблиці наведено загальну суму оцінки усіх частин тіла для кожного досліджуваного (хоча у тесті САРТ підраховується середнє арифметичне оцінки частин тіла, як, наприклад, у загальній шкалі САРТ, але у цій таблиці для зручності статистик підрахунків ми наводимо загальну суму оцінок). По семантичному диференціалу у таблиці наведено загальну суму самооцінок (Д) по всім 20 шкалам диференціалу для кожного досліджуваного (такий варіант виявився найбільш вдалим для статистичної обробки). У таблиці 3.3 наведено середні показники результатів дослідження для кожної підгрупи до та після психотренінгу.

Таблиця 3.3

Середні показники шкал нейротизму, ситуативної тривожності,
тесту САРТ та семантичного диференціалу
до та після психотренінгу (середні показники у балах)

Експериментальна група (N = 80)									
		До експерименту				Після експерименту			
		Шкала нейротизму (PEN Айзенка)	Ситуативна тривожність	Тест САРТ	Семантичний диференціал	Шкала нейротизму (PEN Айзенка)	Ситуативна тривожність	Тест САРТ	Семантичний диференціал
Юнаки	х	18,7	68,6	31,4	5,8	17,9	54,4	41,1	4,9
	д	19,2	69,9	30,2	6,3	18,3	55,7	39,3	5,0
Підлітк и	х	18,6	68,3	31,1	6,2	17,5	54,1	41,3	5,0
	д	19,0	69,4	30,9	6,2	17,7	56,7	39,3	5,2
Контрольна група (N = 90)									
		Після експерименту							
		Шкала нейротизму (PEN Айзенка)	Ситуативна тривожність	Тест САРТ	Семантичний диференціал	Шкала нейротизму (PEN Айзенка)	Ситуативна тривожність	Тест САРТ	Семантичний диференціал
Юнаки	х	12,1	31,2	73,1	2,7	12,0	31,4	72,9	2,7
	д	12,9	33,1	71,7	2,7	12,8	32,7	71,3	2,9
Підлітк и	х	11,5	31,3	73,7	2,6	11,7	31,5	73,7	2,6
	д	11,4	31,1	73,2	2,6	11,3	31,2	73,0	2,6

Як видно з наведеної таблиці, *рівень ситуативної тривожності у всіх підгрупах пацієнтів після тренінгу значно знизився*. Рівень ситуативної тривожності у пацієнтів-жінок юнацького віку до тренінгу становив 69,9 балів, після тренінгу – 55,7 балів. Рівень ситуативної тривожності у пацієнтів-чоловіків юнацького віку до тренінгу становив 68,6 балів, після тренінгу – 54,4 ба-

ли. У пацієнтів-жінок підліткового віку до тренінгу – 69,4 бали, після тренінгу – 56,7 бали. У пацієнтів-чоловіків підліткового віку до тренінгу – 68,3 бали, після тренінгу – 54,1 бали. Після тренінгу рівень ситуативної тривожності у всіх підгрупах пацієнтів знаходиться у межах вище середнього рівня (від 45 балів), як і до тренінгу, однак цей показник після тренінгу значно зменшився (від 70 до 54 балів).

Рівень нейротизму у пацієнтів всіх підгруп майже не змінився після тренінгу. До тренінгу рівень нейротизму становив у підгрупах 18-19 балів, після тренінгу – 17-18 балів. Це підтверджує положення Г.Айзенка про спадковість цього феномену [140].

Рівень самооцінки частин тіла (сумарний показник) по тесту CAPT у всіх підгрупах пацієнтів після тренінгу підвищився.

Так, якщо рівень самооцінки частин тіла у пацієнтів-жінок юнацького віку до тренінгу становив 30,2 бали, то після тренінгу – 39,3 бали. Рівень самооцінки частин тіла у пацієнтів-чоловіків до тренінгу становив 31,4 бали, після тренінгу – 41,1 бал. Рівень самооцінки частин тіла у пацієнтів-жінок підліткового віку до тренінгу становив 30,9 бали, після тренінгу – 39,3 бали. Рівень самооцінки частин тіла у пацієнтів-чоловіків підліткового віку до тренінгу становив 31,1 бал, після тренінгу – 41,3 бали. Загалом показник рівня самооцінки частин тіла після тренінгу підвищення від 30 до 41 бали.

Рівень загальної самооцінки зовнішності (за семантичним диференціалом) у всіх підгрупах пацієнтів після тренінгу підвищився.

Загалом цей показник підвищився від 87-94 балів до 73-77 балів (показник є оберненим). Рівень загальної самооцінки фізичного Я у пацієнтів-жінок юнацького віку до тренінгу становив 94,7 бали, після тренінгу – 75,3 бали. Рівень загальної самооцінки фізичного Я у пацієнтів-чоловіків юнацького віку до тренінгу становив 87,2 бали, після тренінгу – 73,3 бали. Рівень загальної самооцінки фізичного Я у пацієнтів-жінок підліткового віку до

тренінгу становив 93,7 бали, після тренінгу – 77,5 бали. Рівень загальної самооцінки фізичного Я у пацієнтів-чоловіків підліткового віку до тренінгу становив 92,7 бали, після тренінгу – 74,9 бали.

Більш детально розглянемо зміну показників самооцінки частин тіла у пацієнтів з косметичними вадами після проведення психотренінгу (за тестом САРТ).

На графіку 3.3 представлені зміни в самооцінці окремих частин тіла у пацієнтів жіночої статі юнацького віку до та після психотренінгу.

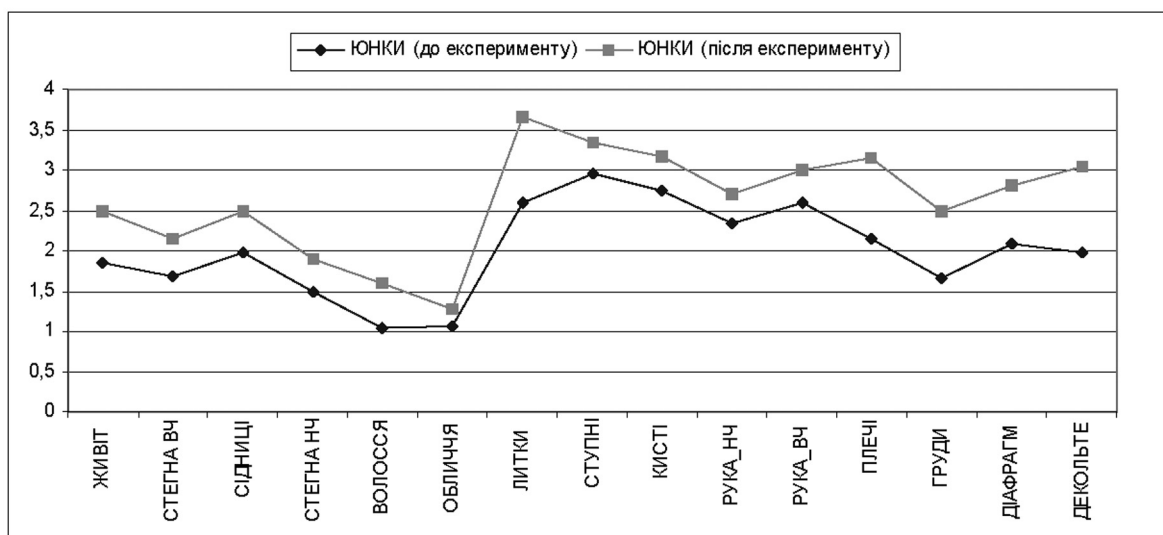


Рис. 3.3 Зміни у самооцінці окремих частин тіла у пацієнтів до та після психотренінгу (жінки, юнацький вік)

На цьому графіку по шкалі 0х представлені частини тіла, що оцінювались досліджуваними, по шкалі 0у – середні значення по групах за 5-бальною шкалою.

Аналізуючи зміни в самооцінці окремих частин тіла у пацієнтів юнацького віку жіночої статі до та після психотренінгу, в цілому треба зазначити:

- загальна самооцінка всіх частин тіла у пацієнтів юнацького віку жіно-

чої статі після психотренінгу підвищилась (заг. шкала = 2,01 та заг. шкала = 2,62 відповідно).

- відповідно підвищилась самооцінка окремих частин тіла після проведення тренінгу. Цей “процес” відбувся в цілому рівномірно (підвищилась самооцінка кожної окремої частини тіла в середньому на однакову кількість одиниць).

- після проведення психотренінгу пацієнти найбільш позитивно оцінюють литки ($x = 3,67$), ступні ($x = 3,35$), найбільш негативно – обличчя ($x = 1,27$), волосся ($x = 1,6$).

Аналізуючи зміни в самооцінці окремих частин тіла у пацієнтів юнацького віку чоловічої статі до та після тренінгу, в цілому треба зазначити:

- загальна самооцінка всіх частин тіла у пацієнтів юнацького віку чоловічої статі після психотренінгу підвищилась (заг. шкала = 2,42 та заг. шкала = 3,18 відповідно).

- відповідно підвищилась самооцінка окремих частин тіла після проведення тренінгу. Найбільше задоволення у пацієнтів після тренінгу викликають груди ($x = 3,5$), литки ($x = 3,6$), ступні ($x = 3,47$), найбільше незадоволення – обличчя ($x = 1,9$), волосся ($x = 2,5$).

Аналізуючи зміни у самооцінці окремих частин тіла у пацієнтів підліткового віку жіночої статі до та після тренінгу, в цілому треба зазначити:

- загальна самооцінка всіх частин тіла у пацієнтів підліткового віку жіночої статі після психотренінгу підвищилась (заг. шкала – 2,06 та заг. шкала = 2,62 відповідно).

- відповідно підвищилась самооцінка окремих частин тіла після проведення тренінгу. Найбільше задоволення у пацієнтів після тренінгу викликають кисті ($x = 3,3$), декольте ($x = 3,2$), ступні ($x = 3,35$), найбільше незадоволення – обличчя ($x = 1,3$), волосся ($x = 1,7$).

На графіку 3.4 представлені зміни в самооцінці окремих частин тіла у пацієнтів чоловічої статі підліткового віку до та після психотренінгу.

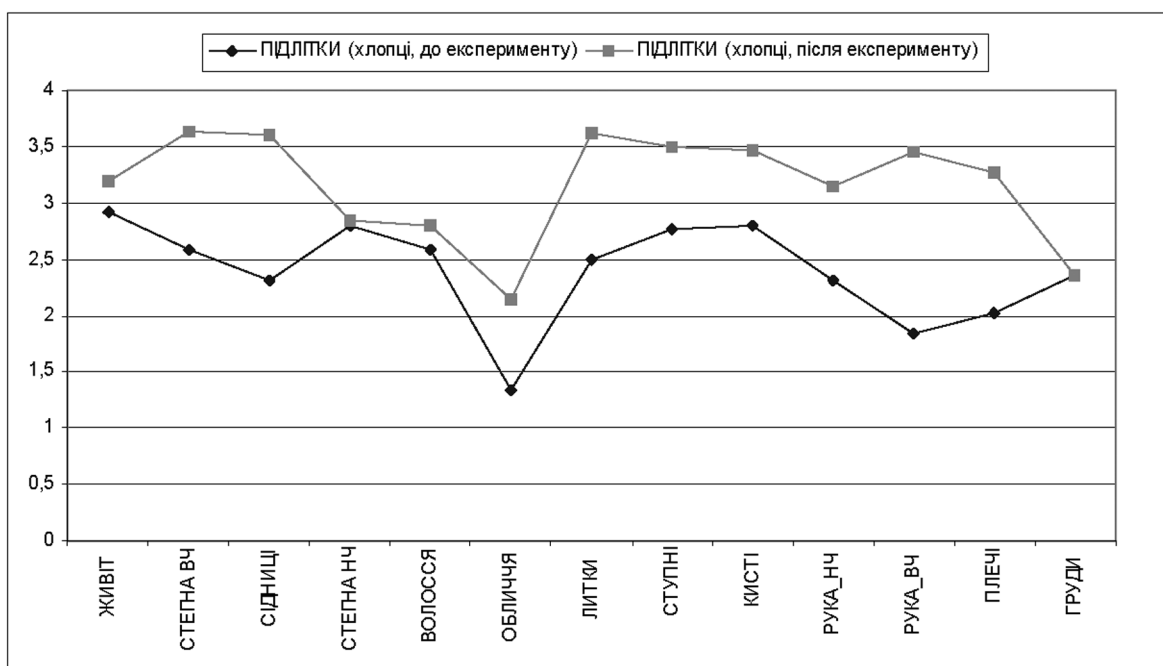


Рис. 3.4. Зміни в самооцінці окремих частин тіла у пацієнтів до та після психотренінгу (чоловіки, підлітковий вік)

На цьому графіку по шкалі 0x представлені частини тіла, що оцінювались досліджуваними, по шкалі 0y – середні значення по групах за 5-бальною шкалою.

Аналізуючи зміни в самооцінці окремих частин тіла у пацієнтів підліткового віку чоловічої статі до та після психотренінгу, в цілому треба зазначити:

- загальна самооцінка всіх частин тіла у пацієнтів підліткового віку чоловічої статі після психотренінгу підвищилась (заг. шкала = 2,39 та заг. шкала = 3,16 відповідно).

- відповідно підвищилась самооцінка окремих частин тіла після проведення тренінгу. Найбільше задоволення у пацієнтів після тренінгу викликають сідниці ($x = 3,6$), верхня частина стегон ($x = 3,64$), литки ($x = 3,62$), найбільше незадоволення – обличчя ($x = 2,15$), груди ($x = 2,35$).

Загальні показники, отримані за методикою САРТ після проведення психотренінгу, наведені у таблиці 3.4: “Загальні результати дослід-

Таблиця 3.4

Загальні результати дослідження самооцінки окремих частин тіла досліджуваними за тестом САРТ (пацієнти, після тренінгу)

	ЖИВІТ	СТЕГНА ВЧ	СІДНИЦІ	СТЕГНА НЧ	ВОЛОСЯ	ОБЛИЧЧЯ	ЛИТКИ	СТУПНІ	КИСТІ	РУКА_НЧ	РУКА_ВЧ	ПЛЕЧІ	ГРУДИ	ДІАФРАГМА	ДЕКОЛЬТЕ	3_ШКЛА	ШКАЛА_1	ШКАЛА_2
ПІДЛІТКИ (хлопці)	3,2	3,64	3,6	2,85	2,8	2,15	3,62	3,5	3,47	3,15	3,45	3,27	2,35			3,16	3,32	3,08
ЮНАКИ (хлопці)	2,1	2,5	2,35	2,07	1,7	1,3	2,9	3,35	3,3	3,1	2,9	2,7	3,14	2,7	3,2	2,62	2,26	2,75
ПІДЛІТКИ	3,05	3,25	3,37	3,5	2,5	1,9	3,6	3,47	3,9	3,04	3,17	3,05	3,5			3,18	3,29	3,13
ЮНКИ	2,5	2,15	2,5	1,9	1,6	1,27	3,67	3,35	3,17	2,7	3	3,15	2,5	2,8	3,04	2,62	2,26	2,75

ження самооцінки окремих частин тіла досліджуваними за тестом САРТ (пацієнти, після тренінгу)”. У цій таблиці наведені середні значення самооцінки кожної частини тіла (за 5-бальною шкалою), отримані у кожній підгрупі пацієнтів, а також результати загальної шкали САРТ, шкали I САРТ, шкали II САРТ по кожній підгрупі пацієнтів після психотренінгу.

Для перевірки ефективності проведення психотренінгу результати дослідження (до та після психотренінгу) були піддані кореляційному аналізу.

Кореляційний аналіз проводився за t-критерієм Стьюдента для залежних змінних, який дав можливість проаналізувати значимість відмінностей між середніми показниками до та після психотренінгу. Статистична обробка проводилась за результатами, отриманими по методиках: “Методика нейротизму опитувальника Г.Айзенка”, “Шкала ситуативної тривожності Ч.Спілбергера-Ю.Л.Ханіна”, “Тест САРТ”, “Семантичний диференціал” (діагностування до та після психотренінгу). Як ми вже зазначали, підраховувались результати дослідження у експериментальній вибірці (пацієнти з косметичними вадами, загальна кількість вибірки 60 чоловік) та контрольній вибірці (учні та студенти, загальна кількість вибірки 60 чоловік). Результати кореляційного аналізу наведені у наступних таблицях 3.5 та 3.6).

Кореляційний аналіз за t-критерієм Стьюдента статистично підтвердив ефективність проведенні психотренінгу з метою подолання тривожності у пацієнтів з косметичними вадами.

Так, наприклад, кореляційний аналіз показав відмінності між середніми показниками за шкалою ситуативної тривожності до та після тренінгу для всіх підгруп пацієнтів. Відмінності є значними та прямими (відбулося зменшення рівня тривожності після тренінгу), та статистично значимими ($p < 0,001$). Наприклад, для пацієнтів юнацького віку жіночої статі

$t=5,86$ ($p<0,001$).

Кореляційний аналіз показав відмінності між середніми показниками за тестом САРТ до та після тренінгу для всіх підгруп пацієнтів. Відмінності є значимими та оберненими (відбулося підвищення рівня самооцінки частин тіла після тренінгу), та статистично значимими ($p<0,0001$). Наприклад, для пацієнтів підліткового віку чоловічої статі $t=-5,3$ ($p<0,001$).

Кореляційний аналіз показав відмінності між середніми показниками за шкалою нейротизму опитувальника Г.Айзенка до та після тренінгу для деяких підгруп пацієнтів. Відмінності є значимими та прямими (відбулося зниження рівня нейротизму після тренінгу), та статистично значимими ($p<0,001$). Наприклад, для пацієнтів юнацького віку чоловічої статі $t=4,5$ ($p<0,001$). Однак, як ми вже зазначали, середній показник рівня нейротизму знизився в підгрупах з 19 до 17 балів, що не є суттєвою зміною. Це підтвердилося і статистично в деяких підгрупах (для пацієнтів юнацького віку жіночої статі $t=3,3$ та $p=0,005$).

Кореляційний аналіз показав відмінності між середніми показниками за семантичним диференціалом до та після тренінгу для всіх підгруп пацієнтів. Відмінності є значимими та прямими (відбулося підвищення рівня загальної самооцінки зовнішності, оскільки сам показник є оберненим), та статистично значимими ($p<0,001$). Наприклад, для пацієнтів підліткового віку чоловічої статі $t=6,2$ ($p<0,001$).

Кореляційний аналіз за t-критерієм Стьюдента, проведений за результатами дослідження контрольної вибірки, показав, що відмінності між середніми показниками по методиках до та після тренінгу вважаються статистично не значимими ($p>0,05$). По всіх методиках середні показники до та після тренінгу у всіх підгрупах контрольної вибірки не змінилися (у кожному випадку $p>0,05$). Результати кореляційного аналізу за t-критерієм Стьюдента для контрольної вибірки наведені у таблицях 3.5, та 3.6.

Таблиця 3.5

Дослідження ефективності формуючого експерименту (t-критерій Стьюдента для залежних змінних, експериментальна група до та після експерименту)

		Шкала нейротизму (PEN Айзенка)		Ситуативна тривожність		Тест САРТ		Семантичний диференціал	
		До експерименту	Після експерименту	До експерименту	Після експерименту	До експерименту	Після експерименту	До експерименту	Після експерименту
Підлітки	х	18,7	17,9	68,6	54,0	31,4	41,1	87,2	73,3
t		4,516		6,487		-5,464		4,990	
p		0,0005		0,000		0,000		0,000	
Підлітки	д	19,2	18,3	69,9	55,7	30,2	39,3	94,7	75,3
t		3,287		5,862		-5,343		6,319	
p		0,005		0,000		0,000		0,000	
Юнаки	х	18,6	17,5	68,3	54,1	31,1	41,3	92,7	74,9
t		4,675		6,220		-5,304		6,205	
p		0,000		0,000		0,000		0,000	
Юнаки	д	19,0	17,7	69,4	56,7	30,9	39,3	93,7	77,5
t		7,135		5,096		-4,658		5,327	
p		0,000		0,000		0,000		0,000	

Таблиця 3.6

Дослідження ефективності формуючого експерименту

(t-критерій Стьюдента для залежних змінних, контрольна група до та після експерименту)

		Шкала нейротизму (PEN Айзенка)		Ситуативна тривожність		Тест САРТ		Семантичний диференціал	
		До експерименту	Після експерименту	До експерименту	Після експерименту	До експерименту	Після експерименту	До експерименту	Після експерименту
Підлітки	х	12,1	12,0	31,2	31,4	73,1	72,9	40,2	40,3
t		0,695		-0,899		0,716		-0,695	
p		0,499		0,384		0,486		0,499	
Підлітки	д	12,9	12,8	33,1	32,7	71,7	39,3	94,7	75,3
t		3,287		5,862		-5,343		6,319	
p		0,005		0,253		0,417		0,380	
Юнаки	х	11,5	11,7	31,3	31,5	73,7	73,7	39,6	39,5
t		-0,619		-0,745		0,211		0,155	
p		0,546		0,469		0,836		0,879	
Юнаки	д	11,4	11,3	31,1	31,2	73,2	73,0	39,7	39,2
t		0,807		-0,564		0,564		1,331	
p		0,433		0,58		0,582		0,205	

Як ми вже зазначали, після проведення психотренінгу *рівень ситуативної тривожності у пацієнтів з косметичними вадами знизився. У той же час, як показало повторне психодіагностичне дослідження, рівень самооцінки зовнішності (як загальної, так і окремих частин тіла) підвищився.* Графічно це представимо на малюнку 3.5.

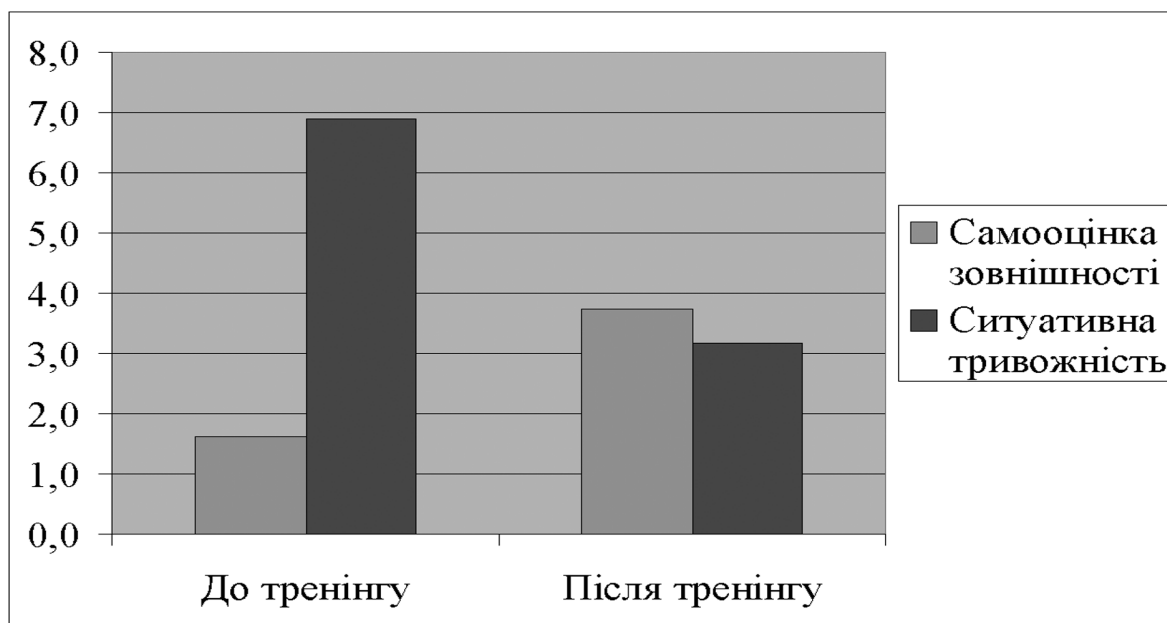


Рис. 3.5. *Зв'язок рівня самооцінки зовнішності та рівня ситуативної тривожності (пацієнти до та після тренінгу)*

Отримані нами результати дослідження підтверджують ряд теоретичних положень щодо тісного зв'язку високого рівня тривожності та низької самооцінки [73; 108; 112; 125]. *Проведення психокорекційної роботи, спрямованої на подолання підвищеної тривожності, може бути одним зі шляхів встановлення “балансу” між рівнем тривожності та адекватною самооцінкою зовнішності.*

При дослідженні самооцінки частин тіла, загальної самооцінки зовнішності, рівня тривожності та нейротизму у пацієнтів з косметичними вадами за тестом САРТ з'ясовано, що самооцінка частин тіла у експериментальній вибірці набагато нижча, ніж у контрольній

вибірці. Встановлено, що у пацієнтів з косметичними вадами жіночої статі загальна самооцінка всіх частин тіла нижча, ніж у досліджуваних чоловічої статі (наприклад, загальна шкала САРТ=2,01 за 5-бальною шкалою для жінок юнацького віку, загальна шкала САРТ=2,42 для чоловіків юнацького віку). Найбільше незадоволення у пацієнтів обох статей та обох вікових категорій викликає обличчя ($x=1,06$ за 5-бальною шкалою для жінок юнацького віку). Також у жінок викликають незадоволення сідниці ($x=1,18$ для підліткового віку), стегна ($x=1,5$ для юнацького віку), у чоловіків – плечі ($x=2,0$ для юнацького віку), передпліччя ($x=1,6$ для юнацького віку).

З'ясовано, що пацієнти з косметичними вадами мають в середньому підвищений рівень ситуативної та особистісної тривожності та рівень нейротизму вище середнього рівня, на відміну від людей без наявності косметичних вад (за опитувальником "Шкали реактивної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна", "Шкала нейротизму опитувальника Г. Айзенка"). Рівень ситуативної тривожності є підвищеним у пацієнтів і становить в середньому 70 балів по групах (рівень ситуативної тривожності у контрольній вибірці дорівнює 30-34 бали, що відповідає середньому рівню ситуативної тривожності). Рівень особистісної тривожності також є підвищеним у пацієнтів і дорівнює 51-58 балів по групах (у контрольній вибірці – 27-30 балів, що відповідає середньому рівню особистісної тривожності). Рівень нейротизму у пацієнтів є вищим за середній рівень і дорівнює 18-19 балів по групах (контрольна вибірка – 11-12 балів).

За результатами кореляційного аналізу (коефіцієнт кореляції Пірсона) для пацієнтів з косметичними вадами встановлено високий обернений зв'язок між шкалами ситуативної та особистісної тривожності, шкалою нейротизму та тестом САРТ, семантичним диференціалом: високому рівню ситуативної тривожності відповідає

низька самооцінка частин тіла ($r=-0,79$; $p < 0,001$); високому рівню нейротизму відповідає низька самооцінка частин тіла ($r=-0,62$; $p < 0,001$); високому рівню ситуативної тривожності відповідає низька загальна самооцінка образу фізичного Я ($r=0,65$; $p < 0,001$); високому рівню нейротизму відповідає низька загальна самооцінка образу фізичного Я ($r=0,55$; $p < 0,001$).

Об'рунтовано необхідність проведення психотренінгу з пацієнтами з косметичними вадами. В багатьох наукових працях підкреслюється важливість проведення психокорекційної роботи з пацієнтами, що мають хвороби шкіри або звернулися до пластичних хірургів (Ю.А. Александровський; О.В. Богомолець; Л.А. Болотна, І.М. Сербіна, Є.С. Шмелькова, В.М. Сідельнік; В.І. Крилов; М. Мольц; О.О. Мутаєв; П. Хеден; В.А. Цепколенко, В.В. Грубнік, К.П. Пшеніснов).

Встановлено, що рівень ситуативної тривожності у пацієнтів знизився до 54-56 балів, а рівень загальної самооцінки зовнішності (за семантичним диференціалом) та рівень самооцінки частин тіла (по тесту САРТ) підвищився. Кореляційний аналіз (за t-критерієм Стьюдента) статистично підтвердив ефективність проведення тренінгу ($p < 0,001$).

У психологічних дослідженнях не існує однозначної думки щодо взаємозв'язку рівня тривожності та самооцінки: одні дослідження констатують вплив підвищеного рівня тривожності на низьку самооцінку, інші – навпаки (О.В. Ліпова, І.В. Максимова; Ф. Райс; А.О. Реан; О.Т. Соколова). Ми притримуємося точки зору, що існує складний взаємозв'язок рівня тривожності та рівня самооцінки зовнішності, в якому обидві категорії є взаємозалежними.

Таким чином, у третьому розділі аналізуються результати дослідження образу фізичного Я у пацієнтів відділень хірургії, пластичної хірургії клінічних лікарень, Інституту краси (м. Київ), дається порівняльний аналіз цих результатів з результатами,

отриманими на контрольній вибірці. Робиться висновок про те, що у пацієнтів з вадами зовнішності високий рівень ситуативної тривожності та рівень нейротизму і низька самооцінка частин тіла та низька загальна самооцінка образу фізичного Я. Підкреслюється, що деформації образу фізичного Я можуть виникати як в результаті реальних аномалій тіла та обличчя з народження чи набутих тілесних аномалій (ушкоджень тіла, втрати кінцівок тощо), змін, що відбуваються в процесі росту тіла, які можуть бути нормою, але не відповідати стандартам і еталонам краси, так і в результаті надуманих, неіснуючих реально дефектів зовнішності.

Висновки до третього розділу

1. Виявлено, що у пацієнтів з косметологічними дефектами існує більше незадоволення власною зовнішністю, ніж у звичайних юнаків та підлітків (як жіночої, так і чоловічої статі). У більшості пацієнтів виявлено підвищений рівень ситуативної та особистісної тривожності, високий рівень нейротизму (порівняно з контрольною групою). Виявлено типи самооцінки Я-фізичного: адекватна, підвищена, знижена, індиферентна.

2. Загальна самооцінка всіх частин тіла у підлітковому та юнацькому віці майже однакова; у підлітковому та юнацькому віці задоволеність-незадоволеність частинами тіла співпадає за більшістю показників; найбільше незадоволення у обох вікових категоріях викликають: обличчя та передпліччя; найбільше задоволення у обох вікових категоріях викликають кисті; у підлітковому віці також є задоволеність: живіт, нижня частина стегон; у юнацькому віці також є задоволеність: сідниці, ступні, литки.

Загальна самооцінка всіх частин тіла у дівчаток нижча ніж у хлопців; у підлітковому віці у пацієнтів-хлопців та у пацієнтів-дівчаток існує задоволеність-незадоволеність різними частинами тіла, а саме, у

більшості випадків, протилежними частинами тіла; найбільше незадоволення у дівчаток та хлопчиків викликає обличчя; також у дівчаток викликають незадоволення сідниці, у чоловіків – передпліччя, плечі; найбільше задоволення у дівчаток та хлопців викликають кисті, ступні; також у дівчаток викликає задоволення передпліччя, у чоловіків – живіт, нижня частина стегна.

Загальна самооцінка всіх частин тіла у жінок нижча, ніж у чоловіків; у юнацькому віці у пацієнтів-чоловіків та пацієнтів-жінок задоволеність-незадоволеність окремими частинами тіла співпадає лише за певними показниками; найбільше незадоволення у чоловіків та жінок викликає обличчя; також у жінок викликають незадоволення волосся, нижня частина стегон, у передпліччя, плечі; найбільше задоволення у чоловіків та жінок викликають кисті, ступні, литки.

З'ясовано, що у пацієнтів з косметичними вадами самооцінка частин тіла нижча, ніж у звичайних людей. Найбільше незадоволення у пацієнтів підліткового та юнацького віку викликає обличчя, для жінок також – сідниці, стегна, для чоловіків – плечі.

3. З'ясовано, що пацієнти з косметичними вадами мають в середньому підвищений рівень ситуативної та особистісної тривожності та рівень нейротизму вище середнього рівня, на відміну від людей без наявності косметичних вад (за опитувальником "Шкали реактивної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна", "Шкала нейротизму опитувальника Г. Айзенка"). Рівень ситуативної тривожності є підвищеним у пацієнтів і становить в середньому 70 балів по групах (рівень ситуативної тривожності у контрольній вибірці дорівнює 30-34 бали, що відповідає середньому рівню ситуативної тривожності). Рівень особистісної тривожності також є підвищеним у пацієнтів і дорівнює 51-58 балів по групах (у контрольній вибірці – 27-30 балів, що відповідає середньому рівню особистісної тривожності). Рівень нейротизму у

пацієнтів є вищим за середній рівень і дорівнює 18-19 балів по групах (контрольна вибірка – 11-12 балів).

За результатами кореляційного аналізу (коефіцієнт кореляції Пірсона) для пацієнтів з косметичними вадами встановлено високий обернений зв'язок між шкалами ситуативної та особистісної тривожності, шкалою нейротизму та тестом САРТ, семантичним диференціалом: високому рівню ситуативної тривожності відповідає низька самооцінка частин тіла ($r=-0,79$; $p < 0,001$); високому рівню нейротизму відповідає низька самооцінка частин тіла ($r=-0,62$; $p < 0,001$); високому рівню ситуативної тривожності відповідає низька загальна самооцінка образу фізичного Я ($r=0,65$; $p < 0,001$); високому рівню нейротизму відповідає низька загальна самооцінка образу фізичного Я ($r=0,55$; $p < 0,001$).

За результатами кореляційного аналізу встановлено високий обернений зв'язок між шкалами тривожності, нейротизму та методиками, спрямованими на визначення самооцінки зовнішності ($p < 0,001$).

4. З'ясовано, що деформації образу фізичного Я можуть бути обумовлені реальними причинами: аномалії тіла та обличчя від народження; набуті тілесні аномалії (ушкодження, втрати тощо); зміни тіла в процесі зростання дитини (ожиріння, схуднення тощо); гіпертрофовані аномалії, які можуть бути нормою, але не відповідають стандартам і еталонам краси. Деформації можуть бути обумовлені і надуманими, неіснуючими реально дефектами зовнішності. Деформований образ фізичного Я впливає на ускладнення соціальної комунікації індивіда, міжособові стосунки, порушує афективну сферу, викликає стани тривожності, знижує активність індивіда у соціумі, в тяжких випадках призводить до психічних розладів. Деформації образу фізичного Я можуть виникати під впливом зовнішніх чинників, до яких відносяться: найближче оточення, культурно-етнічний чинник, стресова ситуація та інше.

5. Люди з косметичними вадами мають високий рівень ситуативної та особистісної тривожності, підвищений рівень невротизації. Також їм властива низька загальна самооцінка зовнішності та низька самооцінка переважної більшості частин тіла.

Проблема взаємозв'язку високого рівня тривожності та низької самооцінки (у тому числі і самооцінки зовнішності) розглядалася нами у першому розділі. Це питання залишається досить дискусійним у психологічній науці. У нашому дослідженні було виявлено зв'язок підвищеного рівня тривожності та заниженої самооцінки зовнішності у людей з хворобами шкіри, необхідності пластичної операції. Цей аспект, як ми вже підкреслювали, майже не досліджено у вітчизняній психологічній науці.

Для успішного медичного лікування пацієнтів з хворобами шкіри необхідно обов'язкове врахування їх рівня тривожності. Як встановлено у ряді досліджено, підвищена тривожність може погіршити соматичний стан хворого, наприклад, при такій хворобі як юнацькі вугрі. Так, якщо підліток відчуває напруженість та переживає емоційні розчарування, то діяльність шкірних залоз активізується і вугрів з'являється більше. Це одна з причин того, що психологічно напружені підлітки, з високим рівнем тривожності, хворіють на юнацькі вугрі частіше, ніж інші.

6. Загальні показники кореляції між шкалами нейротизму, ситуативної тривожності, тестом САРТ та семантичним диференціалом, отримані за результатами дослідження пацієнтів з косметичними вадами (підлітковий та юнацький вік, чоловіча та жіноча стать) свідчать про наступне:

- високому рівню ситуативної тривожності відповідає низька самооцінка частин тіла ($r=-0,79$; $p < 0,001$) у пацієнтів з косметичними вадами;

- високому рівню нейротизму відповідає низька самооцінка частин

тіла ($r=-0,62$; $p < 0,001$) у пацієнтів з косметичними вадами;

- високому рівню ситуативної тривожності відповідає низька загальна самооцінка образу фізичного Я ($r=0,65$; $p < 0,001$) у пацієнтів з косметичними вадами;

- високому рівню нейротизму відповідає низька загальна самооцінка образу фізичного Я ($r=0,55$; $p < 0,001$) у пацієнтів з косметичними вадами.

7.3 метою подолання підвищеної тривожності та депресивних станів у досліджуваних з різними вадами зовнішності нами було об'рунтовано, розроблено та апробовано "Тренінг профілактики і подолання тривожності у пацієнтів з косметичними вадами (підлітковий і юнацький вік)". У завдання тренінгу входило: підвищення рівня самоповаги, зняття і витіснення негативних наслідків тривожності, усунення проблеми незадоволеності власною зовнішністю. Тренінг проводився з наступними групами підлітків та юнаків: пацієнти з косметичними вадами, які звернулися за допомогою до лікарів-косметологів чи пластичних хірургів; група підлітків та юнаків, які не мають об'єктивних вад зовнішності, але негативно ставляться до власного тіла. Заняття в групах проводилися протягом місяця по три години на тиждень. У психокорекційній роботі були застосовані такі вправи: складання опису своєї зовнішності (такий, який я є і яким я хочу себе бачити), малюнки самого себе. В процесі психотренінга були застосовані наступні прийоми: переінтерпретація симптомів тривожності, налаштування на визначений емоційний стан.

Ефективним щодо психокорекції деформованого образу фізичного Я у підлітковому та юнацькому віці є проведення тренінгу, спрямованого на профілактику і подолання тривожності, який призводить не лише до зниження ситуативної тривожності у пацієнтів, а й підвищує рівень загальної самооцінки зовнішності та самооцінки окремих частин тіла. В

кінцевому результату у підлітків та юнаків підвищується самоповага, впевненість у собі, відбувається прийняття себе та актуалізуються процеси особистісного зростання.

Виявлені особливості становлення та деформацій образу фізичного Я у пацієнтів з косметичними вадами підтвердили гіпотезу дисертаційного дослідження та дозволили зробити наступні загальні висновки.

Ми усвідомлюємо, проведене дослідження не вичерпує всіх аспектів проблеми, тому напрямами подальшої роботи можуть бути: вивчення образу фізичного Я як чинника успішності адаптації суб'єкта у професійній діяльності; дослідження впливу деформацій образу фізичного Я в осіб зрілого віку на формування у них "залежності" від пластичної хірургії, особливості образу фізичного Я у зрілому віці у людей з косметичними вадами.

ВИСНОВКИ

У дисертації наведено теоретичне узагальнення і нове вирішення наукової проблеми образу фізичного Я у пацієнтів з косметичними вадами (шкірні хвороби чи необхідність пластичної операції) підліткового та юнацького віку, яке полягає у вивченні становлення та деформацій образу фізичного Я та доцільності використання психокорекційних методів у разі деструктивних змін в образі фізичного Я.

1. Аналіз стану теоретичних розробок та даних емпіричних досліджень з проблеми образу фізичного Я свідчить про недостатність теоретичних узагальнень, емпіричних досліджень та необхідність поглибленого вивчення цього явища. Мало уваги, особливо це стосується вітчизняної науки, приділяється вивченню деформацій образу фізичного Я при соматичних та психічних захворюваннях. Майже нерозглянутими залишаються питання про особливості становлення образу фізичного Я та його деформації у пацієнтів з шкірними хворобами чи тих, які потребують пластичної операції.

2. У дослідженні виявлено вікові, ґендерні та індивідуальні особливості становлення образу фізичного Я. У підлітків 13–14 років в більшості випадків ще не виявляється значного занепокоєння своєю зовнішністю; в старшому підлітковому віці негативне ставлення до своєї зовнішності збільшується, індиферентне – зменшується. В ранній юності значно зростає відсоток негативного ставлення до Я-фізичного, при цьому зменшується індиферентне і позитивне. Виявилось, що жінки вважають фізичну привабливість більш важливою, ніж чоловіки, і більш незадоволені своєю зовнішністю.

У підлітковому віці група людей з надуманими дефектами зовнішності становила 12% від загального числа контрольної вибірки, у юнацькому віці – 26%.

3. Виявлено чотири типи самооцінки зовнішності: висока (позитивне ставлення до власної зовнішності незалежно від її дефектів і узгодженості із існуючими стандартами соціуму), низька (негативна оцінка образу фізичного Я при наявності дефектів, а також при їх відсутності, коли зовнішність можна розглядати як "норму"), індиферентна (відносна безпечність і байдужість до властивостей зовнішності, спокійне ставлення до неї незалежно від наявності чи відсутності дефектів), адекватна самооцінка.

4. Розроблено структурно-функціональну модель образу фізичного Я, в якій представлені: сутність та структура образу фізичного Я, розвиток образу фізичного Я, рівні деформацій образу фізичного Я.

Виявлено захисні психологічні стратегії, які людина "використовує" у разі наявності у неї реальних чи надуманих косметичних (чи інших) вад зовнішності: пасивно-адаптивна стратегія, пасивно-деструктивна стратегія, активно-адаптивна стратегія, активно-деструктивна стратегія, сублімаційно-творча стратегія.

Показано, що процес деформації образу фізичного Я має таку динаміку: вади зовнішності (реальні, надумані) викликають зниження самооцінки зовнішності та підвищення тривожності, що призводить до виникнення деформацій образу фізичного Я, а надалі до появи межових психічних розладів (синдром дисморфофобії, нервова анорексія та булімія).

5. Доведено, що пацієнти з косметичними вадами більш незадоволені власною зовнішністю, ніж юнаки та підлітки, які таких вад не мають. У більшості пацієнтів проявляється підвищений рівень ситуативної та особистісної тривожності, високий рівень нейротизму (порівняно з контрольною групою). У пацієнтів з косметичними вадами виявлено типи самооцінки Я-фізичного: адекватна, підвищена, знижена, індиферентна. Самооцінка частин тіла у пацієнтів з косметичними вадами нижча, ніж у людей, які не мають вад зовнішності. Найбільше незадоволення у

досліджуваних підліткового та юнацького віку викликає обличчя, у жінок також – сідниці і стегна, у чоловіків - плечі.

Результати кореляційного аналізу показують, що у пацієнтів з косметичними вадами високому рівню ситуативної тривожності та нейротизму відповідає низька самооцінка частин тіла та низька загальна самооцінка образу фізичного Я.

6. Деформації образу фізичного Я можуть бути обумовлені реальними причинами: аномалії тіла та обличчя від народження; набуті тілесні аномалії (ушкодження, втрати тощо); зміни тіла в процесі зростання дитини (ожиріння, схуднення тощо); гіпертрофовані аномалії, які можуть бути нормою, але не відповідають стандартам і еталонам краси. Деформації можуть бути обумовлені і надуманими, неіснуючими реально вадами зовнішності.

Виникнення деформацій образу фізичного Я у підлітків та юнаків з косметичними вадами (як реальними, так і надуманими) може відбуватися під впливом різних груп чинників: об'єктивних, суб'єктивних, соціальних, комунікативних, родинних, 'ендерних та культурно-етнічних чинників.

Деформований образ фізичного Я впливає на ускладнення соціальної комунікації індивіда, міжособові стосунки, порушує афективну сферу, викликає стани тривожності, знижує активність індивіда у соціумі, в тяжких випадках призводить до психічних розладів.

7. Для психокорекції деформованого образу фізичного Я у підлітковому та юнацькому віці ефективним є тренінг, спрямований на профілактику і подолання тривожності і підвищення рівня загальної самооцінки зовнішності та самооцінки окремих частин тіла. В кінцевому результаті у підлітків та юнаків підвищується самоповага, впевненість у собі, відбувається прийняття себе та актуалізуються процеси особистісного зростання.

Ми усвідомлюємо, проведене дослідження не вичерпує всіх аспектів

проблеми, тому напрямками подальшої роботи можуть бути: вивчення образу фізичного Я як чинника успішності адаптації суб'єкта у професійній діяльності; дослідження впливу деформацій образу фізичного Я в осіб зрілого віку на формування у них "залежності" від пластичної хірургії, особливості образу фізичного Я у зрілому віці у людей з косметичними вадами.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. *Аверин В.А.* Психология детей и подростков: Учебное пособие. – 2-е изд. – СПб: Изд-во Михайлова В.А., 1998. – 379 с.
2. *Агапов В.С.* Становление Я-концепции личности: Теория и практика. – М.: ИМ, 1999. – 163 с.
3. *Адаскевич В.П., Дуброва В.П.* Психологическое сопровождение пациента в дерматологии (некоторые советы психолога) // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2003. – №1. – С. 51-56.
4. *Александровский Ю.А., Бардеништейн Л.М., Аведисова А.С.* Психофармакотерапия пограничных психических расстройств. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. – 250 с.
5. *Александровский Ю.А.* Пограничные расстройства: Учебное пособие. – 3-е изд. – М.: Медицина, 2000. – 496 с.
6. *Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С.* Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. – 2-е изд. – М.: Изд-во Ин-та Психотерапии, Изд-во НГМА, 2000. – 320 с.
7. *Арина Г.А., Мотовилин О.Г.* Становление представлений ребенка о своем теле как феномен культурного развития // Материалы I Междунар. конф. памяти Б.В.Зейгарник. – М. – 2001. – С. 25-26.
8. *Артемьева М.С., Брюхин А.Е., Цивилько М.А., Карева М.А.* Особенности патопсихологического исследования больных нервной анорексией в процессе комплексной терапии // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2002. – №3. – С. 58-60.
9. *Артюхова Т.Ю.* Психологические механизмы коррекции состояния тревожности личности: Автореф. дис... канд. психол. наук: 19.00.04 / Новосиб. гос. пед. ун-т. – Новосибирск, 2000. – 22 с.
10. *Баринова М.Г.* Изучение психологических особенностей пациентов с сочетаниями зубо-челюстными-лицевыми аномалиями: Автореф. дис... канд.

психол. наук: 19.00.04 / С.-Петербург. гос. ун-т. – СПб., 2001. – 18 с.

11. *Белинская Е.П.* Я – концепция и ценностные ориентации подростков в условиях быстрых социальных изменений // Вестник МГУ. Серия: Психология. – 1997. – № 4. – с. 25 – 31.

12. *Белов В.М.* Биоэкомедицина. Единое информационное пространство. – К.: Наукова думка, 2005. – 318 с.

13. *Белов В.М.* Проблема Я. Предпосылки к моделированию: Часть 1. (физическое Я) // Биологическая, медицинская кибернетика и бионика. – К.: РИО ИК АН. – 1970. – №1. – с. 4-15.

14. *Белов В.М.* Проблема Я. Предпосылки к моделированию: Часть 2. (психическое Я) // Биологическая, медицинская кибернетика и бионика. – К.: РИО ИК АН. – 1970. – №1. – с. 16-26.

15. *Белов В.М.* Проблема Я. Предпосылки к моделированию: Часть 3. (социальное Я) // Биологическая, медицинская кибернетика и бионика. – К.: РИО ИК АН УССР. – 1971. – №1. – с. 306-315.

16. *Белов В.М.* Три “теневые” стороны нашего Я // Наука і суспільство. – К.: 1970. – №6. – с. 48-52.

17. *Бернс Р.* Развитие Я-концепции и воспитание: Пер. с англ. – М.: Прогресс, 1986. – 420 с.

18. *Блейхер В.М., Крук И.В.* Толковый словарь психиатрических терминов: В 2 т. – Ростов н/Д.: Феникс, 1996. – Т.1. – 480 с.

19. *Блейхер В.М., Крук И.В.* Толковый словарь психиатрических терминов: В 2 т. – Ростов н/Д.: Феникс, 1996. – Т.2. – 448 с.

20. *Богомолец О.В., Анопрієнко Т.В.* Психосоціальні ускладнення у пацієнтів з косметичними вадами // Журнал практикуючого психолога. – 2003. – Вып. 9. – С. 14-49.

21. *Богомолец О.В.* Болезнь красоты // Тези доповідей I Нац. конгресу дерматологів та косметологів. Сучасні питання дерматокосметології. – Донецьк: Медінфо. – 2000. – С.5.

22. *Болотная Л.А., Сербина И.М., Шмелькова Е.С., Сидельник В.М.* Психосоматика некоторых кожных заболеваний // Тези доповідей I Нац. конгресу дерматологів та косметологів. Сучасні питання дерматокосметології. – Донецьк: Медінфо. – 2000. – С.6.

23. *Борисов И.Ю.* Два основных вида нервной анорексии как варианты аномального развития личности в рамках психической нормы. К психологической постановке проблемы // Мир психологии. – 2000. – №1. – С. 154-165.

24. *Бройтигам В., Кристиан П., Рад М.* Психосоматическая медицина: Пер. с нем. – М.: ГОЭТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 376 с.

25. *Бурлачук Л.Ф.* Введение в проективную психологию. – К.: Ника – Центр, СПб.: Вист, 1997. – 126 с.

26. *Бурлачук Л.Ф., Коржова Е.Ю.* Психология жизненных ситуаций. – М., 1998. – 263 с.

27. *Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М.* Словарь-справочник по психодиагностике. – СПб.: Питер, 2001. – 528 с.

28. *Бурлачук Л.Ф.* Психодиагностика личности. – К.: Здоров'я, 1989. – 165 с.

29. *Бухановский А.О., Кутявин Ю.А., Литвак М.Е.* Общая психопатология: Пособие для врачей. – 2-е изд. – Ростов н/Д.: Феникс, 2000. – 416 с.

30. *Вараксін І.В.* Клініко-психологічні особливості та лікування нервової булімії: Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.16 / Харк. ін-т удосконалення лікарів. – Харків, 1998. – 16 с.

31. *Выготский Л.С.* Собрание сочинений: В 6-ти т. / Под. ред. А.В.Запорожец. – М.: Педагогика, 1982. – Т.4. Детская психология / Под ред. Д.Б.Элькониной. – 1984. – 433 с.

32. *Газарова Е.Э.* Психология телесности. – М.: Ин-т общегуманитарных исследований, 2002. – 216 с.

33. *Геллер Н.А., Камкамидзе М.В.* Исследование мотивационной сферы женщин при оперативной коррекции внешности // 7 Научн.-практ. конф. врачей

обл. клин. больницы № 1. – Екатеринбург. – 1994. – С.55-56.

34. *Гиндикин В.Я., Гурьева В.А.* Личностная патология. – М.: Триада-Х, 1999. – 266 с.

35. *Гуменюк О.Є.* Психологія Я-концепції: Монографія. – Тернопіль: Економічна думка, 2002. – 186 с.

36. Дерматология: Атлас-справочник / Т.Фицпатрик, Р.Джонсон, К.Вулф, М.Полано, Д.Сюрмонд: Пер. с англ. – М.: Практика, 1999. – 1088 с.

37. *Джеймс Дж.* Эффективный самомаркетинг: Искусство создания положительного образа: Пер. с англ. – М.: Филин, 1998. – 128 с.

38. *Долинська Л.В.* Про деякі фактори активізації самоконтролю поведінки підлітків // Психологія: Науково-методичний збірник. – Вип. 20. – К.: Радянська школа. – 1981. – С. 68-76.

39. *Дольто Ф.* На стороне подростка: Пер. с фр. – СПб.: Петербург-XXI век, М.: Аграф, 1997. – 279 с.

40. *Дорожевец А.Н.*, Искажения образа физического Я у больных ожирением и нервной анорексией: Автореф. дис... канд. психол. наук: 19.00.04 / МГУ. – М., 1996. – 20 с.

41. *Дорожевец А.Н., Соколова Е.Т.* Исследование образа физического Я: Некоторые результаты и размышления // Телесность человека: Междисциплинарные исследования / Под ред. В.В. Николаевой, П.Д.Тищенко. – М.: Ин-т человека. – 1991. – С. 67-70.

42. *Дроздова Г.Ш.* Психотерапевтический метод при комплексном лечении больных нервной анорексией и булимией // Материалы I Междунар. конф. памяти Б.В.Зейгарник. – М. – 2001. – С. 96-97.

43. *Дубровина И.В.* Школьная психологическая служба: Вопросы теории и практики. – М.: Педагогика, 1991. – 230 с.

44. Життєві кризи особистості: Науково-методичний посібник: У 2 ч. / Під ред. В.М. Даній. – К.: ІЗМН, 1998. – Ч. I: Психологія життєвих криз особистості. – 354 с.

45. *Зимбардо Ф.* Застенчивость: Пер. с англ. – М.: Педагогика, 1991. – 208 с.
46. *Иванов О.Л., Львов А.Н., Остришко В.В. Новоселов В.С., Колесников Д.Б.* Психодерматология: история, проблемы, перспективы // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 1999. – №1. – С. 28-38.
47. *Ишекова Н.И., Сидоров П.И., Соловьев А.Г.* Психотерапевтические аспекты в реабилитации больных ожирением // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2001. – №3. – С. 85-86.
48. *Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М.* Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. – Л.: Медицина, 1983. – 311 с.
49. *Калошин В.Ф.* Як сформувати позитивне мислення // Практична психологія та соціальна робота. – 1998. – №2. – С.29-33. – №3. – С.23-27.
50. *Каменецкий Д.А.* Этюды практической психотерапии. – М.: Граал, 2000. – 254 с.
51. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств / Сост. Дж. Э.Купер: Пер. англ. – К.: Сфера, 2000. – 464 с.
52. *Кле М.* Психология подростка: Психосексуальное развитие: Пер. с фр. – М.: Педагогика, 1991. – 176 с.
53. *Ковалев Ю.В.* Психопатологический феномен тревоги: этимология, дефиниции, клиническое содержание // Российский психиатрический журнал. – 2003. – №3. – С. 14-19.
54. *Комер Р.* Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики: Пер. с англ. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2002. – 608 с.
55. *Кон И.С.* В поисках себя: личность и ее самосознание. – М.: Политиздат, 1984. – 335 с.
56. *Коркина М.В.* Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте. – М.: Медицина, 1984. – 224 с.
57. *Коркина М.В., Цивилько М.А., Марилов В.В.* Нервная анорексия. – М.:

Медицина, 1986. – 176 с.

58. *Кочарян А.С.* Личность и половая роль. Симптомокомплекс маскулинности / фемининности в норме и патологии. – Харьков: Основа, 1996. – 127 с.

59. *Кочарян А.С.* Психотерапевтическая коррекция нарушений полоролевой структуры подростков // Вісник Харківського національного університету ім. В.Н.Каразіна. – Харків, 2000. – № 483. – С. 87-93.

60. *Крайг Г.* Психология развития: Пер. в англ. – 7-е изд. – СПб.: Питер, 2000. – 992 с.

61. Краткий психологический словарь / Сост. Л.А. Карпенко, А.В.Петровский, М.Г.Ярошевский. – 2-е изд. – Ростов н/Д.: Феникс, 1998. – 512 с.

62. *Крылов В.И.* Аффективные нарушения у больных с патологией пищевого поведения // Социальная и клиническая психиатрия. – 1994. – № 1. – С. 19-23.

63. *Крылов В.И.* Поведенческая психотерапия в лечении нервной анорексии и нервной булимии // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. – 1994. – № 1. – с. 128 – 130.

64. *Кузикова С.Б.* Основы возрастной психокоррекции: Учебно-методическое пособие. – Сумы: Мрія-1 ЛТД, 1996. – Ч. 1. – 168 с.

65. *Кузикова С.Б.* Психологическая программа коррекции и развития личности в подростковом возрасте: Учебно-методическое пособие. – Сумы: Сумской гос. пед. ин-т, 1998. – 79 с.

66. *Кулагина И.Ю.* Возрастная психология: Развитие ребенка от рождения до 17 лет: Учебное пособие. – 4-е изд. – М.: Изд-во УРАО, 1998. – 176 с.

67. *Куницына В.Н.* Восприятие подростками других людей и себя. – Л.: Знание, 1972. – 20 с.

68. *Куницына В.Н.* К вопросу о формировании образа своего тела у подростка // Вопросы психологии. – 1968. – № 1. – С. 90-99.

69. *Лаврова О.В.* Отраженная телесность как особая ментальная форма тела: Психотерапевтический подход // Вестник МГУ. Серия: Психология. – 1999 –

№ 3. – С. 76-83.

70. *Лакосина Н.Д., Трунова М.М.* Неврозы, невротические развития личности и психопатии: Клиника и лечение. – М.: Медицина, 1994. – 192.

71. *Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К.* Медицинская психология. – 2-е изд. – М.: Медицина, 1984. – 272 с.

72. *Леонгард К.* Акцентуированные личности. – Ростов н/Д.: Феникс, 2000. – 539 с.

73. *Липовая О.В., Максимова И.В.* Становление феномена “телесности” и самооценка // Материалы I Междунар. конф. памяти Б.В.Зейгарник. – М. – 2001. – С. 153-154.

74. *Личко А.Е.* Подростковая психиатрия: Руководство для врачей. – 2-е изд. – Л.: Медицина, 1985. – 416 с.

75. *Ложкин Г.В., Рождественский А.Ю.* Феномен телесности в Я-структуре старшеклассников и содержании их жизненных проектов // Психологический журнал. – 2004. – №2. – С. 27-33.

76. *Лоуэн А.* Предательство тела: Пер. с англ. – Екатеринбург: Деловая книга, 1999. – 328 с.

77. *Лоуэн А.* Язык тела: Пер. с англ. – СПб.: Гуманистическое агентство “Академический проект”, 1997. – 383 с.

78. *Лысова В.М.* Методики изучения психического состояния больных с врожденными деформациями челюстно-лицевой области // Всерос. научн. конф. студ. и мол. ученых “Актуальные проблемы стоматологии”. – СПб. – 1996. – С.38-39.

79. *Магльований О.В., Белов В.М., Котова А.Б.* Організм і особистість. Діагностика та керування. – Львів: Мед. газ. України, 1998. – 248 с.

80. *Максимова Н.Ю., Милютин Е.Л.* Курс лекций по детской патопсихологии: Учебное пособие. – Ростов н/Д.: Феникс, 2000. – 576 с.

81. Медицинский словарь (Oxford): В 2 т.: Пер. с англ. – М.: Вече, АСТ, 1998. – Т.1 (А-М). – 592 с.

82. Медицинский словарь (Oxford): В 2 т.: Пер. с англ. – М.: Вече, АСТ, 1998. – Т.2 (Н-Я). – 608 с.

83. *Менделевич В.Д.* Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство. – 4-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 588 с.

84. *Михайлова В.В., Панин М.Г., Бардеништейн Л.М., Климов Б.А.* Психологическая оценка больных с врожденными и приобретенными челюстно-лицевыми деформациями в до- и послеоперационный период // *Стоматология.* – 1997. – № 5. – С. 35-39.

85. *Мольц М.* Я – это Я, или как стать счастливым. – М.: Прогресс, 1991. – 192 с.

86. *Морозов А.М.* Психотерапия тревожности // *Таврический журнал психиатрии.* – 1999. – Т.3, № 2. – С. 140-143.

87. *Мотовилин О.Г.* Развитие представлений о собственном теле у детей в условиях семьи и интерната: Автореф. дис... канд. психол. наук: 19.00.07 / МГУ. – М., 2001. – 27 с.

88. *Мутаев А.А.* Место психотерапии в лечении больных хроническими дерматозами // *Российский журнал кожных и венерических болезней.* – 2003. – № 4. – С. 31-34.

89. *Немов Р.С.* Психология: В 3 кн. – 2-е изд. – М.: Просвещение, Владос, 1995. – Кн.3: Экспериментальная педагогическая психология и психодиагностика. – 512 с.

90. *Никитин В.Н.* Психология телесного сознания. – М.: Алетейа, 1998. – 484 с.

91. *Никитин В.Н.* Энциклопедия тела: психология, психотерапия, педагогика, театр, танец, спорт, менеджмент. – М.: Алетейа, 2000. – 624 с.

92. *Николаева В.В., Арина А.Г.* От традиционной психосоматики к психологии телесности // *Вестник МГУ. Серия: Психология.* – 1996. – № 2. – С. 8-18.

93. *Николаева В.В.* Влияние хронической болезни на психику: Психологическое исследование. – М.: Изд-во МГУ, 1987. – 166 с.

94. *Ничипоров Б.В.* Патопсихологический анализ дисморфофобических расстройств у больных шизофренией: Автореф. дис... канд. психол. наук: 19.00.04 / МГУ. – М., 1982. – 12 с.
95. Основы психодиагностики / Под ред. А.Г.Шмелева. – Ростов н/Д.: Феникс, 1996. – 544 с.
96. *Остришко В.В., Иванов О.Л., Новоселов В.С., Колесников Д.Б.* Диагностика и коррекция пограничных психических расстройств у больных астеническим дерматитом // Вестник дерматологии и венерологии. – 1999. – №2. – С. 34-37. – №3. – С. 40-42.
97. *Павлова А.В.* Психосоматические аспекты патогенеза хронических кожных заболеваний // Психологический журнал. – 2003. – №5. – С. 88-94.
98. *Пайнз Д.* Бессознательное использование своего тела женщиной: Психоаналитический подход: Пер. с англ. – СПб.: Восточно-Европейский ин-т психоанализа, 1997. – 196 с.
99. *Папий Н.А.* Психодиагностика больных кожными заболеваниями. Методические рекомендации. – Минск: “Артемида – Маркетинг, Менеджмент”, 1997. – 32 с.
100. *Петренко В.Ф.* Основы психосемантики: Учебное пособие. – М.: Изд-во МГУ, 1997. – 400 с.
101. Пограничная психическая патология в общемедицинской практике / Под ред. А.Б.Смулевича. – М.: Изд-кий дом “Русский врач”, 2000. – 160 с.
102. Психологические особенности самосознания подростка / Под ред. М.И. Борышевского. – К.: “Вища школа”, 1980. – 168 с.
103. Психологические тесты / Под ред. А.А.Карелина: В 2т. – М.: Владос, 2001. – Т.1. – 312 с.
104. Психологический словарь / Сост. В.В.Давыдов. – 2-е изд. – М.: Педагогика-пресс, 1996. – 440 с.
105. Психология личности: Тесты, опросники, методики / Сост. Н.В.Киршева, Н.В.Рябчикова. – М.: Геликон, 1995. – 236 с.

106. Психология личности / Под ред. Д.Я. Райгородского. – Самара: Бахрах, 1999. – Т. 2. – 543 с.
107. Психология. Словарь / Под. ред. А.В.Петровского, М.Г.Ярошевского. – 2-е изд. – М.: Политиздат, 1990. – 494 с.
108. Психология человека от рождения до смерти / Под. ред. А.А.Реана. – СПб. – Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003. – 416 с.
109. Психотерапия: Учебник / Под. ред. Б.Д.Карвасарского. – 2-е изд. – СПб. – Питер, 2002. – 672.
110. Рабочая книга социолога / Под ред.М.Н. Руткевич. – 2-е изд. – М.: Наука, 1983. – 477 с.
111. *Райзман Е.М.* Психические расстройства и субъективный телесный опыт (методология, клиника, терапия): Автореф. дис... докт. мед. наук / НИИ психического здоровья Томск. науч. центра СО РАМН. – Томск, 2003. – 50 с.
112. *Райс Ф.* Психология подросткового и юношеского возраста: Пер. с англ. – 8-е изд. – СПб.: Питер, 2000. – 656 с.
113. *Романов И.В.* Особенности половой идентичности подростков // Вопросы психологии. – 1997. – № 4. – С.39-47.
114. *Романова Е.С., Потемкина О.Ф.* Графические методы в психологической диагностике. – М.: Дидакт, 1992. – 256 с.
115. *Рогов Е.И.* Настольная книга практического психолога: Учебное пособие: В 2 кн. – 2-е изд. – М.: Владос, 2001. – Кн.1: Система работы психолога с детьми разного возраста. – 383 с.
116. *Рупчев Г.Е.* Психология внутренней телесности // Материалы Междунар. конф. студентов и аспирантов по фундаментальным наукам “Ломоносов”. – Вып. 5. – М. – 2000. – С. 308-309.
117. *Сидоренко Е.В.* Методы математической обработки в психологии. – СПб.: Социально-психологический центр, 1996. – 350 с.
118. *Сидоров П.И., Парняков А.В.* Введение в клиническую психологию: Учебник для студентов медицинских вузов: В 2 т. – М.: Академ. Проект, Екате-

ринбург: Деловая книга, 2000. – Т.1. – 416 с.

119. *Сидоров П.И., Парняков А.В.* Введение в клиническую психологию: Учебник для студентов медицинских вузов: В 2 т. – М.: Академ. Проект, Екатеринбург: Деловая книга, 2000. – Т.2. – 408 с.

120. Словарь психолога-практика / Сост. С.Ю.Головин. – 2-е изд. – Минск: Харвест, М.: АСТ, 2001. – 976 с.

121. *Смирнов А.В., Бейдина М.Л., Захарчишина Л.С., Егоренкова Н.П., Плаксина В.С.* Психотерапевтическая коррекция в терапии дерматологических больных // Психологические и психиатрические проблемы клинической медицины: Сборник научных трудов. – СПб.: С.-Петербург гос. мед. ун-т. – 2000. – С. 211.

122. *Соколова Е.Т., Дорожжевец А.Н.* Исследование “образа тела” в зарубежной психологии // Вестник МГУ. Серия: Психология. – 1985. – №4. – С. 39-49.

123. *Соколова Е.Т.* Психотерапия: Терапия и практика. – М.: Академия, 2002. – 366 с.

124. *Соколова Е.Т.* Расщепление образа телесного Я в структуре пограничной личности у лиц с пищевыми аддикциями // Клиническая психология: Хрестоматия / Сост. Н.В.Тарабрина. – СПб.: Питер, 2000. – С. 61-83.

125. *Соколова Е.Т.* Самосознание и самооценка при аномалиях личности. – М.: Изд-во МГУ, 1989. – 215 с.

126. *Соколова Е.Т., Чечельницкая Е.П.* Психология нарциссизма: Учебное пособие. – М.: УМК “Психология”, 2001. – 89 с.

127. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / Под ред. С.Ю. Циркина. – СПб.: Питер, 1999. – 752.

128. *Ставицька С.О.* Прояв та подолання особистісної тривожності у школярів // Психологія: Збірник наукових праць. – Вип. 2. – К.: МО України та НПУ ім. М.П. Драгоманова. – 1998. – С. 168-173.

129. *Ставицька С.О.* Психолого-педагогічні умови подолання особистісної тривожності у дітей молодшого шкільного віку: Дис... канд. психол. наук:

19.00.07 / НПУ ім. М.П. Драгоманова. – К., 1998. – 180 с.

130. *Столин В.В.* Самосознание личности. – М.: Изд-во МГУ, 1983. – 286 с.

131. *Субиран Ж.-М.* Косметическая хирургия. Почему? Как? Зачем?: Пер. с фр. – Ростов -н/Д.: Феникс, 1995. – 416 с.

132. *Титаренко Т.М.* Психология телесности в вакууме отечественной традиции // Практична психологія в контексті культур: Збірник наукових праць. – К.: Ніка-Центр. – 1998. – С. 41-50.

133. *Ткаченко А.Е., Баранская Л.Т., Леонов А.Г., Филатова А.В., Елькин И.О.* Клинико-психологическая характеристика пациентов клиник эстетической хирургии // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. – 2003. – №2. – С. 63-69.

134. *Тополянский В.Д., Струковская М.В.* Психосоматические расстройства. – М.: Медицина, 1986. – 384 с.

135. *Трофимова И.Б., Трубецкая Е.А., Трубецкой В.Ф.* Психотерапия в комплексном лечении больных атопическим дерматитом и экземой // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2001. – №3. – С. 23-24.

136. *Тхостов А.Ш.* Психология телесности: Учебное пособие для студентов. – М.: Смысл, 2002. – 287 с.

137. *Ушаков Г.К.* Пограничные нервно-психические расстройства. – 2-е изд. – М.: Медицина, 1987. – 304 с.

138. *Филякова Е.Г.* Образ “Я” подростков с хроническими психосоматическими заболеваниями и рекомендации к проведению психокоррекционной и психотерапевтической работы // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 1999. – №2. – С. 14-23.

139. *Франкл В.* Человек в поисках смысла: Пер. с англ. – М.: Прогресс, 1990. – 367 с.

140. *Фрейдджер Р., Фейдимен Д.* Личность: теории, эксперименты, упражнения: Пер. с англ. – СПб.: прайм-ЕВРОЗНАК, 2001. – 864 с.

141. *Хеден П.* Энциклопедия пластической хирургии: Пер. с англ. – М.:

Астрель, 2001. – 327 с.

142. *Хорни К.* Невроз и развитие личности: Пер. с англ. – М.: Смысл, 1998. – 375 с.

143. *Хэзлем М.Т.* Психиатрия. – Львов-М.: Инициатива, 1998. – 392 с.

144. *Цепколенко В.А., Грубник В.В., Пшениснов К.П.* Пластическая эстетическая хирургия. Современные аспекты. – К.: Здоров'я, 2000. – 232 с.

145. *Цивилько М.А., Дмитриева Т.Н., Занозин А.В.* Распространенность нервной анорексии в городской популяции школьников // Журнал неврологии и психиатрии. – 1999. – № 3. – С. 47-49.

146. *Чамата П.Р.* Самосвідомість та її розвиток у дітей. – К.: Знання, 1965. – 48 с.

147. *Чаплыгина М.Ю.* Проблема “тела” у лиц с аутодиструктивным поведением // Материалы Международной конференции студентов и аспирантов по фундаментальным наукам “Ломоносов”. – Вып. 5. – М. – 2000. – С. 317-318.

148. *Чеснокова И.И.* Проблема самосознания в психологии. – М.: Наука, 1977. – 144 с.

149. *Шадура А.Ф.* Психологическая коррекция отклонений в самосознании личности в подростковом и раннем юношеском возрасте: Автореф. дис... канд. психол. наук: 19.00.07 / НИИ общ. и пед. психологии. – М., 1991. – 18 с.

150. *Шевандрин Н.И.* Психодиагностика, коррекция и развитие личности. – М.: Владос, 1998. – 512 с.

151. *Шильштейн Е.С.* Уровневая организация системы “Я” // Вестник МГУ. Серия: Психология. – 1999. – № 2. – С. 34-45.

152. *Эйбл – Эйбельсфельт И.* Биологические основы эстетики // Красота и мозг: Биологические аспекты эстетики: Пер. с англ. / Под ред. И.Рэнчлер. – М.: Мир, 1995. – С. 29-73.

153. *Эльконин Д.Б.* Избранные психологические труды. – М.: Педагогика, 1989. – 555 с.

154. *Эриксон Э.* Идентичность: Юность и кризис: Пер. с англ. – М.: Про-

гресс, 1996. – 344 с.

155. Этюды пластической хирургии / М.В. Казарезов, А.М. Королева, В.А. Кожевников, А.М. Казарезов. – Новосибирск: Новосибирский мед. ин-т, 1995. – 208 с.

156. Юрьева Л.Н. История. Культура. Психические и поведенческие расстройства. – К.: Сфера, 2002. – 314 с.

157. Юферева Т.И. Образы мужчин и женщин в сознании подростков // Вопросы психологии. – 1985. – № 3. – С. 84-90.

158. L'Abate L. The Self in the Family: A Classification of Personality, Criminality and Psychopathology. – N.Y.: John Wiley & Sons, Inc., 1997. – 404 p.

159. Abraham S.F. Dieting, body weight, body image and self-esteem in young women: doctors' dilemmas // The Medical Journal of Australia. – 2003. – № 12. – P. 607-611.

160. Adams G.R., Roopnarine J.L. Physical attractiveness, social skills and same-sex peer popularity // Journal Group Psychotherapy and Sociometry. – 1994. – № 1. – P. 15-35.

161. Adams G.R. Social psychology of beauty: Effects of age, height and weight on self-reported personality traits and social behavior // Journal of Social Psychology. – 1980. – № 112. – P. 287-293.

162. Agron P.G., Malatesha R.N. Discrimination of mirror image stimuli in children // Neuropsychologia. – 1974. – № 12. – P. 549-551.

163. Ahmed C. Relations of strength training to body image among a sample of female university students // Journal of strength and conditioning research. – 2002. – № 4. – P. 645-648.

164. Andrist L.C. Media images body dissatisfaction and disordered eating in adolescent women // MCN. The American Journal of maternal child nursing. – 2003. – № 2. – P. 119-123.

165. Argyle M. Bodily Communication. – London: Methuen & Co, Ltd., 1975. – 403 p.

166. *The Assessment of Child and Adolescent Personality* / Ed. by H.M. Knoff. – N.Y.: The Guilford Press, 1986. – 686 p.
167. *Banfield S.S.* An evaluation of the construct of body image // *Adolescence*. – 2002. – № 146. – P. 373-393.
168. *Barker P.* *Basic Child Psychiatry*. – 5 Edition. – London: Blackwell Scientific Publications, 1988. – 399 p.
169. *Barnett H.L., Keel P.K., Conoscenti L.M.* Body type preferences in Asian and Caucasian college students // *Sex Roles*. – 2001. – № 11-12. – P. 867-878.
170. *Baumeister R.F.* *Identity: Cultural Change and the Struggle for Self*. – Oxford: Oxford University Press, 1986. – 280 p.
171. *Bee H.L.* *Lifespan Development*. – 2 Edition. – N.Y.: Addison Wesley Loughman, Inc., 1998. – 620 p.
172. *Behavioral Medicine and Women* / Ed. by E.A. Blechman, K.D.I. Brownell. – N.Y.: The Guilford Press, 1998. – 876 p.
173. *Beidel D.C., Turner S.M.* *Shy Children, Phobic Adults: Nature and Treatment of Social Phobia*. – Washington: American Psychological Association, 1998. – 324 p.
174. *Benrud-Larson L.M.* Body image dissatisfaction among women with scleroderma: extent and relationship to psychosocial function // *Health psychology*. – 2003. – № 2. – P. 130-139.
175. *Betz N.E., Mintz L., Speakmon G.* Gender differences in the accuracy of self-reported weight // *Sex Roles*. – 1994. – № 7-8. – P. 543-552.
176. *Bolton M.A.* Measuring outcomes in plastic surgery: body image and quality of life in abdominoplasty patients // *Plastic and reconstructive surgery*. – 2003. – № 2. – P. 619-627.
177. *Bruch H.* *Eating disorders*. – N. Y., 1973. – 280 p.
178. *Byrne B.M.* *Measuring Self-Concept Across the Life Span: Issues and Instrumentation*. – Washington: American Psychological Association, 1996. – 364 p.
179. *McCabe M.P.* Sociocultural influences on body image and body changes

among adolescent boys and girls // *The Journal of social psychology*. – 2003. – № 1. – P. 5-26.

180. *Castle D.J.* Does cosmetic surgery improve psychosocial wellbeing? // *The Medical Journal of Australia*. – 2002. – № 12. – P. 601-604.

181. *Chigier E.* Body image of female adolescents // *Sexuality and Disability*. – 1997. – № 1. – P.14.

182. *Coleman J., Hendry L.B.* *The Nature of Adolescence*. – N.Y.: Routledge, 1999. – 275 p.

183. *Corcos M., Atger F., Flament M., Jeammet Ph.* Boulimie et depression // *Neuropsychiatre enfance et adolescence*. – 1995. – № 9. – P. 391-400.

184. *Cordas T.A., Segal A.* Bulimia nervosa. I. Aspectos clinicas // *Journal brasilian Psiquiatry*. – 1995. – 44 suppl., № 1. – P. 20-24.

185. *Davison G.C., Neale J.M.* *Abnormal Psychology*. – N.Y.: John Wiley & Sons, Inc., 1998. – 627 p.

186. *The Development of the Self* / Ed. by R.L. Leahy. – Orlando: Academic Press, Inc., 1985. – 316 p.

187. *Dion K. L.* The impact of salient self-identities on relative deprivation and action intentions // *European Journal Social Psychology*. – 1993. – № 5. – P. 525-540.

188. *DSM – IV Casebook: A Learning to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* / Ed. by R.L. Spitzer. – 4 Edition. – Washington: American Psychiatric Press, Inc., 1994. – 576 p.

189. *Durkin S.J.* Predictors of vulnerability to reduced body image satisfaction and psychological wellbeing in response to exposure to idealized female media images in adolescent girls // *Journal of psychosomatic research*. – 2002. – № 5. – P. 995-1005.

190. *Dyer G., Tiggemann M.* The effect of school environment of body concerns in adolescent women // *Sex Roles*. – 1996. – № 1-2. – P. 127-138.

191. *Fernando J.* On the connection between physical defects and the character type of the 'exception' // *The Psychoanalytic quarterly*. – 2001. – № 3. – P. 549-578.

192. *Fisher S.* *Body experience in fantasy and behaviour*. – N.Y., 1970. – 20 p.

193. *Fisher S. Cleveland S.* Body image and personality. – N. Y., 1958. – 356 p.
194. *Fisher S.* Development and Structure of the Body Image. – Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, 1986. – 280 p.
195. *Fogelholm G.M., Kukkonen-Harjula T.K., Sievanen H.T., Oja P., Vuori I.M.* Body competition assessment in lean and normal-weight young women // *The British Journal of nutrition.* – 1996. – № 6. – P. 793-802.
196. *Foundations of Stereotypes and Stereotyping / Ed. by C.N. Macrae, C. Stangor, M. Hewstone.* – N.Y.: The Guilford Press, 1996. – 462 p.
197. *Franco D.L.* The role of body dissatisfaction as a risk factor for depression in adolescent girls: are the differences Black and White // *Journal of psychomatic research.* – 2002. – № 5. – P. 975-983.
198. *Franzoi S.I.* The body-as-object versus the body-as-process: Gender-as-differences and gender considerations // *Sex Roles.* – 1995. – № 5-6. – P. 417-437.
199. *Furnham A.* Body image dissatisfaction: gender differences in eating attitudes, self-esteem, and reasons for exercise // *The Journal of psychology.* – 2002. – № 6. – P. 581-596.
200. *Furnham A., Dias M., McClelland A.* The role of body weight, waist-to hip ratio and breast size in judgments of female attractiveness // *Sex Roles.* – 1998. – № 3-4. – P. 311-326.
201. *Gardner R.M., Tockerman Y.R.* Body dissatisfaction as a predictor of body size distortion: A multidimensional analysis of body image // *Genetic, Social and Genetic Psychology Monography.* – 1993. – № 1. – P. 125-145.
202. *Garner D., Garfinkel P.* Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia. – New York: The Guilford Press, 1985. – 230 p.
203. *Gettelman T.E., Thompson J.K.* Actual differences and perceptions in body image and eating disturbance: A comparison of male and female, heterosexual and homosexual samples // *Sex Roles.* – 1993. – № 7. – P. 545-562.
204. *Ginsburg I.H.* The psychological impact of skin disease: An overview // *Loss, Grief and Care.* – 1996. – № 3-4. – P. 1-10.

205. *Granleese J., Joseph S.* Reliability of the Harter self-perception profile for children and predictors of global self-worth // *Journal Genetic Psychology.* – 1994. – № 4. – P. 487-492.

206. *Granleese J., Joseph S.* Self-perception profile of adolescent girls at a single-sex and mixed-sex school // *Journal Genetic Psychology.* – 1993. – № 4. – P. 525-530.

207. *Grover V.P.* Gender differences in implicit weight identity // *The international Journal of eating disorders.* – 2003. – № 1. – P. 125-135.

208. *Grzesiak R.C., Hicok D.A.* A brief history of psychotherapy and physical disability // *American Journal Psychotherapy.* – 1994. – № 2. – P. 240-250.

209. *Gupta M.A., Gupta A.K., Schork N.J.* Psychological factors affecting self-excoriative behavior in women with mild-to moderate facial acne vulgaris // *Psychosomatics.* – 1996. – № 2. – P. 127-130.

210. *Hamachek D.E.* Encounters with the Self. – 3 Edition. – N.Y.: Holt, Rinehart and Winston, Inc., 1987. – 376 p.

211. *Handbook of Personality: Theory and Research / Ed. by L.A. Pervin, O.N. John.* – 2 Edition. – N.Y.: The Guilford Press, 1999. – 738 p.

212. *Handbook of Self-Concept: Developmental, Social and Clinical Considerations / Ed. by B.A. Bracken.* – N.Y.: John Wiley & Sons, Inc., 1996. – 589 p.

213. *Hart D.* Perceptions of past, present and future selves among children and adolescents // *British Journal Developmental Psychology.* – 1993. – № 3. – P. 265-282.

214. *Hausenblas H.A.* Body image in middle school children // *Eating and weight disorders.* – 2002. – № 3. – P. 244-248.

215. *Hermes S.F.* The influence of puberty and ethnicity on awareness and internalization of the thin ideal // *The International Journal of eating disorders.* – 2003. – № 4. – P. 465-467.

216. *Hjelle L.A., Ziegler D.J.* Personality Theories. – 3 Edition. – N.Y.: McGraw-Hill, Inc., 1992. – 603 p.

217. *Hopkins H.R., Klein H.A.* Multidimensional self-perception: linkages to

parental nurturance // *Journal Genetic Psychology*. – 1993. – № 4. – P. 465-473.

218. *Indran S.K., Hatta S.M.* Brief report: Eating attitudes among adolescent girls in a Malaysian Secondary Scholl using eat questionnaire // *International Journal Social Psychiatry*. – 1995. – № 4. – P. 299-302.

219. *Jackson L.A., McGill O.D.* Body type preferances and body characteristics associated with attractive and unattractive bodies by African Americans and Anglo Americans // *Sex Roles*. – 1996. – № 5-6. – P. 295-307.

220. *Jackson L.A., Hodge C.N., Ingram J.M.* Gender and self-concept: A reexamination of stereotypic differences and the role of gender attitudes // *Sex Roles*. – 1994. – № 9-10. – P. 615-630.

221. *Johnson C.E., Petrie T.A.* The relationship of gender discrepancy to eating disorder attitudes and behavior // *Sex Roles*. – 1995. – № 5-6. – P. 405-416.

222. *Kemmler W.* Ebstorungen, Anorexia Nervosa und Bulimie // *Allgemeinarzt*. – 1995. – № 7. – P. 774, 776, 781-782, 784.

223. *Klingenspor B.* Gender identity and Bulimic eating behavior // *Sex Roles*. – 1994. – № 7-8. – P. 407-431.

224. *Koenig L.J., Wasserman E.L.* Body image and dieting failure in college men and women: Examining links between depression and eating problems // *Sex Roles*. – 1995. – № 3-4. – P. 228-249.

225. *Kohut H.* The restoration of the self. – N. Y., 1977. – 366 p.

226. *Korkeila M., Kaprio J., Rissanen A., Koskenvuo M., Sorensen T.I.A.* Predictors of major weight gain in adult Finns: Stress, life satisfaction and personality traits // *International Journal Obesity*. – 1998. – № 10. – P. 949-957.

227. *McLaren L.* Women's body satisfaction at midlife and lifetime body size: a prospective study // *Health psychology*. – 2003. – № 4. – P. 370-377.

228. *Leary M.R.* Self-Presentation: Impression Management and Interpersonal Behavior. – Boulder: Westview Press, Inc., 1996. – 246 p.

229. *Leist A.* What makes bodies beautiful // *The Journal of medicine and psychology*. – 2003. – № 2. – P. 187-219.

230. *Levin J.D.* Theories of the Self. – Washington: Hemisphere Publishing Corporation, 1992. – 220 p.

231. *Lewis O.* Adolescence, social development and psychotherapy // *American Journal Psychotherapy.* – 1993. – № 3. – P. 344-352.

232. *Lindner M.A., Ryckman R.M., Gold S.A., Stone W.F.* Traditional VS nontraditional women's and men's perceptions of the personalities and physiques of ideal women and men // *Sex Roles.* – 1995. – № 9-10. – P. 675-689.

233. *Lobel T.E., Slone M., Winch G.* Masculinity, popularity and self-esteem among Israeli preadolescent girls // *Sex Roles.* – 1997. – № 5-6. – P. 395-408.

234. *Lokken K.* Gender differences in body size dissatisfaction among individuals focus // *The Journal of general psychology.* – 2002. – № 3. – P. 305-310.

235. *Markey C.N., Tinsley B.J., Ericksen A.J., Ozer D.J., Markey P.M.* Preadolescents perceptions of females' body size and shape: Evolutionary and social learning perspectives // *Journal Youth and Adolescence.* – 2002. – № 2. – P. 137-146.

236. *Mills J.K., Andrianopoulos G.D.* The relationship between childhood onset obesity and psychology in adulthood // *Journal Psychology.* – 1993. – № 5. – P. 547-551.

237. *Money J.* Body-image syndromes in sexology: Phenomenology and classification // *Journal Psychology and Human Sexology.* – 1994. – № 3. – P. 31-48.

238. *Pearl A.* Attitudes of adolescents about cosmetic surgery // *Annals of plastic surgery.* – 2003. – № 6. – P. 628-630.

239. *The Plural Self: Multiplicity in Everyday* / Ed. by J.Rowan, M. Cooper. – London: Sage Publications, 1999. – 278 p.

240. *Psychological Perspectives on the Self* / Ed. by J.Suls,

A.G.Greenwald. – Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associated, 1986. – Vol. 3. – 212 p.

241. *Psychology of Women: A Handbook of Issues and Theories* / Ed. by F.L. Denmark, M.A. Poludi. – Westport: Greenwood Press, 1993. – 760 p.

242. *Reid W.H., Wise M.G.* DSM-IV Training Guide. – 4 Edition. – N.Y.: Brunner & Mazel Publishers, 1995. – 347 p.

243. *Rice F.P.* The Adolescent: Development, Relationship and Culture. – 4 Edition. – Boston: Allyn and Bacon, Inc., 1984. – 612 p.

244. *Rosenberg M.* Society and the Adolescent Self-Image. – Princeton: Princeton University Press, 1965. – 326 p.

245. *Sanford L.T., Donovan M.E.* Women and Self-Esteem. – N.Y.: Anchor Press, 1985. – 455 p.

246. *The Self in Anxiety, Stress, and Depression* / Ed. by R.Schwarzer. – Amsterdam: North-Holland, 1984. – 441 p.

247. *The Self: Definitional and Methodological Issues* / Ed. by T.M. Brinthaupt, R.P. Lipka. – N.Y.: State University of New York Press, 1992. – 351 p.

248. *Self, Ego and Identity: Integrative Approaches* / Ed. by D.K. Lapsley, F.C.Power. – N.Y.: Springer-Verlag, Inc., 1988. – 294 p.

249. *Snyder R.* Self-discrepancy theory, standards for body evaluation and eating disorder symptomatology among college women // *Women and Health*. – 1997. – № 2. – P. 69-84.

250. *Stevenson J., Sonuga-Barke E., Button E.* Role of self-esteem in adolescent eating behavior problems // *Proceeding of the British Psychological Society*. – 1997. – № 1. – P. 16.

251. *Stice E.* Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: a longitudinal investigation // *Developmental psychology*. – 2002. – № 5. – P. 669-678.

252. *Stokes R.* Women's perceived body image: relations with personal

happiness // *The Journal of women & aging*. – 2003. – № 1. – P. 17-29.

253. *Swann C.* Public health and the gendered body // *Psychologist*. – 2002. – № 4. – P. 195-198.

254. *Tantleff-Dunn S., Thompson K.J.* Romantic partners and body image disturbance: Further evidence for the role of perceived-actual disparities // *Sex Roles*. – 1995. – № 9-10. – P. 589-605.

255. *Thompson S.H.* Beauty is as beauty does: body image and self-esteem of pageant contestants // *Eating and weight disorders*. – 2003. – № 3. – P. 231-237.

256. *Thompson S.H., Sargent R.G., Kemper K.A.* Black and white adolescent males' perceptions of ideal body size // *Sex Roles*. – 1996. – № 5-6. – P. 391-406.

257. *Tiggemann M.* Gender differences in the interrelationship between weight dissatisfaction, restraint and self-esteem // *Sex Roles*. – 1994. – № 5-6. – P. 319-330.

258. *Truby H., Paxton S.* Development of the children's Body Image Scale // *The British Journal of clinical psychology*. – 2002. – № 2. – P. 185-203.

259. *Understanding the Self* / Ed. by R.I. Stevens. – London: Sage Publications, Ltd., 1996. – 376 p.

260. *Veale D.* Self-discrepancy in body dysmorphic disorder // *The British Journal of clinical psychology*. – 2003. – № 2. – P. 157-169.

261. *Webster J., Tiggemann M.* The relationship between women's body satisfaction and self-image across the life span // *The Journal of genetic psychology; child behaviour; animal behaviour; and comparative psychology*. – 2003. – № 2. – P. 241-252.

262. *Wells B.W.P.* *Body and Personality*. – N.Y.: Longman, Inc., 1983. – 262 p.

263. *Wooley O.W., Roll S.* The Color-A-Person Body Dissatisfaction Test: Stability, Internal Consistency, Validity and Factor Structure // *Journal of*

Personality Assessment. – 1991. – Vol. 56, № 3. – P. 395-413.

264. *Zebrowitz L.A.* Reading Faces: Window to the Soul? – Boulder: Westview Press, Inc., 1998. – 271 p.

265. *Zervas L.J., Sherman M.F.* The relationship between perceived parental favoritism and self-esteem // *Journal Genetic Psychology.* – 1994. – № 1. – P. 25-33.

266. *Ziller R.C.* Photographing the Self: Methods for Observing Personal Orientations. – Newbury Park: Sage Publications, 1990. – 165 p.

267. *Zucker K.J., Bradley S.J.* Gender Identity Disorder and Psychosexual Problems in Children and Adolescents. – N.Y.: The Guilford Press, 1995. – 440 p.

ДОДАТКИ

Додаток 1. Семантичний диференціал

Інструкція: “Вам пропонується список з 20 пар слів – антонімів, які характеризують зовнішність людини. Оцініть свою зовнішність за кожною з запропонованих пар, використовуючи 7 – бальну шкалу:

“+3” чи “-3” – якість яскраво виражено,

“+2” чи “-2” – якість середньо виражено,

“+1” чи “-1” – якість слабо виражено,

“0” – середнє значення між антонімами.

Закресліть обрану Вами цифру знаком “X” за 7 – бальною шкалою для кожної пари антонімів. Далі, за такою ж системою, оцініть людину відповідної Вам статі з ідеальною зовнішністю (ваш еталон краси). Закресліть обрану Вами цифру знаком “0” для кожної пари антонімів.

Таблиця 1

Бланк методики “Семантичний диференціал”

1	Низький	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	Високий
2.	Темноокий	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	Світлоокий
3.	Непривабливий	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	Чарівний
4.	Темноволосий	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	Світловолосий
5.	Некрасивий	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	Красивий
6.	Худий	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	Повний
7.	Рівнозубий	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	Кривозубий
8.	Гарний ніс	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	Негарний ніс
9.	Усміхнений	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	Похмурий
10.	Прищавий	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	Неприщавий
11.	Повногубий	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	Тонкогубий
12.	Сутулий	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	Стрункий
13.	Коротконогий	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	Довгоногий
14.	Спортивний	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	Неспортивний
15.	Неохайний	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	Охайний
16.	Сірий	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	Яскравий
17.	Тендітний	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	Нетендітний
18.	Жіночний	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	Мужній
19.	Життєрадісний	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	Незадоволений
20.	Холодний	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	Теплий

Додаток 2. Тест САРТ

Інструкція для чоловіків: “Перед Вами малюнок чоловічої фігури, схематично поділений на частини. Розмалуйте кольорами всі частини тіла відповідно до того, наскільки частини Вашого власного тіла більш чи менш Вас задовольняють. Необхідно розмалювати обидва малюнка.

Червоний колір – частини тіла, які Вас зовсім не задовольняють,
жовтий колір – частково не задовольняють,
чорний – “нейтральне” відношення,
зелений колір – задовольняють,
синій колір – цілком задовольняють”.

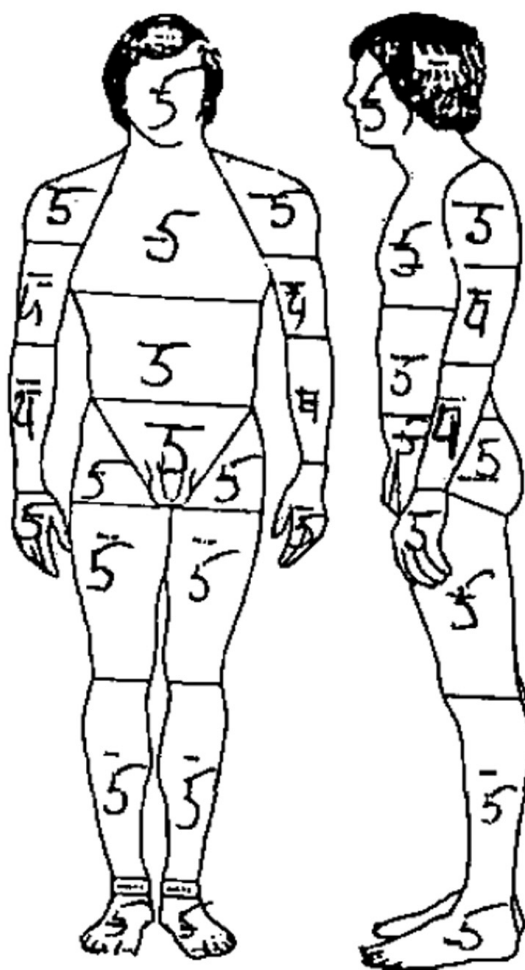


Рис. 2.1. Малюнок чоловічої фігури до методики САРТ

Інструкція для жінок: “Перед Вами малюнок жіночої фігури, схематично поділений на частини. Розмалуйте кольорами всі частини тіла відповідно до того, наскільки частини Вашого власного тіла більш чи менш Вас задовольняють. Необхідно розмалювати обидва малюнка.

Червоний колір – частини тіла, які Вас зовсім не задовольняють,
жовтий колір – частково не задовольняють,
чорний – “нейтральне” відношення,
зелений колір – задовольняють,
синій колір – цілком задовольняють”.

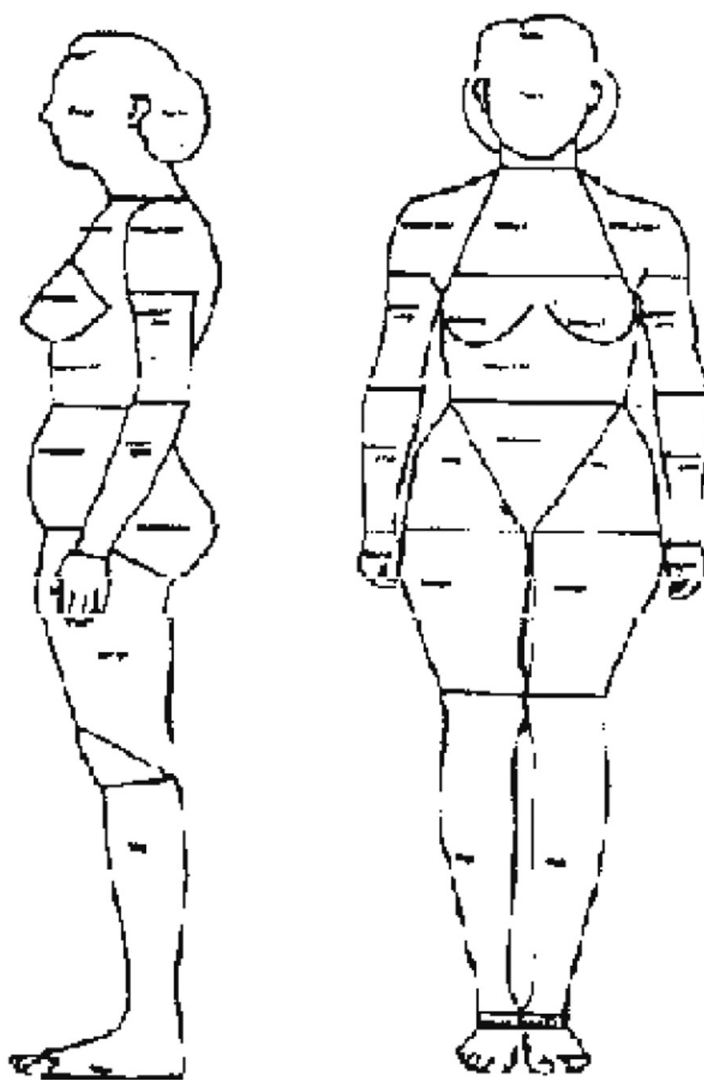


Рис. 2.2. Малюнок жіночої фігури до методики САРТ

Додаток 3. Опитувальник-анкета ставлення до зовнішності

Інструкція: “Пропонуємо Вам анкету, питання якої стосуються Вашого ставлення до власної зовнішності. Уважно прочитайте кожне запитання й виберіть одну з відповідей”.

1. Чи вважаєте Ви себе гарною людиною?

а/ так

б/ ні

2. Чи задоволені Ви своєю зовнішністю?

а/ так

б/ ні

3. Як оцінюють Вашу зовнішність Ваші батьки?

а/ вважають Вас гарним,

б/ вважають Вас привабливим,

в/ кажуть, що у Вас звичайна зовнішність,

г/ вважають Вас негарним.

4. Як оцінюють Вашу зовнішність друзі, однолітки?

а/ вважають Вас гарним,

б/ вважають Вас привабливим,

в/ кажуть, що у Вас звичайна зовнішність,

г/ вважають Вас негарним.

5. Як оцінюють Вашу зовнішність особи протилежної статі?

а/ вважають Вас гарним,

б/ вважають Вас привабливим,

в/ кажуть, що у Вас звичайна зовнішність,

г/ вважають Вас негарним.

6. Яку частину Вашої зовнішності Ви вважаєте найбільш привабливою?

7. Яку частину Вашої зовнішності Ви вважаєте найбільш непривабливою?

8. Чи викликають у Вас почуття дискомфорту, хвилювання недоліки Вашої

зовнішності?

а/ так

б/ ні

9. Ви часто думаете про свою зовнішність?

а/ так

б/ ні

10. При оцінюванні Вашої зовнішності головну роль для Вас відіграє:

а/ власна думка,

б/ думка батьків,

в/ думка друзів, однолітків,

г/ думка осіб протилежної статі.

11. Коли Ви були малими /дитиною/, Ваші батьки казали Вам, що Ви:

а/ гарний,

б/ симпатичний,

в/ у Вас звичайна зовнішність,

г/ негарний.

12. Чи хотіли би Ви щось змінити в своїй зовнішності?

а/ так. Що саме?

б/ ні

13. Чи можна подолати недоліки Вашої зовнішності, якщо такі є: а/так. Як саме?

б/ ні.

14. Чи існує у Вас еталон краси?

а/ так

б/ ні

15. Хто для вас є еталоном краси?

а/ Ви самі,

б/ батьки, чи хтось з батьків, наставників,

в/ хтось із друзів, однолітків,

г/ актор, актриса, хто саме?

д/ хтось інший (зірка реклами, шоу і т. д.). Хто саме?

16. У виборі одягу, який Ви носите, Ваші батьки:

а/ надають Вам повну свободу вибору,

б/ радять Вам, що краще одягти,

в/ завжди наставляють, що можна одягти, а що ні.

17. Ваші батьки уважно слідкують за тим, як Ви виглядаєте?

а/так

б/ні

18. В виборі й використанні косметики, стилі Вашої зачіски Ваші батьки:

а/ взагалі забороняють Вам користуватись косметикою і робити екстравагантну стрижку,

б/ дозволяють Вам робити з Вашою зовнішністю все, що Ви бажаєте,

в/ радять прислухатись до їх думки.

Кодування відповідей на запитання опитувальника.

1. а/ так – 2 бали, б/ ні – 1 бал.

2. а/ – 2, б/ – 1.

3. а/ – 1, б/ – 2, в/ – 3, г/ – 4.

4. а/ – 1, б/ – 2, в/ – 3, г/ – 4.

5. а/ – 1, б/ – 2, в/ – 3, г/ – 4.

6. 1) відповідь “нема таких частин тіла”, або “не знаю” – 1,

2) відповідь “усі частини тіла” – 2,

3) волосся, обличчя, або частина обличчя – 3,

4) фігура або частина тіла – 4,

5) шкіра – 5,

6) стрункість – 6.

7. 1) відповідь “нема таких частин тіла” або “не знаю” -1,

2) відповідь “усі частини тіла” – 2,

- 3) волосся, обличчя або частина обличчя – 3,
- 4) фігура або частина тіла – 4,
- 5) шкіра – 5,
- 6) зіщуленість /сутулість/ – 6,
- 7) повнота, вага – 7.
8. а/ – 2, б/ -1.
9. а/ – 2, б/ – 1.
10. а) – 1, б) – 2, в) – 3, г) – 4.
11. а) – 1, б) – 2, в) – 3, г) – 4.
12. а) – 2, б) – 1.
13. а) – 2, б) – 1, відповідь “нема недоліків” – 3.
14. а) – 2, б) – 1.
15. відповідь “нема еталону” – 1,
а) – 2, б) – 3, в) – 4, г) – 5, д) – 6.
16. а) – 1, б) – 2, в) – 3.
17. а) – 2, б) – 1.
18. а) – 1, б) – 2, в) – 3.

Додаток 4. Особистісний опитувальник Г. Айзенка

Інструкція: “Вам будуть пропонувані твердження, що стосуються Вашого характеру і здоров'я. Якщо Ви згодні з твердженням, поряд з його номером поставте “+” (“да”), якщо ні – знак “-” (“ні”). Довго не задумуйтеся, правильних і неправильних відповідей немає”.

1. У Вас часто бувають спади і підйоми настроєння.
2. Вам приходилося почувувати себе нещасним людиною без особливих на те причин.
3. Ви часто переживаєте із-за того, що зробили або сказали щось, чого не слід було робити і говорити.
4. Ви подразливі.
5. Легко ли Вас обидеть.
6. Ви часто відчуваєте таке стан, коли все набридло.
7. Вас часто турбує почуття провини.
8. Ви назвали б себе нервовою людиною.
9. Ви невпевнений людина.
10. Вас турбують ли Ви з приводу яких-небудь жахливих подій, які могли б статися, але не відбулися.
11. У Вас часто нерви бувають напружені до межі.
12. Ви іноді відчуваєте жалість до себе.
13. Ви турбуєтесь про своє здоров'я.
14. Буває ли у Вас іноді погане настроєння.
15. Ви страждаєте від безсоння.
16. Ви відчуваєте себе апатичним, втомленим без якої-небудь причини.
17. Часто ли Вам здається, що життя жахливо нудно.
18. Вас дуже турбує Ваша зовнішність.
19. Виникло ли у Вас когось-небудь бажання зменшити.
20. Ви довго переживаєте після ставшого конфузу.
21. Вас турбували Ваші нерви.
22. Ви часто відчуваєте почуття самотності.
23. Ви часто ображаєтесь на зауваження, що стосуються особисто Вас і Вашої роботи.
24. Правда ли, що Ви іноді повні енергії і все горить в руках, а іноді зовсім вялі.
25. Ви дуже чутливі до деяких явищ, подій, речей.

Додаток 5. Шкали реактивної та особистісної тривожності

Ч. Спілбергера – Ю.Л.Ханіна

Шкала реактивної тривожності

Інструкція: “Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете в данный момент. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных или неправильных ответов нет”.

№	Предложения	Нет, это совсем не так	Пожа- луй, так	Верно	Совер- шенно верно
1.	Я спокоен	1	2	3	4
2.	Мне ничто не угрожает	1	2	3	4
3.	Я нахожусь в напряжении	1	2	3	4
4.	Я испытываю сожаление	1	2	3	4
5.	Я чувствую себя свободно	1	2	3	4
6.	Я расстроен	1	2	3	4
7.	Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
8.	Я чувствую себя отдохнувшим	1	2	3	4
9.	Я встревожен	1	2	3	4
10.	Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4
11.	Я уверен в себе	1	2	3	4
12.	Я нервничаю	1	2	3	4

13.	Я не нахожу себе места	1	2	3	4
14.	Я взвинчен	1	2	3	4
15.	Я не чувствую скованности, напряженности	1	2	3	4
16.	Я доволен	1	2	3	4
17.	Я озабочен	1	2	3	4
18.	Я слишком возбужден и мне не по себе	1	2	3	4
19.	Мне радостно	1	2	3	4
20.	Мне приятно	1	2	3	4

Шкала osobистісної тривожності

Инструкция: “Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете обычно. Над вопросами долго не задумывайтесь поскольку правильных и неправильных ответов нет”.

№	Предложения	Почти никогда	Иногда	Часто	Почти всегда
1.	Я испытываю удовлетворение	1	2	3	4
2.	Я быстро устаю	1	2	3	4
3.	Я легко могу заплакать	1	2	3	4
4.	Я хотел бы быть таким же счастливым, как и другие	1	2	3	4
5.	Бывает, что я проигрываю из-за того, что недостаточно быстро принимаю решение	1	2	3	4
6.	Я чувствую себя бодрым	1	2	3	4
7.	Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4

8.	Ожидание трудностей очень тревожит меня	1	2	3	4
9.	Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
10.	Я вполне счастлив	1	2	3	4
11.	Я принимаю все слишком близко к сердцу	1	2	3	4
12.	Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
13.	Я чувствую себя в безопасности	1	2	3	4
14.	Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей	1	2	3	4
15.	У меня бывает хандра	1	2	3	4
16.	Я бываю доволен	1	2	3	4
17.	Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
18.	Я так сильно переживаю свои разочарования, что потом не могу о них забыть	1	2	3	4
19.	Я уравновешенный человек	1	2	3	4
20.	Меня охватывает сильное беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

Додаток 6.

Таблиця 6

Узагальнені результати дослідження самооцінки Я-реального та Я-ідеального образу фізичного Я у підлітковому та юнацькому віці

	Я-реальне (жінки)	Я-реальне (чоловіки)	Ідеальна жінка з погляду чоловіків	Ідеальна жінка з погляду жінок	Ідеальний чоловік з погляду чоловіків	Ідеальний чоловік з погляду жінок	Я-реальне (учні)	Я-реальне (студенти)	Ідеальний чоловік з погляду учнів	Ідеальний чоловік з погляду студентів	Я-реальне (учениці)
Низький-високий	4,84	5,12	5,19	5,85	5,95	6,41	5,10	5,14	5,70	5,75	4,97
Темноокий-світлоокий	4,41	4,08	4,10	4,00	4,05	3,60	4,10	4,36	4,90	3,25	4,18
Неприваблив-чарівний	5,54	5,35	6,57	6,66	6,40	6,60	5,50	5,50	6,90	5,50	5,64
Темновол-світловолос	4,05	3,69	3,86	3,61	2,20	2,91	3,90	3,14	2,10	2,25	4,12
Некрасивий-красивий	5,49	5,49	6,86	6,78	6,35	6,12	5,70	5,64	6,90	5,50	5,91
Худий-повний	3,61	3,67	3,48	3,27	3,65	3,44	3,70	3,71	3,70	4,00	3,36
Рівнозубий-кривозубий	2,43	2,65	1,57	1,32	1,45	1,74	2,77	2,21	1,70	1,25	1,91
Гарний ніс-негарний ніс	2,88	2,96	1,52	1,22	2,25	1,86	2,83	2,93	2,30	1,75	2,52
Усміхнений-похмурий	2,34	2,45	1,95	1,49	1,50	1,67	2,33	2,29	1,80	1,25	1,85
Прищавий-неприщавий	4,86	4,94	6,71	6,83	6,50	6,53	5,20	4,86	6,00	7,00	5,15
Повногубий-тонкогубий	3,86	3,78	3,67	3,41	3,60	3,72	3,63	3,93	3,80	3,50	3,79
Сутулий-стрункий	5,17	5,25	6,57	6,66	6,50	6,22	5,17	5,57	6,20	6,50	4,85
Коротконогий-довгоногий	5,41	5,18	6,00	6,29	5,90	5,64	5,37	4,86	5,90	5,25	5,94
Спортивний-неспортив	3,18	2,80	2,43	2,10	2,10	1,88	2,63	2,64	2,30	1,50	2,97
Неохайний-охайний	5,88	5,71	6,29	6,61	6,60	6,43	5,57	6,00	6,40	6,75	5,73
Сірий-яскравий	4,68	4,96	5,52	5,90	5,40	5,40	4,97	5,21	5,00	5,75	5,00
Тендітний-нетендітний	2,75	3,22	2,10	1,80	2,80	3,14	3,27	2,57	3,30	2,75	2,39
Жіночний-мужній	2,04	6,08	1,57	1,80	6,45	6,88	6,23	5,43	6,40	6,25	2,33
Життєрадісн.-незадов	2,16	2,35	1,52	1,41	1,50	1,66	2,40	2,21	1,90	1,25	1,64
Холодний-теплый	5,34	5,18	6,38	6,10	5,15	5,90	5,40	4,86	5,50	4,25	5,06

Продовження табл. 6

	Я-реальне (студентки)	Ідеальна жінка з погляду учениць	Ідеальна жінка з погляду студенток	Я-реальне (чоловіки, крім пацієнтів)	Я-реальне (чоловіки-пацієнти)	Ідеальний чоловік з погляду чоловіків (крім пацієнтів)	Ідеальний чоловік з погляду чоловіків-пацієнтів	Я-реальне (жінки, крім пацієток)	Я-реальне (жінки-пацієтки)	Ідеальна жінка з погляду жінок (крім пацієток)	Ідеальна жінка з погляду жінок-пацієток
Низький-високий	4,84	5,85	6,23	5,11	5,14	5,81	6,50	4,92	4,67	6,00	5,25
Темноокий-світлоокий	4,47	3,45	5,00	4,18	3,43	4,56	2,00	4,29	4,67	4,06	3,75
Неприваблив-чарівний	5,68	6,85	6,31	5,50	4,43	6,25	7,00	5,65	5,29	6,64	6,75
Темновол-світловолос	3,84	3,25	3,77	3,66	3,86	2,19	2,25	4,02	4,13	3,45	4,25
Некрасивий-красивий	5,84	7,00	6,77	5,68	4,29	6,19	7,00	5,88	4,63	6,91	6,25
Худий-повний	3,42	3,15	3,54	3,70	3,43	3,81	3,00	3,38	4,08	3,30	3,13
Рівнозубий-кривозубий	2,32	1,35	1,31	2,59	3,00	1,50	1,25	2,06	3,25	1,33	1,25
Гарний ніс-негарний ніс	2,37	1,30	1,15	2,86	3,57	2,38	1,75	2,46	3,79	1,24	1,13
Усміхнений-похмурий	2,37	1,55	1,31	2,32	3,29	1,56	1,25	2,04	3,00	1,45	1,63
Прищавий-неприщавий	5,11	6,85	6,77	5,09	4,00	6,38	7,00	5,13	4,25	6,82	6,88
Повногубий-тонкогубий	4,00	3,90	3,00	3,73	4,14	3,56	3,75	3,87	3,83	3,55	2,88
Сутулий-стрункий	5,95	6,50	7,00	5,30	5,00	6,38	7,00	5,25	5,00	6,70	6,50
Коротконогий-довгоногий	5,26	6,00	6,69	5,20	5,00	5,81	6,25	5,69	4,79	6,27	6,38
Спортивний-неспортив	3,42	2,50	1,54	2,64	3,86	1,94	2,75	3,13	3,29	2,12	2,00
Неохайний-охайний	6,68	6,55	6,77	5,70	5,71	6,56	6,75	6,08	5,46	6,64	6,50
Сірий-яскравий	4,79	5,50	6,31	5,05	4,43	5,44	5,25	4,92	4,17	5,82	6,25
Тендітний-нетендітний	2,21	1,90	1,77	3,05	4,29	2,94	2,25	2,33	3,67	1,85	1,63
Жіночний-мужній	1,37	2,35	1,23	5,98	6,71	6,38	6,75	1,98	2,17	1,91	1,38
Життєрадісн.-незадов	1,95	1,35	1,15	2,34	2,43	1,63	1,00	1,75	3,04	1,27	2,00
Холодний-теплий	5,89	5,70	6,69	5,23	4,86	5,19	5,00	5,37	5,29	6,09	6,13

Додаток 7.

Показники кореляції між шкалами нейротизму (1), ситуативної тривожності (2), показниками тесту САРТ (3) та семантичного диференціалу (4)

Таблиця 7.1

Досліджувані пацієнти-юнаки (хлопці)

Шкали	3	4
1	-0,544	0,892
	p=,036	p=,000
2	-0,5869	0,8828
	p=,021	p=,000

Таблиця 7.2

Досліджувані пацієнти-юнаки (дівчата)

Шкали	3	4
1	-0,5884	0,7997
	p=,021	p=,000
2	-0,7939	0,8944
	p=,000	p=,000

Таблиця 7.3

Досліджувані пацієнти-підлітки (хлопчики)

Шкали	3	4
1	-0,5429	0,7
	p=,036	p=,004
2	-0,7593	0,9061
	p=,001	p=,000

Таблиця 7.4

Досліджувані пацієнти-підлітки (дівчатка)

Шкали	3	4
1	-0,8135	0,5507
	p=,000	p=,033
2	-0,8835	0,582
	p=,000	p=,023

Таблиця 7.5

Загальна вибірка (пацієнти)

Шкали	3	4
1	-0,6185	0,5461
	p=,000	p=,000
2	-0,7897	0,6507
	p=,000	p=,000

Додаток 8. Результати проведеного психотренінгу

Загальні результати дослідження за методиками “Шкала нейротизму Г.Айзенка” (1), “Шкала ситуативної тривожності Ч.Спілбергера” (2), “САРТ” (3) та “Семантичний диференціал” (4) (експериментальна та контрольна група, до та після психотренінгу)

		Експериментальна група								Контрольна група								
		До експерименту				Після експерименту				До експерименту				Після експерименту				
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Юнаки	х	1	16	68	33	5,60	15	48	43	5,33	8	27	78	2,40	7	28	78	2,33
		2	17	66	30	5,53	17	47	42	4,33	20	41	64	3,20	19	42	64	3,13
		3	17	67	33	5,67	18	50	48	4,67	6	26	79	2,27	6	25	81	2,27
		4	18	68	32	5,73	17	48	48	4,07	9	30	75	2,47	9	30	74	2,47
		5	19	68	33	5,73	18	49	48	4,40	18	37	65	3,07	18	37	64	3,07
		6	20	69	31	5,93	19	70	32	6,00	15	34	71	2,87	16	35	69	2,93
		7	19	70	30	5,93	18	50	46	4,40	8	28	75	2,47	7	27	75	2,47
		8	20	70	29	6,00	18	68	30	6,07	23	41	64	3,40	22	42	63	3,47
		9	19	69	32	6,00	18	48	46	4,33	16	36	69	2,93	17	37	69	3,00
		10	17	67	33	5,60	16	66	30	5,67	13	31	74	2,73	13	31	74	2,67
		11	18	68	32	5,60	16	47	50	4,47	12	32	73	2,60	12	32	72	2,60
		12	20	70	31	6,00	19	50	36	4,67	7	20	80	2,33	8	21	80	2,40
		13	21	71	29	6,00	20	52	39	4,60	8	27	78	2,40	8	26	80	2,47
		14	21	69	32	6,00	20	68	33	6,13	9	29	76	2,53	8	28	76	2,53
		15	19	69	31	5,87	19	49	45	4,20	10	29	76	2,53	10	30	75	2,53
Юнаки	д	1	17	68	33	6,13	17	49	47	4,40	9	30	75	2,47	8	31	75	2,53
		2	18	68	32	6,27	17	48	43	4,53	10	29	77	2,53	11	27	76	5,07
		3	16	67	29	6,20	16	47	42	4,53	12	32	73	2,67	13	34	68	2,73
		4	19	69	32	6,00	18	70	30	5,93	15	34	71	2,87	14	33	70	2,67
		5	20	72	28	6,33	19	52	43	4,67	14	33	73	2,73	13	33	72	2,73
		6	24	74	29	6,60	21	54	44	4,80	20	38	67	3,20	19	37	67	3,00
		7	20	73	27	6,53	18	74	28	6,47	22	46	59	3,33	23	45	60	3,40
		8	16	66	32	6,07	15	48	42	4,00	8	28	75	2,47	7	26	74	2,53
		9	17	67	33	6,20	17	47	42	4,47	7	28	77	2,33	8	27	78	2,40
		10	15	66	33	6,13	14	68	32	6,13	23	43	60	3,40	23	43	61	3,33
		11	19	69	31	6,27	19	51	45	4,53	24	44	60	3,47	23	42	59	3,40
		12	20	72	28	6,47	19	52	39	4,80	9	28	77	2,47	9	28	77	2,40
		13	21	71	32	6,40	22	70	30	6,40	6	26	78	2,27	7	28	79	2,33
		14	22	74	25	6,67	21	53	40	5,00	8	28	77	2,33	7	27	78	2,33
		15	24	72	29	6,47	21	52	43	4,67	7	29	76	2,33	7	29	76	2,33

		Експериментальна група								Контрольна група								
		До експерименту				Після експерименту				До експерименту				Після експерименту				
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Підлітки	х	1	18	69	27	6,33	17	70	27	6,33	8	28	77	2,40	7	28	78	2,47
		2	17	67	30	6,13	17	49	44	4,47	7	29	76	2,40	8	27	79	2,40
		3	16	60	38	5,60	14	45	52	4,00	7	27	77	2,33	7	27	76	2,00
		4	18	68	33	6,13	17	67	32	6,00	6	25	80	2,27	8	24	79	2,40
		5	19	69	32	6,20	16	49	48	4,53	17	35	70	3,00	16	36	70	2,87
		6	20	70	30	6,33	20	51	47	4,73	9	29	76	2,47	9	29	75	2,47
		7	19	68	32	6,00	18	48	47	4,33	12	32	72	2,60	12	33	72	2,67
		8	19	69	32	6,27	19	49	42	4,53	13	32	73	2,73	13	32	72	2,73
		9	19	69	31	6,00	17	70	30	5,93	19	34	71	3,13	19	37	69	3,13
		10	18	67	29	6,13	17	46	44	4,40	14	34	71	2,80	14	34	71	2,87
		11	18	68	33	6,20	16	48	43	4,53	13	33	74	2,80	14	36	75	2,80
		12	20	71	27	6,40	20	52	42	4,67	21	42	62	3,27	21	43	61	3,27
		13	18	69	31	6,27	17	49	48	5,53	8	28	77	2,40	8	28	78	2,47
		14	19	69	32	6,27	18	67	29	6,20	9	31	75	2,47	10	30	75	2,53
		15	21	71	29	6,40	20	51	45	4,73	10	30	75	2,53	9	29	75	2,47
	д	1	16	67	32	6,00	15	68	32	6,00	8	24	79	2,40	8	25	80	2,47
		2	23	72	29	6,53	21	55	43	4,80	7	28	77	2,33	6	26	79	2,27
		3	18	68	32	6,20	18	70	30	6,13	7	27	77	2,33	8	27	74	2,47
		4	19	70	32	5,33	18	50	47	4,13	6	24	81	2,27	6	25	79	2,27
		5	19	70	31	6,33	18	50	45	4,67	17	38	65	3,07	16	39	65	2,80
		6	23	73	27	6,53	22	72	28	6,47	8	28	77	2,40	8	28	76	2,40
		7	19	69	32	6,27	16	51	47	4,60	7	24	79	2,33	7	23	79	2,33
		8	16	65	33	5,93	15	45	38	4,20	23	44	60	3,53	22	45	59	3,40
		9	17	68	31	6,20	16	48	40	4,53	24	41	63	3,47	24	42	63	3,47
		10	15	65	37	6,00	13	46	50	4,13	9	29	76	2,47	9	30	74	2,53
		11	19	69	30	6,33	18	70	30	6,33	6	28	77	2,27	5	28	77	2,20
		12	22	73	28	6,53	20	53	42	4,80	8	27	77	2,47	9	27	78	2,40
		13	20	71	28	6,53	19	52	43	5,40	7	31	74	2,33	7	30	75	2,33
		14	20	69	32	6,27	18	68	31	6,20	14	32	72	2,87	14	32	73	2,67
		15	19	72	29	6,67	18	52	44	5,07	20	41	64	3,20	20	41	64	3,20

