

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ М. П. ДРАГОМАНОВА**

На правах рукопису

ТІУНОВА Альона Олегівна

УДК 376.015.3:[159.9.072:159.923.2](043.3)

**ПСИХОДІАГНОСТИКА ТА ПСИХОКОРЕКЦІЯ
ПОРУШЕНЬ ОБРАЗУ ТІЛА У ПІДЛІТКІВ**

19.00.08 – спеціальна психологія

Дисертація
на здобуття наукового ступеня
кандидата психологічних наук

Науковий керівник:
кандидат психологічних наук, доцент
Гусев Андрій Ігорович

Київ – 2016

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
 РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ФОРМУВАННЯ ОБРАЗУ ТІЛА.....	12
1.1. Образ тіла як психологічна категорія.....	12
1.2. Особливості формування образу тіла у дітей підліткового віку.....	39
1.3. Порушення харчової поведінки як психологічний чинник появи булімії та анорексії у підлітковому віці.....	56
Висновки до першого розділу.....	67
 РОЗДІЛ 2. ОСОБЛИВОСТІ СТАНОВЛЕННЯ ОБРАЗУ ТІЛА У ДІТЕЙ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ.....	70
2.1. Теоретичне обґрунтування та опис методики констатувального експерименту.....	70
2.2. Тенденції та закономірності становлення образу тіла у дітей підліткового віку.....	84
2.3. Аналіз проявів у становленні образу тіла у дітей 8-11 класів.....	106
Висновки до другого розділу.....	133
 РОЗДІЛ 3. СИСТЕМА КОРЕКЦІЙНОГО ПІДХОДУ З ФОРМУВАННЯ ОБРАЗУ ТІЛА У ДІТЕЙ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ.....	137
3.1. Теоретичні вихідні позиції експериментального формування у підлітків образу тіла.....	137
3.2. Модель та розвивально-корекційна стратегія гармонізації розвитку образу тіла у підлітків.....	156

3.3. Аналіз результатів контрольного експерименту з виявлення ефективності корекційного підходу	170
Висновки до третього розділу.....	183
ВИСНОВКИ.....	187
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	197
ДОДАТКИ.....	235

ВСТУП

Актуальність теми. Демократичні перетворення в Україні тісно пов'язані з реформуванням суспільного і освітнього середовища. Завдяки гуманістичній наповнюваності освітнього простору діти в різні періоди вікового розвитку оволодівають оцінюванням членів спільноти та себе як фізично і психічно розвинутої людини.

Формування зрілої особистості з ієрархією мотивів, визначеними і осмисленими цінностями та цілями неможливе без уявлення свого «фізичного я», яке у сучасній науковій літературі (Ю. Шевченко [319], Є. Ісаєв [120], М. Коркіна [142, 143]) трактується як образ тіла.

Особливої уваги до власної зовнішності дитина набуває в підлітковому віці, коли провідним виступає міжособистісне спілкування та всебічне оцінювання себе та інших через складну систему соціальних, психологічних, фізичних, інформаційних чинників.

Образ тіла і ставлення до своєї зовнішності у підлітків набувають вирішального значення в процесі розбудови власної життєдіяльності.

Вивчення окремих питань фізичного розвитку дітей (Г. Мозгова [194], Л. Руденко [258], М. Сандомирський [262], О. Скугаревський [268], І. Флорін [294]) показало його значущість не лише в ракурсі забезпечення здоров'я і здорового способу життя, а перш за все, як засіб формування толерантності й терпимості у всіх сферах функціонування суспільних відносин (І. Слободянюк [269], О. Кікінежді [128, 129], Т. Титаренко [285, 286]). Саме тому, в період навчання у школі, підліток набуває критеріальних суджень щодо різноманіття тілесних характеристик, а відтак – і формування у дітей даного віку образу тіла.

Саме образ тіла у подальшому виступає показником, за яким підлітки вибудовують ставлення до себе та оточуючих (Р. Моляко [196], С. Орбах [224], С. Реан [250]).

На своєрідність підліткового віку з точки зору фізичного, статевого розвитку, самоідентифікації вказували Ю. Антропов [15, 16], А. Дорожевець [101], Р. Комер [138], В. Марілов [182], О. Соколова [271], М. Цівілько [312].

За висновками О. Кікінежді [128, 129] і Р. Моляко [196] саме підлітковий вік пов'язаний з формуванням правильного співвідношення тілесних характеристик та гендерної ідентичності. Доведено, що становлення образу власного тіла відбувається під впливом нерегульованих зовнішніх чинників.

Т. Нечитайло [210, 211, 212], досліджуючи генезис образу «фізичного Я» у підлітковому віці, вказала, в якості головної ознаки, на значну варіативність щодо вікового діапазону, в якому активізується процес формування фізичного Я.

Незважаючи на значні здобутки у вивченні становлення фізичного Я, цілеспрямованого детального психологічного дослідження особливостей формування образу тіла у підлітків не відбувалось, не вивчались причини і показники порушень образу тіла, не аналізувались психокорекційні засоби і умови нівелювання таких порушень. Порушення тіла та образу тіла у психології не розглядались як специфічні вади, а внаслідок цього діти з вказаними відхиленнями не вивчались як такі, яким властивий певний спектр особливих потреб, що вимагало психологічних умов корекційного впливу.

Актуальність зазначеної проблеми, недостатнє теоретичне вивчення особливостей розвитку підлітка в умовах інтенсивних тілесних змін різного генезу та відповідних трансформацій уявлень про себе й обумовили вибір теми дисертаційного дослідження **«Психодіагностика та психокорекція порушень образу тіла у підлітків»**.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дисертаційне дослідження виконано відповідно до науково-дослідної теми кафедри загальної та практичної психології ДВНЗ «Університет менеджменту освіти» НАПН України «Психолого-педагогічний супровід навчально-професійної діяльності майбутніх фахівців в системі післядипломної педагогічної освіти». Тему дисертаційного дослідження затверджено на засіданні Вченої ради ДВНЗ «Університет менеджменту освіти» НАПН України (протокол № 3 від 21.05.2014 р.) й узгоджено в Міжвідомчій раді з координації наукових досліджень з психологічних і педагогічних наук України (протокол № 6 від 17.06.2014 р.).

Мета дослідження полягає у теоретичній розробці та експериментальному вивірненні психологічних механізмів порушень образу тіла у підлітків.

Гіпотеза дослідження. Підлітковий вік, як вік фізичної, гормональної перебудови, виокремлення спілкування з однолітками як провідного показника і новоутворення, системно впливає на формування образу тіла, у процесі якого неспівпадіння чинників призводить до його порушення. Спеціально вивірені психологічні діагностичні процедури дозволять вчасно виявити порушення, їх причини і різновиди, і в подальшому розробити психологічні впливи корекційного спрямування щодо нівелювання негативного впливу порушень образу власного тіла на психічний розвиток підлітка.

Відповідно до поставленої мети та сформульованої гіпотези визначені наступні **завдання дослідження**:

1. Виявити на основі теоретичного аналізу сутність, механізми, структуру формування образу тіла.
2. З'ясувати онтогенетичні закономірності порушень образу тіла.
3. Теоретично визначити та експериментально перевірити вимоги щодо діагностичних підходів із дослідження порушень образу тіла у підлітків.

4. Дослідити психологічні явища, які визначають на актуальному рівні розвитку характер сформованості образу тіла у підлітків.

5. Розробити психологічні напрями корекційного впливу, спрямованого на нівелювання та усунення виявлених порушень образу тіла у підлітків.

Об'єкт дослідження – становлення образу тіла у підлітків.

Предмет дослідження – порушення образу тіла, його діагностика та корекція.

Методологічну і теоретичну основу дослідження склали: положення про взаємовплив суспільства та особистості (В. Андрущенко [12], П. Анохін [13], В. Кремень [151], С. Максименко [179], В. Олійник [223], Н. Чепелева [316]); принципи розвитку, єдності свідомості та діяльності (О. Асмолов [21], О. Леонтьєв [163], П. Лушин [174], С. Рубінштейн [256, 257]); культурно-історична концепція (Л. Виготський [70, 71, 75], М. Ярмаченко [333]); особистісно-орієнтована концепція розвитку дитини (Л. Божович [36], Дж. Келлі [360], К. Платонов [237]); теорія операціонально-знакового опосередкування розвитку інтелекту у дітей із психофізичними порушеннями (Л. Фомічова [295, 296]); положення про компенсаторні можливості психіки, результативність, цілеспрямованої корекційної роботи та соціалізації осіб з психофізичними порушеннями та особливими потребами (Віт. Бондар [37], В. Синьов [264], Є. Синьова [265, 266], В. Тарасун [281], Л. Фомічова [295, 296], О. Хохліна [305, 306, 307, 308, 309], М. Шеремет [321]).

Методи дослідження. Для досягнення мети і розв'язання поставлених завдань використані наступні методи:

- *теоретичні*: методолого-теоретичний аналіз і синтез загальної і спеціальної психологічної літератури з проблеми дослідження; системний і структурно-функціональний аналіз для систематизації, типологізації результатів

дослідження, моделювання – з метою визначення ефективних напрямів вирішення проблеми, що досліджується;

- *емпіричні*: констатувальний, формувальний, контрольний експерименти, спостереження, бесіда, комплекс авторських методик, методики: «Самоставлення» (В. Столін та С. Пантелєєв), «Дослідження самооцінки» (Дембо-Рубінштейна), проєктивна методика «Малюнок людини» (К. Маховева), факторний особистісний опитувальник Р. Кеттелла (HSPQ), методика діагностики міжособистісних відносин Т. Лірі, метод дослідження рівня суб'єктивного контролю (РСК), методика дослідження способу поведінки в конфліктній ситуації К. Томаса, адаптована Н. Грішиною;

- *статистичні*: метод рангової кореляції ρ Спірмена, метод оцінки достовірності зрушення у значеннях досліджуваної ознаки – Т-критерій Уїлкоксона; обробка отриманих даних за допомогою версії 11.5 комп'ютерної програми Statistical Package for the Social Science (SPSS) for Windows.

Експериментальна база дослідження. Дослідження здійснювалось упродовж 2013–2015 рр. на базі загальноосвітніх шкіл м. Києва: спеціалізованої школи № 41 імені З. К. Слюсаренка з поглибленим вивченням англійської мови та ліцею № 38 імені В. Молчанова; загальноосвітньої школи № 6 м. Лубни Полтавської області; Володимир-Волинського навчально-виховного комплексу «ЗОШ I-III ступенів – ліцей», ліцею № 2 м. Житомира, Тербовлянської загальноосвітньої школи I-III ступенів № 2 Тербовлянського району Тернопільської області, а також Центру лікувальної педагогіки «Свідомість» та Київського міського центру «Психічне здоров'я дітей» при Київській міській клінічній психоневрологічній лікарні № 1.

Дослідженням охоплено 870 учнів 8–11 класів, зібрано і проаналізовано більше 13050 протоколів дослідження.

Наукова новизна та теоретична значущість дисертаційної роботи:

- *вперше* досліджено різновиди порушень образу тіла у підлітків; виявлено основні типові закономірності порушень; винайдені та узагальнені критеріальні показники, які склали сутність відмінностей у становленні образу у підлітковому віці; виділено та експериментально перевірено дієвість сформульованих принципів спеціальної психологічної діагностики; з'ясовано рівні сформованості образу тіла та детермінанти їхньої змінюваності; розроблена теоретична модель та напрями корекційно спрямованого психологічного впливу з метою ефективності формування образу тіла у підлітковому віці;

- *поглиблено та розширено* уявлення про порушення образу тіла у підлітковому віці, яке супроводжується вторинними відхиленнями;

- *подальшого розвитку* набули система знань про сутність, зміст та особливості становлення образу тіла, критерії відбору психодіагностичних підходів; уявлення про особливість змін різного генезу та відповідних трансформацій уявлень про себе, яка враховує вікові та індивідуальні особливості підліткового періоду.

Практичне значення дослідження полягає у тому, що визначений пакет діагностичних методик для вивчення психологічних особливостей підлітка з порушенням образу тіла, окреслений його психологічний портрет із досконалим і порушеним образом тіла; розроблена концептуальна модель корекції у динаміці формування сприйняття образу тіла у підлітків. Окрім цього, визначені адаптаційно-компенсаторні стратегії гармонізації образу тіла у підлітків. Одержані результати також можуть бути використані у лекційних курсах, спецкурсах зі спеціальної, вікової, педагогічної психології з підготовки практичних психологів.

Розроблено спецкурси «Порушення образу тіла та його корекція», «Психодіагностика порушень образу тіла» та тренінги «Підлітковий вік:

новоутворення і виклики», що дозволяє вдосконалити готовність вчителів різних галузей до роботи з дітьми з особливими потребами.

Апробація та впровадження результатів дослідження. Теоретичні та експериментальні положення доповідались та були схвалені на 3 міжнародних та 4 Всеукраїнських наукових конференціях: Міжнародна науково-практична конференція «Aktualne naukowe problemy. Rozpatrzenie, decyzja, praktyka». (Warszawa, 2014); VI Міжнародна науково-практична конференція «Психолого-педагогічний супровід фахової підготовки та підвищення кваліфікації особистості в умовах трансформації освіти» (Київ, 2014); Міжнародна науково-практична конференція «Історія та сучасний стан педагогічних та психологічних наук» (Київ, 2014); VII Всеукраїнська науково-практична заочна конференція «Актуальні проблеми педагогічної науки» (Миколаїв, 2014); XIV Всеукраїнська науково-практична конференція «Педагогічні читання – 2013» – «Інтеграція дітей з вадами слуху в суспільство та напрямки інклюзивної освіти і Україні» (Київ, 2013); XV Всеукраїнська науково-практична конференція «Педагогічні читання – 2014» – «Демократичні перетворення в Україні і її глухі та слабочуючі громадяни» (Київ, 2014); XVI Всеукраїнська науково-практична конференція «Педагогічні читання – 2015» – «Урок у структурі навчально-виховного процесу в спеціальній школі для дітей з вадами слуху» (Запоріжжя, 2015).

Проміжні та кінцеві результати дисертаційного дослідження доповідалися та обговорювалися на засіданнях кафедри загальної та практичної психології ДВНЗ «Університет менеджменту освіти».

Результати дослідження *впроваджено* в навчальний процес Державного вищого навчального закладу «Університет менеджменту освіти» НАПН України (довідка № 01-02/316 від 11.05.2016 р.); Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова (довідка № 01-10/894 від 19.05.2016 р.).

Публікації. Основні наукові положення й результати дослідження висвітлено в 9 публікаціях, з яких: – 4 статті у фахових наукових виданнях, затверджених МОН України; 1 – у зарубіжному науковому фаховому виданні; 1 – у загальнонауковому виданні; 3 – у матеріалах конференцій.

Структура та обсяг дисертації. Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (375 найменувань, з них 40 – іноземною мовою), 11 додатків. Дисертація містить 13 таблиць та 35 рисунків на 18 сторінках. Основний зміст дисертації викладено на 196 сторінках. Загальний обсяг дисертації становить 249 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ФОРМУВАННЯ ОБРАЗУ ТІЛА

1.1. Образ тіла як психологічна категорія

Дослідники (Т. Аракелян [19], І. Енцлер [329], О. Заржицька [113], В. Куніцина [157], А. Тхостов [288]) єдині в думці про те, що образ тіла – це своєрідна система уявлень людини про фізичну сторону власного «Я», про своє тіло, так би мовити, тілесно-психологічна «карта». При цьому образ тіла не є пасивним і «застиглим», раз і назавжди заданим, навпаки, він є динамічним і, разом з тим, суб'єктивним, оскільки формується самою людиною в процесі активної діяльності (Л. Баранська [23], Е. Кречмер [153], А. Крилов [154], М. Мдівані [188], М. Фельденкрайз [290]). Образ тіла конструюється людиною з окремих фрагментів – різних проявів тілесного та усвідомлення його в різноманітних життєвих ситуаціях (А. Алексєєва [5], В. Мухіна [201], Т. Нечитайло [210, 211], С. Орбах [224]).

Феномен образу тіла протягом останніх століть вивчався в різних розділах медицини, філософії, культурології, психології, що призвело до виникнення числених теорій і концепцій, які пояснюють його сутність і динаміку розвитку (М. Агарьова [4], І. Бескова [31], А. Гавриленко [77], В. Кипеть [126], Я. Наровська [208], В. Нікітін [231, 214], В. Подорога [238], Л. Пономарьова [239], А. Рождественський [255], М. Сандомирський [262], С. Холл [304], Г. Цукерман [313], А. Черкашина [317]).

Дослідники стверджують, що сутність людини проявляється в її досвіді тілесного проживання. Тому, з іншого боку, образ тіла – це психологічний термін; в образі тіла інтегровані уявлення про тіло як плоть і про тіло як

тілесність, а це означає, що сам образ тіла може виступати як об'єкт, який підлягає емпіричному спостереженню та дослідженню (Д. Бескова [30], О. Газарова [78], В. Нікітін [215], М. Сандомирський [262]).

Л. Баранська, досліджуючи образ тіла як предикатор порушення адаптації молоді в соціальному середовищі, зазначала, що культурно-історична концепція розвитку психіки, запропонована Л. Виготським, внесла якісні зміни до загального уявлення про тілесний розвиток людини як нормальний, так і аномальний. Відповідно до даної концепції, все, з чим має справу людина, в тому числі і її тіло, дано їй в культурно перетвореному вигляді, укладено в певну історично і культурно детерміновану перспективу [23].

О. Соколова, досліджуючи самооцінку та самосвідомість при аномаліях особистості, наводить, як на думку автора, переконливі дані щодо початкових етапів дослідження тіла. Автор стверджує, що один із ранніх етапів наукових досліджень у сфері образу тіла пов'язано з лікарями-неврологами: Г. Хедом, Ж. Бабинські, П. Боннером [271]. На той час, образ тіла вони ототожнювали, як правило, зі схемою тіла, тобто, з так званою, пластичною моделлю, «яку кожен будує, виходячи з соматичних відчуттів» [271]. Схема тіла допомагає людині рухатися і орієнтуватися в просторі. Але навіть вона не може розглядатися як елементарний перцептивний продукт, про що свідчать, наприклад, «фантомні відчуття» – тілесні переживання пацієнтом, як реально існуючої, ампутованої кінцівки. Е. Вюрпілло [76], Дж. Хессет [303], К. Ясперс [334] детально описують у своїх роботах феномен «фантомної кінцівки», який присутній після ампутації і зникає лише з часом. Автори припускають, що таке явище прямо пов'язане з образом тіла і підкреслюють важливість психологічних та нейрофізіологічних процесів у формуванні тілесного образу і схеми тіла. Даний факт пояснюється тим, що образ тіла має стабільну складову, яка зберігає інформацію про тіло, і оперативну, яка отримує інформацію про стан тіла в кожен момент часу. Стверджується, що людині для того, щоб побудувати новий

образ, викликаний соматичними змінами, потрібен час для позбавлення від старого образу тіла та трансформації у новий образ.

Паралельно розвивалося й інше розуміння образу тіла, яке знайшло своє відображення у психології тілесності (А. Тхостов [288], В. Кипеть [126]). Зокрема, В. Кипеть, розглядаючи особливості образу тіла у людей з психічними розладами, посилається на результати дослідження П. Шільдера (австрійського психіатра, психоаналітика). Так, П. Шільдер, як зазначає В. Кипеть, одним із перших, увів поняття «образ тіла», визначивши його як візуальне уявлення людини власного тіла, де людина формує такий образ у своїй свідомості. На думку П. Шільдера, образ тіла – це психічний образ, що виникає в міжособистісній взаємодії. Це, свого роду, система уявлень особистості про своє фізичне «Я», про своє тіло [126]. Саме П. Шільдер проаналізував даний феномен з точки зору психоаналізу і соціології. Він визначив, що образ тіла включає в себе перцептивні, когнітивні й емоційні компоненти, формується на основі життєвого досвіду і відображає світовідчуття, особливості особистості та її психологічні труднощі [126].

На індивідуальному рівні сприймання тіла, як об'єкта, проявляється у вигляді відчуження (Д. Демидов [98], І. Енцлер [329], Е. Кречмер [153]). Його сутність полягає у встановленні уявної дистанції, зниженні чутливості і можливості розуміти власну тілесність, як правильно, так і спотворено оцінювати у образі. Висловлюючись інакше, дослідники вважають, що у індивіда існує здатність переживати «єдність тілесної і духовної тканин» [329]. Власне тіло не завжди усвідомлюється в категоріях «Я», «що є мною», а може стати чужорідним, інакшим: «Ставлення до тіла як до об'єкта є способом не відчувати себе, не усвідомлювати свої справжні потреби і прагнення, а, значить, жити чужим розумом, бути більшою мірою керованим ззовні, легко піддаватися зовнішнім впливам. Дане положення має значення для розуміння у психології

особистісного розвитку людини: ставлення до власного тіла як до об'єкта гальмує розвиток самоідентичності» [329, с. 54].

Інший підхід описано як процес об'єктивізації наданий Н. Теліциною: «Спочатку об'єктивується тіло, розбираючись на частини, і лише потім, доведене до досконалості тіло може приміряти на себе ті чи інші речі. ... Тіло в тій чи іншій мірі завжди є для нас об'єктом. Проте, таке тотальне подріблення тіла на частини, тотальна незадоволеність цими частинами, призводить до того, що бажання знову зібрати тіло в ілюзорну єдність матеріалізується у все нових об'єктах, настільки ж ілюзорних, як і саме тіло ... » [284, с.151].

На основі вивчення різних досліджень, присвячених вивченню образу тіла, встановлено, що образ тіла є тілесно-чуттєвою основою свідомості, яка включає в себе ментальне уявлення про тіло (думки, емоції, знання) і яка утворює зорову картину, в основі якої знаходяться образи – враження людини про себе [4, 19, 23, 55, 169]. Так, М. Агарьова виділяє наступні його компоненти: сенсомоторний (виконує функцію диференціації сенсорних і моторних компонентів діяльності, тобто рухи слугують для регулювання, контролю або корекції сенсорної інформації), психомоторний (реалізує функцію, пов'язану з руховим реагуванням на зовнішні подразники), експресивний (несе інформацію про емоційно-особистісні особливості дитини і забезпечує функцію зовнішнього прояву образу тіла через виразні рухи міміки, пантоміміки) та імпресивний (виконує функцію, пов'язану з розумінням образу тіла) [4].

В. Нікітін [215] вважав, що образ тіла – це інтегральне психічне утворення, соціально-культурний продукт, який формується в процесі розвитку і осягнення особистістю своєї тілесної самоідентичності. В понятійний апарат ним додатково вводяться дві категорії – «біологічне тіло » і «феноменологічне тіло». Далі автор зазначав, що в процесі формування особистості структура образу тіла зазнає якісних змін; протягом формування особистості дольова

участь у структурі образу тілесного Я соціально-культурного компонента – «феноменологічного тіла» – зростає. Однак, інтеграція образу тіла, на думку автора, не може бути продуктивною без розвитку всіх його складників. В якості структурних компонентів образу тіла, він виділяє наступні: 1) фізичний ; 2) психічний; 3) соціально-психологічний; 4) культурний [214].

Розглядаючи структуру образу тіла, логічним є визначення О. Соколової, яка під образом тіла розуміє «складну комплексну єдність сприйняття, установок, оцінок, уявлень, пов'язаних з тілесною зовнішністю і з функціями тіла» [271, с. 78]. «Образ» – це певний символ та ментальні конструкції, які протиставлені реальності фізичного досвіду. Не можна сказати, що образи нереальні, але їхня реальність відмінна від тілесного феномена. Образ набуває реальності, коли об'єднується з почуттям або відчуттям [271].

Образ тіла трактується на позиціях: «схема тіла», «тілесне Я» (почуття тілесної самоідентичності), «тілесне уявлення» (яке може спиратися навіть на сни і фантазії) і «концепція тіла» (формальне знання про тіло, яке виражається за допомогою загальноприйнятих символів) [271]. Це різні поняття. Вважається, що поняття «образ тіла» більш глибоке і точне, ніж схема тіла. Основну якість образу тіла визначено, як цілісність і превалювання цілого над його складниками. Тоді як схему тіла дослідники аналізують, як правило, за частинами тіла (А. Гавриленко [77], О. Заржицька [113], Є. Ільїн [118], В. Куніцина [157]).

Важливою складовою образу тіла є межа образу тіла (усвідомлення тілесного кордону), яка формується під час тілесного контакту і впродовж життя. Поняття «межа образу тіла», як зауважує О. Соколова, пов'язують з Фішером та Клівлендом, які встановили взаємозв'язок між ступенем визначеності кордонів образу тіла, особливостями локалізації психосоматичних симптомів та деякими психофізіологічними і особистісними характеристиками людини. Дослідження показали, що у осіб з високим рівнем визначеності

кордонів образу тіла ясніше представлені зовнішні обриси тіла у свідомості, а також у них більш стабільна адаптація, сильна автономія, прагнення до емоційних контактів. У осіб з низьким ступенем визначеності кордонів образу тіла у свідомості більш чітко представлені внутрішні органи, особистісні якості: це слабка автономія, високий рівень особистісного захисту, невпевненість у соціальних контактах [271].

Образ тіла у людини має усвідомлені і неусвідомлені компоненти, які можуть відрізнятися один від одного залежно від значимості для кожного індивіда (Д. Демидов [98], О. Заржицька [113], Є. Креславський [152], Б. Ломов [169]). Цікаво, що презентуючи себе – дитина чи дорослий – орієнтується часто на зовнішню складову образу тіла. Опис себе часто включає тільки зовнішні компоненти, ніби як кордон тіла, який виділяє людину серед оточення, і, відповідно, «Я» набуває соматичного, тілесного, плотського, матеріального змісту. Дотримуючись традиції осмислення взаємозв'язків духовного і тілесного П. Тищенко, як наголошував В. Мясіщев, визначав тіло як «відкрити для чуттєвого погляду зовнішню форму людини» [203]. Тіло виступає як джерело опору – бар'єр, що не пропускає погляд всередину, і в цьому сенсі воно реальне. Однак та сама зовнішність, яку, зазвичай, називають тілом, в живому чуттєвому досвіді відображає душу, бажання, свідомість, волю (Л. Баранська [23], Р. Бенедикт [26], Д. Бескова [29], А. Дорожевець [101], В. Панфєров [226]).

Розвиваючи проблему бар'єрності і проникності, А. Тхостов розглядав кордон тілесності як сферу, де поєднання суб'єктних і об'єктних впливів досягає величини, при якій вона вже не може розглядатися як «моя», але ще не може бути віднесена до «мені не приналежної». Певне явище стає «моїм», коли воно перестає бути явищем і стає освоєним, «прозорим», керованим і контрольованим з боку суб'єкта [248].

Тіло трактується не тільки як видиме, але й як таке, яке є невидимим. Даний феномен включає як психологічні, так і емоційні аспекти. Психологічні

та емоційні аспекти взаємодії оціночної позиції тіла і «господаря» тіла, як зауважує В. Мухіна, розкриває теорія компенсації К. Юнга, згідно з якою «несвідоме або доповнюючи, або компенсуючи свідомість, завжди прагне до збалансованості» [201]. Образ тіла уявляється людиною, є символічною проекцією її стану та її особистісних особливостей і міжособистісних взаємодій [292]. Символ, в свою чергу, є проекцією несвідомого і «завжди діє як компенсуючий або компліментарний елемент стосовно до свідомості, в конкретний момент життя... Витіснений аспект життя намагається привернути до себе увагу свідомості компенсуючим символом, що реалізується в сновидінні, у фантазії або малюнку, тим самим стимулюючи зміну в свідомості» [292, с. 37]. Тобто, образ тіла відіграє і компенсуючу і компліментарну роль в житті людини.

Формування образу тіла у процесі розвитку дитини відбувається через різні соціальні фільтри [24]: сім'я, спільнота, етнічна або референтна група, релігія тощо. Відповідно, отримується образ, який відповідає вимогам часу і суспільства. В результаті може створитися образ нереальний, часто придуманий, порівнюваний з тим, що оточує людину. Суспільство здійснює значний внесок не лише у формування людського тіла, а й у створення його індивідуального образу, який будується з опорою на закріплені в культурі критерії оцінки [375]. Образ тіла є продуктом символічної діяльності людини, спрямованої на осмислення нею свого існування, він динамічний. Зокрема, відбувається постійне порівняння реального та ідеального образу тіла. Останній відображає особливості тілесного канону – сукупності «встановлених правил, норм і пропорцій» [24].

Достатньо детально образ тіла аналізується в рамках обговорення проблеми порушення образу тіла. Опис дещо різниться, перш за все, приналежністю до певних наукових шкіл (О. Бондаренко [39], Д. Ельконін [328], Е. Еріксон [330], А. Реан [250], С. Фішер [349], З. Фрейд [300], К. Юнг

[331]). Цікавим є підхід у гештальтпсихології (А. Бегоян [25], С. Гінгер [81], Ф. Перлз [228]). П. Гудмен, як зазначав С. Гінгер, користувався поняттям «self», визначивши «self» як безперервний процес творчої адаптації особистості як до свого внутрішнього середовища, так і навколишнього світу. С. Гінгер цитує П. Гудмена таким чином: «... Self – це не фіксована сутність і не психічна інстанція на зразок «Я» або «Его». Self – це специфічний для кожного процес, що характеризує його власний спосіб реагування в даний момент і в даному полі, відповідно до його особистого «стилю» ... » [82, с. 9]. На думку С. Гінгера, Дж. Латнер у «self» виділяє індивідуальний спосіб вияву себе в контакті з навколишнім середовищем та дії людини при адаптації [82].

За С. Гінгером, Self – це процес, що функціонує в трьох режимах: як «id», як «ego» і як «personality». Так, функція «id» базується С. Гінгером на характері внутрішніх імпульсів стосовно життєво важливих потреб з їхнім тілесним вираженням. Функція «ego» розглядається як активна функція вибору або свідомої відмови від дії. Функцію «personality» С. Гінгер пояснює через уявлення суб'єкта про себе самого, аналіз образу самого себе, що дозволяє людині визнати відповідальність за свої відчуття і дії [82]. Тобто, у гештальтпсихології образ тіла є частиною функції «personality». При цьому, у формуванні образу тіла провідну роль відіграє функція «id». Порушення образу тіла, за висновками дослідників, призводить до зриву циклу контакту з середовищем або тілом. Порушення образу тіла можуть бути пов'язані як з розладом функції «personality», коли спотворені уявлення про власне тіло (наприклад, внаслідок присвоєння культурних стереотипів про тілесність), так і порушенням функції «id», – коли порушення пов'язані з чутливістю та констатуванням тілесних змін за пропріоцептивними відчуттями [81].

Цікавою є позиція Ф. Перлза [229], який, досліджуючи питання порушення образу тіла в рамках гештальтпідходу, описав порушення контакту з тілом: «у більшості людей відсутня адекватна пропріорецепція частин тіла, вона

підміняється зоровою фіксацією або «теорією» [229, с.98]. Причину такого порушення Ф. Перлз вбачав у конфліктах міжособистісної взаємодії у дитячому віці. Натомість, здоров'я, за Ф. Перлзом, є оптимальний баланс усього того, ким людина є. Автор підкреслював, що людина не має тіло, а, власне, є тілом: «як тільки ми говоримо, що ми володіємо тілом, ми одразу створюємо «розкол» – з'являється «Я», яке володіє тілом або організмом» [229] Такий «розкол» пов'язаний, за його висновками, з еґо-кордоном, для якого характерні два явища: ототожнення і відчуження [229].

В контексті впливу на психіку через тіло (тілесно-орієнтована терапія) вивчались стандарти конституціонального розвитку людини, що викликало, в подальшому, значний інтерес в психології. Особливу увагу вчених привертало вивчення стереотипів фізичної привабливості та їхній вплив на самооцінку і поведінку людини. Очевидним для них було положення про те, що привабливість не можна вважати лише індивідуальним враженням, вона, швидше за все, «має соціальний характер» [245].

Дослідниками (І. Енцлер [329], І. Слободянюк [269], Ф. Райс [249]) стверджувалося, що основним чинником в побудові образу тіла є не стільки певний колір очей, волосся, форма носа тощо, скільки соціальне значення тієї чи іншої особливості зовнішності. І через те, що існує підхід, що типи зовнішності є схвалюваними та не схвалюваними соціумом, привабливість, на думку психологів (О. Заржицька [113], Є. Кравченко [146], Х. Лійметс [165], Т. Титаренко [285]), можна визнати величиною наближення до того типу зовнішності, що найбільше приймається і схвалюється певною групою. Іншими словами, намагання людини бути схожою на стандарт, який схвалений соціумом, відповідати естетичним стереотипам суспільства, визначаються як ознака її бажання бути привабливою в очах інших. (В. Каган [122], І. Кон [139], А. Рождественський [254]).

Цікавим є звернення до гендерних відмінностей (В. Абраменкова [1], Ш. Берн [27], Р. Моляко [196], А. Файнголд [347]). Слід зазначити, що практично в усіх дослідженнях такого напрямку [350; 351; 352; 358] звертається увага на факт, що оцінки власного тіла у жінок виявляються більш негативними, ніж у чоловіків. Чоловіки частіше вважають себе привабливими. В той час як, особи жіночої статі більше не задоволені власним тілом, оскільки, на думку вчених, на відміну від чоловіків, відчувають тиск суспільної думки, яка цінує в жінці стрункість (Дж. Форбс [350], А. Фаллон [346], С. Франзой [351], А. Фернгом [352], Дж. Юон [358]).

М. Обозов [218] при розробці діагностичних підходів зупинився на аналізі типів, а саме:

- так, ендоморфна (пикнічна) статура – це тип, схильний до повноти, основними характеристиками якого є товарицькість, любов до комфорту, до якісної їжі, має зміни у настроях;

- мезоморфна (атлетична) статура – стрункий, сильний, з розвиненими м'язами індивід, для якого характерні високий життєвий тонус, любов до пригод і ризику;

- екторморфна (астенічна) статура – високий, худий, тендітний індивід, характерними рисами якого є замкнутість, стриманість, ощадливість, помірність, пасивність;

- астенічний тип тілобудови характеризується труднощами у суспільних та міжособистісних контактах.

До того ж, астенічні жінки за подібних умов мають труднощі в особистому житті, оскільки астенічну тілобудову автори пов'язують з інтровертованістю. Жінки з пикнічною конституцією легше, у порівнянні з астеніками, вирішують проблеми в особистому житті, оскільки легкість в контактах і зовнішнє вираження почуттів спрощують їхні стосунки з іншими. Жінки з атлетичною тілобудовою мають більше, ніж пикніки, проблем у

спілкуванні, особливо коли контактують з чоловіками і жінками такого ж типу. «Особи з атлетичною тілобудовою прагнуть домінувати у спілкуванні і стосунках» [69, с. 45].

У таких випадках проявляються психологічні фактори: з одного боку, люди з певним типом тілобудови можуть відзначатися своєрідними психологічними характеристиками, з іншого – від людей з особливостями фізичної статури очікують певної поведінки (Р. Бернс [28], В. Панферов [226], М. Паулді [227], Б. Скінер [267], А. Фрейд [299]).

Кінець 20-го і початок 21-го століть ознаменувалися підвищеною увагою і стурбованістю щодо питань, пов'язаних з дестабілізацією образу тіла (Т. Аракелян [19], Л. Баранська [23], І. Рудницька [259], Ю. Фролова [301]). Результати досліджень за останні три десятиліття свідчать про стійке зростання серед населення розвинених країн незадоволеності власною зовнішністю, особливо пропорціями фігури і вагою (А. Дорожевець [101], Є. Креславський [152], В. Петеркова [230], І. Поставнева [242]). Ступінь цього невдоволення мало залежить від реальних антропометричних показників (наприклад, люди з низькою вагою можуть вважати себе надмірно повними) [357]. Фактично, дане явище охарактеризується як свого роду дисморфофобія – переконаність в уявній фізичній потворності, дане явище досить описане в рамках психіатричних діагнозів. Невдоволення своїм тілом стає поширеним у соціумі явищем (Л. Анциферова [18], Р. Моляко [196], А. Черкашина [317]). «Нормалізація» дисморфофобії змушує звернути на неї увагу не тільки лікарів, а й психологів, соціологів та інших дослідників суміжних наукових галузей (Ю. Антропов [15], П. Лушин [176], М. Коркіна [143], Н. Яценко [335]). У формуванні негативного образу тіла важливу роль відіграють як психологічні, так соціальні фактори.

Сучасні дослідження (О. Газарова [78], Т. Гумницька [90], В. Подорога [238], С. Рубінштейн [257], Г. Старшенбаум [278], Дж. Хессет [303]) щодо

порушення образу тіла, розглядають у психологічному, філософському, медичному контекстах.

Визначається, що перебіг становлення образу тіла має бути спрямованим на виявлення різноманітних розладів, порушень, так чи інакше пов'язаних з особливостями сприймання і оцінювання власного тіла (Є. Креславський [152], С. Куненкова [156], О. Купреєва [158], А. Рождественський [254]).

Дослідники вважають очевидним, що невдоволення своєю зовнішністю, тими чи іншими рисами обличчя або фігури – явище досить поширене серед психічно здорових осіб підліткового та юнацького віку, яке проявляється в одній спільноті епізодично, в іншій – перманентно протягом усього зазначеного вікового періоду. Проте, у здорових людей ці висновки щодо тіла не займають домінуючого положення в ієрархії цінностей і не визначають надалі прояви всієї їхньої поведінки, не впливають на весь їхній життєвий устрій. В інших випадках, коли існує переконання у наявності якогось фізичного недоліку, ставлення до власного тіла може набувати характеру патологічних проявів (Л. Анциферова [18], Т. Аракелян [19], А. Дорожевець [101], В. Кипеть [126], Я. Наровська [208]).

Порушення образу тіла, на думку С. Шевченко, є досить поширеним явищем. С. Шевченко пояснює, що людська природа відрізняється онтологічною невизначеністю, тому в особистості співіснують одночасно і тенденція до стабілізації, і тенденція до дестабілізації. У випадках, коли дане явище набуває тенденції до загострення, воно перетворюється у процес психічного виживання, коли людина переживає стани, не пов'язані з його особистим досвідом. Порушення образу тіла неминуче супроводжується особистісними змінами [318].

Поняття «дестабілізація тіла», тобто порушення тіла (body destabilization) одним із перших було використане С. Орбахом [224] для позначення заклопотаності, зосередженості і тривоги з приводу свого фізичного «Я». Автор

наполягав на тому, що йдеться про те, що глибинний контакт з тілом порушується на рівні свідомості, тіло вилучається з чуттєвості оцінки зв'язку з життям і «переміщується», в першу чергу, в світ соціальних взаємин. На думку автора, це викликано двома взаємопов'язаними тенденціями: 1) об'єктивізацією, дистанціюванням тіла від «Я» та 2) розповсюдженням розуміння тіла як індивідуального проекту особистості [224].

Особисті проблеми, пов'язані з викривленим сприйманням власного тіла, стають дедалі актуальнішими для сучасного суспільства. Соціальна оцінка з огляду на фізичні критерії породжує низку психологічних проблем, оскільки образ тіла значним чином впливає на формування самооцінки (А. Алексєєва [5], Н. Каліна [123], М. Лісіна [166], А. Смоліна [270], О. Соколова [271]).

На сьогодні вимоги до ідеального тіла часто є специфічними. Ш. Берн [27] наводить такі дані: 85 % жінок через певні невідповідності не можуть відповідати еталонам тілобудови, пропонованими зовнішніми впливами, зокрема виражених в засобах масової інформації (сучасна «модель» тендітніша від середньостатистичної жінки на 23 %) [27]. Починаючи з 1920-х років, західно-європейським ідеалом жіночого тіла став, так званий, «хлопчачий» силует [338]. Більшість культур віддають перевагу ідеалам тілобудови, що відображають чітку гендерну вираженість. С. Франзой [351] вказує на те, що для західно-європейської культури притаманна привабливість худорлявих жінок та V-подібних форм чоловічого тіла [351].

Е. Ротблум [364], досліджуючи твердження стосовно повних жінок, встановила наступні факти:

- повнота асоціюється з менш розвинутими соціальними навичками і меншою фізичною привабливістю. Люди, як правило, негативно ставляться до жінок, які стали повними, а самі жінки починають гірше ставитися до себе, коли набирають вагу;

- існує об'єктивна різниця в поведінці повних жінок і жінок з нормальною вагою; відмінності впливають на враження партнерів у спілкуванні. Так, суттєво порушується здатність інтерпретувати міміку обличчя у жінок з помірною повнотою;
- студенти коледжу вважали, що повні жінки менш активні, не такі розумні, працелюбні, успішні, спортивні і популярні, у порівнянні зі стрункими;
- в оцінці можливих шлюбних партнерів студенти виділили, як привабливих, худорлявих і стверджували, що товстенькі програють у виборі дружини перед марнотратницею, кокаїністкою, злодійкою, сліпою;
- власники будинків і квартир перевагу при здачі житлової площі надають худорлявим жінкам;
- лікарі вважають повних жінок слабовольними і незграбними [364].

Т. Данильченко [107] вважає, що в Україні первинна оцінка за зовнішністю людини є типовою. Все наполегливіше ЗМІ популяризують думку про те, що цінність людини полягає в її красі, що красиве тіло забезпечує її привабливість, а атрибутом краси є худорлявість [107].

Дана проблема набуває особливої актуальності в підлітковому середовищі. Зокрема, Т. Мукай [365] виокремлює випадки нервової анорексії, нервової булімії. Переїдання серед жіночого населення складають 95% випадків і трапляються у дівчат і молодих жінок віком від 13 до 23 років. Захворювання вважається досить серйозним, оскільки від 5 % до 18 % таких хворих помирає. На булімію, за даними автора, в США страждає від 13 % до 67 % жінок (зокрема, кожна третя – це дівчина-підліток). Булімія призводить до хвороб нирок, руйнування зубів, функціональних порушень у системі травлення. Так, Т. Мукай [365], В. Петеркова [230] вказують на те, що кількість стійких харчових порушень в світі поступово зростає: булімію в умовах клініки було виявлено у 5,1 % японських жінок, у дітей віком від 6 до 18 років, які страждають на ожиріння, налічується до 25 % [369].

Низка психологів (Т. Данильченко [96], Л. Пономарьова [239], І. Слободянюк [269], А. Черкашина [317]) підкреслюють важливість правильного сприймання людиною свого образу тіла для гармонійного розвитку особистості. Так, Л. Пономарьова акцентувала увагу на значимості батьків, тому що їм важливо стежити за тим, як дитина вже на ранньому віковому етапі почуває себе та чи сприймає себе як унікальну у фізичному і психічному плані людину [239].

Як свідчить значна кількість досліджень [85, 210, 211, 224, 322], уявлення про ідеальний образ тіла починають формуватися саме в сім'ї. Батьки відіграють важливу роль у передачі дітям інформації про культурні стандарти краси, вони заохочують дітей здійснювати контроль над тілом і харчуванням. При неправильному впливі в результаті, у дитини з надмірною або недостатньою вагою може сформуватися переконання у власній неповноцінності [371].

Всіма дослідниками визнається важлива роль, яку відіграє родина в становленні і розвитку дитини (Т. Говорун [85], Т. Нечитайло [210, 211], С. Орбах [224], А. Співаковська [275]). Визнається і той факт, що вплив сім'ї може бути як позитивним і формувати основу подальшого життя, так і руйнівним, що знищує саму ідею життя. Іноді дитина отримує перші психічні травми у власній родині, які, в свою чергу, можуть надалі стати причиною психічної дезінтеграції, соматичного руйнування і невротизації. Часто той образ тіла, та первинна ідентичність, які сформувалися у дитини в його власній сім'ї на початкових етапах життя, є джерелом психосоматичних проблем.

Кожна сім'я проходить через певні стадії і цикли розвитку, які висувують нові завдання перед сімейною системою впливу. Сім'я, яка має підлітка, зустрічається з необхідністю пристосовуватися до факту дорослішання дитини. Дитина в підлітковому віці повинна пройти власну кризу ідентичності. Залишатися лише в соціальній ролі сина чи дочки, на думку психологів,

недостатньо для того, щоб адаптуватися до дорослого життя. Підліток знаходить нові моделі життя, розширюючи сферу своїх соціальних контактів і виходячи за межі сім'ї. Фактором, що полегшує цей процес, є наявність підтримки з боку сім'ї і впевненість у її стабільності. Отже, незважаючи на стереотипи, підлітковий вік – не обов'язково час неминучої напруги і непорозумінь. Цей період може бути для сім'ї спокійним та принести багато задоволення, якщо родина обізнана, як правильно будувати стосунки та вирішувати конфлікти й інші проблеми (Т. Говорун [85], Т. Нечитайло [210, 211], С. Орбах [224]).

Як свідчать дослідження, (Н. Антонова [14], А. Бондаренко [38], Н. Веремеєнко [58], О. Краєва [148], О. Мамічева [180], А. Співаковська [275], О. Хухлаєва [310]) застосування деяких технік, що повинні ніби-то сприяти формуванню ідеального тіла, насправді лише посилюють у людини невдоволення своїм зовнішнім виглядом. Інформація про дієти, фізичні вправи, пластичну хірургію все частіше з'являється на сторінках журналів і газет. За допомогою такого роду публікацій поширюється дуже сумнівна (якщо спиратися на дані емпіричних досліджень) ідея про те, що «недосконале» тіло майже завжди може бути покращене завдяки власній активності індивіда [336]. Цікаво, що чоловіки менш мотивовані до таких змін. В інтерв'ю вони часто стверджують те, що легко можуть досягти ідеальної фізичної форми, якщо лише забажають, але не збираються робити цього найближчим часом [354].

Так, Дж. Огден [366] називає індустрію дієти однією з наймогутніших сил, що спонукають людей прагнути до корекції фігури. На його думку, за допомогою ЗМІ, науково-популярної літератури та чисельних фахівців одночасно конструюється проблема надмірної ваги і пропонується спосіб її вирішення. Однак, коли людина починає використовувати дієту виключно з метою поліпшення зовнішнього вигляду, це призводить до виникнення ряду проблем. Жодна з дієт не допомагає знизити вагу на тривалий період, частково

через недостатню ефективність самих методів, частково через нездатність індивіда постійно обмежувати себе в їжі. Невиправдана зміна раціону харчування може призвести до погіршення здоров'я, що особливо небезпечно у підлітковому віці, коли відбуваються численні зміни в організмі [145, 152, 165, 193, 195, 230, 239, 268, 284, 294].

У результаті вище наведених причин у людини знижується самооцінка, вона починає розцінювати себе як слабовольну, не здатну контролювати своє тіло і життя в цілому, а свою зовнішність оцінювати як ще більш відштовхуючу, ніж до дієти [366]. Аналогічні дані були отримані в дослідженні людей, які займаються фізичними вправами з метою зниження ваги. Як правило, вони відчували надмірну заклопотаність своїм зовнішнім виглядом і виказували страх перед ймовірністю збільшення ваги [354]. Пластична хірургія все частіше пропагується ЗМІ, як ефективний засіб корекції фігури, однак при цьому замовчується обсяг ускладнень, які пов'язані з такими процедурами, а також необхідність постійних повторних операцій. Окрім того, навіть вдала косметична операція не обов'язково допомагає сформувати позитивне ставлення до власного тіла, оскільки не вирішує існуючих конфліктів психологічного спрямування (А. Дударева [104], І. Енцлер [329], О. Кравченко [146], Р. Моляко [196]).

Поширювана ЗМІ інформація про способи досягнення ідеалу краси далеко не завжди є достовірною. Значно перебільшується ефективність і безпека таких методів. У результаті, людина, яка звертається до них, починає звинувачувати виключно себе в невдачах на шляху вдосконалення тіла. Загальне зниження самооцінки спричиняє зростання незадоволеності тілом: тіло, що не відповідає соціальним запитам, іноді слугує підставою для соціальної дискримінації.

Отже, формування тілесного канону більшість авторів пов'язують з діяльністю ЗМІ (А. Альчук [6], І. Грошев [88], Т. Данильченко [97], Е. Іоффе [119]). Але не всі з них поділяють думку про те, що образи тіла, які подаються в

ЗМІ, засвоюються аудиторією некритично, без попередньої селекції та переробки. Разом з тим, вплив агресивної політики ЗМІ опосередковується соціальною ситуацією та індивідуально-психологічними особливостями індивіда. Доведено, що люди з порушеннями самооцінки, які дискомфортно почувають себе в процесі міжособистісної взаємодії, будуть більш сприйнятливі до культурних зразків щодо тілесного ідеалу. У такому випадку встановлення контролю над тілом компенсує невпевненість у соціальному середовищі. Враховуючи різні теорії, можна стверджувати, що особливості проявів і перебігу різних вікових періодів залежать від конкретних соціальних обставин життя і розвитку дитини, її соціальної позиції у світі дорослих. Вирішальна роль у його психічному розвитку належить, передусім, системі соціальних відносин (відносин із навколишнім світом) (Т. Вісковатова [63], Л. Виготський [73], Т. Драгунова [103], П. Лушин [173], В. Мухіна [201], А. Мудрик [199]).

На підставі проведених досліджень, психологами визначені основні фактори, які впливають на визначення особливості розвитку особистості дитини в контексті формування його образу тіла, зокрема: 1) розвиток і зміна самосвідомості; 2) розвиток і зміна організму і тіла; 3) розвиток і зміна гендерної ідентичності; 4) міжособистісні відносини з однолітками; 5) відносини всередині родини; 6) вплив ЗМІ (Т. Говорун [85], Д. Желательов [110], Е. Ільїн [118], Е. Іоффе [119], О. Кікінежді [128], І. Кон [139], Т. Нечитайло [210], А. Смоліна [270]).

Деякі фахівці виділяють стосовно тіла таке порушення як дисморфоманія (М. Коркіна [143], Г. Коряк [145], Є. Креславський [152], Л. Пономарьова [239],) і трактують її як таку реакцію, коли у людини є переконаність у наявності у неї якої-небудь уявної або реальної, але надзвичайно перебільшеної фізичної вади, що найчастіше стосується видимих частин тіла (форми або величини носа, вух, зубів, розмірів рук, ніг, тулуба тощо). Люди з дисморфоманією потребують комплексного впливу психіатрів, педіатрів, дієтологів, хірургів, дерматологів,

ендокринологів, терапевтів (Е. Кречмер [153], В. Міщенко [193], О. Мойзріст [195], С. Семичов [263]). З психологічної точки зору небезпека дисморфоманії обумовлена непередбачуваністю поведінки дітей, оскільки автори вказують на виявлену ними схильність у дітей в ряді випадків до суїцидальних дій (О. Бондаренко [38], Ф. Василюк [54], Б. Скіннер [267], Є. Старовойтенко [277], Т. Титаренко [285], Н. Харламенкова [302],). За визначенням М. Коркіної [142], дисморфоманія є патологічним станом і проявляється наступним чином: а) наявність ідеї фізичної вади, об'єктивно відсутньої, або необґрунтовано перебільшеної; б) гіперболізація ставлення; в) депресивний фон настроїв. В цілому, ідея фізичної вади набуває надцінності [142].

В основі дисморфофобії можуть бути незначні дефекти, як справжні, так і уявні. В цілому, вони не викликають негативної реакції в оточуючих, але діагностовано при вивченні таких ознак.

Значна кількість дослідників вважає, що за своєю природою дисморфофобія – це нав'язливий страх невротичного характеру, який протікає на непсихопатичному напрямку та характеризується, як правило, відсутністю грубих змін психічної діяльності (В. Ковальов [132], Р. Комер [138], В. Кипеть [126], М. Коркіна [143], А. Личко [168]). Визначено, що хворих, які страждають нав'язливими думками з приводу ніби-то неправильної будови тієї чи іншої частини тіла, є досить значний відсоток (С. Семичов [263], Ю. Шевченко [119]).

На формування уявлень про себе впливають, так звані, перехідні або кризові періоди (О. Кокоріна [134], О. Краєва [147, 148, 149], П. Лушин [175], Т. Титаренко [285]).

М. Єнікєєв визначає кризу як «важкий перехідний стан, що характеризується недостатністю наявних можливостей для підтримки життєдіяльності на оптимальному рівні» [108].

Невизначеність є також однією з найбільш характерних ознак, на думку психологів, перехідного періоду або системної кризи (І. Андрєєва [11],

Л. Божович [36], Л. Виготський [73], Є. Старовойтенко [277], А. Фрейд [298],) Тобто, «перехідний» (transitional) період, «кризовий», «критичний» (critical) і «криза» (crisis) є позначенням нестабільних періодів розвитку як суспільства, так і окремого індивіда, оскільки процеси впливів, властиві для цих періодів, часто мають негативне забарвлення (Б. Ананьєв [9], Д. Ельконін [328], Е. Еріксон [330], С. Рубінштейн [257]).

У загальноприйнятому тлумаченні період – це: 1) «проміжок часу, протягом якого що-небудь відбувається (починається, розвивається і закінчується)» [221, с. 442], 2) «перехідний – це проміжний, який є переходом від одного стану до іншого» [221, с. 441], 3) «криза – різкий, крутий перелом у чому-небудь» [221, с. 263].

З погляду філософії, перехідний період характеризує процес становлення, де одночасно присутнє старе і нове (але воно ще не ствердило себе і не показало свої можливості та специфіку). Криза – це «перерва у функціонуванні системи з позитивним або негативним для неї результатом» [293, с. 381].

Сутність кризи перехідного віку полягає у перебудові системи. Психологічний зміст підліткової кризи (Б. Ананьєв [8]) пов'язаний з виникненням почуття дорослості, розвитком самосвідомості, ставлення до себе як до дорослої особистості, до своїх нових можливостей і здібностей. Підліткам властиві прагнення до ідеалів, максималізм, значні фізіологічні зміни (А. Маслоу [185], Л. Понтон [240], Ф. Райс [249], І. Слободянюк [269]).

Л. Виготський [70. 71] вважав, що формування самосвідомості становить головний результат перехідного віку. На думку Б. Ананьєва, «свідомість, пройшовши через багато об'єктів відносин, стає об'єктом самосвідомості і, завершуючи структуру характеру, забезпечує його цілісність, сприяє утворенню і стабілізації особистості» [8, с. 89]. У підлітковому віці активно формується самосвідомість, виробляється власна незалежна система еталонів самооцінювання і самоставлення, все більше розвиваються здібності

проникнення у свій власний світ, починається усвідомлення своєї особливості і неповторності (І. Андреева [11], А. Асмолов [21], І. Бех [32], І. Булах [47], Т. Драгунова [103]).

Дж. Каплан [341] охарактеризував кризу як стан, який виникає, коли особистість зустрічається з перешкодою на шляху здійснення життєво важливих цілей, перешкодою, яка впродовж певного періоду не може бути подолана звичайними методами вирішення проблем. В таких випадках настає період дезорганізації, період розладу, протягом якого відбувається багато спроб вирішення цих проблем. При досягненні певних форм адаптації, виокремлюються способи визначення відповідності інтересам конкретної особистості. На думку Дж. Каплан, існує і нормальний спосіб переживання кризи. [341].

Згідно П. Лушину [173, 174], особистісні зміни – це невід’ємний атрибут особистості, необхідний для збереження себе. Властивість особистості, яка полягає в потенційній можливості відповідати різним вимогам оточуючого середовища і, зокрема, запобігати певним негативним впливам, становить її адаптивний ресурс і може приймати вигляд зміни кордонів особистості задля приведення внутрішніх компонентів у відповідність до зовнішніх вимог [173].

П. Лушин вважав, що точкою початку аналізу для визначення процесу особистісних змін виступає невизначеність. Цей процес має властивості нелінійного, непередбачуваного, незворотнього руху, що підтверджується досвідом людей, які пережили душевні травми. В таких ситуаціях наявні сильні потоки життєвої енергії [174].

У психологічних дослідженнях представлені різні класифікації життєвих кризових ситуацій (Ф. Василюк [54, 55], О. Донченко [100], Е. Еріксон [330], О. Кокоріна [134], І. Кон [139, 140], Т. Титаренко [285]). Зокрема, Ф. Василюк [54] до кризових ситуацій відносить стрес, фрустрацію, конфлікт і кризу [54]. І. Кон [140] поділяє життєві кризи на нормативні, природні, статистично

нормальні, минуші і ненормативні, які є не результатом нормальної логіки розвитку особистості, а є наслідком особливих випадкових обставин [140].

В основу класифікації криз, запропонованої О. Донченко [100] та Т. Титаренко [285], покладено ряд критеріїв:

- за віковим критерієм (підліткова криза, криза 30 років, криза інволюційного періоду);
- за критерієм тривалості (коротко- і довготривалі);
- за критерієм результативності (конструктивні і деструктивні кризи);
- за дієвим критерієм (криза операціональної сторони життєдіяльності; криза мотиваційно-цільової сторони життєдіяльності; криза смислової сторони) [100].

Е. Еріксон [330], у викладенні висновків у роботі «Ідентичність: юність і криза», стверджує, що кожна стадія розвитку особистості (від народження до старості) характеризується своєю нормативною кризою, яка неминуче виникає і потребує подолання, причому причиною кризи є інтрапсихічний (внутрішній) конфлікт [330].

Е. Еріксон зауважував, що термін «криза» вживається з метою виділення не загрози катастрофи, а моменту зміни, критичний період підвищеної вразливості та підвищених потенцій людини. Саме критичний період є «джерелом можливого формування гарної чи поганої пристосованості» [330]. Вихід із кожної кризи накладає відбиток на підростаючу дитину і вносить свої особливі корективи в цілком сформовану особистість.

О. Кокоріна, досліджуючи перехідні та кризові періоди життя суспільства та особистості в різних галузях гуманітарного знання, посилається на підхід, запропонований І. Пригожиным, який акцентував увагу на самоорганізації, нелінійності, на глобальній еволюції, на вивченні процесів становлення порядку через хаос [134].

Характеризуючи перехідні періоди, вчені прагнули побудувати ієрархію основних рис у загальній системі. За Е.Еріксоном, кризовому періоду в розвитку особистості притаманно: почуття марності, невпевненість у собі, невизначеність авторитетів та цінностей [330].

Л. Виготський зазначав, що перехідні періоди характеризуються рисами, які протилежні стійким або стабільним. У цих періодах протягом відносно короткого часу зосереджені різкі зрушення і переломи у формуванні особистості. Розвиток набуває стрімкого характеру як за темпом, так і за змістом змін, що відбуваються [73].

Разом з тим, Л. Виготський стверджував, що розвиток людини ніколи не припиняється, і в перехідні періоди «ми спостерігаємо конструктивні процеси розвитку, ... процеси інволюції самі підпорядковані позитивній побудові особистості, знаходяться від них у прямій залежності і складають з ними нерозривне ціле» [73, с. 253]. Щодо негативних чинників криз у житті особистості учений зауважував, що негативний зміст розвитку в переломні періоди є зворотньою, або тіньовою, стороною позитивних змін, «що складають головний і основний сенс будь-якого критичного віку» [73].

Дослідники виходять з того, що перехідні стани є тимчасовими, тобто з самого початку орієнтовані на завершення (А. Запорожець [112], О. Кокоріна [134], О. Краєва [147], П. Лушин [174]). У перехідних періодах зміни пов'язані з найближчою перспективою або необхідністю «вижити», іншими словами жити за принципом «тут і тепер». Звідси, важливою особливістю перехідного стану є не стільки досягнення мети, скільки сам факт руху або періодична зміна контексту розвитку. В результаті стверджується, що суб'єкт у перехідному стані розвитку не просто «чекає очікуваного» періоду стабільності, а, рухаючись, конструює новий простір розвитку. Тобто, перехідні стани в цілому і підліткового періоду зокрема, сприяють реалізації системних змін. Проте, конкретний результат руху стає очевидним лише після закінчення перехідного

періоду (Г. Абрамова [2], Г. Бурменська [49], В. Вілюнас [60], Е. Еріксон [330], Т. Титаренко [285],).

Ще однією ознакою перехідного стану є певні зміни звичайного життя. Ця ознака, як правило, має конструктивний характер. Як мінімум, в ситуаціях системних змін формуються такі індивідуальні особливості як толерантність, вміння слухати іншого, здатність цінувати буденне існування («тут і тепер» функціонування), емоційний інтелект тощо (О. Богпомочева [34], М. Боришевський [40], А. Гусев [92, 94], І. Кон [139], О. Луковицька [171], Т. Нечитайло [212], С. Пантелєєв [225]). Перехідні періоди, незважаючи на існуючу в них хаотичність і, навіть, інколи, «патологічність», є підґрунтям майбутніх змін і тому вони надають можливість людині поглянути на себе і своє життя ніби з боку.

Отже, розглядаючи тіло як психологічну складову життя людини, автори [31] позначали його як тілесність, яка має широке трактування, що включає в себе внутрішні і зовнішні складові. Зовнішні – це зовнішність, образ фізичного Я, образ тіла як силует або схема тіла. Внутрішня – це структура інтрацептивного досвіду, семіотика внутрішньої тілесності, образ тіла як аспект несвідомого. Більше того, виділяється межа тілесності як феномен поєднання внутрішньої і зовнішньої складової і зовнішній шар тілесності як феномен соціокультурного «тіла» [31].

Дослідження змісту образу тіла в рамках теорії «Я-концепції» і «цілісного Я» проводилося такими авторами як А. Налчаджян [205], В. Подорога [238], О. Соколова [271], які образ тіла трактували в якості одного з найважливіших компонентів самосвідомості. Так, А. Налчаджян [205] одним з важливих компонентів «Я-концепції» вважала «образ тіла» («тілесне Я»): суб'єктивне сприйняття тіла, у тому числі зовнішності, та ідеальний образ тіла (порівняння та ідентифікація свого тіла з тілами інших та «ідеалу») [205]. Образ тіла вказаними дослідниками сприймається як філософське поняття, де категорія Я

не може бути визначена емпірично. У процесі розвитку людини структура образу тілесного «Я» змінюється під впливом соціально-культурних компонентів. Неусвідомлене ставлення до тіла з боку суб'єкта робить тіло вразливим до зовнішніх впливів [205].

З точки зору В. Нікітіна [215] образ тіла є віртуальним феноменом, збірним поняттям про символічне, «соціокультурне тіло», «копія копій» [215]. Тому образ тіла часто представляється в неусвідомлених людиною відчуттях і переживаннях. Так, в образі тіла виникають спотворення або неясності, що проявляється в картинах тіла [130]. У процесі розвитку, образ тіла органічно включається в усі ланки структури самосвідомості: прагнення визнання, статеві ідентифікація, психологічний час особистості, соціальний простір особистості, що реалізовується через права та обов'язки, – і є за своєю суттю комплексним поняттям.

Так, образ тіла включає в себе «лібідний компонент» (З. Фрейд), який проявляється як усвідомлення тіла і його функцій, ефективне управління первинними процесами тіла і оцінками інших процесів свого «я», включаючи культурні норми, що стосуються фізичної привабливості (К. Лебединська [161], В. Мухіна [200], Л. Понтон [240], З. Фрейд [300], А. Черкашина [317], У. Шелдон [320]).

Пізнання власної тілесності відбувається, на думку вчених, на основі усвідомлення змісту почуттів і відчуттів, що виникають у процесі тілесної дії, в зіставленні з враженнями про зовнішні форми та інші прояви тілесності [215].

Досліджуючи питання розвитку образу тіла, Р. Лернер [363] запропонував парадигму під назвою «критерій згоди». Він стверджує, що кожна людина є унікальною як результат конкретної комбінації особливостей цієї людини і умов її середовища. Водночас, кожна людина викликає різні реакції з боку інших, в результаті її фізичних (тобто тілобудова) і психологічних (тобто поведінка або темперамент) характеристик. Ці реакції часто є основою для подальших

роздумів і дій людини. Кожна людина зазнає також свого роду тиску у вигляді очікувань з боку інших людей (батьків, однолітків, медіа). Успіх індивіда в диференційованому задоволенні цих вимог забезпечує основу для його зворотного зв'язку з навколишнім середовищем. Наприклад, підлітки, стиль одягу і зачіска яких схвалюються батьками, часто не можуть отримати схвалення з боку однолітків [363].

Важливою віхою у вивченні феномена образу тіла стала розробка валідних психодіагностичних методик, розпочата Т. Кешем [342]. Автор стверджував, що образ тіла особистості є результатом взаємодії між думками, переконаннями, відчуттями і поведінкою особистості, пов'язаною з власним тілом, а також сприйняттям того, що мається на увазі під ідеальним тілом в даному соціальному і культурному контексті [342]. З приводу статичних-динамічних характеристик образу тіла, варто відзначити, що вони динамічні і формуються, конструюються особистістю в процесі активної діяльності.

М. Матвєєва [186], досліджуючи особливості «я-образу» розумово відсталих підлітків, зазначає, що за час шкільного навчання, як показали дослідження І. Буфетова [51], В. Варянен [52], А. Виноградової [62], Ж. Намазбаєвої [206, 207], Б. Пінського [235], самооцінка розумово відсталих учнів стає більш адекватною, хоч довгий час залишається нестійкою, залежною від певних конкретних ситуацій. У працях В. Синьова [264], І. Соловйова [273], наголошує М. Матвєєва [186], вказується, що і мотивовані внутрішніми прагненнями дії дебілів усвідомлюються ними недостатньо. Недиференційованими і неадекватними виявляються критерії оцінки та самооцінки, якими вони користуються. З великими труднощами засвоюють вони моральні поняття, які пов'язані з такими психологічними умовами формування «я-образу»:

- соціальна ситуація розвитку;
- рівень інтелектуального розвитку;

- наявність потреби в самопізнанні;
- здатність до емоційної децентрації.

Шляхом спеціального обстеження М. Матвєєвою було з'ясовано, що дітям молодшого шкільного віку з недорозвиненим інтелектом усвідомлення «я-образу» недоступне. Тому її дослідження охоплювали учнів 3-9 класів допоміжної школи. Для порівняння за тими ж методиками вивчалися уявлення про себе як особистість школярів 1-9 класів загальноосвітньої школи. Враховуючи властиву розумово відсталим учням психічну пасивність та інтелектуальну неповноцінність, деякі методики адаптувались, зокрема змінювалась форма інструкції або спосіб подачі стимульного матеріалу, успішність використання інших забезпечувалась шляхом проведення спеціальної пропедевтичної роботи. Когнітивна складність та диференційованість «я-образу» вивчалась методом не стандартизованого самопису (написання твору за темою «Що я знаю про себе»), з допомогою бесіди, «особистісного диференціалц» та методики «контрольних списків» [186].

Розглянуті та проаналізовані у психології дослідження надали досить осяжну та обгрунтовану інформацію про основні підходи, тлумачення образу тіла, чинники, які впливають на формування образу тіла, характер ідентифікації, що забезпечує адекватність до постановки пошукових завдань. Разом з тим, підлітковий вік є своєрідним та особливим, тому наступний підрозділ 1.2 присвячений аналізу досліджень особливостей формування образу тіла у дітей підліткового віку.

1.2. Особливості формування образу тіла у дітей підліткового віку

Теоретичний огляд наявних наукових робіт (Т. Аракелян [19], Л. Баранська [23], А. Гавриленко [77], І. Енцлер [329], В. Куніцина [157], В. Панферов [226], М. Сандомирський [262]) дозволяє зробити висновок про те, що образ тіла, який формується у підлітковому віці, слід розглядати як результат інтеграції знань, уявлень і оцінок зовнішності і фізичних даних в когнітивній структурі самосвідомості підлітка (І. Булах [47], О. Зімачева [115], Є. Креславський [152], Л. Кулешова [155], З. Лукьянова [172], І. Поставнева [242], О. Соколова [271]).

Водночас, можна стверджувати те, що уявлення підлітка про образ тіла формуються в процесі онтогенеза під впливом соціуму шляхом інтериоризації стандартів привабливості (Н. Антонова [14], І. Енцлер [329], В. Куніцина [157], В. Петровський [233], І. Слободянюк [269]). Тілесні характеристики підлітків, які відповідають або не відповідають стереотипам їхнього соціального середовища, є основою формування їх образу тіла і психосоціального розвитку (Г. Андреєва [10], Е. Кречмер [153], В. Мухіна [201], А. Рождественський [254], Г. Цукерман [313]).

Підлітковий вік часто називають перехідним періодом, періодом «бурі і натиску», «гормонального вибуху» і пубертату – відтак, складним періодом, пов'язаним з кризами розвитку. У цей час відбувається перехід від дитини до дорослого в усіх сферах – фізичній (конституціональній), фізіологічній, особистісній (етичній, інтелектуальній, соціальній) (Г. Абрамова [2], І. Булах [47], Е. Еріксон [330], А. Запорожець [112], Н. Непомняща [209]).

Основи розуміння закономірностей підліткового розвитку закладені в роботах Л. Божович [36], Л. Виготського [73], Д. Ельконіна [328], Т. Драгунової [103], Д. Фельдштейна [291], Г. Цукерман [313]. Більшість фахівців (І. Андреєва

[11], Т. Драгунова [103], О. Киричук [127], О. Кокоріна [134], О. Краєва [147], В. Менделевич [190]) підлітковий період трактують як кризовий, як період «нормальної патології», підкреслюючи його бурхливий перебіг та складність як для самого підлітка, так і для дорослих, які спілкуються з ним.

Разом з тим, сучасні вчені (Р. Вайлі [375], Д. Ісаєв [120], В. Каган [122], І. Кон [139, 140], В. Куніцина [157], М. Мдівані [188], В. Оклендер [222], Д. Пайнз [368], А. Смоліна [270], О. Соколова [271]) розглядають підлітковий вік, як вік перебудови образу тіла у зв'язку зі змінами як організму, тобто тіла, так і самосвідомості в даному віці.

Розвиток самосвідомості і самостворення – це складний і тривалий процес, що супроводжується у підлітків цілою гамою специфічних (часто внутрішньо конфліктних) переживань: підліткам властиві зміни настрою, неврівноваженість, іноді пригніченість [11]. І. Слободянюк [269] цілком справедливо виділяє підлітковий вік, як якісно нову стадію у становленні самосвідомості. Особливостями самосвідомості даного періоду автор вважає: сензитивність даного періоду в онтогенезі самосвідомості, розвиток здатності до саморозуміння, як основи самокорекції і самовдосконалення, цілеспрямоване формування здатності до самопізнання та підвищення її активності. Так само як характерну рису самосвідомості підліткового віку автор називає ідентифікацію з однолітком і становлення «Ми - образу», на підставі якого складається уявлення про себе [269].

Особистісна ідентичність, формуючись у підлітковому віці, пов'язана з отриманням почуття дорослості, відповідальності за свої вчинки, усвідомлення їх. Центральне новоутворення підліткового віку – це самосвідомість, характерна риса якої – поява у підлітків здатності й потреби пізнати самого себе як особистість, що має властиві саме їй, на відміну від інших людей, якості [249].

Зауважимо, що формування ставлення підлітка до себе як особистості долає два етапи, які відповідають молодшому і старшому періодам підліткового

віку. На першому етапі відбувається усвідомлення своєї відмінності від ровесників, утвердження своєї приналежності до світу дорослих. Як довели Є. Нікітін та Н. Харламенкова, сучасні підлітки привертають до себе увагу, щоб стверджувати образ власного фізичного Я, зокрема використовуються екстравагантний одяг, макіяж, пірсинг, незвичайні зачіски, татуювання тощо. Підліткам властиві некритичне наслідування зовнішніх манер дорослих, відчутна залежність від групи ровесників [216]. На другому етапі підліток уже не сумнівається, що він вже не дитина, починає усвідомлювати своєрідність своєї особистості. Знижується його залежність від групи однолітків. Якщо вони змушують підлітка чинити всупереч його уявленням про себе, він може не погодитися з ними, відстояти свою думку. Старшого підлітка характеризують підвищена увага до внутрішнього світу інших людей, до самоаналізу, поява здатності до самовиховання, що обговорюється у міжособистісному спілкуванні (Ю. Герасименко [80], Т. Данильченко [96], Я. Коломинський [135, 136], А. Крилов [154], А. Рождественський [255]).

Предметом спілкування в підлітковому віці є одноліток, змістом – побудова взаємин з ним і дії, які цьому сприяють [11]. На думку А. Мудрика [199], в групі підлітків, як правило, складаються міжособистісні відносини – суб'єктивно пережиті відносини між її членами. Вони об'єктивно проявляються в характері і способах взаємодії членів групи, а також у розподілі ролей в групі [199]. Водночас, Я. Коломінський [135] підкреслював, що «становище в групі (колективі) інтегрує ролі і статуси особистості в усіх підструктурах групи (колективу)» [135]. На його думку, соціометричний статус – це один з основних факторів становища особистості в підсистемі особистих відносин, серед яких є різні позиції.

Підсумки є залежними від виборів однолітків.

Я. Коломінський спільно з Х. Лійметс та І. Волковим виділяють дітей «зірок», дітей, які отримують найбільшу кількість виборів. За висловом Дж.

Морено, наголошує В. Мухіна, такі діти «привертають стільки виборів, що вони захоплюють центр сцени, подібно зірці» [202]. Якщо кількість виборів, отримана членом групи, знаходиться нижче середнього рівня, його відносять до категорії «нехтують». До «ізолюваних» відносять тих, хто в експерименті не отримав жодного вибору [135].

К. Волков, аналізуючи роботи психологів щодо педагогічних проблем, посилається на дослідження Н. Гронлунда, який виявив, що «на соціометричне становище впливають, насамперед, такі особисті фактори, як зовнішній вигляд, вік, розумова обдарованість, товариськість, готовність допомогти товаришеві» [66].

Високий статус, як зазначали Ю. Герасименко та Г. Карпова [80], є сприятливою ситуацією розвитку особистості, оскільки він надає позитивні психологічні умови: визнання однолітків, настільки необхідне юній людині; позитивну оцінку оточуючих, формуючи, в свою чергу, позитивну самооцінку; інтенсивність особистих контактів, які забезпечують емоційну насиченість життя в даному колективі. Зокрема, Г. Карпова вважала, що «... низький статус учнів (ізолюваний або відхилений), гальмує або робить суперечливим розвиток особистості» [80, с. 62]. При відповідному статусі, на думку Г. Карпової, складається неадекватна суперечлива самооцінка, підвищується тривожність, поступово формується конфліктний або відчужений стиль відносин з оточуючими. ()

Я. Коломінський [135, 136] встановив ряд цікавих закономірностей соціальної перцепції у підлітків: тенденція до завищеної самооцінки соціометричного статусу у низькостатусних учнів і до заниженої – у високостатусних; егоцентричне нівелювання – тенденція приписувати іншим членам групи статус або рівний своєму, або нижчий; ретроспективна оптимізація – тенденція більш сприятливо оцінювати свій статус в колишніх групах [135].

Несприятливе положення в системі міжособистісних відносин, на думку А. Киричука, виступає серйозною перешкодою у формуванні позитивних характеристик якостей особистості, гальмом у її розвитку [127]. Статус підлітка у міжособистісних відносинах обумовлює пізнавальну активність, впливає на ставлення особистості до колективу і його інтереси, є одним з факторів морального розвитку, впливає на формування образу тіла.

Слід наголосити на тому, що образ тіла є внутрішньою концепцією людини в цілому і підлітка зокрема, стосовно власної зовнішності (І. Енцлер [329], Е. Кречмер [153], Л. Кулешова [155], М. Паулді [227], В. Подорога [238]). Дана концепція може позитивно корелюватись або негативно з об'єктивною реальністю. Свідомість кожної людини містить образ фізично досконалої людини, і особа неминуче порівнює власну зовнішність з цим ідеалом (Я. Наровська [208], В. Петеркова [230], І. Поставнєва [242], М. Цивілько [312]). Оцінка образу тіла передбачає ступінь задоволеності своїм тілом, включаючи оціночні судження про своє тіло. Згідно з виконаними дослідженнями (С. Кренделл) основною вихідною позицією оцінки образу тіла є ступінь розбіжності або відповідності між сприйманням індивідом своїх фізичних параметрів і значущих для нього ідеалів зовнішності [345]. Людина, яка задоволена своєю зовнішністю, має позитивний образ тіла. Водночас, особа змінює уявлення про власне тіло відповідно до її емоційного стану, а також реакцій інших людей.

На думку Томаса Ф. Кеша [342], образ тіла являє собою багатовимірний феномен, який не може обмежуватися вузьким визначенням картини власного тіла, яка сформована в уявленні як дорослого, так і дитини [342]. На його думку, при обговоренні образу тіла слід враховувати наявність різних аргументів його визначення, наприклад, за допомогою акцентування на задоволеності тілом, задоволеності його масою, задоволеності зовнішнім виглядом, оцінці свого зовнішнього вигляду, точності уявлень про розміри власного тіла, орієнтації на

зовнішність, на тілесній самооцінці, занепокоєності з приводу власного тіла, на тілесній дисфорії, тілесній дисморфії, тілесній схемі, на сприйнятті власного тіла, спотворенні, порушеннях і розладах образу тіла. Аналіз сукупності такого трактування «образу тіла» дозволяє розглядати його як когнітивну структуру самосвідомості, що цілком узгоджується з загальновідомою у психології концепцією самосвідомості В. Століна [279].

С. Холл сформулював свої уявлення про перехідність у підлітковому віці періоду «бурі і натиску». Він виокремив змістовно-негативні характеристики цього етапу розвитку (важковиховуваність, конфліктність, емоційна нестійкість), а також визначив позитивне надбання підліткового віку – «почуття індивідуальності» [247]. Е. Еріксон розглядав підлітковий і юнацький вік як центральні періоди для вирішення завдання особистісного самовизначення, досягнення ідентичності [330].

К. Фопель [297], вивчаючи юнацький вік, звертав увагу на його кризовість. Вчений визначав поняття юнацької кризи як перехідного періоду. У своїх дослідженнях автор пише: «Кожен перехідний період несе в собі свої складності ... У кожен перехідний період ми переживаємо внутрішній конфлікт між потребою розвиватися і бажанням залишити все, як було раніше, у старі добрі часи. І, оскільки наше реальне положення не відповідає статусу, до якого ми прагнемо, то наша самоповага знаходиться під загрозою ... Юнацька криза, що супроводжує перехід від дитинства до дорослого життя, відбувається найбільш гостро, тому що в цьому віці діти вперше починають свідомо осягати і визначати весь потенціал своєї особистості, створювати свій образ «Я», не маючи можливості при цьому співвіднести його з уже сформованим уявленням про себе, як це можуть у наступних кризових ситуаціях робити дорослі» [297, с. 6].

У свій час, І. Кон [139] вказував на те, що юнаки і дівчата надають важливого значення відповідності свого зовнішнього вигляду стереотипному

зразку маскулінності або фемінінності. Для підлітків, на його думку, дуже важливо відповідати еталону і критеріям привабливості, але підлітковий «ідеал» краси і «прийнятності» зовнішності часто завищений або занижений і є нереалістичним. І. Кон приходить до висновку, що розвиток самосвідомості в підлітковому і юнацькому віці починається зі з'ясування якостей «наявного Я»: оцінки тіла, зовнішності, поведінки, здібностей за певними критеріями, які не завжди бувають реалістичними [139].

За Ч. Кожалієвою [133], образ тілесного «Я» зазнає остаточної зміни з 11 до 14 років і має суттєвий вплив на цілісний «образ Я». Спостерігається позитивна кореляція самооцінки та заклопотаності своєю зовнішністю з уявленнями про себе, оцінкою різних сторін «Я» у дівчаток; виявляється зв'язок негативної самооцінки, що проявляється неприйняттям свого образу тіла, хлопчики чітко розділяють оцінку своєї зовнішності з інтелектуальними якостями та іншими аспектами «Я». Висновки автора ґрунтуються на аналізі описів підлітками самих себе, в яких у хлопчиків на перших місцях стоять характеристики дій або діяльності в цілому, а у дівчаток – зовнішній вигляд [133].

І. Кон також дотримується думки про те, що зовнішність відіграє значну роль у становленні самосвідомості підлітка, але більшою мірою це характерно для дівчат. При цьому деякі пасивні підлітки миряться зі своїми недоліками і починають відчувати себе неповноцінними. Водночас, І. Кон переконаний, що саме у підлітковому віці вплив соматотипа на психіку, поведінку, становище серед однолітків і впевненість у собі є найбільш помітним [139].

Значний вплив на формування образу тіла має оформлення переживання підлітками своєї статі. Остаточне формування гендерної ідентичності припадає саме на підлітковий період. Т. Говорун [85], В. Єремєєва [109], Є. Ільїн [118], О. Кікінежді [130, 131] традиційно його розуміють як вік автономізації, набуття

підлітком незалежності і переорієнтації на побудову відносин з однолітками як значущими для ідентифікаційного «Ми» [128].

Безсумнівно, ці зміни спричиняють емоційну оцінку підлітком і відображаються у самосвідомості, впливаючи на формування образу тіла (Т. Аракелян [19], А. Личко [168], Д. Фельдштейн [291], Ю. Фролова [301], Н. Харламенкова [302]). Водночас, почуття дорослості сприяє тому, щоб підліток пізнавав нові для себе типи взаємин з представниками протилежної статі. Виникає інтерес до однолітка не лише як до особистості, але і як до представника іншої статі. Виходячи з цього, підлітку дуже важливо те, як до нього ставляться інші, наскільки привабливими вони вважають його зовнішність, манеру спілкування, фігуру. У підлітковому віці у спілкуванні з однолітками протилежної статі відбувається засвоєння статево-рольової поведінки та апробація статевої ролі [11]. На основі романтичних взаємин у підлітків виникає бажання ставати кращими, потреба у самовдосконаленні, з'являється стимул до самовиховання (І. Брязгунов [46], Т. Данильченко [96], Д. Демидов [98], Т. Драгунова [103], К. Лебединська [161]).

В намаганнях пояснити суттєві анатомо-фізіологічні зміни в організмі підлітка сформувалися різноманітні теорії про біологічну зумовленість його особливостей. Психолог Гренвіл-Стенлі Холл (1844-1924) [304], осмислюючи багатий і різноманітний матеріал спостережень, висунув теорію рекапітуляції, згідно з якою розвиток індивіда схематично відтворює та повторює історію людського роду, виявляючись у генетично запрограмованій послідовній зміні спадково зумовлених форм поведінки, почуттів і соціальних інстинктів. Особливості підліткового віку С. Холл асоціював із бурхливою перехідною епохою, «коли наші пращури вели кочове життя, билися, полювали, доглядали вогнище, блукали на волі, шукали пригод» [304].

С. Васильєв [53], вважав основною тілесною зміною у підлітків зростовий стрибок, що починається у хлопчиків з 13-15 років, а у дівчаток – з 11-13 років.

Це супроводжується, на думку дослідників (В. Куніцина [156], М. Мдівані [188], А. Черкашина [317]), значною гормональною перебудовою організму.

Згодом, психологічні особливості підлітків науковці пояснювали фактом статевого дозрівання, яке, на їхній погляд, є домінантою розвитку в цьому віці, вважаючи кризи неминучими, біогенетично зумовленими (І. Андрєєва [11], Л. Виготський [73], Т. Драгунова [103], В. Мухіна [200], Ф. Райс [249], З. Фрейд [200]). За таких умов найраціональнішими, за переконаннями С. Холла, є методи пасивної педагогіки, оскільки втручання в розвиток підлітка для того, щоб змінити, виправити його, є недоцільними і шкідливими, тому що змінити природу неможливо. Згідно з психоаналітичною теорією З. Фрейда, наголошує Г. Крайг, неминучість у підлітковому періоді внутрішніх і зовнішніх конфліктів є нормою, а випадки безконфліктного розвитку свідчать про різноманітні варіанти патологічного розвитку [150].

У дослідженнях американського етнографа М. Міда (1901-1978) доводилось, що підліткова психологічна криза пов'язана не із дозріванням організму, а з особливостями соціалізації. А індивідуальні варіанти її перебігу певною мірою залежать від вроджених особливостей нервової системи [192]. Окрім цього, на основі етнографічних досліджень американський психолог Р. Бенедикт (1887-1948) доводила, що конкретні соціальні обставини життя дитини зумовлюють тривалість підліткового віку, наявність чи відсутність кризи, конфліктів, труднощів, особливості переходу від дитинства до дорослості [26].

Дослідження, присвячене вивченню зміни ставлення підлітків до власного тіла, здійснено О. Кікінежді [128, 129]. В процесі вивчення психологічних детермінант гендерної соціалізації підлітків, автор з'ясувала, що еталонний образ сучасного чоловіка (хлопчика) для хлопчиків є більш дихотомічним, маскуліним, тоді як у дівчаток – розгорнутішим та андрогенним. Гендерні уявлення молодших підлітків поступово змінюються до старшого підліткового

віку. Образ ідеального чоловіка (хлопчика) характеризується у підлітків більшою маскулінністю і співпадає із традиційними поглядами соціуму на мужність. У дівчаток еталон чоловіків (хлопчиків) є ширшим, який включає рольові патерни чоловічої та жіночої статі. В образі майбутньої дружини у хлопчиків та дівчаток посилюється тенденція до фемінності. Уявлення про майбутнього чоловіка у хлопчиків і надалі залишається переважно маскулінним, тоді як у дівчаток – андрогенним, що свідчить про продовження реконструкції статеворольових образів у когнітивних уявленнях підлітків з їхнім дорослішанням [129].

Переважає більшість досліджень [19, 23, 77, 98, 101, 126, 254] стосовно образу тіла, які проводилися у підлітковому середовищі, свідчать про те, що саме у зв'язку зі значними фізичними змінами, які відбуваються у цей віковий період, підлітки починають контролювати власне тіло і досить часто у надто болючий спосіб. В результаті статевого дозрівання підлітки часто відчують себе незграбними і соромляться власного тіла. Дівчатка-підлітки особливо схильні до розвитку негативного образу тіла. Вони часто ігнорують інші здібності і зосереджуються лише на зовнішньому вигляді як доказі власної гідності. Наслідком цього може стати зниження самооцінки і підвищення ризику розвитку психічних розладів, у тому числі розладів харчової поведінки. На початку підліткового періоду дівчатка, швидкість розвитку тіла яких відрізняється від середньостатистичної, особливо схильні до незадоволення і низької самооцінки. Дівчата, які випереджають або, навпаки, відстають від однолітків у розвитку, перебувають у найбільш складній ситуації. Оскільки образ тіла трактується як невід'ємна частина самосвідомості особистості, негативний образ тіла неминуче справляє негативний вплив на всі сфери життєдіяльності (Л. Кулешова [155], Р. Моляко [196], В. Петеркова [230], Т. Титаренко [286], В. Чайка [314], А. Черкашина [317]).

Розглядаючи тілесний досвід в якості фундаментального конструкту для розуміння функціонування індивіда, С. Фішер вказував, що «нескінченна безліч поведінкових актів, пов'язаних з тілесним досвідом, підтверджує вагомий вплив тілесності. Людська особистість не може існувати окремо від своєї соматичної складової» [348]. Як слушно зауважила О. Соколова [271], уявлення людини про власну соматичну організацію, усвідомлення нею етичного та естетичного впливу своєї зовнішності впливають на організацію її поведінки стосовно інших людей, на зміст її вчинків, а також на ставлення до своєї особистості в цілому [271].

Досить складним питанням є судження підлітків щодо їхньої власної зовнішності, наскільки вона співпадає з поглядами інших людей. Р. Лернер [363] не виявив істотного зв'язку між об'єктивними і суб'єктивними оцінками привабливості, а також встановив зв'язок між об'єктивними рейтингами та особистісним ставленням підлітка до себе [363].

Починаючи з підліткового віку, роль зовнішності у формуванні образу тіла є незаперечною. Відомий американський психолог У. Джеймс був одним з перших, хто наголошував на існуванні взаємозв'язку між розвитком особистості підлітка та його посиленою увагою до свого тіла [99]. Як вказує В. Куніцина [157], для підлітків анатомічні особливості, риси обличчя, особливості статури є більш інформативними характеристиками людини, ніж, наприклад, одяг та зачіска. При сприйнятті підлітками іншої людини частіше за все фіксуються волосся, зріст, очі, обличчя в цілому. Удосконалення аналізу зазначених ознак спостерігається, починаючи з 13-14, і загострюється – в 14-15 років. У дослідженнях це пояснюється зростанням самосвідомості, засвоєнням соціальних норм, стереотипів, еталонів, ролей [157].

Слід зазначити, що велике значення у формуванні образу тіла підлітка відіграє спілкування. Спілкування – це така взаємодія між людьми, в процесі якого розвиваються, виявляються і формуються міжособистісні взаємини [136].

Емпірично встановлено, що протягом усього життя в Я-концепції людини знаходять відображення міжособистісні відносини [41]. Отже, вербальні і невербальні реакції від інших впливають на образ тіла людини протягом усього її життя (О. Зімачева [115], Л. Петровська [232], Р. Реан [250]).

Слід наголосити на тому, що за допомогою тіла підліток показує себе іншим, обмежуючи таким чином ступінь своєї свободи. Це може спричинити виникнення прагнення постійно відповідати якомусь чужому образу, не характерному для себе. При цьому, увага суб'єкта постійно утримується різними факторами, часто протилежними: вона вибірково вихоплює інваріанти інформації про внутрішнє і зовнішнє, виділяючи якісь характеристики із загального фону сприймання.

Г. Розенблум та М. Льюїс дослідили співвідношення образу тіла з фізичною привабливістю та масою тіла, порівнявши відповідні показники 115 хлопців і дівчат у віці 13, 15 і 18 років. Отримані результати засвідчили, що протягом вказаних періодів підліткового віку образ тіла у дівчат погіршувався, тоді як у хлопців, навпаки, покращувався. У віці 13 років, відмінності між статями не були суттєвими, але у віці 15 років розрив ставав доволі відчутним. Автори зазначали, що як результат статевого дозрівання, у дівчат спостерігалось збільшення маси тіла за рахунок накопиченням жирової маси навколо стегон. Часто це призводило до виникнення внутрішнього конфлікту, спричиненого значною відмінністю між реальним виглядом тіла дівчини та культивованим у суспільстві ідеалом стрункості. Натомість, у переважної більшості хлопців незадоволення власним тілом не прогресувало з роками; навпаки, хлопчики, які були незадоволені своїм зростом у 13 років, відчували себе більш комфортно у віці 15 років. Тобто, у період бурхливого зростання, підлітки, як правило, почувалися достатньо добре. Зважаючи на це, автори дійшли висновку, що збільшення зросту і м'язової маси, спричинене статевим

дозріванням, наблизило хлопців до культурного ідеалу, що у свою чергу, спричинило покращення образу тіла [370].

Підліток болісно переживає уявну «потворність» образу свого фізичного «Я»; його пригнічують форма його носа, надмірне збільшення надбрівних дуг, порушення «симетрії» в обличчі, зокрема асиметрія очних щілин, або, «випинання» очей тощо. Він постійно розглядає себе в дзеркалі, знаходячи у власному образі підтвердження «обґрунтованості» невідступних страхів (так званий комплекс Терзіта) [310].

Предметом болючої заклопотаності можуть стати також інші фізичні особливості, які підліток вважає вкрай неприємними для оточуючих. Різні автори (Д. Ісаєв [120], Г. Коряк [145], М. Сандомирський [262], П. Тищенко [287], Ю. Фролова [301], Ю. Шевченко [319]) відносять до них боязливість спітніти, не втримати кишкові гази в громадському місці, боязливість неприємного запаху поту, запаху від геніталій, з рота. При цьому ці запахи дійсно не мають місця і є, як правило, надуманими, а їхнє значення перебільшене.

Як правило, невдоволення своїми рисами обличчя або фігурою виникає епізодично, після якихось реплік однолітків або дорослих. Але в окремих випадках таке невдоволення присутнє постійно, коли підлітка постійно дражнять у школі чи у дворі. В результаті виникає своєрідна патологія, коли утворюються стійкі уявлення про власну фізичну недосконалість, а найболючіше в цій ситуації проявляється у випадках, коли люди, чия думка важлива для підлітка, акцентують увагу на його явних або уявних недоліках. Страждаючі цією патологією постійно відчувають страх, що оточуючі постійно зосереджені на їхньому обговоренні та насміхаються над ними (А. Личко [168], Р. Моляко [196], Я. Наровська [208], В. Петеркова [230], Г. Старшенбаум [278], Н. Теліцина [284]).

Однією з найбільш розповсюджених патологій підліткового віку, пов'язаних з хворобливим переживанням власної зовнішності, є дисморфофобія. (М. Коркіна [142, 143], Т. Гумницька [90]). Дисморфофобія (в перекладі з грецької – «нав'язливий страх тілесної деформації») – це форма психологічного розладу, що характеризується нав'язливими переконаннями людини про наявність у неї якогось дефекту зовнішності, уявного або перебільшеного. М. Коркіна [142] визначала дисморфофобію як нав'язливий страх невротичного характеру, пов'язаного з реальними або вигаданими фізичними вадами [142].

Даний розлад властивий підлітковому і юнацькому віку від 13 до 20 років, при чому понад 80% випадків припадає на період статевого дозрівання. Вікова категорія хворих дисморфофобією не випадково включає в себе підлітків. На думку більшості авторів, широке поширення дисморфофобії, в підлітковому і юнацькому віці визначається самою специфікою цього вікового етапу, коли загострюється увага до своїх зовнішніх даних (так само, як і до думки про них оточуючих) (М. Коркіна [142], А. Личко [168]). Приблизно у віці 12-13 років відбувається перехід від індивідуальної до суспільної самосвідомості, що виражається в більш високому рівні сприйнятливості до інформації, що стосується самооцінки, визначення свого місця в соціумі (І. Андрєєва [11], Т. Драгунова [103]). Водночас, саме в цьому віці відбувається бурхливе фізіологічне дозрівання, підростаюча дитина бачить, як стрімко змінюється її тіло (С. Васильєв [53]). У підлітків чоловічої статі дисморфофобія часто поєднуються із затриманням або недостатнім сексуальним розвитком (М. Коркіна [142, 143], А. Личко [168]). Тому предметом переживань служать і малий зріст, і пропорції тіла, і вторинні статеві ознаки. (А. Дорожевець [101], Д. Ісаєв [120], Є. Креславський [152]). У підлітків жіночої статі даний синдром, навпаки, частіше розвивається на тлі акселерації і болісного переживання зросту. Окрім цього, невдоволення підлітків досить часто зосереджується на

формі носа, вух, чола, губ, щелеп, зубів, ніг, рідше живота і стегон, наявності родимих плям (В. Панферов [226], М. Паулді [227], Ю. Шевченко [319]).

Описані дані, відповідно яким, так звані транзиторні, реактивні підліткові дисморфофобії зустрічаються і у здорових підлітків, особливо при наявності у них сенситивної акцентуації. Зокрема, вікова зміна тембру голосу, вікові висипи на шкірі, загальна постава в період інтенсивного зростання, різкі коливання маси тіла, пов'язані з діенцефальним порушеннями при бурхливому статевому дозріванні, – все це створює сприятливий ґрунт для дисморфофобії. Головною ознакою автори (М. Коркіна [142,143], А. Личко [168]) виділяють у підлітковому віці нав'язливість думки, перебільшення значення окремих недоліків зовнішності.

До дисморфоманічних розладів відносять патологічну переконаність підлітків у поширенні неприємних запахів. Дисморфоманія – це, як правило, є стійким феноменом, який важко піддається корекції. Зазвичай, дисморфоманія супроводжується пригніченим настроєм, ретельним маскуванням своїх переживань і вираженим прагненням здійснити будь-що з метою досягнення виправлення уявного дефекту. Дисморфоманії властива впевненість, що виділена ознака є неприємною для всіх оточуючих (М. Коркіна [142,143], А. Личко [168]).

М. Коркіна [142], яка тривалий час спостерігала за підлітками з синдромом дисморфоманії в рамках пограничних станів, виділила три основні діагностовані групи: 1) особистісні реакції (при акцентуації характеру); 2) психопатичні реакції і 3) реактивну підліткову (юнацьку) дисморфоманію. Підкреслюючи своєрідність синдрому дисморфоманії в пубертатному періоді, автор зазначала, що в цих випадках буває дуже важко «виявити чіткі відмінності між болючою переконаністю в наявності фізичної вади і звичайним людським реагуванням на свою зовнішність».

Психологічні реакції, пов'язані з підвищеною увагою до своєї зовнішності, на думку М. Коркіної, відрізняються від патологічних, насамперед, тим, що у здорових думки про свою зовнішність: 1) не посідають домінуючого положення в ієрархії цінностей; 2) не визначають всієї поведінки підлітка, його життєвий уклад, 3) не заважають нормальній соціальній адаптації [142].

При дисморфореакціях, на відміну від синдрому дисморфофобії, відсутній нав'язливий страх (фобії), оскільки, за влучним зауваженням А. Личко [168], підлітків у цих випадках «обтяжує не власне нав'язливість, а перебільшений за значенням недолік зовнішності»; підлітки не усвідомлюють своїх переживань, пов'язаних із зовнішністю, визначають їх як безглузді; порушення поведінки, пов'язані з турботою про свою зовнішність, більш виражені і, нарешті, дисморфореакції на відміну від дисморфофобії психогенного (реактивного) походження носять більш виражений перехідний характер і при зміні життєвої ситуації зникають [168].

У літературі (І. Брязгунов [46], М. Коркіна [142,143], А. Личко [168], М. Сандомирський [262], Г. Старшенбаум [278]) є вказівки на особливості клінічного прояву дисморфофобії і дисморфоманії у підлітків з різними патологічними проявами.

Виявлено, що підлітки надзвичайно чутливі (сензитивні) до будь-якого критичного зауваження, що стосується їхньої зовнішності. При розвитку дисморфореакції вони стають замкнутими, підозрілими, депресивними. Оскільки такі підлітки схильні до реакцій гіперкомпенсації, дії їх можуть бути різкими і недостатньо адекватними (М. Коркіна [142,143], А. Личко [168], Г. Старшенбаум [278]).

Підлітки з психастенічними рисами характеру за тих самих умов більше схильні до міркувань про свою зовнішність, побудову складних планів щодо її поліпшення, але разом з тим, є малоініціативними, сором'язливими, бездіяльними (І. Брязгунов [46], М. Коркіна [142,143], А. Личко [168]).

Окремі автори виділяють істероїдних підлітків, які є демонстративно ексцентричні, театральні. Вони образно описують свої «страждання», благають «врятувати» їх, «зробити щасливими». Не отримавши підтримки, висловлюють суїцидальні погрози, але рідко реалізують їх (М. Коркіна [142,143], А. Личко [168], М. Сандомирський [262]).

К. Лебединська [161], О. Сосюкало [274], А. Личко [168] вважають, що інтерес до даної проблеми посилюється і в зв'язку з таким до кінця ще не вивченим феноменом, як акселерація фізичного розвитку. Наприклад, у підлітків-акселератів жіночої статі з прискореним статевим дозріванням значно частіше виникають ідеї фізичної вади [161], ніж у підлітків з нормальним розвитком [274]. У підлітків чоловічої статі, навпаки, сприятливим фоном для виникнення дисморфофобії або дисморфоманії часто є затримка сексуального розвитку [168].

В основі розвитку дисморфофобії та дисморфоманії лежить хворобливе уявлення про образ свого тіла, дисморфоманічні переживання, негативне ставлення до свого тіла і нереалістичний (недосяжний) образ «ідеального» тіла. При цьому, порушення образу тіла є стрижневим феноменом у розвитку згаданих психопатологічних розладів, що дозволяє розглядати їх як окремі види порушення образу тіла (М. Коркіна [142,143], А. Личко [168]).

Отже, аналіз основних закономірностей, які властиві підлітковому віку, свідчить про існування у дітей переживань щодо власної зовнішності і дослідники доводять, що порушення образу тіла пов'язане з віковими змінами і специфікою сприймання власного тіла, при цьому змінене ставлення до власного тіла може мати видозмінені стани, до яких, перш за все, фахівці відносять психологічні чинники у порушенні харчової поведінки. Розгляд психологічних фактів щодо булімії та анорексії як результат порушення харчової поведінки наданий у наступному підрозділі 1.3.

1.3. Порушення харчової поведінки як психологічний чинник появи булімії та анорексії у підлітковому віці

Проблема порушення сприймання та оцінка власного тіла у підлітковому віці тісно пов'язана з великою увагою підлітків як до своїх зовнішніх даних, так і до думки про них оточуючих, що дослідники вважають однією з найважливіших властивостей спочатку у дітей підліткового віку, а надалі – і юнацького (Т. Аракелян [19], Л. Баранська [23], Ф. Василюк [55], А. Гавриленко [77], Д. Демидов [98], А. Дорожевець [101], Ч. Кожалієва [133], Є. Креславський [152], Т. Нечитайло [210], А. Черкашина [317]).

Вплив підлітків один на одного здійснюється шляхом взаємного обміну інформацією, оцінок і порівнянь, в деяких випадках за допомогою прямого спонукання до використання певних практик контролю над тілом. Зокрема, К. Кренделл [345] в дослідженні на вибірці дівчат-підлітків показав, що схильність до булімічної поведінки і заклопотаність масою тіла позитивно корелює з аналогічним поведінкою подруг. Він пов'язує цей феномен з «соціальним зараженням», тобто вважає булімію засвоєним через наслідування патерном поведінки. Підлітки очікують від оточуючих заохочення своїх зусиль і бувають розчаровані, якщо його не отримують. Дівчатка, зазвичай, уважніші до оцінок однолітків протилежної статі, а хлопчики – до однієї з ними статі [345].

Серед відхилень переживання підлітків, що стосуються зовнішності, особливе місце посідають такі основні порушення харчової поведінки як анорексія та булімія. За даними останніх досліджень, відповідно яким анорексією страждає кожна сота дівчинка-підліток (Х. Брух [340], А. Дорожевець [101], В. Кипеть [126], М. Коркіна [142, 143], В. Лебединський [162], А. Личко [168], Н. Теліцина [284], М. Цивілько [312], В. Чайка [314]). Більше того, з кожним роком анорексія, так би мовити, «молодіє» – зафіксовані випадки госпіталізації восьмирічних дівчаток із таким діагнозом [131].

З огляду на зазначене, в даний час актуальним, на думку фахівців (Ю. Антропов [15], А. Дорожевець [101], В. Ковальов [132], М. Коркіна [142], В. Марилов [182], Н. Теліцина [284]) залишається розкриття змісту основних видів порушення харчової поведінки у підлітків, зокрема анорексії та булімії, як видів трансформації тілесного образу, пов'язаних з порушеннями сприймання власного тіла.

Формування образу тіла тісно пов'язане з поняттям харчової поведінки людини. Так, під харчовою поведінкою розуміється ставлення до їжі та її прийому, стереотип харчування у повсякденних умовах і в ситуаціях стресу та дистресу, як саме дитина орієнтована на образ власного тіла та її висновки, діяльність з формування власного тіла [190]. Іншими словами, харчова поведінка містить у собі установки, форми поведінки, звички й емоції, що стосуються їжі, які є індивідуальними для кожної людини.

Особливе місце у виникненні порушені харчової поведінки посідає незадоволення власним тілом (Т. Гумницька [90], Г. Коряк [145], Є. Креславський [152], В. Міщенко [193], В. Петеркова [230]). Невідповідність власного тіла особистим ідеалам або соціокультурним еталонам краси, викликає негативні емоції, породжує тривогу та незадоволеність собою, призводить у підлітків до дезадаптації та незадоволеності власним життям у цілому.

Порушення харчової поведінки – це комплекс симптомів, які виникають у підлітків внаслідок тривалого впливу поведінкових, емоційних, психологічних і соціальних факторів. Виділяють наступні фактори ризику, що призводять до порушення харчової поведінки: пубертатний вік; стать, особливо жіноча (у 90-95 % випадків), сильний вплив ідеалу худоби (наприклад, у фотомоделей або професійних спортсменів); стрес, завищені вимоги до себе; недостатня здатність сприймати власні відчуття; сімейні конфлікти; раннє випереджаюче середній показник настання пубертата; близнюковий фактор; інсулінозалежний діабет [15; 120; 143]. До психологічних факторів, які впливають на виникнення

порушень харчової поведінки, різні автори відносять наступні: низька самооцінка, відсутність або недостатність контролю над власним життям, депресії, страхи, гнів, самотність, конфліктні відносини в родині, труднощі у вираженні емоцій та почуттів, незадоволеність життям, глузування оточення з приводу форм або ваги (А. Алексєєва [5], І. Андрєєва [11], Л. Баранська [23], О. Кікінежді [129], Н. Харламенкова [302]).

Порушення харчової поведінки у підлітків частіше зустрічається серед осіб, які, в тій чи іншій мірі, невдоволені власною тілобудовою. Такий аналіз частіше всього пов'язується деякими дослідниками з типологією. Досліджуючи зв'язок між конституційним формуванням та ставленням особи до власного тіла, Т. Данильченко [96, 97] виокремлює, як вагомий факт, те, що до власного тіла найбільш негативно ставляться жінки фемінінного типу. У них виражена емоціогенна харчова поведінка (звертання до їжі у разі переживання, гніву, збудження, роздратування, в очікуванні неприємностей). Виявлена також екстернальна харчова поведінка (специфічна реакція на вигляд їжі та людей, які харчуються). Найменш фрустровані своїм фізичним Я виявились представниці андрогенного типу. Маскулінний та недиференційований типи посідають в оцінюванні власного тіла проміжне положення, причому маскулінні ближчі до андрогенних, а не диференційовані – до фемінінних осіб [96]. Подібна ж закономірність спостерігається у дітей та підлітків. Так, діти рідше товаришують з однолітками ендоморфного типу (за класифікацією У. Шелдона), а в ендоморфних дітей частіше спостерігається негативне ставлення до власного тіла, неприйняття свого фізичного Я [96].

Відповідно до Міжнародної класифікації хвороб, МКХ-10, основними порушеннями харчової поведінки вважаються: анорексія та булімія, які поєднуються із психологічними порушеннями [189]. Довідник з діагностики та статистики психічних розладів (DSM-IV) також визначає анорексію та булімію як основні види нервових порушень харчової поведінки [334]. Слід наголосити

на тому, що, згідно з даною класифікацією, порушення образу тіла, поряд із заклопотаністю з контролювання ваги власного тіла та зміною цінності харчування в ієрархії цінностей, є одним з основних загальних параметрів даних захворювань [334].

У сучасних концептуальних класифікаціях психічних і поведінкових розладів анорексію і булімію відносять до порушень афективного та obsесивно-компульсивного спектру, або розглядають як особливий варіант психосоматичної патології [142]. Американський клінічний психолог Р. Комер [138] визначав анорексію як психічний розлад, який характеризується прагненням до максимальної худоби та втрати ваги. Відмова від їжі пов'язана, як правило, з невдоволенням своєю зовнішністю, надлишковою, на думку самої людини, повнотою [138]. О. Мойзріст [195] визначала анорексію як розлад, що характеризується навмисним зниженням ваги, яке викликане та підтримується самим індивідом [195]. Даний розлад вважається особливо тісно пов'язаним із проблематикою підліткового віку. М. Коркіна [142] зазначала, що анорексія – захворювання, що виникає переважно у дівчаток-підлітків і молодих дівчат (дуже рідко в осіб чоловічої статі цього ж віку) і виражається у свідомому, надзвичайно стійкому прагненні до схуднення, що нерідко досягає вираженої кахексії. Мотивом такої поведінки є хвороблива переконаність у власній зайвій повноті всього тіла або окремих його частин [142]. Деякі дослідники розглядають нервову анорексію у зв'язку з трансформацією тілесних характеристик, спричинених віковими змінами. Зокрема, анорексія трактується як спосіб розв'язання психологічних проблем шляхом зниження ваги. Відповідно до цієї теорії, за допомогою голодування фізичні ознаки статевого дозрівання зводяться нанівець, що дозволяє дівчині «залишатися дитиною» і ухилятися від властивих її віку психосексуальних норм поведінки. Вікові проблеми самоідентичності й автономії (відділення від батьків) переносяться

«на поле бою у сфері харчування», завдяки чому довгостроково зберігаються, так звані, симбіотичні відносини з родиною [314].

До діагностичних симптомів нервової анорексії за DSM-IV віднесено:

а) відмова підтримувати масу тіла на мінімальному показнику для свого віку норми і зростання темпу втрати ваги протягом тривалого часу, що, в свою чергу, призводить до втрати маси тіла, яка складає трохи менше 85 % від нормативної ваги; або уповільнення приросту ваги в період зростання організму, що виражається в тому, що фактичне збільшення маси тіла на 15 % менше, ніж нормативний показник;

б) існування яскраво вираженого страху перед збільшенням маси або об'єму тіла, не зважаючи на очевидні відхилення від норми, констатовані лікарями;

в) виражені порушення у сприйманні власної фігури і маси тіла, перебільшена оцінка впливу зовнішніх характеристик на самооцінку або заперечення того очевидного факту, що наявна вага є неприпустимо низькою;

г) порушення фізіологічних проявів, притаманних даному віку (Є. Ільїн [118], М. Коркіна [142], Г. Найдьонова [204], Л. Пономарьова [239]).

Обговорюючи інші відомі класифікації даного захворювання, рекомендації з діагностики, наведені в МКХ-10 [185], в цілому відповідають критеріям DSM-IV [336]. Натомість, в МКХ-10, на відміну від DSM-IV, в якості додаткового критерію для діагностування рекомендуються показники вікових періодів.

Теоретичні дослідження та емпіричні дані (І. Андрєєва [11], Т. Драгунова [103], Ф. Райс [249]) свідчать про те, що досить часто у підлітковому віці виражена заклопотаність власною зовнішністю передуює початку даного розладу. Тому порушення харчової поведінки розглядається в контексті конструювання «образу тіла» (Є. Креславський [152], Ю. Фролова [301]). Так, Ю. Фролова [301] зазначала, що всі порушення харчування поєднуються між собою і ґрунтуються

на особливостях конструювання «образу тіла», неадекватній уяві про власне тіло [301]. У деяких хворих нервова анорексія починається в ранньому підлітковому віці, коли вони не стільки втрачають масу тіла, скільки її не набирають, як це вимагається зі зростанням. При цьому, на фоні зростання відбувається істотне зниження маси тіла. Важливим аспектом даного критерію є бажання особистості мати низьку вагу поряд з усвідомленими спробами уникнути набирання маси тіла. Зазвичай, хворі на анорексію цілеспрямовано відмовляються від калорійно-насиченої їжі [268].

Незважаючи на реальний дефіцит маси тіла, пацієнти з анорексією проявляють глибоке занепокоєння з приводу того, що в них буде істотний надлишок маси тіла, якщо вони перестануть дотримуватися жорсткого контролю за своїм харчуванням або значною фізичною активністю. Для більшості хворих на анорексію страх ожиріння не ґрунтується на реальних фактах. Більшість з них ніколи раніше не мала надлишкової ваги й з малою ймовірністю у них, в цілому, існувала проблема ожиріння в інших членів їхньої родини. Водночас, для більшості хворих поняття «товстий» реально не позначає «того, хто має надлишкову вагу», а означає бути більш повним, ніж вони можуть дозволити собі (тобто більш повним, ніж на даний момент). Окрім цього, характерно, що страх перед ожирінням, зазвичай, посилюється одночасно з втратою маси тіла.

При зтяжньому протіканні анорексії спонукання до зниження ваги й ступінь задоволеності від нестачі маси тіла може ставати менш виразним. Такі пацієнти продовжують заперечувати необхідність серйозного занепокоєння з приводу низької маси тіла або доцільності медичного чи психіатричного втручання. Наприклад, вони можуть поступово погоджуватися з тим, що, можливо, їм і необхідно набрати вагу, але в них відсутнє бажання вживати послідовних заходів для досягнення цієї мети.

На важливості порушення образу тіла та страху перед збільшенням ваги при диференціальній діагностиці анорексії наголошують Б. Тушен-Каффє та І. Флорін. За їхніми твердженням, саме це відрізняє анорексію від втрати ваги через соматичні причини (наприклад, внаслідок пухлини головного мозку, захворювань травної системи), від значного зменшення маси тіла у зв'язку з іншими психічними розладами (наприклад, депресією), а також від шизофренії, при якій може спостерігатися викривлена харчова поведінка [294].

На порушенні сприймання власної маси тіла та власної фігури, як основній ознаці анорексії, наголошується у висновках Д. Барлоу [131]. Так, люди з анорексією, як правило, є невисокої думки про власну фігуру, і вважають себе непривабливими. Окрім того, вони переоцінюють товщину свого тіла. Виражені порушення в переживанні за власну масу тіла і його форми при анорексії реалізуються різними шляхами. Люди, які страждають на нервову анорексію, часто сприймають окремі частини власного тіла як надмірно великі. Увага може бути акцентована на грудях, животі, сідницях, стегнах. Причому, навіть у випадках, коли відбувається втрата ваги, ці частини тіла залишаються для хворих небажано великими. Проте, спотворений характер оцінок тіла, в цілому при анорексії може набувати клінічної значимості у порівнянні з простим спотворенням сприймання окремих його частин.

Тенденція переоцінювати свою вагу у хворих на анорексію вивчалася також детально в умовах експерименту. Так, Р. Комер [138] описував дані експерименту, в якому люди, дивлячись на свою фотографію крізь оптичний пристрій, що дає можливість змінювати величину зображення, по-новому себе оцінюють. Учасників експерименту просили відрегулювати лінзу так, щоб вони побачили, які, на їхню думку, є реальними розміри свого тіла. Встановлені відхилення сягали 20 %. Р. Комер стверджував, що більше половини людей з анорексією переоцінювали розміри свого тіла, зупиняючи регулювання лінзи лише у випадках, коли зображення ставало істотно більшим, ніж справжнє.

М. Коркіна, досліджуючи проблеми анорексії, зазначає, що різні автори дійшли висновку про наявність при анорексії виразних змін у сприйманні власного тіла. Причини появи таких фізіологічних розладів вчені пов'язували з виявленими Х. Брухом особливостями «образу тіла» у появі анорексії. Заслуговує на увагу й той факт, що анорексія розцінюється медиками як хвороба, а у психологічному плані люди з анорексією не завжди правильно саме оцінюють та «сприймають розміри не тільки свого тіла, але й оточуючих» [142].

Слід зауважити, що у дослідженнях (А. Дорожевець [101], М. Коркіна [142], В. Марилов [182], Н. Теліцина [284], М. Цивілько [312], В. Чайка [314]) виділені певні відхилення при анорексії, зокрема, спотворення сприймання розмірів свого тіла носить нестабільний характер і може бути опосередковане поганим настроєм, соматичним станом, відчуттям переїдання, дотриманням прийнятим людиною нав'язаних ззовні канонів краси. Так, пацієнти з анорексією мають нестійкі уявлення про своє тіло, які модифікуються культуральними ідеалами краси, когнітивними та афективними впливами. Когнітивна схильність при анорексії реалізується за допомогою певних особистісних рис і характеристик темпераменту таких, як схильність до obsесивності, перфекціоналізм, ригідність, когнітивний стиль. Хворі на анорексію орієнтуються, переважно, на вироблену думку про своє тіло й уявлення про нього. З огляду на цей факт, психологи говорять про значний вплив порушень образу тіла та значимість параметра адекватності або неадекватності сприймання власного тіла при виникненні певного порушення харчової поведінки.

Притаманні анорексії порушення образу тіла розглядаються як ознаки клінічної характеристики. Саме тому, усвідомлення значущості образу тіла як засобу адекватної діагностики анорексії спонукало західних клініцистів включити його в перелік діагностичних критеріїв. Порушення образу тіла і дієтичні практики тісно пов'язані з проявом окремих симптомів і з розвитком

клінічно розгорнутих порушень харчової поведінки. Незадоволеність власним тілом трансформується в дисфункціональні переконання щодо ваги і форми тіла, такі переконання базуються на помилкових судженнях. В результаті, вони виявляються міцно пов'язаними негативним підкріпленням поведінки з контролем за вагою.

Іншим, не менш розповсюдженим порушенням харчової поведінки у підлітків, є булімія, яка визначається як розлад, що характеризується повторюваними нападами переїдання, за яким йдуть дії зі штучного позбавлення від їжі [189]. Булімія характеризується також надмірною заклопотаністю підлітків з контролювання ваги тіла, що призводить їх до вживання крайніх заходів для пом'якшення впливу спожитої їжі. «Хворі» бояться погладшати, обмежують себе в їжі, проте не в змозі поводити себе таким чином тривалий час. В результаті виникають булімічні напади. Хворі за короткий час поглинають величезну кількість продуктів, а потім, відчуваючи провину, викликають у себе блювоту або вдаються до інших методів зниження ваги [301].

Відповідно до DSM-IV виділяється кілька діагностичних критеріїв булімії:

1) неодноразово повторювані приступи надмірного споживання їжі:
а) споживання їжі за певний проміжок часу (наприклад, протягом 2 годин) у кількості, що набагато перевищує кількість, яку здатна засвоїти фізіологічно людина; б) враження людини, що вона втратила контроль над харчовою поведінкою (наприклад, почуття, що вона не здатна перестати їсти, не здатна проконтролювати вид і кількість їжі, що нею з'їдається);

2) регулярне прийняття неадекватних заходів у боротьбі зі збільшенням маси тіла;

3) наявність неадекватних методів позбуття їжі, які часто трапляються;

4) фактичні параметри: фігура реальна і маса тіла надмірними, що впливає негативно на самооцінку;

5) відсутність ознак анорексії [334].

Критерії класифікації булімії за МКХ-10 також передбачають значний вплив фігури і маси тіла на самооцінку хворих на булімію. Однак, згідно з МКХ-10, втрата контролю над харчовою поведінкою не входить до числа критеріїв для діагностування булімії, як і не вказані критерії «нападів обжерливості» (наприклад, їхня частота, тривалість). Відсутній також поділ на підгрупи людей, які страждають на булімію. На відміну від DSM-IV, в МКХ-10 звертається увага на те, що, досить часто, жінки, які страждають на нервову булімію, раніше хворіли на нервову анорексію [189].

Б. Тушен-Каффьє та І. Флорін наголошували на тому, що згідно з диференціальною діагностикою, саме специфічні дисфункціональні установки щодо фігури і маси тіла відрізняють булімію від інших психічних хвороб, які супроводжуються збільшенням маси тіла (наприклад, депресії і деякі види шизофренії), а також від деяких неврологічних захворювань (наприклад, пухлин ЦНС, синдрому Клейне-Левіна), при яких також можливе виникнення незвичайної харчової поведінки [294].

Порушення образу власного тіла при булімії є важливим фактором ризику у розвитку даного розладу. Це порушення виникає, на думку фахівців, як і при анорексії, під впливом соціального тиску відносно схуднення і відхилень фізичних параметрів тіла від ідеалу стрункості, який є практично недосяжним для більшості людей. У хворих на нервову булімію вплив нав'язуваних засобами масової інформації ідеалів стрункості, призводить до підвищення рівня незадоволеності тілом. Як наслідок, наявність жирових відкладень та зростання маси тіла супроводжуються незадоволеністю власним тілом.

Виявлено, що порушення образу тіла підвищує ризик булімічної патології, в якому задіяні певні механізми. Наприклад, викривлене сприймання тіла призводить до посилення дієтичної поведінки як способу контролю ваги. Дієти, в свою чергу, збільшують ризик булімічної патології, так як індивіди можуть

переїдати для зниження енергетичної депривації. Доведено, що дієти здатні провокувати обжерливість (ефект стриманості – зриву). Вони сприяють зсуву контролю харчової поведінки з фізіологічних механізмів на когнітивні, що підвищує ризик переїдання у випадках, коли когнітивні процеси порушуються інтенсивними емоціями. Істотною є роль негативних афектів, адже в багатьох культурах та ментальності зовнішність є одним з найважливіших оціночних параметрів. Виражений негативний афект підвищує ризик переїдання у тих, хто таким чином забезпечував собі комфортний психічний стан. У дослідженнях показано, що окремі особи можуть вдаватися до викривленої харчової поведінки з позбавлення їжі.

Результати проведеного аналізу основних підходів до класифікації та діагностики анорексії та булімії, як основних порушень харчової поведінки свідчать, що фахівці відносять таких хворих до порушень тіла. В той же час особливості конструювання образу тіла є основоположними факторами в розвитку таких порушень харчової поведінки як анорексія та булімія. Порушення сприймання власного тіла при наявності даних захворювань виражається у змінених формах переживання за власну масу тіла і його форми. Доведено, що порушення сприймання власного тіла набуває специфічної психопатологічної форми, при якій існує страх перед ожирінням та в'ялістю контуру тіла, а бажання перебудувати власне тіло виражається у нав'язливих образах тіла. Найчастіше зафіксовані переживання і є первинним фактором перших спроб дотримання дієти і запуском циклу переїдання або обмеження. При анорексії з'являється ніби-то замкнене коло, коли невдоволення собою викликає вторинні порушення. Зафіксовано, що правильна критика свого фізичного та психічного стану практично відсутня. Загальним положенням є таке, що у дітей з розладами харчової поведінки є суб'єктивне сприймання свого тіла і воно носить виразно негативний характер. Як правило, вказані прояви пов'язують з реакцією оточуючих на тіло, порівняння існуючого тіла з

іншими, з ідеальним образом. При цьому формується негативний образ тіла, який у подальшому визначає поведінку, думки і почуття. Це, в свою чергу, призводить до відмови від соціальних контактів, приховування даних щодо власного тіла, уникнення зайвих рухів і сторонніх поглядів. Виникають сором, гнів, сум, страх, розчарування. А цінність людини в цілому, починає залежати від зовнішнього вигляду та маси тіла. Вказане дозволяє віднести дані захворювання до єдиного комплексу порушень харчової поведінки та розглядати їх як окремі види трансформації тілесного образу, пов'язані із порушеннями сприймання власного тіла.

Зрештою, можна зробити висновок, що проблеми із надлишковою або недостатньою масою тіла через неправильне харчування та інші дефекти у зовнішності, як правило, додають підлітку великих труднощів щодо соціальної та психологічної адаптації, а це, в свою чергу, провокує зміну поведінки, викривляється процес розвитку правильного образу тіла, ускладнюється, спотворюється спілкування.

Висновки до першого розділу

На підставі аналізу та узагальнення сучасного стану досліджень з особливостей становлення образу тіла у підлітковому віці та розроблених стратегій діагностики та психологічної корекції в умовах порушення образу тіла, виявлені загальні закономірності, які надані нижче у висновках до розділу.

Підлітковий вік часто називають перехідним періодом, періодом «бурі і натиску», «гормонального вибуху» і пубертату – відтак, складним періодом, пов'язаним з кризами розвитку. У цей час відбувається перехід від дитини до дорослого в усіх сферах – фізичній (конституціональній), фізіологічній, особистісній (етичній, інтелектуальній, соціальній).

Визначається, що перебіг становлення образу тіла має бути спрямованим на виявлення різноманітних розладів, порушень, так чи інакше пов'язаних з особливостями сприймання і оцінювання власного тіла.

Дослідники вважають очевидним, що невдоволення своєю зовнішністю, тими чи іншими рисами обличчя або фігури – явище досить поширене серед психічно здорових осіб підліткового та юнацького віку, яке проявляється протягом усього зазначеного вікового періоду; у здорових людей висновки щодо тіла не займають домінуючого положення в ієрархії цінностей і не визначають надалі прояви всієї їхньої поведінки, не впливають на весь їхній життєвий устрій.

Особисті проблеми, пов'язані з викривленим сприйманням власного тіла, стають дедалі актуальнішими для сучасного суспільства. Соціальна оцінка з огляду на фізичні критерії породжує низку психологічних проблем, оскільки образ тіла значно впливає на формування самооцінки.

Особливості проявів і перебігу різних вікових періодів залежать від конкретних соціальних обставин життя і розвитку дитини, її соціальної позиції у світі дорослих.

Визначені основні фактори, які впливають на визначення особливості розвитку особистості дитини в контексті формування його образу тіла, зокрема:

- 1) розвиток і зміна самосвідомості; 2) розвиток і зміна організму і тіла;
- 3) розвиток і зміна гендерної ідентичності; 4) міжособистісні відносини з однолітками; 5) відносини всередині родини; 6) вплив засобів масової інформації.

На образ тіла впливають перехідні та кризові періоди, які характеризують процес як становлення, де одночасно присутнє старе і нове і є ознакою певного проміжного етапу у функціонуванні системи з позитивним або негативним результатом; сутність кризи або перехідного періоду полягає у перебудові психологічного змісту, який пов'язаний з виникненням у підлітковому віці

почуття дорослості, розвитком самосвідомості. У підлітковому віці активно формується самосвідомість, виробляється власна незалежна система еталонів самооцінювання і самоставлення, все більше розвиваються здібності, проникнення у свій власний світ, починається усвідомлення своєї особливості і неповторності.

Порушення образу тіла підвищує ризик появи анорексії або булімії.

Результати проведеного аналізу основних підходів до класифікації та діагностики анорексії та булімії свідчать про те, що чинниками появи булімії та анорексії виступають психічні фактори.

Здійснений теоретичний аналіз досліджень довів, що у дітей підліткового віку існує порушення образу тіла, разом з тим, фактично всі напрямки вивчення були зосереджені на аналізі фізичного тіла, виокремленні причин фізіологічно-фізичних змін та порівнянні фізичного тіла з образом тіла, при цьому дослідники наголошували на необхідності аналізу образу тіла і пов'язували його становлення з само ідентичністю та усвідомленням. Разом з тим, аналіз досліджень свідчить про вкрай недостатність даних щодо власне існуючих порушень образу тіла, що і визначило необхідність проведення детального вивчення особливостей таких порушень у дітей підліткового віку.

Окрім того, всі дослідники єдині в тому, що порушення образу тіла вимагає спеціального впливу щодо гармонізації образу і ставить таких підлітків у групу дітей з особливими потребами. Тобто, дослідження порушень образу тіла є актуальною загально психологічною проблемою, а вивчення порушень образу тіла у підлітків як категорії дітей з особливими потребами є актуальною проблемою спеціальної психології.

Теоретичні позиції та здійснені на їхній основі висновки виступили вихідними положеннями для проведення констатувального, формувального, контрольного експериментів та аналізу отриманих даних чому і присвячені розділ два та розділ три.

РОЗДІЛ 2

ОСОБЛИВОСТІ СТАНОВЛЕННЯ ОБРАЗУ ТІЛА У ДІТЕЙ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ

2.1. Теоретичне обґрунтування та опис методики констатувального експерименту

Відповідно визначеної мети даного дослідження, окрім методу теоретичного аналізу інформаційних джерел, було впроваджено констатувальний експеримент, який дозволив зібрати, проаналізувати і узагальнити фактичні дані щодо становлення у підлітковому віці характеристик щодо власної соматичної організації, в цілому образу тіла та впливу образу на діяльність та міжособистісні відносини як стратегічні детермінанти функціонування активної особистості у соціальних відносинах.

З'ясовано, що образ тіла у підлітковому віці має переломні ознаки у становленні, що пов'язано не стільки з переформуванням фізичним, скільки з орієнтацією дітей даного вікового періоду на активну міжособистісну взаємодію з однолітками (Б. Ананьєв [8, 10], Н. Антонова [14], А. Асмолов [21], І. Бех [32], Л. Божович [36], В. Мухіна [200, 201]). На жаль, дитина в підлітковому віці не завжди здатна проводити ідентифікацію, адекватно поєднати цінності суспільства з міжособистісною практикою та власним досвідом (Г. Абрамова [2], Ш. Амонашвілі [7], Г. Андрєєва [10], Б. Братусь [43], Дж. Брунер [45], Я. Коменський [137], І. Кон [139, 140], В. Петровський [233], Б. Скіннер [267]).

Відповідно до теоретичних відомостей щодо появи у кожному віковому періоді новоутворень (В. Давидов [95], В. Зінченко [116], О. Леонт'єв [163], Н. Непомняща [209],) психологи зазначали, що спілкування у даний період

виступає і як провідний вид діяльності (Б. Ельконін [328], А. Запорожець [112], О. Леонтьєв [163], С. Максименко [179]) і як система знакового аналізу у відносинах «людина-людина» (В. Венда [56], М. Гамезо [79], Г. Глотова [84], В. Кім [125], О. Коршунов [144], В. Мантатов [181], Н. Салміна [261], Л. Фомічова [295, 296]).

Усвідомлення власного «Я» (О. Бондаренко [38, 39], А. Маслоу [185], А. Матюшкін [187], В. Сухомлинський [280], О. Хохліна [306, 308, 309]), індивідуалізація (Л. Бурлачук [48], Т. Говорун [85], Є. Ільїн [118], О. Краєва [147], М. Лісіна [166], В. Столін [279], Т. Титаренко [285, 286]), потреба у власному психологічному полі (М. Боришевський [40], В. Вілюнас [60], О. Кікінежді [128, 129]), кризи ідентичності підліткового віку та її роль у становленні зрілої особистості (О. Краєва [148, 149]) надає даній віковій групі особливого статусу, що і вимагає не лише професійності у діагностичних підходах, але й можливості цілісного аналізу при специфічності застосування методів (Л. Виготський [70, 71, 72, 73], Д. Леонтьєв [164], С. Максименко [179], Ж. Піаже [234], В. Рибалка [251]).

Даний віковий період, за теорією психоаналізу (Л. Анциферова [17], Е. Еріксон [330], Н. Калина [123], З. Фрейд [299]), характеризується проявами прихованих, раніше не вирішених конфліктів, які пов'язані з проявами протиріч між очікуваним образом і внутрішньо сприйнятим станом.

Встановлено, що засвоєний соціальний досвід поступово перетворюється у даному віці у власні цінності та орієнтації особи. Зазначені перетворення відбуваються на такому етапі соціалізації, як індивідуалізація, процес якої розглядається як внутрішня та найважливіша детермінанта особистісного зростання людини (О. Хохліна [306, 308, 309]).

Дослідження порушень образу тіла у підлітків базується при розробці діагностики, як свідчать фахівці, на тих основних питаннях, які ставились

спеціалістами як визначальні та основні. Дослідження образу у спеціальній психології вивчалось у різних видах діяльності (Віт. Бондар [37], Х. Замський [111], С. Конопляста [141], В. Лебединський [162], Л. Лебедєва [160], А. Литвак [167], В. Петрова [231], В. Синьов [264], Л. Солнцева [272], В. Тарасун [281], С. Федоренко [265], М. Шеремет [321], Ж. Шиф [324], М. Ярмаченко [333]) та у зв'язку з функціонуванням когнітивних процесів (Р. Боскіс [42], Б. Братусь [43, 44], А. Гольдберг [86], Б. Зейгарник [114], І. Мартиненко [183], М. Матвєєва [186], Г. Мозгова [194], Н. Морозова [198], А. Обухівська [220], О. Проскурняк [243], Л. Руденко [258], Є. Синьова [265], Л. Фомічова [295, 296], О. Хохліна [305, 307], Д. Шульженко [327]).

Одним з найбільш розроблених напрямів у психологічній діагностиці є вивчення образу тіла як системи багатовимірних ставлень до нього (А. Гавриленко [77], Е. Газарова [78], А. Дорожевець [101], О. Кікінежді [128, 129], Г. Найдьонова [204], А. Рождественський [254, 255]). Відповідно цьому, зазвичай, вивчався негативний образ тіла, оскільки він позначався і на самосприйнятті в цілому, і на психологічному функціонуванні, і на поведінці людини (О. Купрєєва [158], А. Налчаджян [205], М. Обозов [218], О. Соколова [271], Е. Старовойтенко [277], В. Столін [298]). Через діагностичні процедури встановлено, що існують два відносно незалежних компоненти образу тіла: образ, що сприймається, включаючи розмір тіла, а також «мінус ідеал» – різниця між сприйнятим та ідеальним розміром, та суб'єктивний установочний образ тіла, який складається зі знання, поведінки та почуттів, що пов'язуються з фізичним розміром (Х. Барнетт [338]). Спеціальні методи діагностики були присвячені з'ясуванню суб'єктивного образу тіла та отримані дані щодо загальної характеристики «задоволення-незадоволення» тілобудовою, так і «задоволення-незадоволення» окремими частинами тіла (А. Виногородський [61], А. Лоуен [170], П. Лушин [173, 174], М. Мдівані [188], А. Тхостов [288]).

Результати американських досліджень базуються на діагностиці відмінностей чоловіків та жінок. Так, перші оцінювали себе в цілому, жінки більше звертали увагу на окремі частини свого тіла [351]. Діагностичні методи дали можливість встановити, що найбільш значущими у формуванні загального самоприйняття для жінок була оцінка стегон і грудей.

Діагностиці гендерних тенденцій присвячені дослідження М. Тіггемана та Б. Пеннігтона, які з'ясували наступне: як дорослі жінки, так і дівчата-підлітки вважали себе товстішими, ніж їхній ідеал [373]. Водночас, Дж Хаун, С. Морріс та Л. Браун в ході проведеного опитування встановили, що жінки схильні зменшувати ступінь повноти фігури, яка подобається більшості чоловіків [358]. На відміну від жінок, чоловіки точніше оцінювали розміри фігури. Разом з тим чоловіки вважали, що жінок більше приваблює атлетична тілобудова, в той час як жінки обирали за іншими критеріями. Т. Кеш та Т. Браун діагностували уявні образи тіла (від імені протилежної статі) і віднайдені у дослідженні факти стверджують, що уявні образи значно відрізняються від реальних за всіма показниками, що вимірювалися, особливо спотворювався уявний образ жіночого тіла [342].

Жінок особливо хвилюють волосся, кисті рук, ступні, стегна, сідниці; чоловіків – руки, грудна клітина, геніталії [196]. В цілому, в американській психології переважає діагностика впливу суспільних стандартів зовнішності на формування фізичного образу людини, що вивчалось, зокрема, через дослідження ступеня задоволеності людиною своїм тілом. Міра «задоволеності-незадоволеності» в різних дослідженнях визначалася найчастіше з використанням методики «Шкала ставлення до тіла», розробленої Секордом і Жуардом [359].

Е. Кречмер [153] та У. Шелдон [320] діагностували залежність між типом особистості людини та її статуєю. Основні варіанти введених ними

класифікацій охоплюють три провідні типи статури людини і відповідно ним три типи проявів особистості: ендоморфні, мезоморфні та екторморфні статури.

Чисельні експериментальні дослідження, спрямовані на діагностику, свідчать про те, що тип статури людини викликає як у дорослих, так і у дітей подібні припущення про властиві цій людині особливості особистості і поведінки. Так, Р. Бернс, розробляючи проблему розвитку Я-концепції та виховання, спирався на дослідження Дж. Броделі, який, як зауважував Р. Бернс, за допомогою відібраних методик з'ясував, що мезоморфний (атлетичний) тип тілобудови в описах отримує стійкі позитивні оцінки, тоді як ендоморфний тип (повні люди) здебільшого характеризувався негативно [28].

Окремим питанням діагностики була правдоподібність стереотипів зовнішності. Так, М. Обозов встановив, що астеники, в цілому, виявилися стійкішими до стресу, ніж пікніки [218].

Дослідження стандартів зовнішності виявили помилки, які базувались на тому, що тілобудову вважали привабливою, спираючись на чужу і хибну точку зору. Так, вони помилялись щодо розмірів (грудей, м'язів, довжини ніг тощо) та не враховували міру можливого об'єктивно досяжного. Неспівпадіння зумовлювало появу депресивних станів, які інколи впливали на зміну здоров'я на хворобу. Внаслідок цього «недосконала зовнішність» супроводжується негативними емоціями руйнівного напрямку (В. Каган [122], Е. Кречмер [153], В. Міщенко [193], Р. Моляко [196]).

У сучасних дослідженнях, зокрема, проведених Ю. Антроповим [15, 16], Д. Ісаєвим [120], М. Коркіною [142, 143], О. Мойзрістом [195], показано, що порушення харчової поведінки є багатогранною поведінковою негативною ознакою. Проте, не дивлячись на актуальність теми, на думку вчених, дані питання залишаються одними з найважливіх у діагностичному вивченні.

Саме тому, при порушенні маси тіла у дорослих і дітей, звертає на себе увагу той факт, що у дослідженнях акцентується увага на психологічному

чиннику як одному з важливих у розвитку ожиріння або, навпаки, на зміні психологічного стану дитини за цієї патології [46]. Часто у дитинстві саме психологічні розлади, а не збільшений апетит, є визначальними у розвитку ожиріння. Ключовими ознаками у таких випадках є надмірне споживання їжі за відсутності відчуття голоду. Регулярне «стресове» підвищення апетиту відображає прагнення людини за допомогою задоволення від приймання їжі заповнити дефіцит позитивних емоцій і тим самим приглушити внутрішню напруженість.

Останнім часом вчені не лише вивчають саме захворювання, супутні порушення та проблему добору правильної дієтотерапії, але й приділяють особливу увагу діагностичним процедурам та психологічним чинникам [90, 239, 262]. Значна кількість психологів визначали причини підвищеної харчової потреби як пошук емоційного задоволення [132, 278]. У зв'язку з цим зазначається, що суттєвим у діагностиці є виявлення фрустрації у дитини потреби і навчити її задовольняти їх в адекватний спосіб [205].

В умовах порушення образу тіла підлітка важливою є діагностика детермінантів. Зокрема, слід враховувати: наявність-відсутність мотивації у підлітка, який прийшов на консультацію з батьками. Часто дитину приводять батьки, бажаючи в ній щось змінити, в той час як сама дитина навіть не уявляє причин, з яких її привели на консультацію.

Ефективними методами, які застосовуються у безпосередній роботі з підлітками з порушеннями образу тіла, для виявлення морально-психологічного клімату були наступні:

- метод бесіди;
- «Три дерева» – проєктивна методика, спрямована на виявлення особливостей сімейної ситуації і образу «Я» в сімейній системі.
- анкетування підлітків (наприклад, анкета «Ти і твої батьки – вивчення емоційної атмосфери в сім'ї»);

- методика «Малюнок сім'ї»;
- проєктивні методики (методика Мюррея, методика Рене-Жиля);
- діагностика міжособистісних стосунків Т. Лірі;
- зовнішньогрупова референтометрія, яка дає можливість виявити, хто з найближчого контактного соціального оточення є взірцем;
- соціометричні дослідження – виявляють характер взаємин у колективі, статус підлітка у класному колективі, характер взаємин з учителями, особливості спілкування з оточуючими;
- анкетування для підлітків (анкета «Ти і твої вчителі»);
- анкетування «Мій вільний час», «Що мені подобається», «Духовні цінності».

Надзвичайно важливою у випадку порушення образу тіла є діагностика емоційного стану підлітка, для вивчення особливостей якого доцільним є застосування:

- опитувальник самостворення В. Століна та С. Пантелєєва;
- методика Дембо-Рубінштейна для дослідження самооцінки.

Особливу увагу слід приділяти вивченню інтересів, ідеалів, нахилів, здібностей таких підлітків, з метою чого застосовують:

- метод дослідження рівня суб'єктивного контролю (РСК);
- методику дослідження способу поведінки в конфліктній ситуації К. Томаса, адаптовану Н. Грішиною;
- факторний особистісний опитувальник Р. Кеттелла (HSPQ);
- метод бесіди.

Інформація, яку отримає спеціаліст внаслідок комплексної психодіагностики, дає змогу: а) спланувати індивідуальну корекційну роботу з конкретним підлітком; б) запропонувати суб'єктам навчально-виховної діяльності рекомендації щодо психологічно доцільного спілкування з підлітком;

в) поінформувати родину і близьких про можливе коригування власного стилю взаємин з підлітком.

Дослідженням охоплено 800 здорових дітей 8, 9, 10 та 11 класів, по 200 осіб кожного класу (із них – 100 дівчаток і 100 хлопчиків) та 70 дітей з булімією та анорексією. Всього 870 дітей 8-11 класів. Констатувальний експеримент проводився в різних містах України, а саме: м. Києві (спеціалізована школа № 41 імені З. К. Слюсаренка з поглибленим вивченням англійської мови та ліцей № 38 імені В. Молчанова), загальноосвітній школі № 6 м. Лубни Полтавської області; Володимир-Волинському навчально-виховному комплексі «ЗОШ I-III ступенів - ліцей», ліцеї № 2 м. Житомира, Теребовлянській ЗОШ I-III ступенів № 2 Теребовлянського району Тернопільської області, а також двох центрів системи охорони здоров'я (70 дітей): Центру лікувальної педагогіки «Свідомість» та Київського міського центру «Психічне здоров'я дітей» при Київській міській клінічній психоневрологічній лікарні № 1.

Констатувальний експеримент проводився в декілька етапів:

1 етап – теоретичне обґрунтування вимог до відбору та констатування діагностичних методик;

2 етап – апробація розробленої системи діагностичних методів;

3 етап – узагальнення вимог до діагностики порушень тіла;

4 етап – збір фактичного матеріалу за розробленою діагностикою з питань порушень тіла, аналіз узагальнення отриманих в експерименті результатів.

Для виявлення існуючих тенденцій значимим був розгляд і виявлення спільних та відмінних ознак між реальним адекватним та пошукуваним образом тіла у підлітків. Специфіка поєднання проявів особистості у діяльності з фізичним зовнішнім виглядом людини і привласнення чужого ідеального образу, спонукає до яскравих проявів емоційних реакцій, викликає ситуації фрустрації. Окрім того, відокремленість свого фізичного «Я» від соціальних відносин, переведення образу тіла в ієрархічному плані на найвищий щабель

дизбалансує детермінанти адекватності у ставленні особистості до себе та до інших.

Система діагностики базувалась на наступних психологічних вихідних принципах:

1. Взаємодоповнення діагностичних методів.

У дослідженні дотримання даної вимоги втілювалось через поєднання вербальних, невербальних, вербально-наочних засобів, прямих, опосередкованих, проєктивних методик, авторських опитувальників і тестових завдань, широко відомих діагностичних методик.

2. Специфікація діагностичних методів.

Відповідно гіпотезі дослідження та виділених тенденцій порушень образу тіла діагностичні методики склали певним чином змодельовані блоки.

3. Індивідуалізація діагностичних методів.

У дослідженні основним напрямом у аналізі результатів було виявлення тенденцій і закономірностей появи порушень образу тіла у підлітковому віці. Разом з тим, власне діагностичні завдання мали враховувати і базувались на існуючому широкому спектрі індивідуальних відмінностей.

4. Цілісність діагностичного висновку.

Дана вимога виходила з напрацьованого Л.С. Виготським висновку про негомогенність розвитку і разом з тим єдність діагнозу [70, 71, 72, 73, 74, 75].

В цілому, психологічна діагностика порушень образу тіла є системним підходом, який базується на послідовному, аргументованому метою та завданнями дослідження, втіленні методів, які є специфікованими, індивідуалізованими, взаємодоповнюючими за змістом та формою, що надає змогу здійснити цілісний діагностичний висновок відповідно типу та структури відхилення адекватного образу від сформованого образу з негативним або позитивним зміщенням.

Діагностика порушень образу тіла у підлітків охоплювала 4 серії завдань.

Перша серія була спрямована на виявлення тривоги, агресії, фрустрації.

Друга серія передбачала можливість з'ясування уявлень про частини тіла та їх оцінювання у просторовому, часовому, діяльнісному показниках.

Третя серія завдань спрямована на самостійне оцінювання себе, оцінювання себе через інших, оцінювання інших.

Четверта серія завдань надавала можливість виокремлення причин прихованих конфліктів між реальним та уявним, тому досліджувався взаємозв'язок між образами: реальними, ідеальними, адекватними, пошукуваними.

Вищезазначені 4 серії складають нижче представлені конкретні методики:

1. Клінічна проєктивна методика «Малюнок людини» (К. Махвер).
2. Методика «Уявлення і ранжування частин тіла».
3. Методика Дембо-Рубінштейна для дослідження самооцінки.
4. Опитувальник самоставлення В. Століна та С. Пантелєєва.
5. Факторний особистісний опитувальник Р. Кеттелла (HSPQ).
6. Методика діагностики міжособистісних відносин Т. Лірі.
7. Метод дослідження рівня суб'єктивного контролю (РСК).
8. Методика дослідження задоволеності власною зовнішністю шляхом оцінювання 31 фізичної якості.
9. Методика дослідження способу поведінки в конфліктній ситуації К. Томаса, адаптована Н. Грішиною [191].
10. Тест фрустрації Розенцвейга.
11. Авторська методика «Людина і дія».
12. Авторський опитувальник у сприйманні себе.
13. Авторський опитувальник пошукуваного образу.
14. Авторський опитувальник «Тіло норма і порушення».
15. Авторський опитувальник у сприйманні іншої людини.

З метою детального аналізу розглянемо діагностику за основними показниками із запропонованих методик.

Проективний тест «Малюнок людини» (К. Махвер) зорієнтований на вивчення специфіки образу тіла як частини себе, на основі як усвідомлених так і неусвідомлених і невідрефлексованих процесів.

Методика «Уявлення і ранжування частин тіла» дозволила виявити усвідомлене і неусвідомлене, раціональне і емоційно-ціннісне значення для підлітка різних частин тіла, а також можливих конфліктів, спричинених порівнянням усвідомленого і неусвідомленого в ієрархії значимості тієї або іншої частини тіла.

Авторська модифікація теста Дембо-Рубінштейна з дослідження самооцінки спрямована на виявлення оцінювальних показників зовнішніх складників образу тіла. У модифікації існує 4 шкали, а саме:

Шкала № 1 – оцінка себе за фізичними даними щодо однолітків.

Шкала № 2 – на скільки відсотків, на твою думку, однолітки оцінюють твої фізичні дані.

Шкала № 3 – мій ідеал.

Шкала № 4 – моя задоволеність своєю зовнішністю.

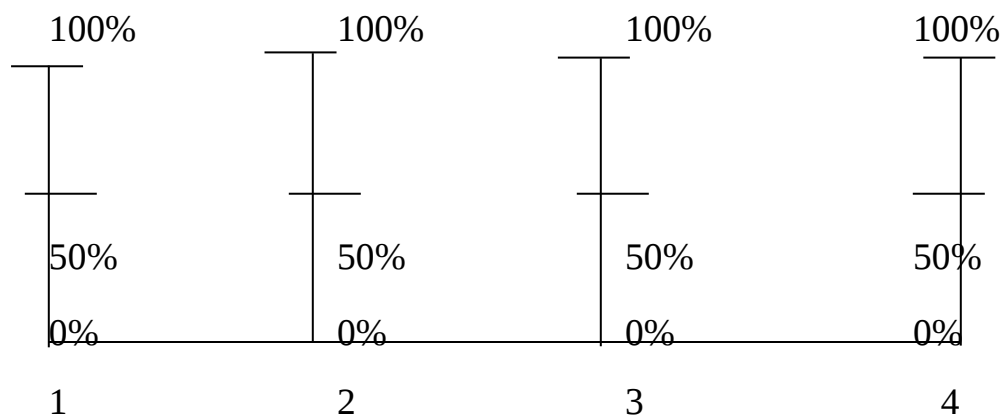


Рис. 2.1.1. Шкала самооцінки

Дітям надавалась наступна інструкція: «Подивіться уважно формулювання. Відзначте вашу відповідь:

- Поставте за свою зовнішність бали від 1 до 100.
- Чи знаєте ви, як однолітки оцінюють тебе (від 1 до 100)?
- Чи хотіли б ви у себе щось покращити і на скільки балів (від 1 до 100)?
- Яку оцінку ви собі ставите за те, як ви турбуєтесь за свою зовнішність (від 1 до 100)?

Опитувальник самоствавлення, авторами якого є В. Столін і С. Пантелєєв, спрямований на дослідження комплексу чинників ставлення до себе. Використана у даному дослідженні версія опитувальника дозволяє виявити рівні самоствавлення, що відрізняються за такими показниками:

1. Глобальне самоствавлення.
2. Самоствавлення диференційоване за самоповагою, аутосимпатією, самоінтересом і очікуванням ставлення до себе інших.

3. Рівень конкретних дій (готовності до них) у ставленні до власного «Я».

Опитувальник включає наступні шкали:

S – вимір інтегрального почуття «за» або «проти» власного тіла;

I – самоповага;

II – аутосимпатія;

III – очікування позитивного ставлення від інших;

IV – самоінтерес;

1 – самовпевненість;

2 – ставлення інших;

3 – самоприйняття;

4 – самопослідовність;

5 – самозвинувачення;

6 – самоінтерес;

7 – саморозуміння.

Методика містить 62 позиції-твердження, відповіді на які надаються «так» або «ні». Методика була використана для оцінки відображення в образі тіла

ставлення особистості до себе. Більш докладно методика описана в психодіагностичній літературі.

Наступним розглянемо сутність застосування факторного особистісного опитувальника Р. Кеттелла (HSPQ).

Опитувальник HSPQ охоплює 14 факторів відтворених у 142 питаннях з 3 варіантами можливих відповідей. Дослідження порушення образу тіла ґрунтувалось на зазначених в опитувальнику факторах.

Звернення до методики діагностики міжособистісних відносин Т. Лірі (Leary Interpersonal Diagnosis) пов'язане з можливостями діагностики стилю і структури міжособистісних відносин.

Використано 128 простих ознак, що згруповані у 8 субтестів по 16 питань. Так, субтести виявляють:

1. Владність – лідерство.
2. Незалежність – домінування.
3. Прямолінійність – агресивність.
4. Недовірливість – скептичність.
5. Покірність – сором'язливість.
6. Залежність – слухняність.
7. Співпрацювання – конвенціональність.
8. Відповідальність – великодушність.

Метод дослідження рівня суб'єктивного контролю (РСК). Опитувальник призначений для діагностики інтернальності та екстернальності, який розроблено на основі шкали локус-контролю Дж. Роттера. Дана методика дозволила оцінити, якою мірою людина готова брати на себе відповідальність за свій вплив на власне тіло. Використано варіант А за нижче наведеними шкалами опитувальника:

1. Шкала загальної інтернальності (Із).
2. Шкала інтернальності в рамках досягнень (Ід).

3. Шкала інтернальності в рамках помилок (Ін).
4. Шкала інтернальності в сімейних відносинах (Іс).
5. Шкала інтернальності в діяльності (Ів).
6. Шкала інтернальності в міжособистісних відносинах (Ім).
7. Шкала інтернальності за показниками здоров'я - хвороби (Із).

Рівень рефлексії за сформованістю і протіканням міжособистісних відносин і способів розв'язання кризових ситуацій дозволяв розглянути мотивацію і цінності в діяльності особистості.

Інша методика, спрямована на виявлення міри задоволеності власною зовнішністю, включала 31-у якість, які структурно охоплювали шість параметрів зовнішності, а саме: «ширина обличчя», «товщина шиї», «ширина плечей», «ширина грудної клітини», «ширина талії», «ширина стегон».

Застосування методики дослідження способу поведінки в конфліктній ситуації К. Томаса (адаптація Н. Грішиної) дає можливість виявити основні типи поведінки особистості в конфліктній ситуації.

Методика складається з 30 пар тверджень, у кожній з яких досліджуваному пропонується вибрати те судження, яке є найбільш типовим для характеристики його поведінки, тобто необхідно вибрати лише одну відповідь «А» або «Б».

Тест фрустрації Розенцвейга дозволяє дослідити реакції на невдачу і способи виходу з ситуацій, що перешкоджають діяльності або задоволенню потреб особистості, зокрема за допомогою методики можна дослідити такі реакції на сильний подразник, як: агресія, переміщення, ідентифікація, проекція, фантазія, регресія, апатія, пригнічення, компенсація, фіксація, раціоналізація.

У тесті 16 ситуацій, в яких створюється перешкода (зупиняють, бентежать, ображають, збивають з пантелику) і 8 ситуацій, в яких суб'єкта звинувачують у чомусь. Між цими групами ситуацій є зв'язок, оскільки ситуація

«звинувачення» передбачає, що їй передувала ситуація «перешкоди», де фрустратор був, у свою чергу, фрустрованим.

Набір використаних у дослідженні порушень образу тіла у підлітків методик дозволяє одержати дані якісного та кількісного характеру і отримати об'єктивну картину досліджуваних явищ.

Окрім того, статистична обробка даних базувалась на виокремлених у психології математичних методах, що дозволило виявити за кількісними показниками тенденції, рівні, особливості, прояви.

Наведені теоретичні підходи, що обґрунтовують напрямок психологічної діагностики порушень тіла у підлітків, та розроблені серії завдань, які забезпечували цикл методик, були використані у констатувальному та контрольному експериментах, аналіз даних яких міститься відповідно у підрозділах 2.2 та 3.3 дисертаційного дослідження.

2.2. Тенденції та закономірності становлення образу тіла у дітей підліткового віку

Аналіз результатів проведеного констатувального експерименту свідчить про те, що у дітей 8, 9, 10, 11 класів становлення образу тіла відбувається нерівномірно, їм притаманні суттєві відмінності, які пов'язані в цілому зі становленням образу людини та міжособистісних стосунків. Виявлено, що дітям даного віку властиві певні загальні ознаки, віднайдені при аналізі матеріалів дослідження, які виступили критеріальними показниками наукової інтерпретації.

До першого критерію віднесена така характеристика як єдність образу фізичного «Я» та духовного (тілесного) «Я». Другим критерієм виступив показник емоційного ставлення до власного та інших людей. Третій показник

позначений у дослідженні як еталонність образу власного тіла та інших людей. Четвертим критерієм, за яким відрізняються діти, це стійкість (мінливість) образу себе та інших.

На основі критеріїв виявлено певні закономірності, обґрунтовані кількісним аналізом.

По-перше, з'ясовано, що власний образ та образ інших людей як співпадає, так і не співпадає, що і викликає певне емоційне забарвлення таке як тривожність, агресія, емоційна апатія, емоційна фрустрація або стосовно себе, якщо образ не задовольняє, або стосовно інших, якщо образ іншого не відповідає виокремленому дитиною еталонному і викликає або схвальні, або негативні емоції стосовно конкретної іншої дитини, або певного фізютипу інших людей.

По-друге, діти 8-11 класів в становленні образу тіла проявили схожі та відмінні характеристики, які стосувались проявів гнучкості у стійкості того чи іншого сформованого образу. Так, учням 8 і 9 класів властива стійкість образу, незалежно від того, наскільки правильним такий образ сформувався. І навіть у випадках неправильної оцінки, образ тіла не підлягав психологічному аудиту з наступною реконструкцією.

В той час, як більшості учнів 10 та 11 класів властива мінливість образу як явища позитивного, коли існуючий образ тіла себе або іншої дитини оцінюється за багатомірними складниками зі встановленням причинно-наслідкових явищ, що у подальшому змушує перереконструйовувати існуючий образ тіла, доповнюючи його суттєвими характеристиками і виключаючи другорядні та хибні показники, за якими конструювались образи.

По-третє, цілісний образ проходить певний шлях становлення за ієрархією ціннісних оцінок, де цінності опосередковані діяльністю, в яку включена дитина, яка аналізує власне тіло, діяльністю інших та міжособистісних стосунках, що і ґрунтуються на певному виді діяльності.

По-четверте, своєрідну групу склали, як і передбачалось у робочій гіпотезі, діти з порушенням здоров'я, що мають стосовно тіла збільшені або зменшені пропорції у порівнянні з віковими нормами ваги. Тобто, діти за медичними висновками з надмірною або вкрай недостатньою вагою, які характеризуються булемією та анорексією, мають спільні між собою характеристики за формуванням образу тіла. Таким дітям властиве індиферентне або негативне емоційне ставлення до власного тіла; існує тенденція позбуття негативних емоцій та несприймання аналізу іншими людьми власного тіла.

Такі діти не мають на меті включати в аналіз показників власного тіла ознаки здоров'я-хвороба.

Розглянемо виокремлені на основі аналізу даних констатувального експерименту критерії більш детально.

Критерій «єдність образу» проявляється в поєднанні «духовного» і «тілесного» в одне ціле; розмежуванні образу тіла як мисленнєвого показника та тіла певної людини (своє, інше); аналізі й порівнянні образу тіла та конкретного тіла; аналізі тіла у відповідності з діяльністю; аналізі тіла у системі цінностей; аналізі тіла у системі зовнішніх і внутрішніх детермінантів мотивації; визначенні тіла як головного показника без врахування когнітивних процесів, акценті на фізичних даних; акцентуванні на окремі показники тіла (груди, губи, вага тощо) та оцінюванні як нормативного не враховуючи інших показників образу.

Другий критерій за показником емоційного ставлення до власного та іншого «Я» характеризується агресією на себе; агресією на інших; агресією недиференційованою; тривожністю з наступною дією; тривожністю без наслідкових реакцій; толерантністю і терпимістю; розрізненням здоров'я та хвороби; емоційною позитивною детермінацією переведення з хвороби на

здоров'я; емоційною відсутністю реакції на хворобу тіла; напруженістю емоційної реакції на хворобу тіла до паніки; емоційною глухотою.

Третім критерієм виступає еталонність образу, який містить наступні ознаки: образ тіла пошукуваний дитиною; образ тіла реальний; образ тіла ідеальний; образ тіла обраний за референтною групою; образ тіла розлитий; образ тіла випадковий; розрізнення образів тіла детермінованих професією; розрізнення образів тіла детермінованих ситуацією, дією; розрізнення образів тіла детермінованих діяльністю; порівняння образу тіла та власного тіла; стихійне формування образу тіла без орієнтації на міжособистісні стосунки та соціум; неусвідомленість соціальних цінностей, діяльність людини, «придуманий світ».

Критерій «стійкість (мінливість)» розкривається через такі складники: образ тіла не змінюється (негнучкий); образ тіла змінюється хаотично; образ тіла змінюється під впливом неаргументованого тиснення; образ тіла змінюється повсякчас в залежності від зовнішнього тиснення; образ тіла змінюється під впливом та аналізом вагомих аргументів.

У констатувальному експерименті з'ясовано, що у дітей 8-11 класів зафіксовані непорушені (досконалі) та порушені образи. Серед порушених образів констатовані різні рівні, зокрема, і вищі. Разом з тим, основна відмінність між досконалими і порушеними образами лежить в площині ідентифікації або неідентифікації власного або чужого тіла зі сформованим образом тіла. Так, всі діти, у яких зафіксовані порушення образу тіла не проводять ідентифікацію образу та реального тіла, в той час як у дітей з виявленим досконалим образом тіла вони виступають детермінантами в аналізі власного та чужого тіла. Так, серед дітей 8-11 класів досконалий образ виявлено відповідно у 24 %, 31 %, 42 %, 49 %, у дітей з булімією – 3 %, 4 %, 7 %, 9 %, у підлітків з анорексією – 8 %, 6 %, 5 %, 2 %, що свідчить про те, що у більшій частини дітей підліткового віку констатовано на фактичному матеріалі

порушення образу тіла. Властиво всім дітям з порушенням образу тіла незадоволення різної міри власним або чужим тілом в цілому або окремими його частинами, де негативне ставлення на частину переноситься на тіло. Розглянемо віднайдені порушення більш детально.

Розподіл підлітків за наявністю порушення або непорушення образу тіла у підлітків восьми – одинадцятих класів представлений у таблиці 2.1.

Таблиця 2.2.1

**Розподіл підлітків за наявністю порушення або непорушення
образу тіла (у %)**

№ п/п	Класи	Різновид образу тіла	
		Непорушений (досконалий) образ	Порушений образ
1	8	24	76
2	9	31	69
3	10	42	58
4	11	49	51

Аналіз кількісних даних свідчить про те, що значна частина дітей 8-11 класів мають порушений образ тіла (відповідно 76 %, 69 %, 58 % та 51 %), в той час як лише 24 % дітей 8 класу, 31 % дітей 9 класу, 42 % дітей 10 класу і 49 % дітей 11 класу мають непорушені (досконалі) образи. Результати та кількісні показники виявили достатньо негативну тенденцію у підлітків, яка полягає в тому, що у менш ніж половини дітей існують досконалі, тобто непорушені образи. Дітей з порушеними образами тіла віднесено до дітей, які потребують як спеціального діагностування, так і розбудови спеціальних підходів у психологічній корекції. Саме тому такі діти виступають у психології як діти з особливими потребами.

В наступній таблиці 2.2 предсталено розподіл підлітків з булімією за наявністю порушення або непорушення образу тіла (див. с. 89).

Таблиця 2.2.2

Розподіл підлітків з булімією за наявністю порушення-непорушення образу тіла (у %)

№ п/п	Класи	Різновид образу тіла	
		Непорушений (досконалий) образ	Порушений образ
1	8	3	97
2	9	4	96
3	10	7	93
4	11	9	91

Дані таблиці дозволяють встановити наявність негативних тенденцій у дітей з булімією, де 97 %, 96 %, 93 % та 91 % дітей відповідно 8, 9, 10, 11 класів мають порушення образу тіла, в той час як лише у 3 %, 4 %, 7 % та 9 % сформовані досконалі образи. Кількісні дані обґрунтовують психологічну необхідність віднесення таких дітей до дітей з особливими потребами.

Таблиця 2.2.3

Розподіл підлітків з анорексією за наявністю порушення-непорушення образу тіла (у %)

№ п/п	Класи	Різновид образу тіла	
		Непорушений образ	Порушений образ
1	8	8	92
2	9	6	94
3	10	5	95
4	11	2	98

Схожі з булімією виявлено показники і стосовно дітей з анорексією. Кількість дітей з порушенням образу тіла сягає майже 100 %, а саме, у 8 класі таких дітей 92 %, у 9 класі – 94 %, у 10 класі – 95 % і у 11 класі – 98 %;

досконалий образ виявлено у 8 % восьмикласників, 6 % дев'ятикласників, 5 % десятикласників та 2 % одинадцятикласників. На відміну від показників, виокремлених у дітей з булімією, зі зростанням класу дітей з досконалим образом значно зменшується. Так, якщо в 11 класі дітей з булімією 9 %, то дітей з анорексією налічується лише 2 %. Ймовірно, існують певні причини медичного та психологічного плану, основні з яких доцільно було б ґрунтовно вивчити. На жаль, таке розширене дослідження лежить поза завданнями та метою даного вивчення. Але віднайдені якісні ознаки, кількісні показники дозволяють аргументовано стверджувати, що такі діти є дітьми з особливими потребами щодо відбору психологічних напрямків корекції.

Узагальнення результатів дослідження дозволило виділити 4 рівня порушень у формуванні образу тіла в підлітковому віці.

Перший, найвищий рівень, позначений як адекватний, другий рівень носить назву дизбалансованого, третій рівень – дестабілізованого і четвертий, найнижчий рівень – неадекватного.

Адекватний рівень є найвищим рівнем при встановленні порушення образу. Даний рівень характеризується, перш за все, оцінкою дитиною тіла у взаємозв'язку з мотивами та цінностями загальносуспільного характеру. У таких дітей фіксується наявність єдності образу, емоційне ставлення має позитивне забарвлення і діти є витриманими з толерантним ставленням до оточуючих, аналізують їх відповідно тій діяльності, в яку вони включені, образи тіла підлягають аргументованим змінам, що дозволяє удосконалювати і виводити на вибір такого еталону, який відповідає нормативним цінностям суспільства. Разом з тим, дітей, віднесених до даного рівня, характеризує певне порушення, яке пов'язане з недосконалістю єдності, еталонності, емоційного ставлення, стійкості образу тіла, не завжди співставляють образ тіла з реальним тілом своїм та чужим. Іншими словами, когнітивний образ тіла знаходиться на більш високому рівні, ніж його використання для порівняння з ним себе та

інших. Разом з тим, не дивлячись на досить високий рівень сформованого образу тіла, образ виступає детермінантом ідентифікації.

Дизбалансований образ тіла пов'язаний з причинно-наслідковими результатами підходів дитини до формування образу. Зрушення образу від умовно нормативного відбувається за рахунок того, що тіло ставиться на перше місце, разом з тим, цінності та когніції враховуються. Але такі діти у формуванні образу спираються на зорове сприймання в рамках ініціалізації кольору та просторових відносин, де емоційний настрій регулює вибір нормативного образу тіла. Такі діти не у всіх випадках враховують аргументацію для зміни образу тіла. Але такі діти не виказують агресивності, вони розуміють, який образ тіла для них є бажаним. Діти, віднесені до даного рівня рідко поєднують існуючий на конкретний час образ тіла з реальним образом власного тіла. Діти, віднесені до даного рівня не проявляють нейтральне ставлення до власного або чужого тіла як способу ідентифікації сформованого образу.

Дестабілізований рівень становлення образу тіла пов'язаний, перш за все, з тим, що діти підліткового віку акцентують увагу на окремих частинах тіла (очах, віях, розмірах тощо) не співвідносячи з образом тіла в цілому і не розглядаючи фізичне тіло у поєднанні з «духовним» Я, коли людина розцінюється у багатовимірному, багатовекторному значенні з мотиваційним та ієрархічно ціннісним підґрунтям. У таких дітей існує агресія щодо інших та тривожність, яка не виступає детермінантом активної дії зі зміни тіла. Всі існуючі навкруги імпульси стосовно тіла, незалежно від їхньої важливості, значимості, аргументованості сприймаються до дії, і під їхнім впливом змінюється випадково образ. Іноді такі діти є неаргументованими мрійниками і проживають життя у придуманому світі, який тягне за собою суттєві конфлікти та фрустрації. Образ тіла не виступає чинником для аналізу свого та чужого

тіла. У таких дітей виявлено індиферентне ставлення щодо ймовірної ідентифікації образу тіла реальним (власним, чужим) фізичним тілом.

Неадекватний образ тіла зафіксовано у дітей підліткового віку з яскраво вираженим емоційним агресивним оцінюванням тіла, на чому, як провідному негативному стані формуються образи тіла свого та чужого. Основний акцент такими дітьми здійснюється лише за тілом, до уваги не беруться мотиваційні та ціннісні показники. Агресія розповсюджується на все і на всіх, інтенсивна за формою і проявами. Нерідко фіксується емоційна глухота, якій притаманна відсутність співпереживання, проникнення у невирішені питання як свої, так і чужі. Фактично як когнітивний образ, образ тіла не сформований, тому сприймання себе і людей постійно змінюється під впливом чужої думки, переглянутих фільмів, журналів, тощо. Образ тіла не використовується для аналізу реальних власного тіла або тіла інших дітей. Діти, віднесені до даного рівня виявляють негативні реакції щодо ідентифікації власного або чужого тіла.

Відповідно темі, меті та завданням, вивчення дітей у яких не виявлено порушень образу тіла не проводилось. У зв'язку з цим за математичними показниками здійснено переведення відсоткових показників даних щодо дітей з порушенням образу тіла для чіткого надання аналізу в тенденціях кількісних показників вище наведені дані переведені на 100 відсоткові показники.

Таблиця 2.2.4

Розподіл дітей 8-11 класів за рівнями становлення образу тіла (у %)

№ п/п	Рівні	Класи			
		8	9	10	11
1	Адекватний (найвищий)	1,6	10,1	28,3	43,2
2	Дизбалансований	16,8	34,8	35,1	27,5
3	Дестабілізований	28,3	24,6	21,2	17,6
4	Неадекватний (найнижчий)	53,3	30,5	15,4	11,7

Дані таблиці засвідчують позитивну тенденцію зменшення з віком дітей, у яких виявлено неадекватний рівень: з 53,3 % у 8 класі, 30,5 % у 9 класі, 15,4 % у 10 класі до 11,7 % в 11 класі. Разом з тим на адекватному рівні зафіксовано незначну кількість дітей, лише 1,6 %, 10,1 %, 28,3 %, 43,2 % (відповідно 8, 9, 10, 11 класів), що є вкрай низькими показниками.

Особливої психологічної корекції потребує значна кількість дітей з дизбалансованим та дестабілізованим рівнем. Сумарно, на цих двох недосконалих рівнях знаходиться 45,1 % восьмикласників, 59,4 % дев'ятикласників, 56,3 % десятикласників та 45,1 % одинадцятикласників. Тобто, в усіх класах практично половина дітей не досягають найвищого рівня. Виявлені тенденції становлення образу тіла як когнітивного показника певною мірою виступають поясненням причин порушень ідентифікації себе та інших через аналіз фізичного «Я», вони переводять з образу тіла на образ особистості.

Таблиця 2.2.5

Розподіл дітей з булімією за рівнями становлення образу тіла (у %)

№ п/п	Рівні	Класи			
		8	9	10	11
1	Адекватний (найвищий)	-	-	-	-
2	Дизбалансований	6,7	8,7	9,2	12,6
3	Дестабілізований	12,2	10,4	8,5	8,1
4	Неадекватний (найнижчий)	81,1	80,9	80,3	79,3

Дані кількісного аналізу, який відображений у таблиці 2.5, свідчить, що на найвищому рівні не зафіксовано дітей як 8 класу, так і всіх інших класів. В той час, як в районі 80 % дітей знаходяться на неадекватному рівні.

Перейдемо до розгляду даних зафіксованих у дітей з анорексією при розподілі за рівнями становлення образу тіла і представленими в таблиці 2.6 (див. с. 94).

Розподіл дітей з анорексією за рівнями становлення образу тіла (у %)

№ п/п	Рівні	Класи			
		8	9	10	11
1	Адекватний (найвищий)	-	-	-	-
2	Дизбалансований	14,8	9,2	3,2	-
3	Дестабілізований	38,3	38,7	35,5	35,7
4	Неадекватний (найнижчий)	46,9	52,1	61,3	64,3

Схожі кількісні дані зафіксовані і у дітей з анорексією. Тобто, спостерігається відсутність дітей, віднесених до адекватного рівня і концентрація їх на неадекватному рівні. Причому простежується збільшення кількості дітей на неадекватному рівні з 8 класу по 11 клас. Виявлена закономірність свідчить про те, що несформований когнітивний образ негативно позначається на фізичних, соматичних показниках тіла.

Адекватний рівень характеризує найвищий рівень у формуванні образу тіла в підлітковому віці. За критерієм «єдність образу» він проявляється через ознаки: поєднання «духовного» і «тілесного» в одне ціле; розмежування образу тіла як мисленнєвого показника та тіла певної людини (своє, інше); аналіз тіла у відповідності з діяльністю; аналіз тіла у системі цінностей; аналіз тіла у системі зовнішніх і внутрішніх детермінантів мотивації. Толерантність і терпимість; розрізнення здоров'я та хвороби; емоційна позитивна детермінація переведення з хвороби на здоров'я розкривають показник емоційного ставлення до власного та іншого «Я» даного рівня. Складниками третього критерію «еталонність образу» є: образ тіла реальний; образ тіла ідеальний; розрізнення образів тіла детермінованих професією; розрізнення образів тіла детермінованих ситуацією, дією; розрізнення образів тіла детермінованих діяльністю; порівняння образу тіла та власного тіла. Ознака – образ тіла змінюється під впливом та аналізом

вагомих аргументів – характеризує четвертий критеріальний показник «Стійкість (мінливість)» найвищого, адекватного, рівня

Другий рівень, а саме дизбалансований рівень, характеризується наступними параметрами. Так, перший критерій «єдність образу» виявляється через аналіз й порівняння образу тіла та конкретного тіла. Прояви агресії на себе; тривожності з наступною дією; толерантності й терпимості характерні для критерію «емоційного ставлення». В свою чергу ознаки: образ тіла пошукуваний дитиною; образ тіла обраний за референтною групою; порівняння образу тіла та власного тіла становлять критерій «еталонність образу». Для четвертого критерію «стійкість (мінливість)» характерними є позиції: образ тіла не змінюється (негнучкий); образ тіла змінюється хаотично.

Третім рівнем у формуванні образу тіла в підлітковому віці є дестабілізований. За характеристикою «єдність образу» акцент здійснюється на окремі показники тіла (груди, губи, вага тощо) та оцінюється як нормативне не враховуючи інші показники образу. Притаманними для критерію емоційного ставлення до власного та іншого «Я» є прояви агресії на інших; тривожність без наслідкових реакцій; емоційна відсутність реакції на хворобу тіла; напруженість емоційної реакції на хворобу тіла до паніки. Критерій «еталонність образу» розкривається в ознаках: образ тіла випадковий та неусвідомлені соціальні цінності, діяльність людини, «придуманий світ». Показником критерію стійкості (мінливості) образу себе та інших третього рівня є – образ тіла змінюється під впливом неаргументованого тиснення.

Найнижчим рівнем, який характеризує формування образу тіла в підлітковому віці є неадекватний. Критерій «єдність образу» проявляється в ознаці: тіло визначене як головний показник без врахування когнітивних процесів, акцент на фізичні дані. Недиференційована агресія та емоційна глухота розкривають показник емоційного ставлення до власного та іншого «Я» даного рівня. Наповнення критерію «еталонність образу» складають складники:

образ тіла розмитий; образ тіла формується стихійно без орієнтації на міжособистісні стосунки та соціум. Позиція – образ тіла змінюється повсякчас в залежності від зовнішнього тиснення – характеризує четвертий критеріальний показник «Стійкість (мінливість)» найнижчого, неадекватного, рівня формування образу тіла в підлітковому віці.

У нижче наведених рисунках у систематизованому вигляді надано за кожним критерієм зміст ознак і показників.

Назва критерію	Ознаки та показники проявів у дітей
Єдність образу	Поєднання «духовного» і «тілесного» в одне ціле. Розмежування образу тіла як мисленнєвого показника та тіла певної людини (своє, інше). Аналіз й порівняння образу тіла та конкретного тіла. Аналіз тіла у відповідності з діяльністю. Аналіз тіла у системі цінностей. Аналіз тіла у системі зовнішніх і внутрішніх детермінантів мотивації. Тіло визначене як головний показник без врахування когнітивних процесів, акцент на фізичні дані. Акцент здійснюється на окремі показники тіла (груди, губи, вага тощо) та оцінюється як нормативне не враховуючи інші показники образу.

Рис. 2.2.2. Ознаки та показники проявів у дітей змісту критерію «єдність образу»

Зафіксовані показники та ознаки у підлітків мають, як це видно з рисунка, значний обсяг проявів.

Розглянемо зміст виявлених ознак за критерієм «емоційне ставлення», наданий у рис. 2.2.3 (див. с. 97).

Назва критерію	Ознаки та показники проявів у дітей
Емоційне ставлення	Агресія на себе. Агресія на інших. Агресія недиференційована. Тривожність з наступною дією. Тривожність без наслідкових реакцій. Толерантність і терпимість. Розрізнення здоров'я та хвороби. Емоційна позитивна детермінація переведення з хвороби на здоров'я. Емоційна відсутність реакції на хворобу тіла. Напруженість емоційної реакції на хворобу тіла до паніки. Емоційна глухота.

Рис. 2.2.3. Ознаки та показники проявів у дітей змісту критерію «емоційне ставлення»

Зібрані дані різняться суттєво за проявами: від позитивних: толерантність та терпимість до вкрай негативних – агресія та емоційна глухота. На наступному рисунку стосовно еталонності образу знаходимо ознаки різноманітних за своєю сутністю образів: ідеальний, пошукуваний, які можуть як співпадати, так і не співпадати, а образ, обраний за референтною групою потребує додаткового уточнення про цінності референтної групи.

Назва критерію	Ознаки та показники проявів у дітей
Еталонність образу	Образ тіла пошукуваний дитиною. Образ тіла реальний. Образ тіла ідеальний. Образ тіла обраний за референтною групою. Образ тіла розмитий.

Назва критерію	Ознаки та показники проявів у дітей
Еталонність образу	Образ тіла випадковий. Розрізнення образів тіла детермінованих професією. Розрізнення образів тіла детермінованих ситуацією, дією. Розрізнення образів тіла детермінованих діяльністю. Порівняння образу тіла та власного тіла. Образ тіла формується стихійно без орієнтації на міжособистісні стосунки та соціум. Неусвідомлені соціальні цінності, діяльність людини, «придуманий світ».

Рис. 2.2.4. Ознаки та показники проявів у дітей змісту критерію «еталонність образу»

Ознаки, наведені у наступному рисунку 2.2.5, стосуються такого критерія як «стійкість (мінливість)».

Назва критерію	Ознаки та показники проявів у дітей
Стойкість (мінливість)	Образ тіла не змінюється (негнучкий). Образ тіла змінюється хаотично. Образ тіла змінюється під впливом неаргументованого тиснення. Образ тіла змінюється повсякчас в залежності від зовнішнього тиснення. Образ тіла змінюється під впливом та аналізом вагомих аргументів.

Рис. 2.2.5. Ознаки та показники проявів у дітей змісту критерію «стійкість (мінливість)»

Важливим показником щодо стійкості виступає така ознака, яка пов'язана з можливістю змінювати образ тіла під впливом аргументованих впливів. Саме

останні, як чинники, призведуть при корекції перехід дітей на більш високий рівень сформованості образу.

Слід зазначити, що надані вище у схематизованому вигляді ознаки та показники притаманні, як показав аналіз результатів експерименту, кожному рівню. Саме розподіл показників за рівнями стосовно кожного критерія і надано у наступних рисунках. Зберігаючи послідовність аналізу, надану вище, першим розглянемо критерій «єдність образу».

№ п/п	Назва критерія	Адекватний	Дизбалансований	Дестабілізований	Неадекватний
1.	Є д н і с т ь о б р а з у	Поєднання «духовного» і «тілесного» в одне ціле. Розмежування образу тіла як мисленнєвого показника та тіла певної людини (своє, інше). Аналіз тіла у відповідності з діяльністю. Аналіз тіла у системі цінностей. Аналіз тіла у системі зовнішніх і внутрішніх детермінантів мотивації.	Аналіз й порівняння образу тіла та конкретного тіла.	Акцент здійснюється на окремі показники тіла (груди, губи, вага тощо) та оцінюється як нормативне не враховуючи інші показники образу.	Тіло визначене як головний показник без врахування когнітивних процесів, акцент на фізичні дані.

Рис. 2.2.6. Ознаки та показники проявів за рівнем сформованості «єдності образу»

Якщо для дітей, віднесених до адекватного рівня властиве поєднання в єдине ціле «духовного» і тілесного, то діти, віднесені до найнижчого, неадекватного, рівня розцінюють тіло як найвагоміший показник.

Наступним у рис. 2.2.7 надані рівні за емоційним ставленням.

№ п/п	Назва критерія	Адекватний	Дизбалансований	Дестабілізований	Неадекватний
1.	Емоційна стабільність	Толерантність і терпимість. Розрізнення здоров'я та хвороби. Емоційна позитивна детермінація переведення з хвороби на здоров'я.	Агресія на себе. Тривожність з наступною дією. Толерантність і терпимість.	Агресія на інших. Тривожність без наслідкових реакцій. Емоційна відсутність реакції на хворобу тіла. Напруженість емоційної реакції на хворобу тіла до паніки.	Агресія недиференційована. Емоційна глухота.

Рис. 2.2.7. Ознаки та показники проявів за рівнем сформованості «емоційного ставлення»

Якщо діти, віднесені до найвищого рівня виявили позитивні емоції, то діти, віднесені до неадекватного рівня мають яскраво виражені агресивні прояви.

Наступним аналізом виступає еталонність образу.

№ п/п	Назва критерія	Адекватний	Дизбалан- сований	Дестабілі- зований	Неадекватний
1.	Е т а л о н н і с т ь о б р а з у	Образ тіла реальний. Образ тіла ідеальний. Розрізнення образів тіла детермінованих професією. Розрізнення образів тіла детермінованих ситуацією, дією. Розрізнення образів тіла детермінованих діяльністю. Порівняння образу тіла та власного тіла.	Образ тіла пошукуваний дитиною. Образ тіла обраний за референтною групою. Порівняння образу тіла та власного тіла.	Образ тіла випадковий. Неусвідомлені соціальні цінності, діяльність людини, «придуманий світ».	Образ тіла розмитий. Образ тіла формується стихійно без орієнтації на міжособистісн і стосунки та соціум.

Рис. 2.2.8. Ознаки та показники проявів за рівнем сформованості «еталонності образу»

На найвищому, адекватному, рівні діти співвідносять вимоги до тіла, що пов'язано з різною професією, реальний та ідеальний образи співпадають, в той час як на неадекватному рівні зафіксовано факти, які пояснюють, що

когнітивний образ ще не сформований і він постійно змінюється під стихійним впливом зовнішнього середовища.

На наступному рисунку містяться дані, наведені у логічній залежності за рівнями стосовно критерія «стійкості-мінливості».

№ п/п	Назва критерія	Адекватний	Дизбалан- сований	Дестабілі- зований	Неадекватний
1.	С т і й к і с т ь	Образ тіла змінюється під впливом та аналізом вагомих аргументів.	Образ тіла не змінюється (негнучкий). Образ тіла змінюється хаотично.	Образ тіла змінюється під впливом неаргументов аного тиснення.	Образ тіла змінюється повсякчас в залежності від зовнішнього

Рис. 2.2.9. Ознаки та показники проявів за рівнем сформованості «стійкість (мінливість)»

Отже, на найвищому рівні і на найнижчому образ тіла змінюється, але на адекватному чинниками виступають вагомні впливи, а на неадекватному – всі впливи, з якими зустрічається дитина.

Важливо, що на дизбалансованому рівні діти виявили ригідність, що і спричинило появу порушень. Наведені у схематизованому вигляді ознаки і показники за критеріями в цілому та як вони проявились, як свідчать дані експерименту, відповідно віднайденим рівням дають можливість говорити про певні причини, механізми та тенденції щодо спонтанного розвитку образу тіла у підлітків. Високі кількісні показники дітей, у яких віднайдено порушення образу тіла як когнітивного показника, дають оптимістичний прогноз щодо результативності корекційного впливу у випадку, коли даних дітей характеризувати як дітей з особливими потребами, а особливі потреби за

виявленими ознаками реалізувати у системі нового підходу щодо корекційного впливу.

Узагальнюючи дані щодо аналізу дітьми 8-11 класів окремих частин тіла, нижче наведені основні параметри фіксації окремих частин тіла, що впливають на формування образу тіла у дівчат та хлопців.

Основні параметри, виділені дівчатками:

1. Стрункість ніг.
2. Придатність нігтьового ложа для красивого манікюру та педікюру.
3. Розмір стопи.
4. Пропорційність тіла.
5. Наявність вузької талії.
6. Красивість обличчя та волосся.
7. Плавність пересування.
8. Красивість грудей з помірним розміром.
9. Аналіз обличчя за деталями.
10. Пропорції тіла для носіння модельного одягу.

Основні параметри фіксації окремих частин тіла, що впливають на формування образу тіла у хлопчиків:

1. Зріст.
2. Можливість виконання фізичних вправ різного роду.
3. Оволодіння основними рухами та окремими спортивними видами (плавання, волейбол, футбол, баскетбол, боротьба тощо).
4. Фізична витривалість.
5. Загальна зовнішня приємність.

Розглянемо у схематизованому вигляді окремі характеристики, які за аналізом методик, наданих у констатувальному експерименті, впливають на формування образу тіла.

**Основні параметри фіксації окремих частин тіла,
що впливають на формування образу тіла**

№ п/п	Назва параметрів	
	Стать	
	Дівчатка	Хлопчики
1.	Стрункість ніг	Зріст
2.	Придатність нігтьового ложа для красивого манікюру та педикюру	Можливість виконання фізичних вправ різного роду
3.	Розмір стопи	Оволодіння основними рухами та окремими спортивними видами (плавання, волейбол, футбол, баскетбол, боротьба тощо)
4.	Пропорційність тіла	Фізична витривалість
5.	Наявність вузької талії	Загальна зовнішня приємність
6.	Красивість обличчя та волосся	
7.	Красивість грудей з помірним розміром	
8.	Плавність пересування	
9.	Аналіз обличчя за деталями	
10.	Пропорції тіла для носіння модельного одягу	

Результати стосовно дівчат свідчать про наявність 10 основних параметрів, в той час, як у хлопчиків всього 5, тобто практично у два рази більше. Так, на формування образу тіла у дівчат основною мірою впливають: стрункість ніг, придатність нігтьового ложа для красивого манікюру та педикюру, розмір стопи, пропорційність тіла, наявність вузької талії, красивість

обличчя та волосся, плавність пересування, красивість грудей з помірним розміром, аналіз обличчя за деталями, пропорції тіла для носіння модельного одягу.

У хлопчиків на становлення образу тіла впливають такі параметри: зріст, можливість виконання фізичних віправ різного роду, оволодіння основними рухами та окремими спортивними видами (плавання, волейбол, футбол, баскетбол, боротьба тощо), фізична витривалість, загальна зовнішня приємність.

Важливо зазначити, що образ тіла виступає як еталонний і оперування ним стосовно себе або інших людей у підлітковому віці не співпадає. Тобто, еталонний образ існує окремо від аналізу власного тіла та тіла інших і не входить в систему координат.

Іншими словами, образ тіла не виступає детермінантом для порівняння зі своїм тілом та мотивацією щодо зміни певних окремих параметрів тіла.

В цілому, діти у підлітковому віці характеризуються аналізом фрагментів тіла. Разом з тим, образ тіла виступає у достатньо завершеній стосовно формування стадії. Загалом, слід підкреслити, що юнацький вік, не дивлячись на його строкатість у проявах, характеризується до кінця 11 класу завершеністю у формуванні образу тіла. Дітей даного віку відрізняють причини та вихідні позиції, за якими та чи інша група людей або певні умови ставлять вимоги до певного образу тіла: до танцівників, спортсменів певного виду спорту, до манекенниць, акторів амплуа тощо.

У підлітковому віці діти набувають готовності до оцінки власного і чужого тіла відповідно діяльності, мотивів, цінностей.

Проведене експериментальне вивчення становлення образу тіла у здорових дітей та дітей з булімією та анорексією засвідчує дієвість обраних діагностичних методик, які надали можливість узагальнити емпіричні дані, на основі кількісного аналізу констатувати тенденції, притаманні досліджуваній

віковій групі дітей. Виявлені закономірності слугували підґрунтям розробки стратегії та системи корекційного впливу, зорієнтованому на механізми, які фундаментальним чином позначаються на становленні образу тіла. Разом з тим, вище, у підрозділі 2.1 було зазначено, що дисертаційне дослідження охоплювало 4 серії, які містили цілу низку психологічних методик. Саме аналізу фактичного матеріалу стосовно тих методик, які виступили основними щодо розрізнення здорових і хворих на булімію та анорексію дітей, присвячений наступний підрозділ 2.3.

2.3. Аналіз проявів у становленні образу тіла у дітей 8-11 класів

У попередньому підрозділі надано узагальнюючий аналіз отриманих даних у констатувальному експерименті. Детальний аналіз фактичного матеріалу надано у змісті даного підрозділу.

Згідно з існуючою загальною вибіркою, завдяки емпіричним дослідженням нами отримані такі нижчевикладені результати.

Підліткам старших класів пропонувалося згадати частини тіла, а потім записати їх за значимістю. Як ми вважаємо, учасники дослідження згадали саме ті частини тіла, які мають для них найбільше значення. Те, в якому порядку діти їх пригадували, свідчить про неусвідомлювану міру значущості, а певна послідовність частин тіла – про емоційно-ціннісне ставлення до них в образі тіла, а відмінність між неусвідомленим порядком згадування і усвідомленим показує міру усвідомленості значущості цієї частини тіла в образі тіла учасників експерименту. Ми встановили перелік частин тіла, на яких підлітки робили значно більший акцент, які є найбільш значимими для них (Додаток Б).

Завдяки відсотку учасників тестування, які назвали відповідну частину тіла, відображається значимість. Згідно з даними, увага учнів переважно

фіксувалася на голові, руках, ногах. В учнів 11 класу з-поміж перелічених ними частин тіла почали з'являтися назви внутрішніх органів (кілька осіб написали «шлунок»). Напевно це говорить про більш значну увагу дитини до шлунку через проблеми медичного характеру. Відповідно до отриманих даних, найбільш значимі для досліджуваних у такій вибірці є: голова, руки і ноги. Менша увага надається шії, вухам, очам і носу. Менш значимими є кисті рук, статеві органи, волосся, стегна, обличчя. Напевно, найбільша роль надається контролю та діяльності, пристосуванню до оточення, переважно в міжособистісних стосунках.

Відповідно до свідомого осмислення переліку за ступенем значимості, в середньому, на першому місці виявилось обличчя, хоча цю частину тіла назвали всього 5% учасників експерименту (Додаток Б).

З огляду на отримані нами результати, можна дійти такого логічного підсумку: першими згадуються більш рухливі частини тіла, такі як голова, рука, нога, тіло, обличчя, шия. Ті ж частини тіла, що отримали першість при ранжуванні (голова, статеві органи, очі, рука, тіло, нога, рот), найімовірніше, зумовлені привабливістю, соціальною роллю та успішністю в соціумі.

Також у тестуванні ми отримали від учасників дослідження висловлювання, які вони чули в минулому і чують нині, стосовно різних своїх частин тіла (Додаток В).

Напевно, такі висловлювання також впливають на створення образу тіла підлітками, адже в цьому віці формуються афективний та когнітивний складники образу тіла. Більшість авторів з-поміж умов формування позитивного чи негативного образу фізичного «Я» вказують виховання, взаємовідносини в родині та атмосферу в соціумі [19, 23, 77, 98, 115, 122, 212, 317]. Зокрема, батьківське неприязне ставлення та неповага до своєї дитини спричиняють у дитячій свідомості дефект самостворення і навіть призводять до неприязні стосовно власного фізичного вигляду. У результаті дитяча самооцінка

зовнішності пов'язана не з об'єктивними фізичними даними, а з позитивним або негативним ставленням членів родини і близького оточення. До того ж оцінювання своєї зовнішності, як правило, впливає на самооцінку особистості загалом, а позитивне ставлення до себе загалом може робити зовнішній вигляд привабливішим у власних очах.

Дослідження дівчаток мало на меті, зокрема, з'ясувати адекватність розмірів образу тіла з реальним тілесним розміром. Учасники дослідження за допомогою лінійки без поділів однією рукою мали показати розміри свого тіла, після чого робилися виміри. В результаті було виявлено різницю між дійсними розмірами тіла і розмірами в образі тіла учасників експерименту (Додаток Д).

Завдяки отриманим результатам можна зробити висновок, що найбільшу різницю у сприйнятті мали соціально-значущі частини тіла, тобто які вважаються еталоном зовнішньої краси і від яких залежить успішність жінки в соціумі (талія, довжина ніг, груди, стегна). При завищенні розміру має місце суб'єктивне сприйняття власного тіла. Це, ймовірно, і пов'язано з бажанням дівчат зайнятися спортом або бажанням схуднути. На основі цих даних можна переконатися, що неадекватність образу тіла у самосвідомості впливає не лише на ставлення особистості до себе і свого тіла, а й є самостійним мотивом активності щодо своєї зовнішності та має вплив на спосіб життя і міжособистісну взаємодію.

Отримані у дослідженні дані корелюють з результатами досліджень щодо бажаної тілобудови з точки зору жінок і чоловіків. За методикою В. Століна та С. Пантелєєва досліджувалася кореляційна залежність і взаємозв'язок різних аспектів образу тіла зі самоставленням особистості в цілому. Як свідчать дослідження С. Пантелєєва [225], самоставлення – це безпосередній феноменологічний вираз смислу «Я» для самого суб'єкта. На думку автора, воно складається із емоційного переживання і оцінки власної значимості (смислу Я), яке має прояв у різних формах: «почуття усвідомленості Я»,

«самовпевненість», «самокерівництво», «відображене самовідношення», «самоцінність» тощо. Самоставлення розуміється як смислове особистісне утворення емоційно-ціннісної властивості [225]. Результати, встановлені у вивченні, стосуються кореляційних залежностей шкал самоставлення і порядку вербального подання (неусвідомленого ранжування) і усвідомленого ранжування частин тіла дітьми при ($p < 0,05$) (Додаток Е).

Виявилася кореляційна залежність кількості частин образу тіла, які назвали старшокласники і самовпевненістю ($r = -0,18$; $p < 0,05$), самоприйняттям ($r = -0,18$; $p < 0,05$), самоінтересом ($r = -0,41$; $p < 0,05$). Чим більше диференційований образ тіла, тим нижче впевненість у собі, прийняття себе і інтерес до власної особистості. Ступінь ідентифікації «Я» з відчуттями тіла («вітально - чуттєвої» складової образу тіла) виявився взаємопов'язаним з самоінтересом ($r = -0,18$; $p < 0,05$), чим більше інтерес до власного «Я», тим вище ступінь відчуття свого тіла. Оціночні складові також виявили позитивну кореляцію за шкалами самоставлення (Рис. 2.3.10; 2.3.11; 2.3.12).

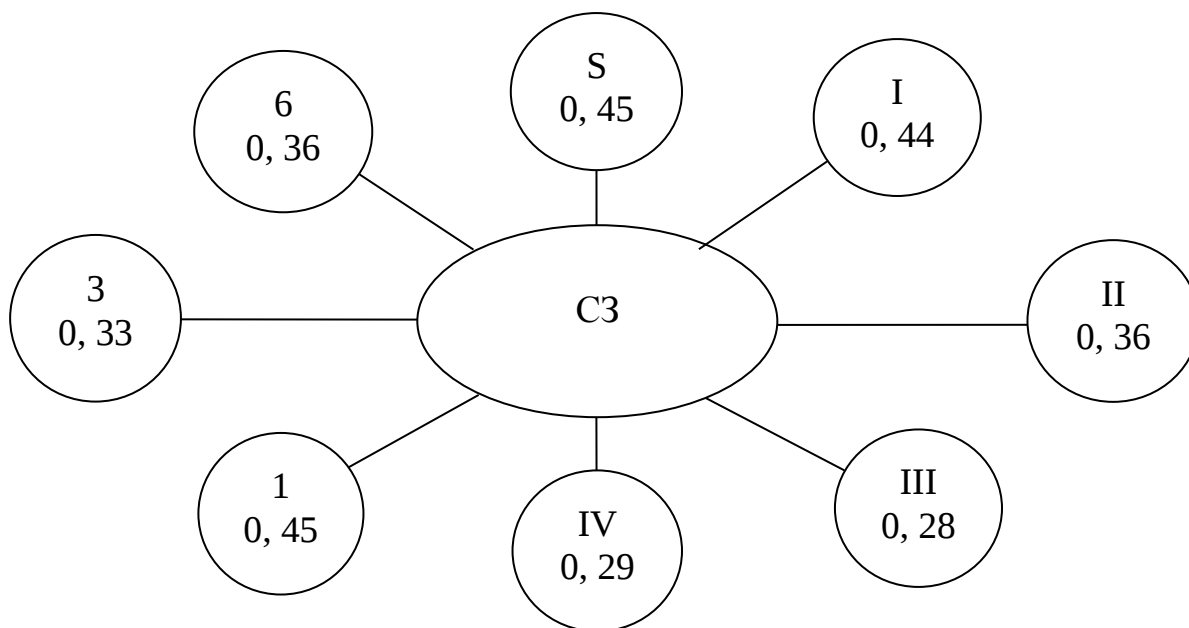


Рис. 2.3.10. Кореляційна залежність самооцінки зовнішності образу тіла і даних за шкалами самоставлення

З рис. 2.3.10 видно, що самооцінка зовнішньої складової образу тіла (СЗ) має позитивну кореляційну залежність з інтегральним самостваренням ($r = 0,45$), самоповагою ($r = 0,44$), аутосимпатією ($r = 0,36$), очікуваним ставленням оточуючих ($r = 0,28$), самоінтересом ($r = 0,36$), самовпевненістю ($r = 0,45$), самоприйняттям ($r = 0,33$) при ($p < 0,05$).

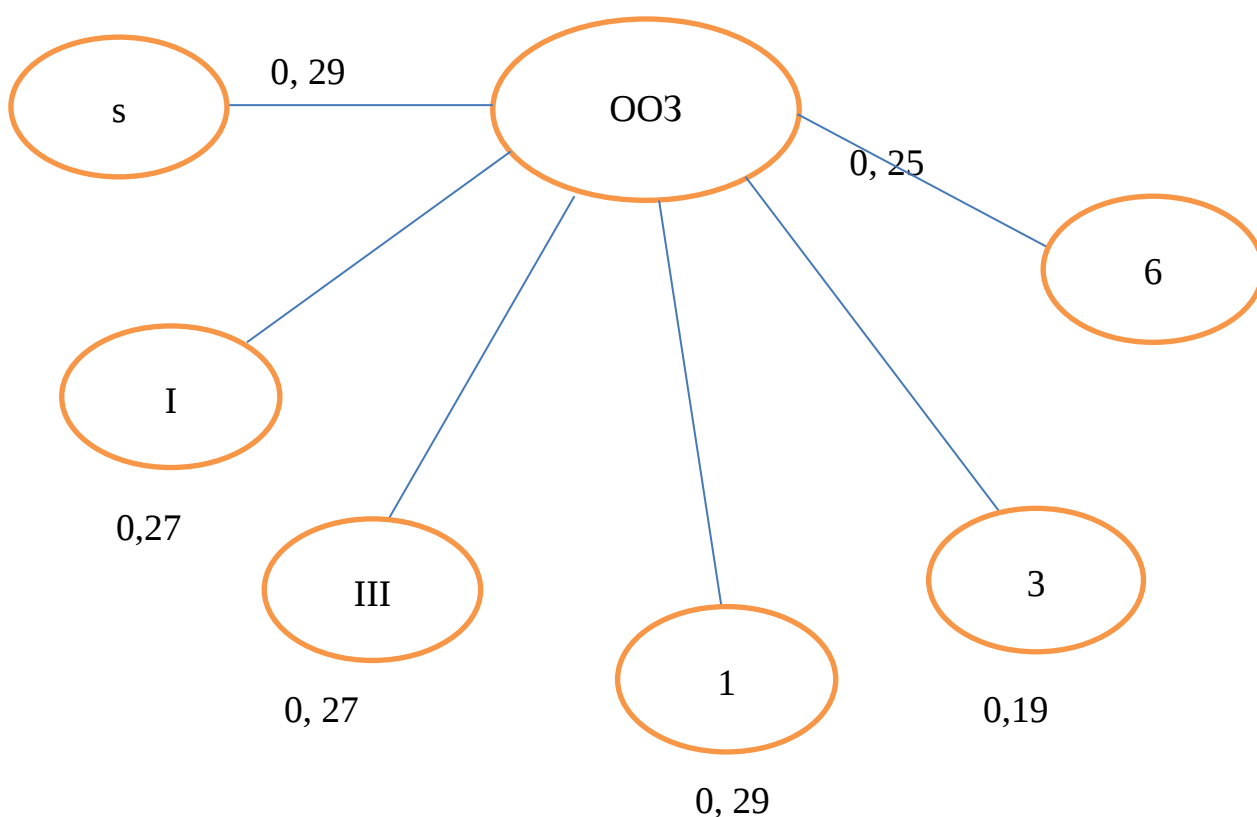


Рис. 2.3.11. Кореляційна залежність очікуваної оцінки зовнішності образу тіла і даних за шкалами самостварення

З рис. 2.3.11 видно, що очікувана оцінка зовнішньої складової образу тіла старшокласників має кореляційну залежність з даними за шкалами самооцінки: інтегральна самооцінка ($r = 0,29$), самоповага ($r = 0,27$), очікуване ставлення ($r = 0,27$), самовпевненість ($r = 0,29$), самоприйняття ($r = 0,19$), самоінтерес ($r = 0,25$) при ($p < 0,05$).

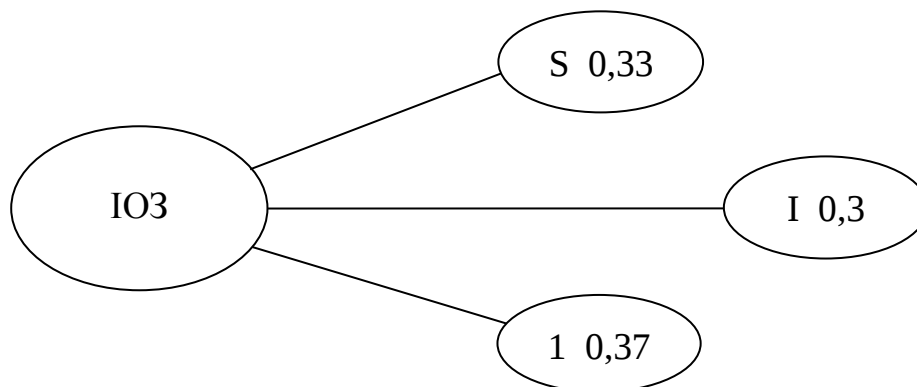


Рис. 2.3.12. Кореляційна залежність ідеальної оцінки зовнішності образу тіла і даних за шкалами самоствавлення

У рис. 2.3.12 зображена залежність ідеальної оцінки образу тіла з інтегральним самоствавленням ($r = 0,33$), самоповагою ($r = 0,3$), самовпевненістю ($r = 0,37$) при ($p < 0,05$).

Рисунок 2.3.13 ілюструє кореляційну залежність ступеня задоволеності образом тіла при ($p < 0,05$) та інтегрального самоствавлення ($r = 0,4$), самоповаги ($r = 0,33$), аутосимпатії ($r = 0,36$), очікування ставлення інших ($r = 0,32$), самоінтересі ($r = 0,3$), самовпевненості ($r = 0,34$), самосприймання ($r = 0,3$), самозвинувачення ($r = -0,31$), саморозуміння ($r = 0,4$).

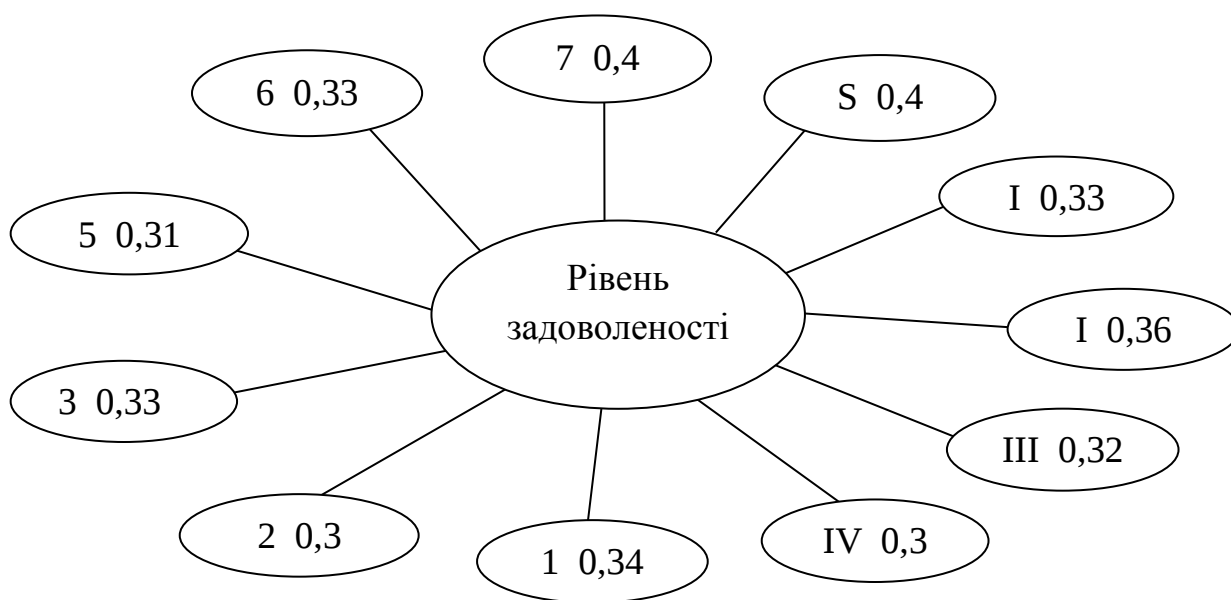


Рис. 2.3.13. Кореляційна залежність ступеня задоволення образом тіла і даних за шкалами самоствавлення.

Підсумовуючи слід зазначити, що самооцінка зовнішності образу тіла має значний вплив на самоставлення особистості так само як і самоставлення суттєво впливає на самооцінку зовнішності у підлітків старших класів.

У підлітковому віці серед найголовніших внутрішніх умов, що активно впливають, хоч і опосередковано, на формування характерних властивостей особистості підлітка, є адекватність та міра усвідомлення свого образу тіла. З-поміж чинників, що регулюють поведінку старшокласника, показовими є поява уявлень про власну соматичну організацію, усвідомлення естетичного ефекту своєї зовнішності. У цьому віці закріплення знань про свій організм і риси власної зовнішності тісно пов'язані з утворенням і розвитком різноманітних якостей індивідууму.

В експерименті, в якому учасники вербально представляли частини тіла (несвідома ступінь значимості), а потім ранжували їх за значимістю (емоційно-ціннісне ставлення), отримані наступні кореляційні залежності з якостями особистості учасників при ($p = 0,05$) (Додаток Ж).

Так, для дослідження особистісних якостей старшокласників і типу поведінки в міжособистісній взаємодії з оточуючими були використані методики: факторний особистісний опитувальник Кеттелла, методика діагностики міжособистісних відносин Т. Лірі.

Кількість деталей образу тіла, які назвали підлітки, виявляє кореляційну залежність з фактором А (сердечність, доброта - відособленість відчуженість) ($r = 0,17$), з фактором Н (сміливість-боязкість) ($r = -0,2$) і з інтернальністю в напряду виробничих відносин ($r = 0,21$).

Цікаві результати були отримані у дослідженні при аналізі взаємозв'язку образу тіла і способу поведінки в конфліктній ситуації. Системний підхід до проблеми дослідження конфліктності особистості зумовлює розгляд її у взаємозв'язку з особистісними проявами. Контрастність дитинства і зрілості, між якими знаходиться підліток, ускладнює йому засвоєння соціальних ролей і

породжує немало зовнішніх і внутрішніх конфліктів. У підлітковому віці розбіжність між зовнішнім і внутрішнім стає глобальною: власне Я, яким його сприймає і усвідомлює підліток, і весь інший світ поділений на 2 частини, які, як їй здається, ніяк і ніколи не об'єднати. Зміст психічного життя стає для підлітка об'єктом осмислення, узагальнення, внутрішній світ – реальністю, яка затьмарює справжню дійсність [102]. Розвиток інтересу до себе, власного внутрішнього життя, до особистості в цілому, а не до окремих її якостей, усвідомлення суперечливості своїх спрямувань, бажань, потреб – усе це стає змістом конфліктних переживань підлітків [121]. Окрім того, існує проблема індивідуальних відмінностей. Загальні закономірності проявляють себе через індивідуальні варіації, які залежать не тільки від оточуючого підлітка середовища і умов виховання, але і від особливостей особистості [36]. Проте, на думку В. Татенка, існує різноманітність визначень особистості, серед яких найбільш доречними є ті, що розкривають особливості та чесноти суб'єкта, що творить світ і себе у цьому світі [282].

Слід відзначити, що підліткова конфліктна поведінка характеризується деякими значимими особливостями і виникає у зв'язку із рядом проблем, зокрема: браком власного досвіду, невмінням бути самокритичним, адекватно оцінювати себе у соціумі та життєвих ситуаціях, володіти своєю емоційністю, рівновагою між збудженням й гальмуванням, імпульсивністю, руховою й вербальною активністю, негативізмом, а також через відчуття залежності, бажання досягти деякого статусу у своїй групі та соціальній системі.

Дослідження образу тіла методом самооцінки за шкалами, які оцінюють: «результативність тіла» – «Спритність», «Сила», «Швидкість реакції»; зовнішність – «Зовнішня привабливість»; емоційне ставлення – «Задоволеність фізичними даними» (аналогічно методиці Дембо-Рубінштейн). Спосіб поведінки в конфліктній ситуації досліджувався за методикою К. Томаса, адаптованою Н. Гришиною надані нижче.

Результати кореляційного аналізу є наступними: самооцінка за шкалою «Сила» позитивно пов'язана з компромісним типом поведінки в конфлікті ($r = 0,57$; $p < 0,05$) і негативно пов'язана з пристосуванням ($r = -0,58$; $p < 0,05$).

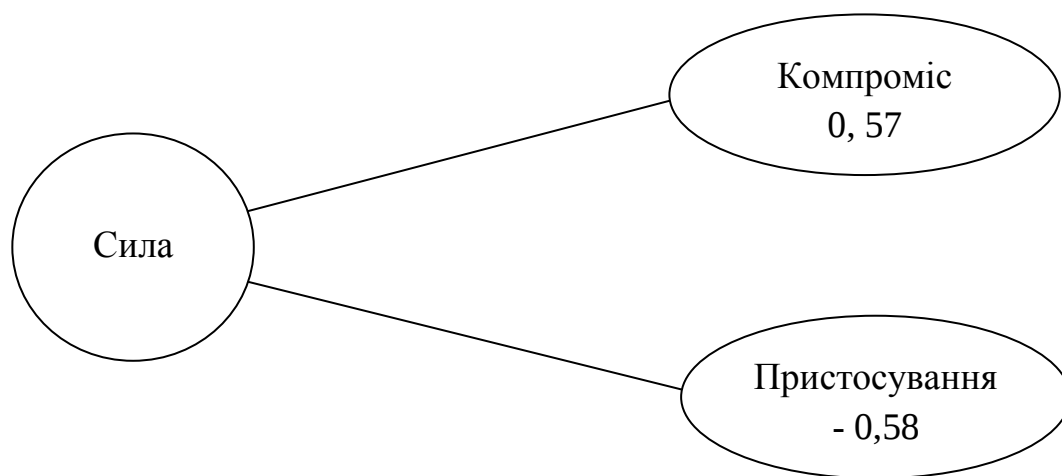


Рис. 2.3.14. Кореляційна залежність самооцінки образу тіла і типу поведінки у конфлікті

Відповідно, можна стверджувати, що старшокласник, чий образ тіла в самосвідомості представлений з високою оцінкою сили, в складній ситуації взаємодії скоріше буде прагнути до компромісу і менш схильний до пристосування і принесення в жертву власних інтересів заради інтересів іншого. І навпаки, той, хто оцінює фізичну сторону своєї особистості як слабку, скоріше схильний до пристосування і менше до компромісу.

Також було встановлено взаємозв'язок самооцінки зовнішнього аспекту образу тіла за шкалою «Зовнішня привабливість» і таким типом поведінки як співпраця ($r = 0,53$; $p < 0,05$). Дитина, впевнена в своїй зовнішній привабливості, чий образ тіла в самосвідомості оцінюється високо привабливим, швидше обирає варіант поведінки у формі співпраці, ніж дитина яка вагається у своїй зовнішній привабливості, або з негативною самооцінкою зовнішності образу тіла. Так само виявлений кореляційний зв'язок між шкалами самооцінки «Зовнішньої привабливості» і «Задоволеності фізичними даними» ($r = 0,71$ $p < 0,05$).

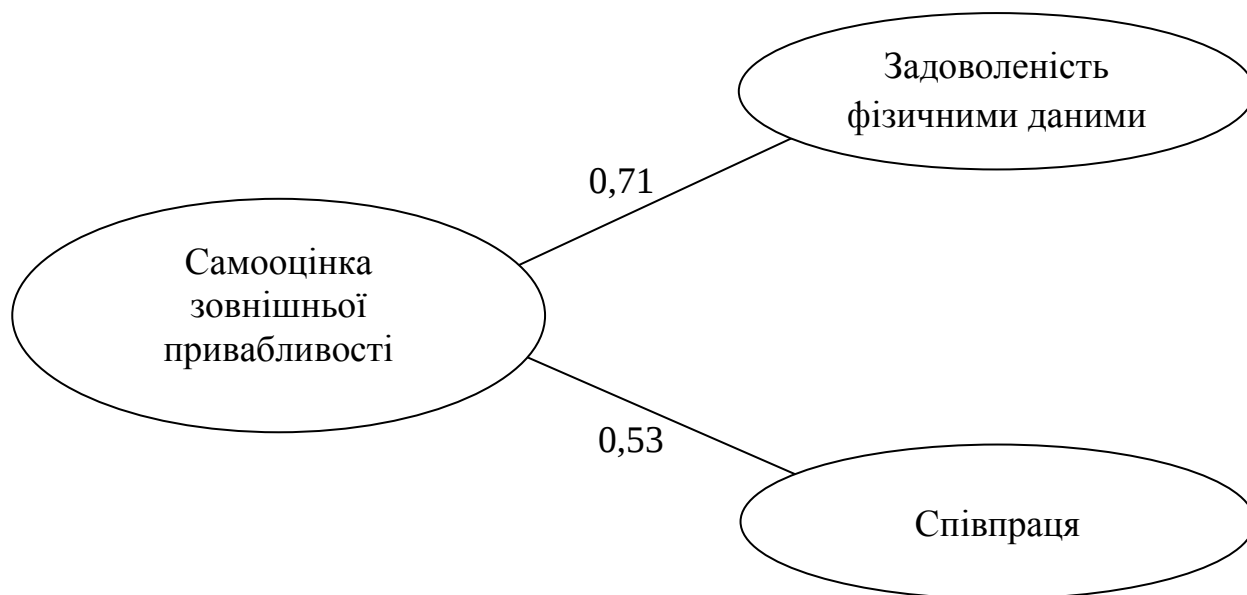


Рис. 2.3.15. Кореляційна залежність самооцінки образу тіла і співпрацею, як типом поведінки

Виявилось, що конфліктність, окрім негативних проявів, має позитивні характеристики. Так, у процесі спілкування конфліктність позитивно впливає на розвинення поведінкових форм, що допомагають пристосуванню у стосунках з іншими та розвитку, допомагає підлітку звільнитись від почуття залежності. Тобто, іноді завдяки конфліктній ситуації, коли у програвшій залишається один з учасників конфлікту, а інший виграє, або програють обидва в результаті компромісу, згідно із вченням К. Томаса, відбувається пристосування, суперництво та компроміс. Прийоми у регулюванні конфліктів носять деструктивний (дисфункційний) характер. Тому в конфліктній ситуації лише завдяки співпраці досягається результативна поведінка, мотивована зсередини, коли обидва її учасники досягають успіху.

У результаті можна дійти висновку, що зовнішня привабливість для підлітка в емоційній самооцінці свого фізичного «Я» має найважливіше значення. Отже, оцінювальна складова образу тіла має тісний зв'язок з міжособистісними стосунками підлітків старших класів. Важливою внутрішньою умовою, яка є дієвим складником формування особистості

підлітка, є здатність усвідомлювати власний фізичний вигляд. Уявлення, яке складає юна особа про відповідність свого фізичного вигляду загальноприйнятим стандартам, її занижка чи зависока самооцінка щодо фізичних даних можуть спричинити створення певного типу особистості та деяким чином виправдати вчинки та ставлення підлітка до себе і до оточуючих людей. У свідомості старшокласників образ тіла визначає якості та риси особистості.

Дані експерименту дозволили нам скласти два психологічних портрети (Додаток 3):

1) підліток з позитивним образом реального та ідеального «Я», позитивною самооцінкою зовнішності, чітким образом тіла і добре деталізованим образом ідеального тіла (тип 1);

2) підліток з неузгодженими образами реального та ідеального «Я», негативною самооцінкою зовнішності, з неадекватним уявленням про свій фізичний вигляд, зі спотвореним образом тіла, який надає перебільшене значення своїм дефектам і недолікам.

Отже, у процесі опрацювання питання особистісного розвитку дітей підліткового віку, які мають різні типи конституційного розвитку, можна впевнитись, що значення несформованого образу тіла набуває найбільшої ваги особливо у підлітків. Саме певна оцінка власної зовнішності спонукає до самовідчуття і допомагає встановлювати стосунки з навколишнім оточенням. Досліджуючи та здійснюючи аналіз сформованого образу тіла у свідомості підлітка, є можливість встановити особистісні характерні риси, рівень самооцінки, сфери внутрішніх конфліктів та специфічні ознаки емоційного виявлення на зовнішнє середовище.

Методика «Малюнок людини» в дослідженні застосовна з метою з'ясувати межі та рівень диференційованого уявлення про тіло. Для цього було взято за основу три групи ознак малюнка, які відтворюють два найвищих рівня

диференційованості уявлення про тіло, а саме рівень деталізації, рівень статевої тотожності та статевих відмінностей. Аналіз шкали «диференційованості уявлення про тіло», яка має п'ятибальну систему, а саме:

5. Малюнок найбільш розроблений – добре прорисовані риси частин тіла (плечі, груди, талія, стегна, деталізовані або одягнені кінцівки та ін.); виразні деталі поєднуються з лінією тіла; є певна образність (зокрема, чоловік у гарному костюмі тримає кейс або дівчина з квітами у весільному вбранні).

4. Малюнок помірно розроблений – бажання до визначення ролі (із відображенням віку, професії, уподобань тощо), застосовуючи відповідні одяг, доповнення, оформлення.

3. Малюнок середнього рівня розробленості: помітна статева відповідність, бажання оформити малюнок, достатній рівень узгодження частин, мінімальна кількість деталей.

2. Малюнок помірно примітивний: відсутня диференціація через форму, відповідність або деталізацію. Проте вони дещо складніші, ніж примітивні малюнки (зокрема, є шия, якої не буває в примітивних малюнках).

1. Малюнок найбільш інфантильний та примітивний: низький ступінь форми (овали, прямокутники, лінії), майже відсутня різниця між чоловічою і жіночою фігурою (окрім волосся), мінімальна кількість форм та одягу.

Малюнкам дають оцінку три незалежних експерти. Результати за кожним малюнком зводилися до середнього показника. Отже, кожен підліток на підставі дослідження результатів його малюнка характеризувався певним показником рівня диференційованості уявлення про тіло.

Методика «Опис власної зовнішності» у дослідженні надавалась через стандартну інструкцію: Напишіть твір на тему «Моя зовнішність». Написання не обмежувалось жодними рамками, можна було писати про все.

Аналізуючи опис щодо зовнішності, бралися за основу два показники - диференційованість і вичерпність опису зовнішності. Ступінь афективно-

когнітивного розмежування визначається рівнем диференційованості опису зовнішності і з'ясовується завдяки кількості когнітивних суджень, що входять до опису власної зовнішності, проти кількості афективних суджень.

Наукове дослідження опису власної зовнішності систематизовано за допомогою схеми О. Бодальова [35] і виглядає таким чином:

Когнітивні судження:

- чітко окреслені судження («у мене блакитні очі», «мій зріст 168 см» тощо);
- судження – штампи і шаблони («ніс картопелькою» «товстий немов кабан», «вуха як у слона» тощо);
- психологічне тлумачення експресії («сумні очі», «похмурий погляд» та ін.).

Афективні судження:

- естетичні оцінки («вродлива», «миловидна», «потворна» тощо);
- ставлення до себе («сама собі подобаюсь», «собою не задоволена» тощо).

Кожний учасник експерименту здобував певну підраховану кількість суджень кожного типу. Три незалежні експерти здійснювали аналіз. Свідченням докладного опису зовнішності була відповідність кількості ділянок тіла, що містяться в когнітивних та афективних судженнях твору (Додаток К). Отже, будь-який опис власної зовнішності відзначався такими показниками ступеня диференційованості уявлення про власну зовнішність:

- кількість когнітивних суджень;
- кількість афективних суджень;
- кількість частин тіла, доданих до опису власної зовнішності.

Як допоміжна методика застосовувався опис ідеальної зовнішності, зокрема, пропонувалося написати твір на тему «Якою я хочу бути».

Методика Дембо-Рубінштейна застосовувалася для визначення оцінки власної зовнішності як результат порівняння себе з іншими за шкалою відповідно до фізичного «Я». Головною ознакою самооцінки є її висота, в результаті чого крайні точки шкали задаються рисами-антонімами з чіткими

позитивним – негативним значеннями (зокрема, красивий – потворний, сум – радість). Як з'ясувалося, серед шести параметрів зовнішності лише ширина талії у дівчат має таку ознаку, коли найменша ширина – плюс, найбільша – мінус). Для решти два полюсних значення, а саме їх найбільша і найменша ширина, негативні. Аналізуючи порівняльну емоційну оцінку не окремих параметрів, а загалом всієї статури ми використовували такі шкали, як: «стрункість», «вишуканість», «привабливість для протилежної статі» тощо.

Також окрім власної вивчалися очікувані оцінки за «однокласників», «особу протилежної статі».

З метою збільшення емоційного переживання, учасникам експерименту давалося завдання порівняти себе не з людьми загалом, а «з дівчатами (хлопцями) вашого віку». Проте, окрім даної згаданої «актуальної оцінки» (на цей момент) аналізувалися «ідеальна оцінка» (яку б хотілося мати), «прогнозована оцінка» (якою вона буде) і «ретроспективна оцінка» (якою вона була раніше).

Окрім того, у дослідженні визначалося відчуття вдоволення власною зовнішністю, що вказує на рівень відповідності своєї зовнішності вимогам, які висуває до себе пацієнт. Такий аналіз власної зовнішності вивчався завдяки такій методиці, коли оцінюваний аналізував список із 31 фізичної якості (Додаток Л), серед яких містилися шість параметрів зовнішності, а саме: «товщина ший», «ширина обличчя», «ширина плечей», «ширина стегон», «ширина грудної клітки», «ширина талії»). Учасник експерименту оцінював себе за кожною якістю за шкалою «подобається – не подобається в даний момент» від +3 до -3. Схожим чином вивчалася суб'єктивна важливість тілесних якостей від 6 до 0 (за тим же списком якостей учасник оцінював себе за шкалою «має значення – не має значення для мене»).

Для зручності кількісного аналізу два останніх показники всилу подібності процедур їх отримання були зведені до одного. Кожен тілесний

параметр був представлений графічно у вигляді точки з осями «задоволеність» і «значимість», а величина інтегрального показника кількісно визначалася довжиною вектора від нульової точки до точки-параметра. Знак інтегрального показника емоційно-ціннісного ставлення відповідав знаку задоволеності (плюс + чи мінус –) (Рис. 2.3.16).

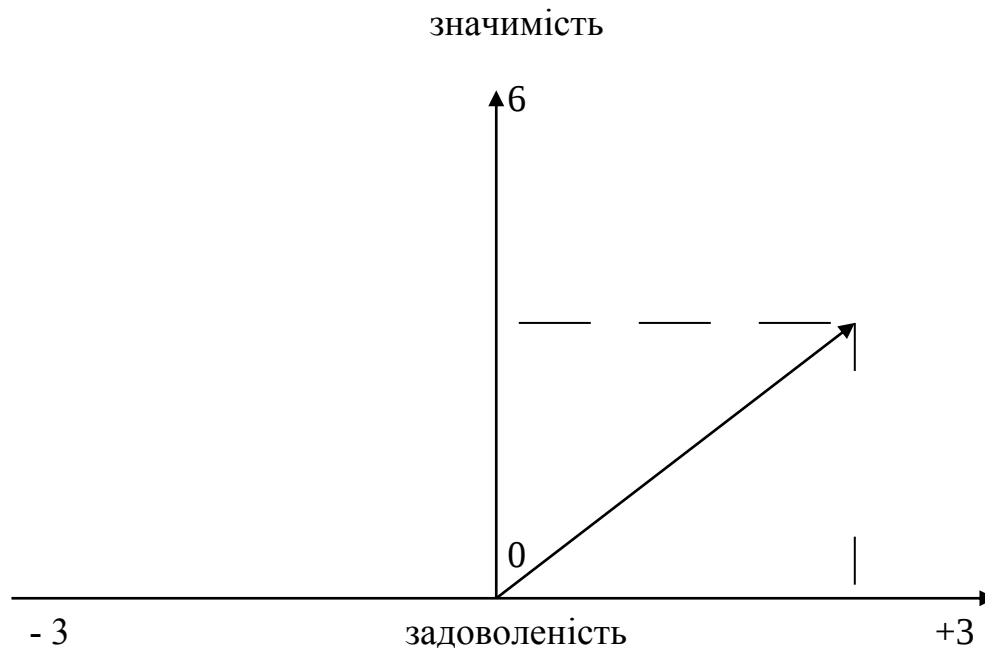


Рис. 2.3.16. Схема підрахунку інтегрального показника емоційно-ціннісного ставлення

Згідно з емпіричними дослідженнями за всією вибіркою загалом нами отримані такі результати.

Під час дослідження підлітків виявилось, що, починаючи з дитячих років, хворі на анорексію виховувались регулярними розмовами оточуючих людей про необхідність мати дуже тендітну фігуру, що зайва вага – це негарно і навіть потворно, коли багато розповідається про естетичну та профілактичну користь голодування.

Відповідно до 16-факторного опитувальника Р. Кеттела було з'ясовано, що для таких хворих характерні надзвичайна акуратність і пунктуальність, наполегливість у подоланні труднощів та в здобуванні бажаного, впертість,

прагнення до самоствердження. Проте, у них зафіксовано такі негативні риси, як інфантилізм, нездатність приймати самостійні рішення, окреслену прихильність до матері. Велика кількість хворих допубертатного періоду, які вирізнялися надмірною вагою, часто були мішенню для глузу однокласників, наприклад, хворих дражнили «жиртрестом». Такі глузливі слова, які не викликали в дитини допідліткового віку особливої тривоги, в пубертатний період завдавали психологічної травми, адже саме в цей період у всіх підлітків особливо загострювалася увага до своєї зовнішності. Зовнішність розглядалася як засіб спілкування. Провідне значення в цьому процесі відіграв вербальний супровід дій. Дуже часто тренери, лікарі, педагоги в присутності дітей були необачними у висловлюваннях і, не приховуючи свого здивування щодо «зайвої ваги» хворих, давали їм практичні поради стосовно того, як її позбутися. Такі ситуації було відзначено у 12 хворих нашого дослідження. Хворі переймалися тим, як вони виглядають, були занепокоєні своєю «надмірною повнотою» і тому вважали себе потворними. У результаті у таких дітей зафіксовано поганий настрій і депресія.

Отже, можна зробити висновок, що хворі здобувають ситуаційно обумовлене переконання у власній «потворній» повноті. На тлі таких порушень у хворих час від часу виникають думки про виправлення недоліку, який є в наявності, але бажання неодмінно попри все схуднути не відбувається.

Від дня активного обмеження людини в їжі розпочинається другий період захворювання. Часто його початок спричиняється через якісь неприємності, прямі негативні оцінки зовнішнього вигляду людьми, які мають авторитет для хворих. Іноді прагнення схуднути виникає у зв'язку з прагненням бути схожим на відому людину або, скажімо, на популярну кінозірку.

Заради сильного бажання схуднути хворі спочатку відмовляються від їжі, потім, крім цього, додаються енергійні заняття фізичними вправами, застосування негативних впливів на прийняття їжі. Спосіб схуднення значною

мірою визначався особливостями особистості хворого. Через обмеження в їжі у хворого виникало напруження, що досягалося за допомогою боротьби з почуттям голоду. У цей період наставала потреба в їжі. Необхідність в їжі стає усвідомленою, розгорнутою, вона задовольняється незвичайними способами. Хворі, які відмовились від їжі, в той же час часто залюбки готують страви для інших. Причому, багато з них цікавляться кулінарними телепередачами, збирають різноманітні рецепти, купують гарний посуд, охоче створюють ефектний дизайн столу.

«Жорстка система» обмежень, вироблена хворими, необхідна їм у боротьбі з голодом. Дотримуючись такої системи, вони суворо за годинами приймають їжу, ретельно підбирають обмежений набір продуктів, сумлінно підраховують калорії. Не дивно, що для такої наполегливості хворим стають у нагоді пунктуальність, акуратність, наполегливість. Проте, у деяких хворих з'являлося таке гостре відчуття голоду, що вони починали поглинати їжу найрізноманітнішого асортименту і в безмежній кількості («симптом холодильника»), причому маючи суб'єктивне відчуття неможливості це зупинити. Відчуття приниження, депресивний стан, що виникають після такого нападу булімії, бажання позбутися прийому їжі, яка спричинить зайві кілограми, призводили до штучного позбавлення їжі.

Третій, кахектичний, етап захворювання характеризується панівним станом виражених соматоендокринних порушень. У хворих майже повністю зникає шар підшкірної жирової клітковини, шкіра збезводнюється й стає тонкою і сірою, помітно підвищується випадіння волосся і зубів, ламкість нігтів, з'являються трофічні виразки. Невиправданий оптимізм швидко змінюється на протилежний стан – пригнічений настрій, на додаток проявляються дратівлива слабкість і почуття сильного обурення. Хворі запевнюють лікарів, що вони почуваються добре, з недовірою ставляться до того, що їх вважають

знесиленими і тим паче хворими, рішуче не погоджуються з діагнозом і відмовляються від лікування.

Під час лікування покращувався соматичний і психічний стан, прояви синдрому анорексії зменшувалися. Однак, прийшовши додому після клініки, більшість хворих знову відчуває повернення минулих переживань. Діти намагалися не набирати ваги вище визначеної для себе норми, а якщо вага перевищувала показник, знову обмежували себе в їжі. Клінічна картина у хворих характеризувалась страхом майбутньої повноти та пригніченим душевним станом. І саме настрій погіршувався через неможливість подавити в собі постійне відчуття голоду або через збільшення ваги понад «норму». Тому емоційний стан у таких дітей безпосередньо залежав від ваги тіла.

Емоційність оцінки своєї зовнішності у пацієнтів з анорексією, як з'ясувалося, надзвичайно залежить від певного етапу лікування хвороби. Так, коли хворі вже не можуть не помічати різні обмінні, вегетативні, ендокринні порушення в своєму організмі, вони, як правило, оцінюють себе «занадто худими» і кажуть про бажання збільшити вагу тіла. Проте, такі оцінки, здебільшого, є формальними. Хворі говорять, як їм ніяково з'являтися на людях у відкритому одязі, уникають бути на пляжі, натомість «змінювати щось у розмірах тіла» не мають бажання. Отже, існує суперечність між тим, коли хворі розуміють різке зниження маси тіла і тим, що вони не хочуть нічого робити, щоб позбавитись хворобливого схуднення. Подібне протиріччя вербалізоване хворими у відповідях на питання: «Хотіли б ви стати повнішим, якби ваша теперішня вага тіла не мала відношення до прикрих хворобливих соматичних ускладнень?» Здебільшого хворі на анорексію запевняли, що в цій ситуації збільшувати вагу не хотіли б. Тобто, існуюче бажання додати у вазі стосується зміни не зовнішності, а негативного соматичного стану.

Деколи прагнення збільшити вагу обґрунтовувалось тим, що якась частина тіла (зазвичай, це ноги або руки) стала надто худою і не гармонізується

із зовнішністю загалом. У такій ситуації пацієнти бажали стати повнішими саме в цій частині тіла, а інші бажали залишатися такими, як і були. Між тим, велика кількість хворих визначали себе як «цілком нормальних». Згідно з аналізом підлітками емоційної оцінки зовнішності, що відтворює результат порівняння себе з іншими можна стверджувати, що на цьому етапі хворі доволі схвально оцінюють власну зовнішність. Під час лікування багато дітей починають боляче сприймати свої переживання щодо зовнішності, й тому досить позитивно оцінюють додавання ваги до тіла.

Інші хворі на булімію поставилися більш критично в оцінці збільшення ваги, кажучи, що їх не дуже бентежить збільшення ваги в ділянці живота і стегон. Проте вони вважають це тимчасовим явищем і тому терпимі до цієї проблеми, а коли з лікарні прийдуть додому і все життя нормалізується - «жир розподілиться як треба». Потрібно наголосити, що хворі здатні особливо гостро реагувати на негативні висловлювання стосовно своєї зовнішності від оточуючих.

Після виписки з лікарні та повернення додому, хворий, який перебуває на амбулаторному лікуванні, відчуває страх перед можливим збільшенням ваги. У них занижена самооцінка і відображає результат порівняння себе з іншими людьми. Хворі висловлюють прагнення бути «ще стрункішими» та «ще тонкішими», виявляють незадоволення певними параметрами своєї зовнішності.

Досліджуючи поведінку хворих на анорексію за методикою Дембо-Рубінштейна, було визначено, що вони мають значні труднощі стосовно визначення того, як сприймають та оцінюють їхню зовнішність оточуючі. Такі хворі знають, що їхні власні оцінки відрізняються від оцінок інших людей, проте вони не визначають правильно розташування на шкалах оцінок даних, які «очікуються». Окрім того, визначення «очікуваних» оцінок від «однокласників» або «чужої людини» становлять для них значні труднощі. Вони не погоджуються виконувати завдання, пояснюючи тим, що ніхто не може бути

певним, як їх бачать сторонні люди, або ставлять «очікувані» оцінки на тому ж рівні, що й власні, а коли й здійснюють доручення, то не можуть роз'яснити, чому їх сприймають саме так. У цій ситуації йдеться або про вразливість рефлексивного рівня самосвідомості, або про захисну поведінку.

Вивчення задоволеності зовнішністю в групі підлітків хворих на анорексію, визначило, що найбільш невдоволеними були діти, які, на їхню думку, з завеликими розмірами обличчя, талії і стегон. Невдоволеність своїм зовнішнім виглядом у таких хворих є другорядною і є наслідком більш високих вимог, які вони ставлять перед своєю зовнішністю. Незадоволеність власною зовнішністю у них є наслідком необґрунтовано підвищеної незадоволеності та дуже жорсткого тиску стосовно досягнення ідеалу фізичного «Я», до якого хворі йдуть за допомогою обмеження себе в їжі. Занизька задоволеність своєю зовнішністю також спровокована зовнішнім виглядом, який став перепорою в реалізації діяльності, дуже важливої для цих хворих (насамперед діяльності спілкування, що відіграє надзвичайно велику роль за юнацького віку). Саме потреба відповідати вимогам (які, як вважає хвора дитина, її певна діяльність вимагає від неї) і є їхнім прагненням досягти «стрункої і гарної статури», що так високо цінується у підлітковому віці.

Перейдемо до аналізу даних, отриманих при вивченні підлітків хворих на ожиріння. В експерименті брали участь хворі з II і III ступенями ожиріння, які визначалися за відсотком зайвої ваги відносно ідеальної. Під час дослідження було визначено, що у таких хворих переїдання відбувається в стресових умовах і є способом виявлення психологічного захисту та одночасно головною причиною у збільшенні ваги.

Слід підкреслити, що це підтверджується даними інших досліджень. Для вивчення і дослідження особистісних властивостей хворих, які страждають на ожиріння, у вивченні взято за основу 14-факторний опитувальник Р. Кеттела. Завдяки йому було визначено, що для таких хворих властивий низький рівень

самоконтролю над афективними станами, виявлена емоційна фрустрація, підвищена орієнтація на норми, загальноприйняті у суспільстві, вони були байдужими до навколишньої дійсності та залежними від інших, мали низький рівень самооцінки і самосприймання.

Результати засвідчили, що їсти понад міру дітям хотілося через велику і довготривалу конфліктну ситуацію. Такий нескладний та соціально прийнятний механізм захисту, як переїдання, з огляду на особистісні риси характеру полегшував невміння дитини розв'язати конфліктну ситуацію, знайти з неї правильний вихід або використати більш дієві прийоми психологічного захисту. За умов конфлікту позбутися психічного навантаження діти могли не за допомогою відповідної психологічної його переорієнтації, а завдяки спрощенню дискомфортного переживання, що не має відношення до причин і сутності конфлікту.

Згідно з методикою Дембо-Рубінштейна, аналіз самооцінки за шкалами зовнішності відзначив у дітей, які страждають на ожиріння, чітко виражене неприйняття власного «Я» і, зокрема, «Я-фізичного». Такі діти стверджують: «Я ненавиджу своє тіло», «Мене бере огида від себе», «Через ожиріння я стала потворою», «Я страшна», «Я не можу без огиди дивитися на себе в дзеркало». І дійсно, так званий «негативний симптом дзеркала», властивий для багатьох таких хворих.

Іноді хворі впевнені, що всі люди бачать їхню «потворну масу тіла», погано ставляться до них і через це позаочі сміються над ними. Та коли близькі люди намагаються переконати їх, що це не так, така спроба стає безуспішною. Хворі вважають, що їх заспокоюють «через жалість». У таких хворих відзначається суттєве заниження «очікуваних» оцінок.

Також заниження спостерігається за іншими шкалами згідно з методикою Дембо-Рубінштейна, передусім «здоров'я» та «щастя». Хворі, які страждають на ожиріння, нерідко помічають, що негативні емоції щодо своєї зовнішності

стають сильнішими в літній період, коли одяг не може приховати повноти, у них відмічається завищена тривожність, депресії, аж до виникнення неврозів.

Хворі впевнені, що, вирішивши проблему із зайвою вагою, вони вирішать усі особистісні проблеми. Розглядаючи позбавлення повноти як панацею від усіх бід, хворі часто розповідають, що зазвичай їх «винуватість» щодо повноти відбувалася несподівано на тлі поганого настрою. Деколи «винуватість» спричинялася у зв'язку з прикрими оцінками зовнішності хворого з боку оточуючих, приміром у магазині, або ж у ситуації соціального порівняння.

Для таких хворих здебільшого характерна висока самооцінка за шкалами «духовного Я», що має чітко окреслений компенсаторний характер. Доказом цих особливостей є опис власної зовнішності, часто написаний за принципом: «Я, може, й не дуже гарна, проте розумна, чуйна та з добрим характером».

Помітно занижена у дівчат очікувана оцінка від «стороннього хлопця». Очікувані оцінки з боку близьких людей зазвичай високі – батьки та, звісно, бабусі ніколи не вказували на зовнішність таких дітей, визначаючи її як звичайну і нормальну.

Опис ідеальної зовнішності, здебільшого, має емоційні оцінки і абстрактні ознаки («струнка статура», «спортивне тіло», «як у голлівудської кінозірки», «як у Холлі Беррі», «схожа на Скарлетт Йоханссон» тощо). Проведені дослідження довели, що у таких хворих початок ожиріння лежить ще в дитячому віці. Можна з впевненістю стверджувати, що у хворих цієї підгрупи прагнення до зміни зовнішності є мотивом для реалізації інтимно-особистісного спілкування.

Під час оцінювання суб'єктивної значимості якостей тіла встановлено, що серед найголовніших якостей зовнішності для хворих є ширина тіла. Як важливий параметр зовнішності відзначено ширину талії, менш значний – ширину грудної клітки.

Відповідно до отриманих результатів, можна зробити висновок про безсумнівний вплив емоційної оцінки на самосприйняття у хворих. У ході дослідження особливостей зовнішності у хворих на ожиріння визначено чітко окреслену залежність розуміння щодо своєї зовнішності від емоційно-ціннісного до неї ставлення.

Водночас, показники методик «Малюнок людини» та «Опис власної зовнішності» дозволяють говорити про характерну схожість між хворими на ожиріння і хворими на нервову анорексію. Достовірність цього підтверджують дослідження результатів аналізу описів своєї зовнішності хворих на ожиріння та хворих на анорексію. Впродовж аналізу описів власної зовнішності виокремилися три ознаки: кількість афективних суджень, кількість когнітивних суджень і кількість ділянок тіла, що додані до опису власного тіла (Додаток М). Кількість когнітивних суджень та повнота опису у здорових учасників дослідження є значно більшою, ніж у хворих на ожиріння та анорексію. Також у здорових учасників значно менше афективних суджень, ніж у хворих на анорексію і хворих на ожиріння.

У хворих на анорексію надзвичайно стримані описи власної зовнішності, адже в них майже немає конкретного зображення власної зовнішності, однак є дуже велика кількість оціночних, другорядних суджень, які перевершують інші групи («малого зросту», «незграбна», «жодний одяг не пасує», «негарні риси обличчя», «кругле обличчя», «непропорційна фігура» тощо). Часто хворі на ожиріння і анорексію у своїх описах задовольняються лише зображенням рис обличчя і загалом не торкаються фігури. Ймовірно, підґрунтям слабкої розробленості уявлення про власне тіло і заміною його непередметними оцінками є захисні механізми, які аналогічні витісненню.

Аналіз даних, отриманих за методикою «Малюнок людини» (кожний малюнок оцінювався трьома незалежними експертами, а з результатів вираховувався середній бал) засвідчив, що малюнки здорових учасників

виявилися більш розробленими, ніж хворих дітей. Отже, результати виконання малюнка також підтвердили наявність більш низької, ніж у здорових осіб, когнітивної диференційованості власної зовнішності. Зведені результати особливостей сприйняття власної зовнішності хворими та здоровими учасниками дослідження засвідчують вплив когнітивної диференційованості на взаємодію когнітивного та афективного факторів (Додаток Н).

Визначено, що у таких хворих зафіксовано труднощі стосовно досягнення автономії. Хворі на ожиріння страждають на значний брак самоконтролю, ініціативи, автономії, саморегуляції. Вони часто відчують безпорадність перед зовнішніми силами, їм не вистачає самостійності та індивідуальності. Для хворих на нервову анорексію схожі риси теж характерні. Такі хворі не здатні діяти самостійно і, здебільшого, відчують себе енергійними і вправними тільки під впливом оточення. Велика кількість авторів ці риси тлумачить як спосіб контролю за імпульсивністю поведінки [142].

Низький рівень когнітивної диференційованості призводить також до того, що хворі на анорексію та ожиріння є дуже схильними до дезорганізуючого впливу афективних оцінок. Цей вплив виявляється в їхній надчутливості та стресосензитивності. Хворим на анорексію властива афективна лабільність, яка має схильність до змін у настрої. Так, незначна невдача або неприємна розмова, а тим паче сварка спричиняють у цих хворих сталі порушення емоційного стану. Аналогічні особистісні риси властиві більшості хворих на ожиріння. З огляду на таке, можна зробити припущення, що зміна уявлення про себе на ниві духовного чи соціального «Я» здатні спричинити перетворення в уявленні про себе в структурі образу зовнішності.

Схожі проблеми властиві також для хворих на булімію: на тлі регулярного і болісного відчуття голоду, підсилюється харчова поведінка активного поглинання їжі, неконтрольованого споживання великого її обсягу за короткий термін, депресії, самоприниження, які з'являються після таких нападів. Усі

хворі відчують болісні переживання, велику безпорадність, неможливість припинити поглинання їжі.

Результати дослідження у хворих на ожиріння, вказують, що їм властиві негативні ознаки. Так, стосовно зовнішності відзначено низькі показники кількості когнітивних суджень і докладності опису зовнішності ($p < 0,01$). Окрім того, у них увага спрямована на деякі особливості в характері образу зовнішності та його перебудови під впливом емоційних чинників. Для них властива низька оцінка своєї зовнішності, що відображає результат порівняння себе з оточуючими; є чимала переоцінка ширини тіла ($-L = 3,7$, $p < 0,01$). Визначено дуже високу чутливість до «неуспіху»: вони, здебільшого, реагували зниженням самооцінки за «психічними» шкалами.

Дослідженням хворих на булімію визначено невелику кількість когнітивних суджень і ділянок тіла, що увійшли в самоопис ($p < 0,5$), афективних же суджень значно більше ($p < 0,01$). Також у дітей, хворих на булімію, відзначено малюнки людини, розроблені меншою мірою ($p < 0,05$). Відзначено специфіку опису власної зовнішності та її залежність від зовнішніх емоційних чинників: хворі на булімію впродовж усіх етапів хвороби були, загалом, не дуже задоволені власною зовнішністю і найбільше шириною тіла. Вони переоцінюють і недооцінюють ширину свого тіла ($t = 3,1$; $p < 0,01$). Хворі діти на булімію чутливі до «неуспіху» та до зовнішнього емоційного впливу.

Як доводять результати дослідження способу поведінки в конфліктній ситуації, згідно з методикою К. Томаса, адаптованою Н. Грішиною, через міцний зв'язок між самооцінкою, емоційним станом та уявленням про власну зовнішність у цих хворих, як і у хворих на ожиріння в конфліктній ситуації, існує велике спотворення уявлення про свою зовнішність. Таке спотворення уявлення, у зв'язку з підвищеною суб'єктивною важливістю цієї сфери самосвідомості, відіграє вторинну психопатогенну роль, яку ще дужче підсилює невдоволення власною зовнішністю і особистістю у цілому.

Узагальнюючи сказане, можна підсумувати, що групи хворих на булімічний варіант нервової анорексії та ожиріння вказують, що їхнє спотворене уявлення про власну зовнішність значно більше, ніж у хворих на анорексію. Це спричинено надзвичайно низьким рівнем контролю імпульсивної поведінки. Ступінь контролю імпульсивної поведінки, як один із можливих безпосередніх чинників під час взаємодії афективного і когнітивного компонентів, визначає міру «чутливості» останнього до впливу відносин, емоційних оцінок тощо. З огляду на більш низький контроль імпульсивної поведінки, образ тіла у хворих на нервову анорексію та ожиріння і передусім уявлення щодо ширини свого тіла, перебуває під значним впливом афективних оцінок, це виявляється в більшій переоцінці та недооцінці ширини тіла. До того ж з'ясовано, що «найвразливіші» параметри зовнішності – особливо невизначена емоційна оцінка з боку самої хворої.

Властиві для цих хворих висока емоційна чутливість, стресосензитивність, легка фрустрованість через навіть найменшу неприємність спричиняють погіршення настрою, значне зниження самооцінки, посилюють негативне ставлення до себе. Внаслідок міцного зв'язку духовних і тілесних сфер самосвідомості це стає причиною зниження емоційної оцінки власної зовнішності, меншого задоволення нею. У разі «визнання» зміни емоційної оцінки зовнішності, змінюється когнітивний компонент образу зовнішності – виявляється збільшення сприйняття ширини тіла. Низький рівень контролю імпульсивної поведінки збільшує спотворення образу тіла та іноді так сильно, що загальна недооцінка ширини тіла часто переходить у переоцінку, зокрема хворі знову бачать себе «жахливо товстими», «потворними» тощо.

Особливе значення мають ті ознаки, що потребують психологічної корекції. Насамперед потрібно зазначити, що вплив на рівень контролю щодо розширення та уточнення уявлення дітей про власну зовнішність.

Отже, можна зробити висновки, що, завдяки дослідженню специфіки розвитку в підлітків з порушеннями образу власного тіла, формування образу тіла підлітка значним чином залежить від деяких його індивідуально-психологічних особливостей та чинників зовнішнього оточення.

Серед негативних чинників, які можуть викривити образ тіла, є:

- емоційне неблагополуччя;
- особистісні конфлікти (внутрішні);
- міжособистісні конфлікти;
- специфічні форми особистісного розвитку (невротична особистість);
- вплив психотравмуючого чинника (нині чи в минулому);
- високий ступінь тривожності;
- звична фрустраційна напруженість.

На поведінковому рівні викривлення образу тіла може проявлятися зокрема як:

- розвиток аддиктивних форм поведінки (алкогольна, наркотична, ігрова та інші залежності);
- невідповідність самооцінки (хворобливе підвищення або зниження, що спричиняє надалі внутрішньо особистісні та міжособистісні конфлікти);
- хворобливе зосередження уваги на власному здоров'ї (суб'єктивне зниження його показників, патологічне побоювання за своє здоров'я, схильність до апатії і песимістичних прогнозів, постійні безпідставні хвилювання, тривожність та млявість);
- зневажливе ставлення до власного здоров'я та до себе загалом (низький ступінь самоконтролю, часта ризикована поведінка, психічна нестійкість тощо).

Отже, викривлення образу тіла у підлітків призводять до патологічних змін відповідно до самоусвідомлення і самосприйняття, що викликає негативні поведінкові стратегії, які спричиняють соматичні хвороби, підвищують ступінь втрати фізичного здоров'я.

Детальний аналіз виконання завдань здоровими дітьми 8-11 класів та дітьми з булімією та анорексією свідчить про наявні специфічні ознаки щодо факторів, пов'язаних зі зміщенням образу на його порушення. Результати виконання завдань методик діагностичних серій свідчать про те, що запропоновані діагностичні підходи надали можливість віднайти вагомий експериментальний фактичний матеріал, провести якісний та кількісний аналіз, який дозволив встановити закономірності, залежності, властиві дітям підліткового віку.

Висновки до другого розділу

Здійснена діагностика в рамках реалізації констатувального експерименту свідчить, що діагностика має базувалась на наступних психологічних вихідних принципах: 1. Взаємодоповнення діагностичних методів. 2. Специфікація діагностичних методів. 3. Індивідуалізація діагностичних методів. 4. Цілісність діагностичного висновку.

Виділені критерії, за якими встановлені відмінності в образах тіла у підлітків.

Виокремлені на основі кількісного та якісного аналізу дані та їхнє узагальнення надало можливість деталізовано описати критерії, за якими встановлені у констатувальному експерименті відмінності.

Критерій «єдність образу» проявляється в поєднанні «духовного» і «тілесного»; розмежуванні образу тіла як мисленнєвого показника та тіла певної людини (своє, інше); аналізі й порівнянні образу тіла та конкретного тіла; аналізі тіла у відповідності з діяльністю; аналізі тіла у системі цінностей; аналізі тіла у системі зовнішніх і внутрішніх детермінантів мотивації; визначенні тіла як головного показника без врахування когнітивних процесів, акценті на фізичних даних; акцентуванні на окремі показники тіла (груди, губи, вага тощо) та оцінюванні як нормативного не враховуючи інших показників образу.

Другий критерій за показником емоційного ставлення до власного та іншого «Я» характеризується агресією на себе; агресією на інших; агресією недиференційованою; тривожністю з наступною дією; тривожністю без наслідкових реакцій; толерантністю і терпимістю; розрізненням здоров'я та хвороби; емоційною позитивною детермінацією переведення з хвороби на здоров'я; емоційною відсутністю реакції на хворобу тіла; напруженістю емоційної реакції на хворобу тіла до паніки; емоційною глухотою.

Третім критерієм виступає еталонність образу, який містить наступні ознаки: образ тіла пошукуваний дитиною; образ тіла реальний; образ тіла ідеальний; образ тіла обраний за референтною групою; образ тіла розлитий; образ тіла випадковий; розрізнення образів тіла детермінованих професією; розрізнення образів тіла детермінованих ситуацією, дією; розрізнення образів тіла детермінованих діяльністю; порівняння образу тіла та власного тіла; стихійне формування образу тіла без орієнтації на міжособистісні стосунки та соціум; неусвідомленість соціальних цінностей, діяльність людини, «придуманий світ».

Критерій «стійкість (мінливість)» розкривається через такі складники: образ тіла не змінюється (негнучкий); образ тіла змінюється хаотично; образ тіла змінюється під впливом неаргументованого тиснення; образ тіла змінюється повсякчас в залежності від зовнішнього тиснення; образ тіла змінюється під впливом та аналізом вагомих аргументів.

Узагальнення результатів дослідження дозволило виділити 4 рівня порушень у формуванні образу тіла в підлітковому віці.

Перший, найвищий рівень, позначений як адекватний, другий рівень носить назву дизбалансованого, третій рівень – дестабілізованого і четвертий, найнижчий рівень – неадекватного.

Адекватний рівень є найвищим рівнем при встановленні порушення образу. Даний рівень характеризується, перш за все, оцінкою дитиною тіла у

взаємозв'язку з мотивами та цінностями загальносуспільного характеру. У таких дітей фіксується наявність єдності образу, емоційне ставлення має позитивне забарвлення і діти є витриманими з толерантним ставленням до оточуючих, аналізують їх відповідно тій діяльності, в яку вони включені, образи тіла підлягають аргументованим змінам, що дозволяє удосконалювати і виводити на вибір такого еталону, який відповідає нормативним цінностям суспільства. Разом з тим, дітей, віднесених до даного рівня, характеризує певне порушення, яке пов'язане з недосконалістю єдності, еталонності, емоційного ставлення, стійкості образу тіла, не завжди співставляють образ тіла з реальним тілом своїм та чужим. Іншими словами, когнітивний образ тіла знаходиться на більш високому рівні, ніж його використання для порівняння з ним себе та інших. Разом з тим, не дивлячись на досить високий рівень сформованого образу тіла, образ виступає детермінантом ідентифікації.

Дизбалансований образ тіла пов'язаний з причинно-наслідковими результатами підходів дитини до формування образу. Зрушення образу від умовно нормативного відбувається за рахунок того, що тіло ставиться на перше місце, разом з тим, цінності та когніції враховуються. Але такі діти у формуванні образу спираються на зорове сприймання в рамках ініціалізації кольору та просторових відносин, де емоційний настрій регулює вибір нормативного образу тіла. Такі діти не у всіх випадках враховують аргументацію для зміни образу тіла. Але такі діти не виказують агресивності, вони розуміють, який образ тіла для них є бажаним. Діти, віднесені до даного рівня рідко поєднують існуючий на конкретний час образ тіла з реальним образом власного тіла. Діти, віднесені до даного рівня не проявляють нейтральне ставлення до власного або чужого тіла як способу ідентифікації сформованого образу.

Дестабілізований рівень становлення образу тіла пов'язаний, перш за все, з тим, що діти підліткового віку акцентують увагу на окремих частинах тіла

(очах, віях, розмірах тощо) не співвідносячи з образом тіла в цілому і не розглядаючи фізичне тіло у поєднанні з «духовним» Я, коли людина розцінюється у багатовимірному, багатовекторному значенні з мотиваційним та ієрархічно ціннісним підґрунтям. У таких дітей існує агресія щодо інших та тривожність, яка не виступає детермінантом активної дії зі зміни тіла. Всі існуючі навкруги імпульси стосовно тіла, незалежно від їхньої важливості, значимості, аргументованості сприймаються до дії, і під їхнім впливом змінюється випадково образ. Іноді такі діти є неаргументованими мрійниками і проживають життя у придуманому світі, який тягне за собою суттєві конфлікти та фрустрації. Образ тіла не виступає чинником для аналізу свого та чужого тіла. У таких дітей виявлено індиферентне ставлення щодо ймовірної ідентифікації образу тіла реальним (власним, чужим) фізичним тілом.

Неадекватний образ тіла зафіксовано у дітей підліткового віку з яскраво вираженим емоційним агресивним оцінюванням тіла, на чому, як провідному негативному стані формуються образи тіла свого та чужого. Основний акцент такими дітьми здійснюється лише за тілом, до уваги не беруться мотиваційні та ціннісні показники. Агресія розповсюджується на все і на всіх, інтенсивна за формою і проявами. Нерідко фіксується емоційна глухота, якій притаманна відсутність співпереживання, проникнення у невирішені питання як свої, так і чужі. Фактично як когнітивний образ, образ тіла не сформований, тому сприймання себе і людей постійно змінюється під впливом чужої думки, переглянутих фільмів, журналів, тощо. Образ тіла не використовується для аналізу реальних власного тіла або тіла інших дітей. Діти, віднесені до даного рівня виявляють негативні реакції щодо ідентифікації власного або чужого тіла.

Виявлені у констатувальному експерименті закономірності, кількісні та якісні дані підтверджують гіпотезу про складний характер порушень образу тіла у підлітків, який вимагає специфічного підходу щодо корекції в рамках розроблених у спеціальній психології теоретичних підходів.

РОЗДІЛ 3

СИСТЕМА КОРЕКЦІЙНОГО ПІДХОДУ З ФОРМУВАННЯ ОБРАЗУ ТІЛА У ДІТЕЙ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ

3.1. Теоретичні вихідні позиції експериментального формування у підлітків образу тіла

Різні види діяльності та соціальних відносин обумовлюють різноманіття взаємодії підлітка з оточуючим середовищем, що, в кінцевому результаті, формує його образ в той час, як узагальнення та конкретизація окремих складових образу тіла відбувається вже в процесі самоаналізу особистості. Невідповідність зовнішності особистісним або прийнятим у суспільстві чи певній групі зразкам, справжні або уявні фізичні вади та дефекти зовнішності можуть стати причиною дестабілізації образу тіла у підлітка. Це породжує розчарування, роздратування, тривогу, розпач, виникнення різноманітних синдромів та фобій і врешті-решт може призвести до дезадаптації. На фоні таких фрустрацій особистості, як пристосувальний механізм можуть розгортатися адаптивні процеси компенсації та гіперкомпенсації, які за своєю мотивацією є адаптивними. Отже, підтримання гармонійності образу тіла (рівень внутрішньої послідовності, стабільності та впевненості переконань, знань людини про образ тіла) безпосередньо стосується застосування корекційної стратегії.

У багатьох дослідженнях згадується про адаптивні стратегії, які характерні для різних напружених ситуацій, однак, відсутня єдність у підходах до вивчення їхньої природи, класифікацій та визначень [67, 68, 105, 332].

Зупинимось на стратегіях, спрямованих на корекцію порушень, а саме:

1. Корекція шляхом перетворення або повного подолання проблемної ситуації, у тому числі й різних видів конфліктів – активна захисна адаптація.

2. Корекція шляхом уникнення проблемної ситуації – це пасивна адаптація, втеча від реальності, стратегія пошуку більш сприятливих умов для забезпечення безпеки та задоволення потреб стратегія.

3. Корекція зі збереженням проблемної ситуації та пристосування до неї, що може здійснюватися:

- шляхом перетворення сприйняття і тлумачення ситуації, тобто створення її не проблемного суб'єктивного образу;

- шляхом більш глибокої зміни самої особистості, тобто її «Я-образу» [105].

Дослідження адаптаційно-компенсаторної стратегії гармонізації образу тіла у підлітків потребує, насамперед, розгляду самої природи процесу корекції. Феномен корекції у психології розглядається як комплексна й міждисциплінарна проблема, що об'єднує різноманітні рівні існування особистості. Розглядається також адаптація як процес, спрямований на пристосування за допомогою компенсаторних можливостей. При цьому, адаптивні зміни призводять до корегування відхилень набуття способів оволодіння діяльністю, адаптивних реакцій [67]. Так, наукою та практикою доведено існування не лише різноманітних біологічних адаптаційних механізмів, котрі протидіють негативним зовнішнім і внутрішнім впливам, але й мультимодальної психосоматичної адаптації. Наприклад, особливості адаптаційного бар'єру, та інші структурні елементи пристосування, що визначають характер та спрямованість хворобливих процесів, у тому числі дестабілізації образу тіла, залежать від специфіки психосоматичної адаптації (Ю. Антропов [15, 16], А. Личко [168], М. Сандомирський [262], Г. Старшенбаум [278]).

На сучасному етапі увага психологів спрямована не лише на окремі структурні елементи корекції, а й на виявлення складників та їх взаємозалежності.

Наступним підходом виступило формування соціалізації, важливим інструментом якого були трансформації зовнішнього вигляду [208]. Так, комунікації первісної людини з навколишнім середовищем відбувалися, зокрема, через обряди, ритуали тощо. Перетворення зовнішнього вигляду людини, котра виконувала роль ритуального об'єкта, полягало в доопрацюванні, переробленні, виправленні її природньої сутності, тобто зміні її внутрішніх параметрів [30]. Тому можна стверджувати, що стосовно образу тіла одяг є специфічним атрибутом.

Як бачимо, зміна зовнішності за допомогою одягу полягала у зменшенні чи підсиленні певних параметрів тіла або окремих його деталей відповідно до пануючих уявлень. Не торкаючись первісної природи тіла, а лише завдяки модифікаціям одягу можлива трансформація образу тіла, пристосування його до естетичних стандартів. Підвищення самооцінки і зниження тривожності також безпосередньо пов'язані з цими маніпуляціями.

А. Гавриленко [77] розробила методику адаптаційно-компенсаторної стратегії перетворення зовнішності, спрямовану на дослідження адаптаційно-компенсаторних стратегій гармонізації образу тіла. Її напрацювання дозволяють виявляти реальний і бажаний рівень використовуваних адаптаційно-компенсаторних стратегій і з'ясовувати пристосувальну активність індивіда до впливу соціуму. Зокрема, для відновлення чи збереження гармонійності образу тіла нею пропонується застосовувати наступні корекційні стратегії, які полягають у конкретних способах трансформування зовнішності, зокрема:

- Найрадикальніший з них передбачає безпосередню штучну зміну фізичного й конституціонального контурів тіла індивіда (скажімо, пластична хірургія).

– Більш охоронний спосіб – природний шлях (наприклад, за допомогою занять фітнесом) коригування конституціональних і фізичних параметрів тіла.

– Найделікатніший варіант – корекція за допомогою соціальних елементів оформлення зовнішності (фасон одягу, певні аксесуари) [77].

Отже, продуктивність застосування адаптаційно-компенсаторної стратегії гармонізації образу тіла у підлітків уявляється вельми значною, позаяк дає змогу підходити до психосоматичних феноменів комплексно, не оминаючи безліч проявів, які виходять за межі повсякденності. Вона дозволяє вивчати образ тіла як цілісну систему в динаміці її розвитку, а це, відповідно, відкриває шлях до всебічного аналізу взаємодії підлітка із зовнішнім світом. Як процес пристосування має безперервний характер, лише видозмінюючись під впливом різноманітних чинників, так і прояви природного функціонування організму ніколи не зупиняються, втілюючись у постійних рухах у межах певного тілесного комфорту, більших чи менших відхиленнях, ліпшій чи гіршій адаптації. Від того, як змінюється поведінка підлітка, його самопочуття, самоосягнення залежно від перетворень меж його образу тіла, значною мірою залежить, як він сприйматиме світ, як усвідомлюватиме себе і своє місце у ньому, яким він побачить та ідентифікує себе та оточення (І. Андрєєва [10], Л. Божович [36], Т. Драгунова [103], Ф. Райс [249]).

Це пов'язано, насамперед, з неоднорідністю самого змісту образів, методичною складністю і різним підходом дослідників до вивчення образної сфери особистості. Образи є поєднанням відображення реального об'єкта, сприйнятого суб'єктом, особистісними особливостями того, хто сприймає, і попереднього власного досвіду суб'єкта, який сприймає подібні об'єкти і взаємодіє з ними. Багатовимірність і різноаспектність образів у свідомості особистості, а також багатство їхніх взаємозв'язків набагато ширші вербального позначення. Внаслідок чого під час дослідження образу завжди залишаються

складники, які вимагають невербального супроводу (Ломов [169], А. Реан [250], В. Столін [279], К. Фопель [297], А. Фрейд [298]).

Слід зазначити, що дослідження образу тіла набуло широкого поширення з позицій сучасної психології «образу світу», що визначається як цілісна багаторівнева система уявлень людини про світ, інших людей про себе і свою діяльність, система «яка опосередковує, переломлює через себе будь-який зовнішній вплив» [34]. В рамках психолінгвістики та когнітивної лінгвістики можна зустріти також інші визначення поняття «образу світу», зокрема, у Д. Ліхачова – це «концептосфера» (1997), у Р. Павіленіса – «концептуальна система» (1983), у Н. Болотнова – «концептуальна структура» [184].

Образ тіла розглядається як частина концептуальної системи особистості. Концептосфера або концептуальна система особистості є упорядкованою сукупністю ментальних одиниць, що відображають «пізнану суб'єктом дійсність, вона і складає інформаційну базу як свідомості, так і мислення людини» [241].

Варто підкреслити, що значущим для особистості підлітка є психологічне консультування, яке покликане допомагати йому у ситуаціях, коли він зустрічається зі шкільними труднощами та особистими проблемами. Т. Титаренко [285] переконана, що кожна особистість тією чи іншою мірою знаходиться у стресовій ситуації, оскільки повсякденна психологічна травматизація життя неодноразово пропонує їй несподіванки, до яких необхідно бути готовими та рішучими. Саме життєві труднощі спонукають молоду людину до надання допомоги собі та іншим. У життєвому вимірі, з точки зору автора, люди постійно переглядають свої смаки, погляди, звички, і здійснюють ревізію особистісних цінностей. Незважаючи на це, в особистості можуть виникати внутрішні конфлікти, що спровоковані непорозуміннями з батьками, друзями, найдорожчою людиною. Всупереч цьому, виникають і нереалізовані бажання особистості, що викликають стан внутрішнього розладу,

збентеженості, незадоволеності рисами свого характеру, які негативно впливають на міжособистісні взаємини. Так, особистість стає дратівливою, вередує, дозволяє собі уїдливі зауваження або замикається у собі, вірніше не прагне приділити увагу найближчому оточенню (друзям, одноліткам, однокласникам) [285]. Один із представників класичної психології, зокрема особистісно-центрованого консультування, К. Роджерс [252, 253] дотримувався такої позиції, що кожна людина володіє величезними резервами саморозуміння, стійкими прагненнями до самоактуалізації, і врешті-решт може сама собі допомогти. Однак конструктивні зміни особистості можливі за умови створення консультантом певної атмосфери під час спілкування, що активізують конгруентність, позитивне ставлення та емпатію з боку пацієнта. З точки зору А. Єлізарова [107], специфіка психологічного консультування спрямована на діалог, циркуляцію інформації та інформаційний обмін. Як вважає вчений, саме соціально-психологічний тренінг передбачає розробку прикладних програм надання психологічної допомоги психічно та соматично здоровим особистостям. Так, завдяки проведенню соціально-психологічного тренінгу відбувається не лише профілактика, але й робота з деструктивними формами спілкування, поведінки, нераціональними способами організації діяльності, що можуть призвести до травм і, навіть захворювань [107].

Дійсно, за допомогою власного саморозкриття в особистості відбуваються різноманітні конструктивні форми взаємодії та зміна не лише установок та цінностей, але й суттєва зміна поведінки молодшої людини. Безумовно, коли особистість підлітка відчуває взаєморозуміння, взаємоповагу та довіру з боку дорослого, то значно швидше презентує власне «Я» та відкриває себе для інших оточуючих. Якщо ж відбувається зворотнє, то підліток намагається «закритися», відмежуватися від «сторонніх очей», і, врешті-решт сховатися від власних турбот і негараздів. Йому більше до вподоби власна розкутість, свобода слова, думки, позиції, дії, здійснення відчайдушних вчинків та демонстрація

негативної поведінки (брутальність, зверхність, жорстокість, тощо). Як правило, особистість в період дорослішання та особистісного зростання якомога частіше прагне до самовизначення, самоствердження та самодопомоги, однак ще очікує соціальної підтримки з боку батьків, друзів, учителів, психологів. У зв'язку з цим слід враховувати, що підліток досить активно фіксує правильні, на його думку, стереотипи поведінки і не сприймає або гальмує ті види психічної та предметної діяльності, які не призводять до задоволення його основних потреб. Зважаючи на це, пряма боротьба з негативними поведінковими проявами підлітка малоефективна. Слід зрозуміти, які значущі потреби він намагається задовольнити таким чином і допомогти йому реалізувати їх через соціально доступні характеристики. Таким чином, спеціаліст (психолог) повинен прагнути до налагодження авторитетно-довірливих стосунків з підлітком, сприяти усуненню бар'єрів у діяльності, що спрямована на задоволення особистісно значущих потреб підлітка (Г. Абрамова [2], Л. Анциферова [17], А. Асмолов [21], О. Бондаренко [39], А. Маслоу [185]).

Український фахівець консультативної психології О. Бондаренко [38, 39] презентує сучасні техніки психологічного консультування та психотерапії, що безпосередньо висвітлюють питання поведінкової сфери особистості. Як влучно зауважує дослідник, особистість можна змінити тільки в тих випадках, коли вона піддається переучуванню (за допомогою певних методів впливу на її особистісне «Я»). Вчений виокремлює такі методи впливу, як гіпноз, систематична десенсибілізація, тренінг релаксації, аверсивна терапія, символічна економія, емоційний тренінг поведінки. Саме остання техніка або «тренінг адекватного саморозкриття», на його думку, передбачає навчання особистості адекватної поведінки, а також стану впевненості у собі в різних ситуаціях спілкування [38]. Увагу психолога привертають ті соціальні ситуації або міжособистісні взаємини, в яких особистість відчуває себе ображеною, винною, звинуваченою, коли перебуває в стані роздратованості, агресії, відчаю

або, навпаки, поводить себе з гіпертрофованою увічливістю. Така техніка реалізується крізь призму рольової гри, в якій детально аналізуються певні фрагменти поведінки особистості. На засадах детального її орієнтування в діях та почуттях, здійснюються нові, ідеальні форми поведінки для особистості в майбутньому. Саме за допомогою окресленого вище, особистість має змогу більш «тонко», внутрішньо відчувати себе, відкрито та щиро висловлюватися перед представниками різних вікових категорій та соціальних груп, не обмежувати себе у власній правоті [39].

Для розвитку та удосконалення аспектів тілесності, адекватності сприйняття свого образу тіла, ставлення до своєї особистості в цілому, а також успішної соціальної адаптації необхідними є як традиційні психологічні підходи, так і використання танцювально-рухової терапії, терапії мистецтвом. Усвідомлення людиною власного тіла, його внутрішнього та зовнішнього змісту є первинною умовою формування цілісного образу «Я». Даний процес значно активізується під час виконання танцювальних рухів. Танець і рухи використовувалися на певних історичних рамках з різними цілями, зокрема, як продуктивний засіб встановлення різних емоційних станів у культурах різних народів. Майже у всіх дослідженнях, присвячених прямо або опосередковано теорії танцю та танцювально-руховим методам відзначається, що розкриття змісту образу тіла невід'ємно відбувається через рух і танець (М. Бергер, Р. Лабан, Н. Веремєєнко та інші). Доведено, що танець призводить до емоційного розслаблення та корегування емоцій у особистості. Танець виступив згодом як специфічний тілесно орієнтований метод у XX столітті (А. Лоуен, М. Фельденкрайз) [20]. Використання танцю та танцювально-рухових методів у психологічній практиці було розглянуто Т. Шкурко [325] в контексті дослідження динаміки становлення особистості в процесі танцювально-експресивного тренінгу [325] та В. Нікітіним [213, 214] у контексті корекції самосвідомості підлітків у рамках так званих когнітивно-пластичних методів

засобом реалізації танцювально-рухових дій [213]. М. Чейс, зокрема, надавала особливого значення впливу сприйняття сили тяжіння і тілесних рухів на образ тіла. На думку В. Лабунської [159], рух також забезпечує сенсорні стимули і це відбувається схожим чином з процесом, пов'язаним з інтерпретацією та інтеграцією відчуттів. Автор зазначає, що образ тіла перебуває в стані постійного розвитку та змін. Саме рух, на її думку, викликає певні зміни в образі тіла. Аналіз способу поєднання частин тіла дитиною, і внаслідок цього усвідомлення нею таких тілесних відчуттів, як дихання, м'язового напруження. Тобто, кінестетичні відчуття певною мірою сприяють усвідомленню та розвитку образу тіла [159]. До того ж, рух тіла впливає на внутрішній стан людини та сприймання її зовнішнім навколишнім оточенням.

Свого часу Х. Брух [340] вказувала на те, що порушення образу тіла включає в себе набагато більше, ніж просте перцептивне спотворення. Зв'язок між тілом і психікою є двостороннім. Рухи тіла залежать від мислення, установок і почуттів; в свою чергу, на думки, установки і почуття можуть впливати як ритм так і рухи тіла в цілому. Б. Подорога [238] вважає, що фізичне тіло пов'язане з внутрішнім та зовнішнім досвідом. Тому, зміни в рухах можуть призводити до змін внутрішнього сприймання, зокрема, як образу тіла, так і почуттів з приводу власного «я». Подібно до цього, зміни рухів можуть відбуватися в результаті змін у внутрішньому світі людини [238].

Досить часто підлітки змушені стримувати емоції, реакції, які у них виникають, підпорядковуються вимогам соціуму. При цьому емоція, яка виникла і накопичується, може активізуватись у вигляді внутрішнього напруження. Особливі прояви зафіксовані у дітей агресивних та гіперактивних, яких частіше за інших корегують щодо негативних форм вираження свого внутрішнього стану. Напруга емоційних станів виявлена у сором'язливих дітей внаслідок обмеженості міжособистісного спілкування не завжди можуть поділитися з іншими своїми почуттями. У таких дітей іноді виникають почуття

агресії, образи, відчуття нерозуміння з боку оточуючих. Останні в свою чергу розцінюють такі прояви як негативні риси характеру (Р. Комер [138], Л. Кулешова [155], В. Менделевич [190]). Саме танцювальні, ігрові або танцювально-ігрові вправи, на думку фахівців, є засобом, який дозволяє зняти м'язову напругу, дає відчуття свободи, стимулює моторне та емоційне самовираження, сприяє виходу агресії, страхів, зняттю психоемоційного напруження, прийняттю свого тіла, відчуттю руху, який підліток виконує. Танець та гра в соціально відповідній формі дозволяють звільнити ті почуття та емоції, які стримувалися, підвищити самооцінку та оптимізувати уявлення про себе. Танець в комплексі з іншими вправами розвиває когнітивні, творчі, адаптаційні та комунікативні здібності підлітка (І. Бірюкова [33], Е. Грунлюнд [87], М. Кластер [130], В. Нікітін [214], М. Фельденкрайз [290], Т. Шкурко [325]).

Усвідомлення даної проблеми сприяло збільшенню кількості психологів, які використовують в своїй практиці різні види танцю, танцювально-рухові методи та їх складники (Н. Веремеєнко [61], Ш. Чайклін [315]). О. Вознесенська, розкриваючи зміст арт-терапії в роботі практичного психолога, а саме використання арт-технологій в освіті, зазначала, що до поняття образу тіла зверталися такі теоретики танцювально-рухової терапії як П. Бернштейн, М. Чейс, Л. Еспенак, Д. Флетчер, Е. Сігел [64]. Зокрема, Р. Бернс вказував: «... тільки тіло є зримою і відчутною частиною нашого Я ... До того ж цей невід'ємний елемент нашої особистості виставлений на постійний публічний огляд ... тіло являє собою найбільш відкриту, явну частину особистості ...» [28, с. 15].

Ш. Чайклін, досліджуючи підходи в танцювальній терапії, наголошував на тому, що основоположник концепції образу тіла П. Шилдер також вказував, що «танець є методом зміни образу тіла і ослаблення його ригідної форми ... рух

... впливає на образ тіла і призводить через зміну образу тіла до зміни психічного ставлення» [315, с. 123].

Тобто, у корекції танець виступає особливою формою експресивної поведінки людини, це, словами В. Штоффа, «спонтанна трансформація внутрішнього світу в рух, в процесі якої пробуджується творчий потенціал і потенціал до зміни старого способу життя» [326, с. 44]. Танець розцінюється як шлях до саморозкриття людини. Тому танцювальна терапія базується на психотерапевтичному використанні танцю і рухів як процесу, що сприяє інтеграції емоційного і фізичного стану особистості [87]. Саме відповідно даному положенню танцювально-рухова терапія (ТРТ) посідає окреме місце в процесі застосування розвивально-корегуючої стратегії гармонізації образу тіла у підлітків (І. Бірюкова [33], Е. Грунлюнд [87], М. Кластер [130], В. Нікітін [214], М. Фельденкрайз [290], Т. Шкурко [325]).

У танцювально-руховій терапії основна увага звертається безпосередньо на тіло та його рухи, не тільки пробуджуючи спонтанну рухову активність людини, але розкриваючи і проявляючи її внутрішній світ, світ переживань, фантазій, почуттів і образів у танці. Такі переживання стають видимими і тому доступними для подальших змін. Тілесні рухи людини розглядаються як відображення її внутрішнього психічного життя та взаємовідносин з оточуючим світом. Танець також допомагає пережити, розпізнати і висловити свої почуття і конфлікти, особливо якщо про них складно говорити [33, 87, 130, 214, 290, 325]. Також безпосередньо сам танець може приносити відчуття свободи і радості, що може слугувати ресурсом в роботі з надання психологічної допомоги особистості в умовах дестабілізації образу тіла.

Дослідники визначають мету танцювально-рухової терапії, яка ставиться в процесі реалізації розвивально-корекційної стратегії гармонізації образу тіла у підлітків: розвиток креативності, усвідомлення самого себе як особистості, корекція і вирішення різних проблем, пов'язаних з порушенням образу тіла,

розвиток адекватності у самооцінці, корекція недоліків статури, поліпшення координації рухів, постанти. Заняття з танцювально-рухової терапії включають в себе: гімнастику, танцювальні імпрровізації (індивідуальні або в групі), релаксацію, малювання картин під музику. Найбільш часто вживаними техніками танцювально-рухової терапії для гармонізації образу тіла у підлітків є наступні: дихання, тілесне інтегрування, тілесний якір, тілесна і чуттєва інтонації, віддзеркалення, відображення, робота з тілесними картинками і вивчення функціональної тілесної мови («образу Я») (І. Бірюкова [33], Е. Грунлюнд [87], М. Кластер [130], В. Нікітін [214], М. Фельденкрайз [290], Т. Шкурко [325]).

В рамках застосування танцювально-рухової терапії з метою гармонізації образу тіла у підлітків на окрему увагу заслуговує танцювально-експресивний тренінг (ТЕТ) – напрям соціально-психологічного тренінгу, синтез підходів сучасної танцювальної психотерапії та соціально-психологічного тренінгу. У ТЕТ входять такі способи організації роботи: спонтанний, неструктурований танець, округовий груповий танець, автентичний рух – рух у присутності спостерігача, ритмічна групова активність. Так, рекомендовано проводити самопрезентацію через танець, танці з різноманітними ритмами з можливістю використання різних амплітуд рухів, танці з партнером і без, в яких кожен зберігає свій стиль рухів, «танець окремих частин тіла» тощо [325].

У таких тренінгах рекомендовано використовувати реальні або уявні дзеркала, як, пропонує А. Спінкін, деяке «зорове подвоєння особистості, що слугує одним із засобів самопізнання, ідентифікації людини з самою собою» [276]. Віднайдено, що зміна в патернах рухів, розширення рухового репертуару, визнання таких тілесних відчуттів як дихання, усвідомлення м'язової діяльності, призводять до зміни сприйняття свого тіла, ставлення до нього, тобто до зміни і розвитку образу тіла.

При підборі стимульного матеріалу використовуються твори мистецтва художників різних стилів і епох. Слід зазначити, що художники протягом всієї історії світового мистецтва намагалися збагнути внутрішній світ людини, її взаємини з природою, що змінюються під впливом цивілізації, надаючи різним миттєвостям внутрішнього та зовнішнього життя певну статичну форму.

Під час використання ТРТ з репродукціями у груповій або індивідуальній терапії вибір картинок здійснюється, як правило, за різними параметрами. Це залежить від мети психологічного впливу (В. Нікітін [213], Г. Ферс [292]).

Для вступу у дію на основі входження в проблему, пропонується обрати малюнок, який викликає сильні / негативні / змішані почуття; який відображає проблему, з якою хотілося б попрацювати.

Корекція з актуального стану пов'язана з обранням малюнка, який більше ніж інші привертає до себе увагу, тобто відображає стан підлітка на даний момент.

З метою ініціації ресурсів пропонується обрати картинку, яка викликає надію, радість, яка може допомогти в актуальній складній ситуації.

Для послідовності у корекції обирається декілька малюнків, які відображають часові етапи (минуле, сучасне, майбутнє), тобто що зараз є, що я хочу у майбутньому, що мені потрібно для досягнення бажаного.

Залежно від цілей, особливостей групи або індивіда у корекції може надаватися як повністю проєктивний формат роботи, де картинка розглядається як щось вражаюче, але не пов'язане з особою; так і усвідомлений вибір «віддзеркалення», де людина шукає картину про себе.

Даний підхід у зв'язку з корекцією здорового образу тіла має певні переваги, зупинемось на них детальніше.

По-перше, здоровий образ тіла є рухливим. Індивіди, які мають проблеми з управлінням тілом, перешкоджають усіляким змінам у своєму образі тіла. Використовуючи даний підхід і розвиваючи тілесний художній образ через

танець, з'являється можливість експериментувати, використовуючи несподівані рухи, які не характерні для даної людини, а властиві, швидше, зображенню на репродукції. Отже, може бути розширений і репертуар рухів, і спектр відчуттів, і гамма почуттів. Наприклад, програвши роль жінки, чоловік за картинкою може собі дозволити набагато більше і отримати тим самим позитивний досвід.

По-друге, здоровий тілесний образ пов'язаний з реальністю світу і здоровими сторонами особистості. Виходячи з цієї характеристики, в танцювально-руховій роботі з репродукціями є певна вихідна позиція. Світова культура пропонує значний обсяг ідеальних, реалістичних, гротескних зображень тіл (Г. Ферс [292]). «Приміряючи» на себе вигляд одного з обраних образів, спираючись на свої відчуття, людина може зіставити, наскільки такий образ відображає її тілесну реальність. Іноді ментальні приписування змісту картини не збігаються з дійсними відчуттями в позі, що і відображає обраний образ. Окрім індивідуальної роботи, в таких випадках на перший план виступає можливість отримання зворотного зв'язку від іншої людини, групи або використання відео.

По-третє, образ тіла є тривимірним. Іншими словами, «картина» тіла переживається повністю. Образ, вважають дослідники, є закінченим, якщо в нього входять і визнаються всі частини тіла. Кожна частина може відчуватися як жива і легко доступна свідомості або як «заморожена», яка не «відчуває дотику». Залежно від цього образ тіла буде, з одного боку, відчуватися цілісним, живим або, з іншого боку, фіксованим і нереалістичним. Така можливість тривимірної оцінки в танцювально-руховій роботі з репродукціями є продуктивним підходом.

Отже, застосування розвивально-корекційної стратегії гармонізації образу тіла у підлітків дозволяє досягти більш адекватного ставлення та подолання недоліків у формуванні власного образу тіла, що в кінцевому результаті,

позитивно впливає на самооцінку, поведінку підлітка, а також відіграє важливу роль у його соціальній перцепції та соціальної адаптації.

Іншим тренінговим напрямом виступає формування толерантності до невизначеності у ситуації. Такий підхід об'єднує концепції толерантності і невизначеності та включає в себе ряд аспектів: здатність приймати рішення, роздуми над проблемою. Навіть у випадках, коли не відомі: а) всі факти і можливі наслідки; б) соціально-психологічні установки з афективним, когнітивним і поведінковим компонентами; в) несформовані вміння працювати в умовах недостатності інформації, або її подвійності; г) відсутності здатності людини відчувати позитивні емоції в нових, неструктурованих, неоднозначних ситуаціях, сприймаючи їх не як загрозливі, а як такі, що містять виклик, можлива результативна корекція. Отже, на думку фахівців, толерантність до невизначеності має розглядатися комплексно – і як тенденція сприйняття, і як когнітивна характеристика особистості, і як реакція на невизначеність [171].

У дослідженнях [92, 93, 94, 343], пов'язаних з практичними аспектами засвоєння невизначеності, відмічається складність та багатозначність феномену толерантності до невизначеності, здійснюються спроби його категоризації й осмислення. Так, зокрема, Ф. Дж. Клампітт та М. Лі Уільямс [343] зазначають, що толерантність до невизначеності – це «щось більше, ніж проста когнітивна або емоційна орієнтація». Автори перераховують також декілька базових положень стосовно практичних аспектів опанування невизначеності: 1) невизначеність є природною для навколишнього світу; 2) толерантність до невизначеності є складним концептом, вимірювання якого можливе різними шляхами; 3) люди володіють різним рівнем толерантності до невизначеності, що пов'язано з багатьма факторами; 4) зазвичай, люди прагнуть до зниження невизначеності; 5) люди знижують рівень невизначеності за допомогою евристики чи методу наближення, що у багатьох випадках є можливим, але не завжди дає бажаний результат [343].

П. Лушин зазначав: «у перехідній ситуації ніхто не здатен керувати процесом розвитку директивно: система розвивається за типом самоорганізації і тому способом «недирективного контролю чи управління» є толерантне ставлення до невизначеності» [175]. При цьому, згідно з логікою розробленого П. Лушиним екофасилітаційного підходу, підтримання фасилітатором невизначених умов саморозвитку групової ідентичності здійснюється саме за допомогою толерантності до невизначеності («контроль в умовах переходу набуває форми недирективного та фасилітативного управління через реалізацію екопсихологічної диспозиції «невизначеності» до процесу самоорганізації особистості») [173].

Окрім розглянутих теоретичних позицій, на яких має ґрунтуватись корекційний вплив з метою нівелювання існуючих порушень образу тіла у підлітків, значимим та продуктивним є так званий знаковий підхід у розвитку, який за знаково-символічною функцією розглядає відповідно у міжособистісному оцінюванні людину як знак для іншої людини. Саме зі знаковістю може бути пов'язаний підхід у підлітків у визначенні еталонного образу.

Відбір засобів корекційного впливу з метою нівелювання порушення образу тіла передбачає врахування наукового тлумачення знаків та символів у психології.

Вважається, що в узагальненому вигляді, як вони розцінюються у семіотико-психологічних дослідженнях, семіотичні засоби – це деякі об'єкти (еквіваленти, символи, знаки) або їхні системи, що використовуються для вираження якого-небудь відмінного від них змісту. Для семіотичних засобів характерним є те, що вони: а) входять у структуру різних форм духовної діяльності людини, її спілкування і пізнання; б) є закономірно пов'язаними з деяким іншим колом явищ, процесів, форм діяльності, понять; в) на основі цього зв'язку можуть використовуватись замітники, тобто знак здатен замінювати

собою певні явища, процеси, форми діяльності, поняття; г) розвиваються і змінюються (як в залежності від своєї власної природи як особливих об'єктів, так і в залежності від закономірностей і природи тих явищ, процесів, форм діяльності, понять, які вони заміщують).

Виділення конкретних типів семіотичних засобів здійснюється різними авторами за різними критеріями. Г. Глотова [84] виділила такі типи семіотичних засобів:

1. Семіотичні засоби можуть бути суб'єктивно детерміновані і об'єктивно детерміновані.

Другий тип семіотичних засобів – об'єктивно детерміновані або дискурсивні семіотичні засоби. В результаті семіотичний засіб стає всередині себе диференційованою і ієрархічно організованою системою, яка виражає якийсь бік об'єктивної реальності. Зв'язок семіотичного засобу і заміщуваного змісту тут базується на людських переживаннях і почуттях, на спільності елементів, ознак структур заміщуваного змісту і замісника. При аналізі самого семіотичного засобу виділяються такі його складові як алфавіт і правила співіснування, що дозволяють отримати складні системи кодових зв'язків, формулюються принципи побудови семіотичних засобів даного типу — ізоморфізм, структурність та інше (В. Венда [56], М. Гамезо [79], Н. Салміна [261]).

2. Семіотичні засоби можуть розрізнятися за походженням, «Найстародавніша і найзагальніша класифікація знаків полягає в поділії їх на природні і штучні» (М. Гамезо [79]). Аналіз різноманітних класифікацій семіотичних засобів показує, що у багатьох із них дійсно враховується цей показник.

3. Семіотичні засоби розрізняються в залежності від характеру їхнього зв'язку із заміщуваним змістом. За своїм характером вони можуть бути мотивованими (символічними) або умовними (знаковими); часто на основі

цього і розмежують такі семіотичні засоби як символи і знаки. Ця основа враховується в багатьох класифікаціях, але є певні відмінності в термінологічному оформленні. Так, О. С. Майданов [178] говорить про два засоби репрезентації: інформаційний і умовний. Л. Уваров [289] протиставляє «наочно-образотворчі» та «абстрактно-образотворчі» символи. М. Гамезо виділяє проєкційні знаки, що забезпечують передачу просторових характеристик світу [79]. В класифікації Ч. Пірса, як наголошують О. Коршунов і В. Мантатов, є такі знаки як іконічні [144]. В. Штофф виділяє моделі образні, знакові, змішані [326].

4. Семіотичні засоби можуть поділятися на типи за засобами. Тут виділяється декілька часткових основ:

А) Включення семіотичних засобів в різні види діяльності людини; як засіб спілкування, пізнання (Н. Салміна [261]). Семіотичні засоби, які включаються в процес пізнання і які виконують функцію засобів виділення нової інформації про реальність, розглядаються багатьма авторами як моделі (М. Буслова [50], Б. Глінський [83], Б. Грязнов [89], Б. Динін [106], Є. Нікітін [216]).

Б) Характер дій людини із заміщуванням засобом. Дана основа враховується у випадках поділу семіотичних засобів на «матеріальні» та «ідеальні». Коли йдеться про матеріальні моделі то мається на увазі, що модель є особливим об'єктом який існує, підпорядковуючись реальним фізичним, механічним та іншим законам, з якими людина діє за тими ж законами як реальним з об'єктом. В ідеальних же моделях всі перетворення відбуваються подумки (В. Штофф [326]). Такий поділ моделей на матеріальне та ідеальне приймається також М. Бусловою [50], В. Веніковим [57], Б. Глінським [83], Б. Грязновим [89], Б. Диніним [106], Є. Нікітіним [216], К. Морозовим [197]. Деякі автори вважають, що краще ділити моделі на речові та знакові, або речово-технічні і абстрактні, логіко-математичні (І. Новік [217]).

В) Засоби використання семіотичних засобів в діяльності (використання самостійних об'єктів, перехід в зв'язках семіотичного засобу тазмісту).

Даний засіб використання семіотичних засобів, де семіотичний засіб вказує на дещо інший зміст, широко розглядається в психологічних роботах.

Багато вітчизняних дослідників проводять класифікацію семіотичних засобів. Розглянемо деякі із них. При цьому чисельність класів, що виділяються, варіюються від двох до декількох десятків. Найбільш розгорнута систематизація, на думку Ж. Піаже, була надана Ч. Пірсом [234].

Існують класифікації М. Гамезо [79], В. Кіма [125], О. Коршунова і В. Мантатова [144], Н. Салміної [261]. О. Коршунов і В. Мантатов [144] класифікують семіотичні засоби на такі види:

1. Індокси: а) симптоми, ознаки, показники приладів.
2. Іконічні знаки: а) схеми, діаграми, креслення, карти; б) копії, зображення
3. Символи: а) емблеми, знамена, герби; б) художні і графічні символи
4. Мовні знаки: а) знаки природних мов; б) знаки штучних мов. Близькою до неї є класифікація знаків у «Філософській енциклопедії».

1. Мовні знаки (знаки спілкування): а) знаки природних мов; б) знаки штучних мов.

2. Немовні знаки: а) знаки-копії; б) знаки-ознаки; в) знаки-показники (індекси); г) знаки-сигнали; д) знаки-символи.

М. Гамезо [79] пропонує класифікацію за іншими критеріями, а саме: а) особливістю передачі ними просторових; б) фізико-хімічних характеристик світу.

Вище наведені дані надають можливість здійснити відбір на науково вивірених засадах таку логічну послідовність корекційного впливу за механізмами детермінації, які в сукупності взаємодоповнень з виділенням

провідної одиниці на знаковому розмежуванні створили б цілісну психологічну систему.

3.2. Модель та розвивально-корекційна стратегія гармонізації розвитку образу тіла у підлітків

Розроблена у формувальному експерименті розвивально-корекційна стратегія гармонізації розвитку образу тіла у підлітків обґрунтована необхідністю розробки спеціальних підходів щодо усунення виявлених у констатувальному експерименті порушень образу тіла у здорових дітей 8-11 класів та дітей з булімією та анорексією.

Стратегія базувалась на наступних положеннях:

1) На культурно-історичній концепції Л. Виготського та М. Ярмаченка, згідно з якою соціалізація дитини детермінована внутрішніми і зовнішніми чинниками. Соціалізація у формувальному експерименті полягала у послідовній зміні групових та індивідуальних тренінгів, де результативність у групових тренінгах порівнювалась з їхнім збереженням в індивідуальних тренінгах.

2) Теорія зон найближчого розвитку Л. Виготського відповідно якій співпраця дорослого та дитини детермінує динаміку розвитку. Саме тому експериментатор був включений у всі види тренінгових завдань та групової співпраці. Результативність оцінювалась та аналізувалась за показником як актуального рівня, так і рівня найближчого розвитку.

3) Теорії діяльності О. Леонтьєва, де включення людини (в даному випадку підлітків) в різновиди діяльності формує мотивацію, цілі, цінності. У даному дослідженні формування ґрунтувалось на ігровій, навчальній, трудовій діяльності. Показником результативності у формуванні вважалось зміщення мети на мотив.

4) Положення у віковій психології Б. Ельконіна та спеціальній психології Л. Фомічової про мотиваційний потенціал рольової гри. Виходячи з даного положення у всі тренінги вводилась єдина для групи мета з розмежуванням завдань відповідно рольовій функції кожного із учасників. Результат оцінювався за швидкістю включення підлітка у тренінгові завдання.

5) Знаково-операціональна концепція (Л. Фомічова) детермінації розвитку образу. Результат аналізувався за розрізненням підлітками різних знаково-символічних ознак, які супроводжують емоції людини.

Вихідним для технологічної реалізації розвивально-корекційної стратегії гармонізації формування образу тіла у підлітків, було дотримання принципу єдності діагностики і корекції.

Завдання корекційно-розвивальної стратегії гармонізації формування образу тіла у підлітків мають визначатися експериментатором в кожному конкретному випадку, при цьому необхідно враховувати два моменти: по-перше, психологічні закономірності підліткового віку, і, по-друге, індивідуально-типологічні особливості підлітка.

Серед етапів, що вирішувалися в реалізації розвивально-корекційної стратегії гармонізації формування образу тіла підлітка, в якості основних можна виділити наступні:

- 1) виявлення і вивчення несприятливих факторів соціального середовища у формувальному експерименті;
- 2) корекція неадекватних методів виховання у формувальному експерименті;
- 3) допомога у вирішенні психотравмуючих ситуацій у формувальному експерименті;
- 4) удосконалення способів психічної саморегуляції у формувальному експерименті;

5) створення сприятливої емоційної атмосфери у формуальному експерименті;

6) залучення опосередкованого впливу членів родини у формуальному експерименті.

1. Головною умовою надання адекватного психокорекційного впливу є реалізація індивідуального підходу. Це означало, що при використанні різноманітних прийомів корекційного впливу експериментатор не може оперувати такими поняттями як узагальнена норма (вікова, статевая тощо). Всі дані про закономірні риси, симптоми або властивості використовувались в контексті індивідуальних проявів всіх зазначених загальних закономірностей в реальній поведінці або психологічному образі підлітка, з яким планувався корекційний тренінг. З розумінням необхідності організації психологічної корекції відповідно з індивідуальним підходом тісно пов'язані так звані особисті досягнення підлітків. Особисте досягнення передбачає визнання права самого учасника корекції «взяти» з наданих можливостей те, що найбільше підходить йому з точки зору його особистісного розвитку. При такому розумінні корекційного процесу психологічне завдання полягає в тому, щоб створити оптимальні умови у гармонізації розвитку образу тіла у підлітків.

2. Оскільки корекційний вплив є як процесом, так і конкретним результатом, були створені умови для всебічного особистісного зростання, використання рушійних сил когнітивного розвитку.

3. Особливе місце у формуальному експерименті займав характер контакту дітей з оточуючими. Було створено умови перспективної взаємодії між дітьми та експериментатором через реалізацію суб'єкт-суб'єктних стосунків, рівноправних діалогів. Незалежно від того, з якої позиції починався контакт, у процесі корекції така позиція змінювалась на позицію справжньої рівності.

4. У корекції враховувалися яскраво виражені емоції, які у формувальному експерименті перетворились з негативних у позитивні, дитина проживала життя зараз і сьогодні.

5. У формувальному експерименті корекційний процес враховував і використовував творчий потенціал дітей. Новий погляд, нове усвідомлення, відкриття дітьми нових шляхів для вирішення проблемних ситуацій – створили творче підґрунття особистісного зростання.

6. Суттєвою особливістю корекційного впливу виступило мовлення. Вербалізація значень, емоцій, сутності почуттів, настроїв передбачала реалізацію вербальної та невербальної комунікації, де нормативні зразки надавались експериментатором.

Розвивально-корекційна стратегія гармонізації образу тіла у підлітків передбачала застосування як методів загальнопедагогічного характеру, так і спеціальних психокорекційних методів і прийомів. До найбільш поширених методів корекції відносяться психотехнічні ігри та вправи, спрямовані на цілісний розвиток та вирішення конкретних психологічних проблем підлітка. Такі ігри та вправи не є спрямованими суворо на розвиток якоїсь однієї функції, вони можуть використовуватися для зняття втоми, для підвищення емоційного тону, для створення емоційно насиченої атмосфери в групі. Окрім того, в розвивально-корекційній стратегії застосовувались методи і прийоми, спрямовані на розвиток і корекцію певних психічних процесів чи особистісних особливостей, до яких можна віднести, наприклад, замкнутість, підвищену тривожність, сором'язливість, брехливість тощо.

Процес застосування розвивально-корекційної стратегії гармонізації образу тіла у підлітків передбачав, насамперед, застосування різноманітних методик психодіагностики, зразки яких будуть наведені нижче.

Підходи у формувальному експерименті відповідно ґрунтувались на виявлених у констатувальному експерименті закономірностях, які свідчать про

те, що основні відмінності між підлітками лежать у площині емоційних показників, поєднанні фізичного і психічного, умов, причин і характеру вибору еталону образу, на який рівняється дитина (останнє пов'язано з тим, наскільки образ тіла піддається змінюваності та аргументованості причин і наслідків таких змін). Напрямки корекції стосувались таких психологічних складників:

1. Розвиток психологічних засад аналізу сформованого образу та порівняно з певним нормативним образом тіла, прийнятим у суспільстві, за мотиваційними показниками, ієрархічними цінностями.

2. Формування толерантності, терпимості щодо себе та інших дітей. Уміння вербалізувати власну точку зору, визначати складники образу стосовно професійної діяльності, вікових норм.

3. Розмежування тиснення умов, інших людей (дітей, близьких) на виокремлення образу тіла, надання переваги аргументованій корекції та мінливості перед неаргументованим впливом.

4. Реалізація у формуванні та опора у підході на знакове опосередкування, в якому людина (підліток) виступає знаком іншій людині (підлітку), де знаковість базується на нормативних показниках щодо мотивації та ієрархії цінностей у соціумі.

5. Формування детермінованості в аналізі власного і чужого тіла включеністю дитини у діяльність.

6. Психологічна спрямованість на створення активної дії та розрізнення образу тіла та реального тіла за показниками: здоровий – хворий.

На основі теоретичного аналізу та експериментального вивчення запропоновано модель психологічного впливу щодо прискорення динаміки розвитку образу тіла у підлітків із особливими потребами, що віддзеркалює логічну схему та динаміку виникнення, розгортання образу тіла, окреслює напрями та контекст орієнтування дітей на ціннісні показники в аналізі тіла (див. с. 161).

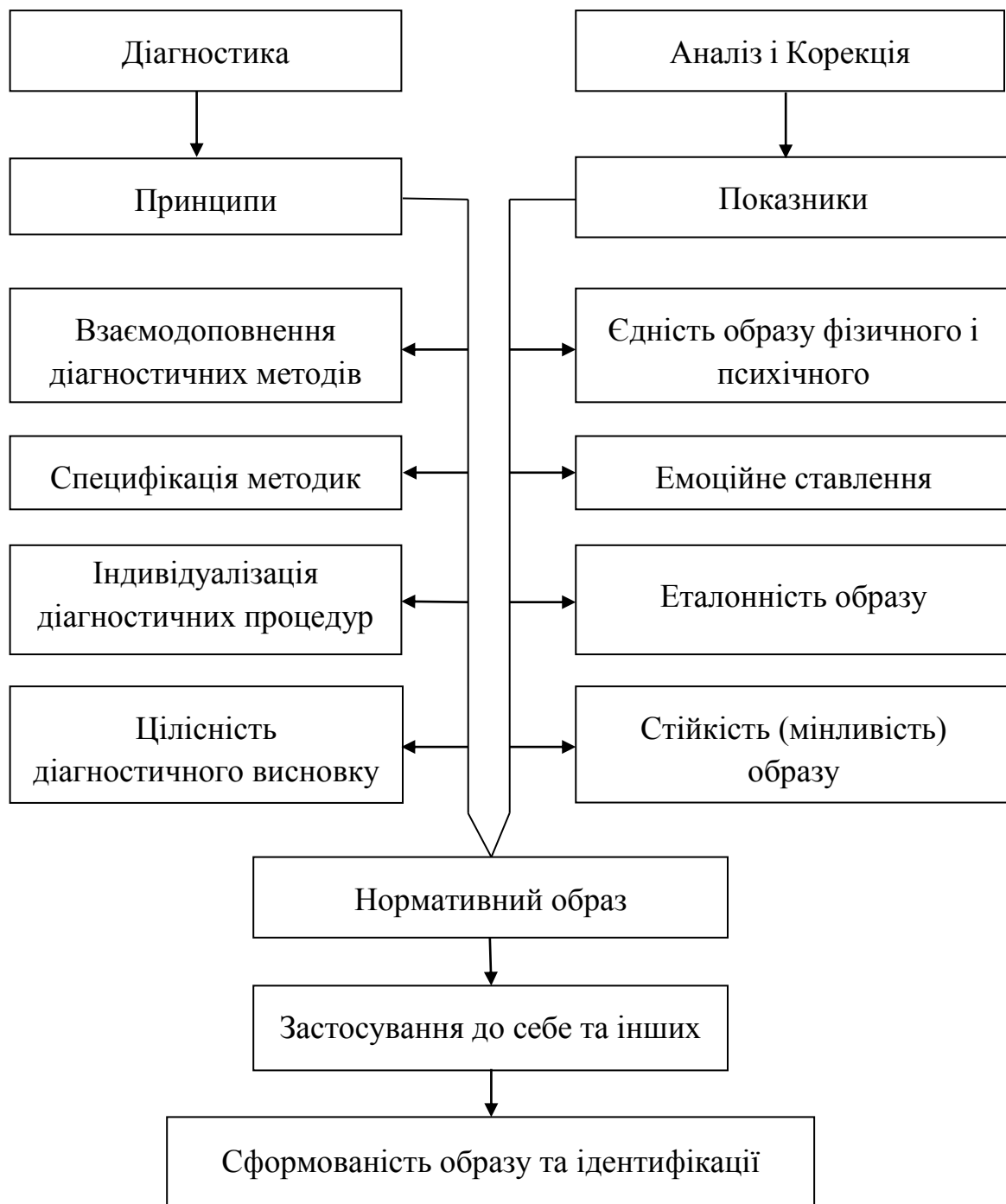


Рис. 3.2.1. Модель корекції у формуванні образу тіла у дітей підліткового віку

Розроблена психологічна модель корекції порушень образу тіла, яка, як цілісна система, містить діагностику, аналіз, корекцію. Діагностика базувалась на психологічних принципах: взаємодоповнення діагностичних методів,

специфікація методик, індивідуалізація діагностичних процедур, цілісність діагностичного висновку. Критеріальними показниками аналізу і корекції виступають єдність образу фізичного і психічного, емоційне ставлення, еталонність образу, стійкість (мінливість) образу. При цілісному поєднанні діагностики, аналізу і корекції наслідком є формування нормативного образу, який може бути застосований підлітком до себе та інших. Вміння підлітка застосовувати нормативний образ до себе та інших є підґрунтям сформованості образу та ідентифікації.

Концептуальним та практичним потребам фахівців із психологічної корекції відповідає модель корекції порушень образу тіла, що ґрунтується на виявлених у констатувальному експерименті закономірностях, які свідчать про те, що в основі відмінностей між підлітками покладені емоційні показники, специфіка поєднання фізичного і психічного, причин і характеру вибору еталону образу, на який рівняється дитина, умов тиску, продуктом якого є змінюваність та аргументованість способів ідентифікації образу тіла.

Психологічний тренінг корегуючого типу на основі розробленої і вище наданої моделі проводився з дітьми, у яких було констатовано порушення образу різних рівнів. Корекційні підходи втілювались через апробовані і систематизовані тренінгові завдання у формі інклюзивного включення дітей 8, 9, 10, 11 класів, дітей з булімією та анорексією, у яких зафіксовані різні рівні.

Інклюзивний підхід відображав реальність, в якій перебуває дитина підліткового віку. Групи формувались по 18 осіб (по 3 особи кожного рівня та дітей з булімією та анорексією).

Тренінгові завдання становили окремі блоки. Розглянемо детальніше тип тренінгових завдань.

Тип тренінгу «Провідна якість». Кожен з учасників групи називає одним словом свою головну позитивну якість. Завдання виконується по черзі. Воно

надається на одному з перших занять і становить органічну частину процедури знайомства.

Надалі використовувалась версія «Автобіографія». Кожен член групи розповідає про своє тіло та ті події свого життя, в яких формувалися або виявлялися його позитивні особистісні якості.

Наступним йшло завдання з назвою «Компліменти». Всі учасники групи (включаючи експериментатора) по черзі надавали характеристику того, на кого вказав жереб. У характеристиці дозволялось називати лише позитивні якості, які реально існують у конкретного підлітка. В ході одного заняття позитивні характеристики надавалися трьом-чотирьом членам групи. після цього проводиться обговорення (з'ясовується, чи очікувала людина почути про себе так багато хорошого, чи приємно це йому було і т.п.). В перший раз завдання надавалось на заняттях, коли члени групи вже достатньо добре знайомі один з одним. Потім воно повторюється ще на декількох заняттях, щоб кожен учасник встиг побувати в ролі оцінювальника та «отримувача компліментів».

Застосування типу тренінгу «Самоакредитація» пов'язано з тим, що учасники групи по черзі розповідають про себе. Так само як і в подібних завданнях, потрібно називати лише свої позитивні якості - причому не вигадані, а реально існуючі. Потрібно надати розгорнуту і детальну самохарактеристику. Самоакредитація проводиться після обговорення підлітка з іншими. Експериментатору дозволялось ставити у складних випадках регулюючі ситуацію питання.

Тип тренінгу «Вчора, сьогодні, завтра» вживалось як завдання, скероване на формування адекватної рефлексії та формування аргументованої мінливості.

До продуктивного внісено завдання «Проблеми прийняття рішень та тиснення лідирування в групі» конкретизувалися в обговоренні таких тем як способи прийняття групового рішення (авторитарне прийняття рішень; демократичні форми – колективне обговорення, голосування, консенсус;

прийняття рішення за допомогою жереба або оракула і т.п.); залежність способу прийняття рішення від особливостей ситуації; способи вирішення конфліктів в групі; типи лідерів і психологічні якості, необхідні лідеру; структура малої групи, соціометричний статус, проблема неприйнятого лідера і лідера опозиції. Обговорення цих тем було тісно пов'язане з досвідом, отриманим учасниками групи в іграх і завданнях, які формують узгодженість дій. Досвід прийняття колективних рішень за допомогою консенсусу (тобто вироблення єдиної думки) здобувався в ході ігрових завдань.

Тип тренінгу «Проблематика «Мої проблеми і мої можливості» викликав у підлітків під час її обговорення активну включеність та інтерес. Використовувалися різні психокорекційні техніки: проводився аналіз ранніх дитячих спогадів (без заглиблення у обговорення витіснених уявлень і переживань), дитячих конфліктів, комплексів тощо. Разом з дитячими спогадами, обговорювалися емоціонально значущі спогади.

За допомогою типу тренінгу «Соціальна адаптація» розкривались та зіставлялись труднощі соціальної адаптації, викликаних різними причинами (індивідуальними особливостями людини, особливостями його життєвого досвіду, несприятливим соціальним оточенням, еміграцією, етнічними відмінностями тощо). Розглядалися форми поведінки, що сприяють і перешкоджають успішній соціальній адаптації. Порівнювалися норми поведінки, характерні для різних культур і для різних субкультур усередині одного суспільства. Ставилися питання про способи, що дозволяють оволодіти цими нормами.

Тип тренінгу «Я замість тебе» спрямований на згуртовання членів групи за єдністю цінностей орієнтацій, тобто стосовно найважливіших в житті речей у думі є приблизно однакове ставлення. Але така єдність можлива за умови, коли члени групи добре знають, як кожен із них ставиться до того чи іншого питання, що йому подобається та не подобається. На основі такої інформації,

потрібно було передбачити, як саме відповідь на ті чи інші запитання, хтось із членів групи. Кожен висловлювався за двох сусідів – зліва та справа.

Питання надавались такого змісту:

1. Ваш улюблений колір?

2. Ваше улюблене чоловіче ім'я?

3. Ваше улюблене жіноче ім'я?

4. Ви з симпатією ставитесь до домашніх тварин? Якщо так, то кому надаєте перевагу: собакам, котам, птахам, акваріумним рибкам чи комусь іншому?

5а. Що важливіше у людині психічне чи фізичне?

5б. Чи дивитесь ви який-небудь телевізійний серіал? (Так, ні, інколи).

6. Найбільш неприємна для вас риса особистості?

7. Найбільш цінна для вас риса особистості?

8. Ваше улюблене проведення часу?

9. Книгам якого жанру ви надаєте перевагу?

Підсумки здійснюються під час загально-групового обговорення.

Тип тренінгу «Зліва-направо» та «Відгадай мелодію». Уявно групі надається дзеркало. Потрібно за відображенням у двох «дзеркалах» одному з групи визначити, хто саме з інших членів групи підійшов до нього ззаду. Попереду два «дзеркала» є живими. Одне мовчить і пояснює невербальними засобами, друге «дзеркало» без вказівки на ім'я описує члена групи. Вибери із групи тих двох, хто стане мовчазним і говірким «дзеркалом».

У навушниках група прослуховує пісню і потім на невербальних і вербальних засобах один член групи визначає мелодію.

В результаті багатство зворотних зв'язків, які при цьому виникають, слугують причинами для обговорення, залишаються своєрідною «фотографією».

Тип тренінгу «Мені подобається в тобі...» є ігровим методом.

Починалося зі слів: «Мені подобається в тобі...». Всі учасники намагаються, щоб компліменти були різними. Після вправи обговорювався емоційний настрій.

Тип тренінгу «Дзеркало». Дзеркалом є один для одного члени пари. Діти виконували по черзі роль дзеркала, тобто повторювались точно всі дії партнера. Інший – уявляв, на основі цього, як саме він виглядає і діє. Потім гравці міняються ролями.

Тип тренінгу «Психологічні позиції в спілкуванні»

Потрібно закінчити речення

Всі дівчата...

Дівчата ніколи...

Всі юнаки...

Юнаки ніколи...

Я завжди...

Дівчата завжди...

Я ніколи...

Юнаки завжди...

Інтерпретація зводиться до 4 позицій.

1. Позиція перша. Це позиція Принців та Героїв, Принцес та Героїнь. Це психологічно здорова позиція. Люди з такою позицією можуть конструктивно вирішувати свої проблеми, визнають значимість інших людей.

2. Друга позиція. Це позиція людей, які почувають себе ошуканими. Вони докоряють іншим за свої помилки, самі в свою чергу ошукують та принижують вже інших.

3. Третя позиція. Це позиція людей, які відчують своє безсилля, коли порівнюють себе з іншими та заздять їм, не змінюючи себе. Така позиція призводить до віддаленості від людей, до депресії.

4. Четверта позиція. Позиція тих, хто губить інтерес до життя, позиція відчайдушності та марності.

Тип тренінгу «Ми не однакові» полягав у тому, що учасникам пропонувалося протягом певного часу за допомогою кольорових олівців намалювати різні психічні стани та назвати їх. Аналіз здійснювався за ключем

інтерпретації методики кольорів з наступним порівнянням з назвою у ракурсі «відповідність-невідповідність»

Тип тренінгу «Незакінчений малюнок». Діти починали малювати картину, за командою експериментатора передавали свій малюнок сусіду і він продовжував домальовувати розпочату товаришем по команді картину. Малюнки мають зробити коло.

Тип тренінгу «Сказане...» спрямований на розвиток вербальних засобів спілкування можуть бути рекомендовані такі ігри і завдання:

- підбір синонімів і антонімів до заданого слова, а також слів, які пов'язані з ним за асоціацією:
- складання «колекцій» слів, що позначають:
 - людські почуття;
 - настрій;
 - риси характеру;
 - людські чесноти та вади;
 - моральні оцінки;
- «емоційні асоціації»;
- відповіді на питання експериментатора та учасників групи, постановка іншим учасникам питань;
- колективне придумування різних способів використання певного заданого предмета;
- «30 секунд».

До типу тренінгу «Зрозумій мене» належать завдання різного ступеня складності, більшість з яких із задоволенням виконувались учасниками груп різного рівня. Використовувались такі ігри і завдання:

- передача плескання в долоні по колу;
- прохід по стільцях ланцюжком;
- диригування «хором», складеним з учасників групи;

- відгадування заданого завдання з використанням принципу гри «гаряче – холодно»;
- «броунівський рух»;
- демонстрація різних форм поведінки в ситуації, коли двоє людей зустрічаються на вузькому мосту;
- обмін місцями на основі «домовленості» за допомогою погляду очі в очі;
- різні варіанти завдання «Сліпий і поводитир»;
- вимір індивідуальної дистанції в різних умовах.

Тип тренінгу «Вузький місток» полягає у тому, що двоє йдуть назустріч один одному по уявному вузькому містку, розійтися на якому неможливо. Завдання кожної такої пари – продемонструвати будь-який варіант поведінки в цій ситуації, який не показувався попередніми парами.

Тип тренінгу «Обмін місцями». Завдання кожного з учасників – зловити погляд іншого члена групи і, «домовившись» з ним очима, обмінятися місцями. Зазвичай на перших етапах роботи у групі деякі учасники ставили перед собою протилежне завдання та уникали зустрічі поглядів.

Тип тренінгу «Сліпий і поводитир». Досить відомий та широко застосовуваний, який полягає в тому, що одному з учасників зав'язують очі, а інший мовчки знайомить його з навколишнім простором, обстановкою кімнати і т.п. Завдання виконується декількома парами одночасно. Через деякий час ведучі та ті, кого водили міняються ролями. Після закінчення обговорюються відчуття і переживання тих, у кого були зав'язані очі, а також цілі, способи дії і помилки ведучих. Такий же варіант, але з вербальними інструкціями.

Тип тренінгу «Вимірювання індивідуальної дистанції». Рекомендувалось для кінцевої фази корекції та демонструє учасникам відмінності між ними в величині психологічної дистанції.

Для демонстрації того, чи комфортна дистанція, змінюються відстані та конкретні умови у позиціях перед очима та позаду.

Тип тренінгу «Теми та дискусії», які в групах високого рівня (першого типу) продуктивні, так як розвивають логіку, вербальну активність, освоюють термінологію з теми, вправляються у способі вираження власних думок. Тематика дискусій зосереджувалась навколо наступних питань:

- соціальна адаптація та її чинники;
- подолання труднощів в міжособистісному спілкуванні;
- проблеми прийняття рішень і лідерства в групі;
- особистісні проблеми і можливості їх компенсації;
- аналіз процесів, що відбуваються в групі;
- чи повинен я подобатись.

Тип тренінгів «Драматизація», «Танці». Драматизація та танці проводились на заключному етапі формування. Всі учасники групи ділилися на три-чотири підгрупи. Всі підгрупи готували свій виступ одночасно. Потім, за темою «шаради» вони по черзі показували свої сценки іншим учасникам. У танцях під музику відбувалась розминка, вивчалися окремі рухи, формувалася постава.

Наведені вище підходи та техніки були реалізовані у формувальному експерименті, після якого з метою отримання даних щодо цього ефективності, був проведений контрольний експеримент, який засвідчив ефективність теоретичних та практичних підходів корекції порушень тіла. Детальний опис даних контрольного експерименту представлений у наступному підрозділі 3.3.

3.3 Аналіз результатів контрольного експерименту з виявлення ефективності корекційного підходу

Формувальний експеримент проводився впродовж 2013-2015 років, де вивчалось питання дієвості та ефективності запропонованої і реалізованої моделі та стратегії корекційного впливу. З метою виявлення їхньої результативності був проведений контрольний експеримент, завданням якого, для логічності порівняння, виступали 4 серії завдань, описані у констатувальному експерименті, у підрозділі 2.1. Як основним, виступало завдання контрольного експерименту, чи є зміщення у рівнях сформованості образу тіла, скільки дітей перейшли (або) не перейшли на більш високий рівень і як виглядають кількісні показники у контрольному експерименті.

Розглянемо більш детально зведені кількісні показники здорових дітей та дітей з булімією та анорексією, надані відповідно у таблицях 3.3.1, 3.3.2, 3.3.3.

Таблиця 3.3.1

Розподіл здорових дітей 8-11 класів за рівнями сформованості образу тіла у контрольному експерименті (у %)

№ п/п	Рівні	Класи			
		8	9	10	11
1	Адекватний (найвищий)	34,7	39,4	52,1	75,3
2	Дизбалансований	18,2	23,5	35,6	19,6
3	Дестабілізований	25,8	21,4	11,1	5,1
4	Неадекватний (найнижчий)	21,3	15,7	1,2	-

Аналіз даних свідчить про суттєві відмінності між кількісними показниками у констатувальному та контрольному експериментах, що простежується практично у всіх класах: від 8 до 11. Але найвищі показники зафіксовано у дітей 11 класу, яких немає на неадекватному рівні, а на адекватному рівні їх понад 75 %. Такі дані свідчать про можливість повного

подолання порушення образу і перехід на досконалий образ тіла. При цьому відслідковується загальна тенденція зменшення дітей, віднесених на нижчі рівні і збільшення кількості дітей, віднесених на найвищі рівні.

Таблиця 3.3.2

**Розподіл дітей з булімією за рівнями сформованості образу тіла
у контрольному експерименті (у %)**

№ п/п	Рівні	Класи			
		8	9	10	11
1	Адекватний (найвищий)	13,4	15,9	21,3	25,2
2	Дизбалансований	28,6	30,3	37,2	42,1
3	Дестабілізований	32,2	33,4	26,2	20,6
4	Неадекватний (найнижчий)	25,8	20,4	15,3	12,1

Дані таблиці відображають тенденції, притаманні дітям з булімією. Так, у констатувальному експерименті до найвищого рівня не була віднесена жодна дитина, в той час як значно зменшилась їхня кількість на найнижчому рівні та з'явилась досить вагома частка на найвищому рівні, а саме: 13,4 % дітей 8 класу; 15,9 % дітей 9 класу; 21,3 % дітей 10 класу і 25,2 % дітей 11 класу. Тобто, до 11 класу вже четверта частина дітей знаходиться на найвищому рівні. Підсумовуючи дані, слід стверджувати, що запропонована модель та стратегія, реалізовані у формуальному експерименті, є ефективними і дієвими.

Таблиця 3.3.3

**Розподіл дітей з анорексією за рівнями сформованості образу тіла
у контрольному експерименті (у %)**

№ п/п	Рівні	Класи			
		8	9	10	11
1	Адекватний (найвищий)	15,2	19,8	22,4	24,7
2	Дизбалансований	30,2	32,1	38,4	44,3
3	Дестабілізований	32,2	29,8	26,3	21,3
4	Неадекватний (найнижчий)	22,4	18,3	12,9	9,7

Результати кількісного аналізу дають підстави оцінити корекційний вплив щодо дітей з анорексією як позитивний. Значні зміщення в бік збільшення дітей, віднесених на вищий рівень та зменшення дітей на найнижчих, розцінено як ефективність формування.

З метою наочного переорієнтування експериментальних даних з кількісних показників таблиці у графічні, у рисунках 3.2.2, 3.2.3, 3.2.4 надані графічні залежності.

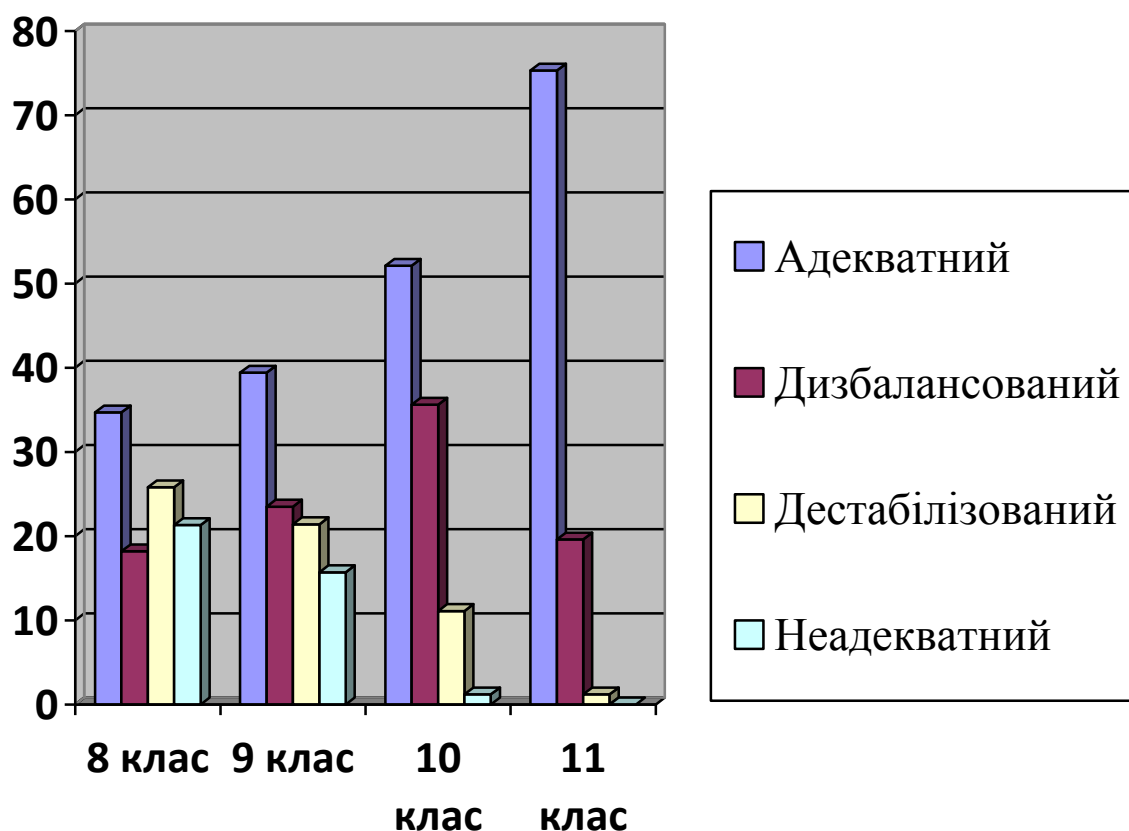


Рис. 3.3.2. Розподіл здорових дітей 8, 9, 10, 11 класів за рівнями сформованості образу тіла у контрольному експерименті (у %)

Показчики рисунка наочно підтверджують позитивний розподіл здорових дітей 8-11 класів зі зміщенням на більш високі рівні у контрольному експерименті у порівнянні з даними констатувального експерименту, наведеними у розділі 2.

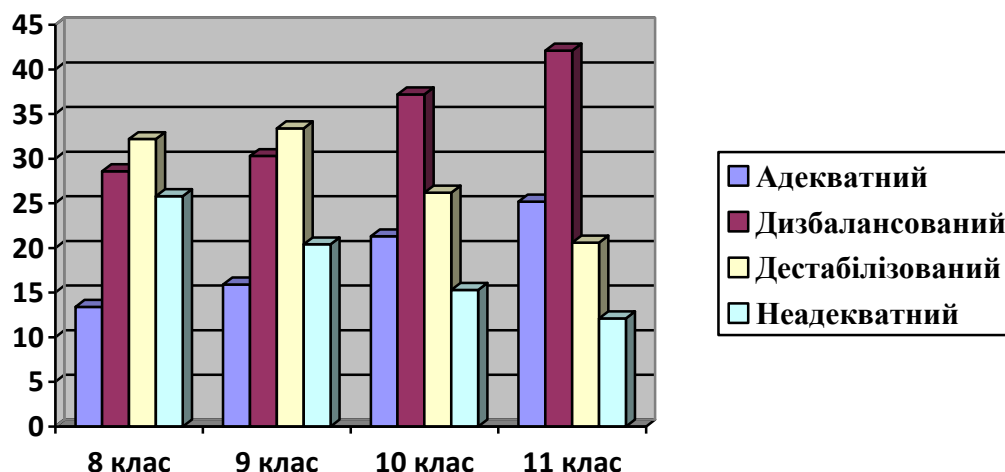


Рис. 3.3.3. Розподіл дітей з булімією за рівнями сформованості образу тіла у контрольному експерименті (у %)

Діти з булімією також мають вагомі позитивні зрушення, тому формувальний експеримент виявився успішним і результативним.

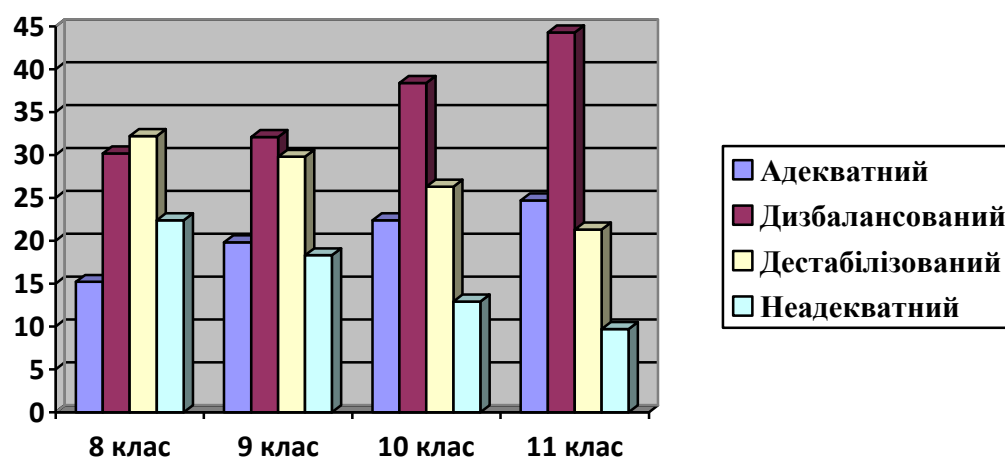


Рис. 3.3.4. Розподіл дітей з анорексією за рівнями сформованості образу тіла у контрольному експерименті (у %)

Позитивні зміни відбулись після проведеного формувального експерименту і з дітьми, у яких лікарі поставили діагноз «анорексія». По-перше, з'явилися діти на першому рівні, значно зменшилась їхня кількість на останньому рівні, а основна група змістилась на 2-ий рівень.

Розглянемо більш детально кількість дітей кожного класу на кожному з виявлених рівнів.

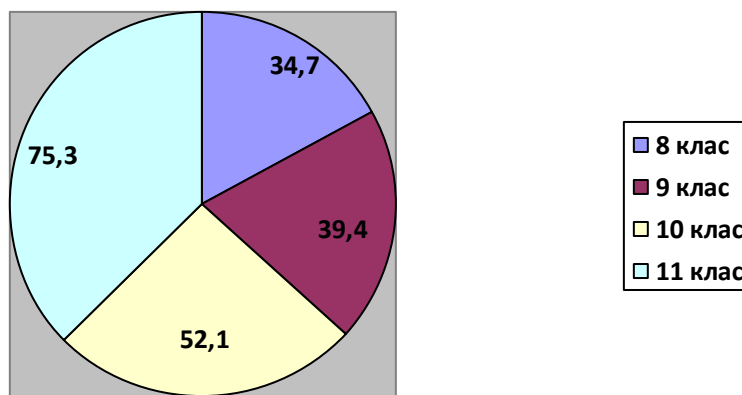


Рис. 3.3.5. Розподіл здорових дітей 8, 9, 10, 11 класів за адекватним рівнем формування образу тіла (у %)

Найвищим рівнем є адекватний рівень, до нього віднесено 75,3 % дітей 11 класу, 52,1 % дітей 10 класу, тобто більша половина дітей 10 класу і три чверті дітей 11 класу, більше третини дітей 8 та 9 класів. Іншими словами, поява більшої кількості у порівнянні з констатувальним експериментом дітей на найвищому рівні підтверджує позитивність у результатах формувального експерименту.

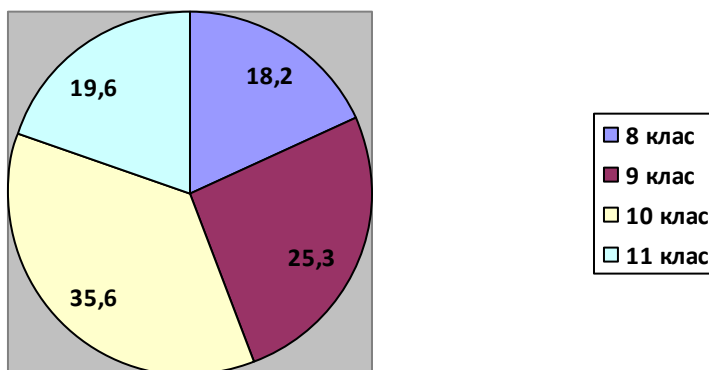


Рис. 3.3.6. Розподіл здорових дітей 8, 9, 10, 11 класів за дизбалансованим рівнем формування образу тіла (у %)

На другому рівні, дизбалансованому, знаходиться найбільша кількість дітей 10 класу – 35,6 %, 25,3 % дітей 9 класу, 19,6 % - 11 класу і 18,2 % дітей 8 класу.

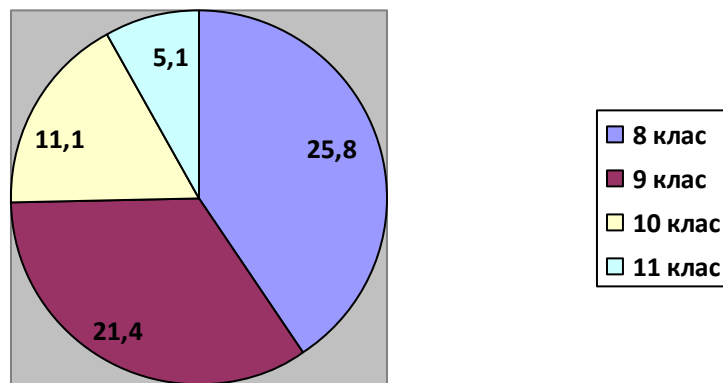


Рис. 3.3.7. Розподіл здорових дітей 8, 9, 10, 11 класів за дестабілізованим рівнем формування образу тіла (у %)

На дестабілізованому рівні залишились лише 5,1 % дітей 11 класу, незначна кількість (11,1 %) дітей 10 класу, досить осяжний показник щодо учнів 8 класу (25,8 %) та 9 класу (21,4 %).

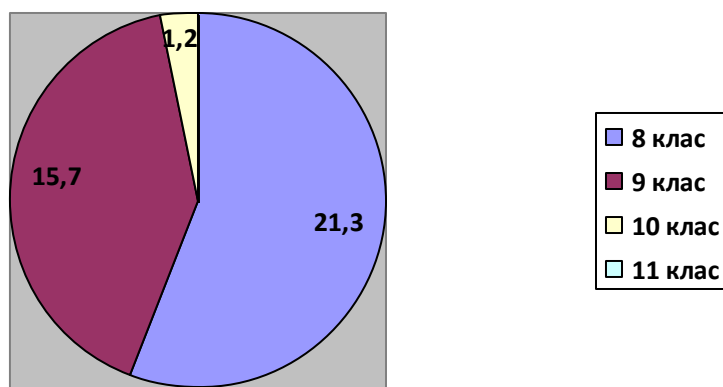


Рис. 3.3.8. Розподіл здорових дітей 8, 9, 10, 11 класів за неадекватним рівнем формування образу тіла (у %)

На найнижчому, останньому рівні, позначеному як неадекватний, у контрольному експерименті не виявлено дітей 11 класу, знаходиться лише 1,2 %

дітей 10 класу і залишається досить значна кількість дітей 8 та 9 класів (21,3 % та 15,7 %)

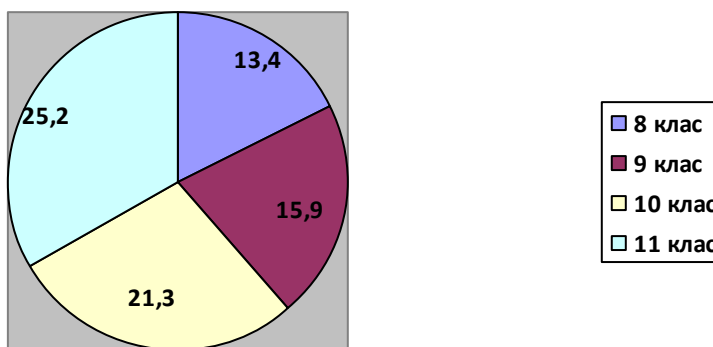


Рис. 3.3.9. Розподіл дітей з булімією за адекватним рівнем формування образу тіла (у %)

Всі діти з булімією, які брали участь у констатувальному експерименті, були охоплені формувальним та контрольним експериментом. На адекватному рівні знаходиться 25,2 % дітей 11 класу; 21,3 % дітей 10 класу; 15,9 % дітей 9 класу і 13,4 % дітей 8 класу.

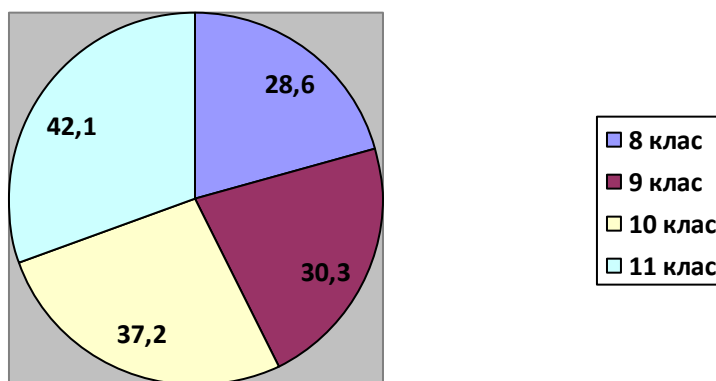


Рис. 3.3.10. Розподіл дітей з булімією за дизбалансованим рівнем формування образу тіла (у %)

Розподіл дітей на дизбалансованому рівні має наступні дані: 42,1 % одинадятикласників, 37,2 % десятикласників, 30,3 % дев'ятикласників, 28,6 % восьмикласників.

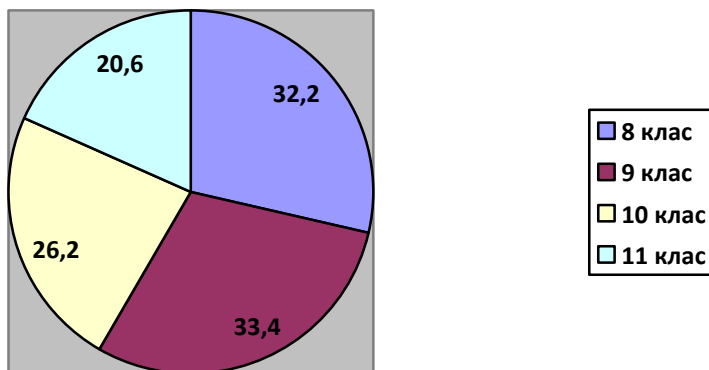


Рис. 3.3.11. Розподіл дітей з булімією за дестабілізованим рівнем формування образу тіла (у %)

Дітей з булімією на третьому рівні зафіксовано в районі чверті та третини від загальної кількості дітей. Так, відповідно 32,2 %; 33,4 %; 26,2 % та 20,6 % дітей 8, 9, 10, 11 класу.

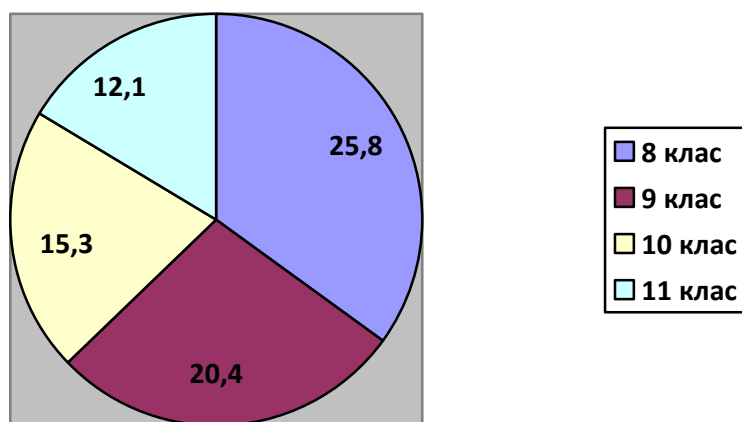


Рис. 3.3.12. Розподіл дітей з булімією за неадекватним рівнем формування образу тіла (у %)

На найнижчому рівні дітей з булімією, у порівнянні з іншими рівнями, знаходиться найменше. Так, учнів 8, 9, 10, 11 класів нараховується 12,1 %; 15,3 %; 20,4 % і 25,8 % відповідно.

Надалі за рівнями формування розглянемо кількісні показники щодо дітей з анорексією.

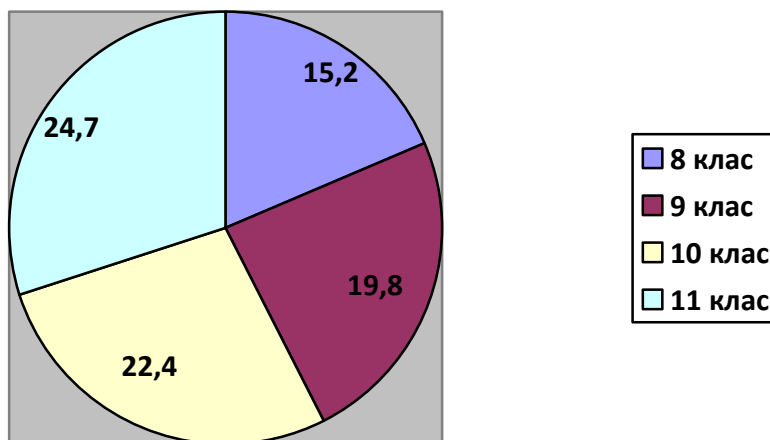


Рис. 3.3.13. Розподіл дітей з анорексією за адекватним рівнем формування образу тіла (у %)

Так, у контрольному експерименті на адекватному рівні знаходиться 24,7 % дітей 11 класу, 22,4 % - 10 класу, 19,8 % - 9 класу та 15,2 % дітей 8 класу. Тобто, зі збільшенням віку діти досягають швидше кращих результатів, а діти менші за віком (восьмикласники), мають більш повільний темп у формуванні.

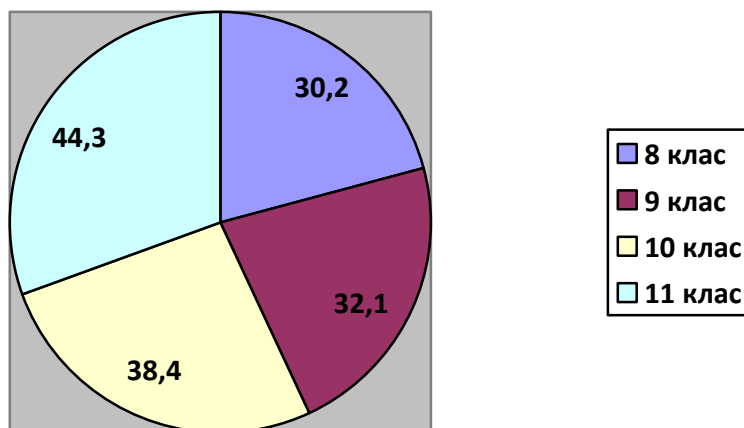


Рис. 3.3.14. Розподіл дітей з анорексією за дизбалансованим рівнем формування образу тіла (у %)

На другому рівні виявлено 44,3 % одинадятикласників з анорексією, 38,4 % десятикласників, 32,1 % дев'ятикласників і 30,2 % восьмикласників.

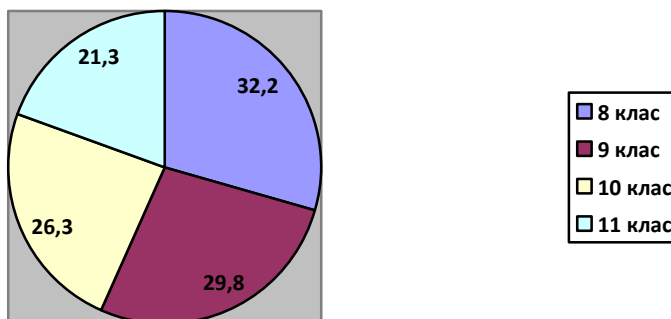


Рис. 3.3.15. Розподіл дітей з анорексією за дестабілізованим рівнем формування образу тіла (у %)

Діти з анорексією виявили зрушення в позитивну сторону і тому на третьому рівні їх залишилось всього 21,3 %; 26,3 %; 29,8 % та 32,2 % дітей відповідно 11, 10, 9, 8 класу. Більшість дітей з анорексією зафіксовано на перших двох вищих рівнях.

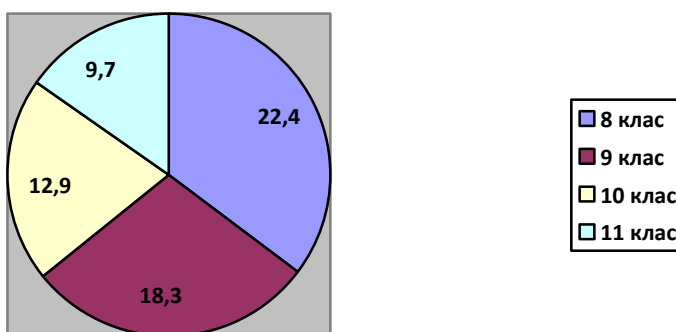


Рис. 3.3.16. Розподіл дітей з анорексією за неадекватним рівнем формування образу тіла (у %)

На жаль, на неадекватному рівні залишається ще досить значна кількість дітей з анорексією, а саме: 9,7 % одинадятикласників, 12,9 % десятикласників, 18,3 % дев'ятикласників і 22,4 % восьмикласників.

Наведені дані підтверджують ефективність розроблених підходів.

Розглянемо порівняльні дані, отримані у констатувальному та контрольному експериментах.

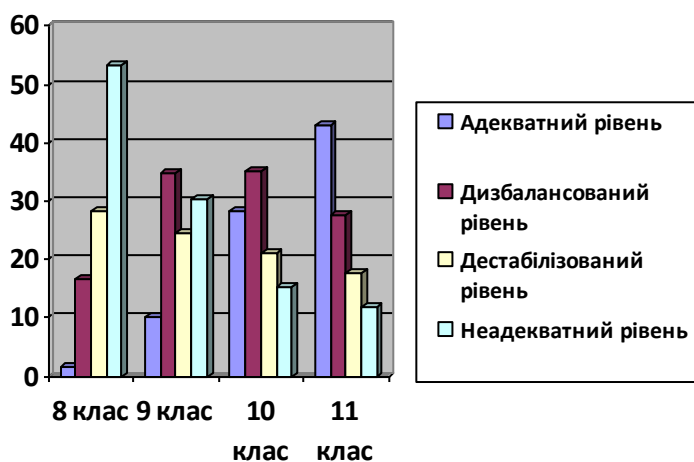
Таблиця 3.3.4

Розподіл здорових дітей 8, 9, 10, 11 класів за рівнями сформованості образу тіла у констатувальному та контрольному експериментах (у %)

№ п/п	Назва рівнів	Констатувальний експеримент				Контрольний експеримент			
		Класи							
		8	9	10	11	8	9	10	11
1	Адекватний	1,6	10,1	28,3	43,2	34,7	39,4	52,1	75,3
2	Дизбалансований	16,8	34,8	35,1	27,5	18,2	23,5	35,6	19,6
3	Дестабілізований	28,3	24,6	21,2	17,6	25,8	21,4	11,1	5,1
4	Неадекватний	53,3	30,5	15,4	11,7	21,3	15,7	1,2	-

Дані свідчать про явні позитивні зрушення. Більша кількість дітей знаходиться у контрольному експерименті на вищому рівні у порівнянні з констатувальним експериментом. Кількісні дані таблиці відображені на нижче наведеному рисунку.

Констатувальний експеримент



Контрольний експеримент

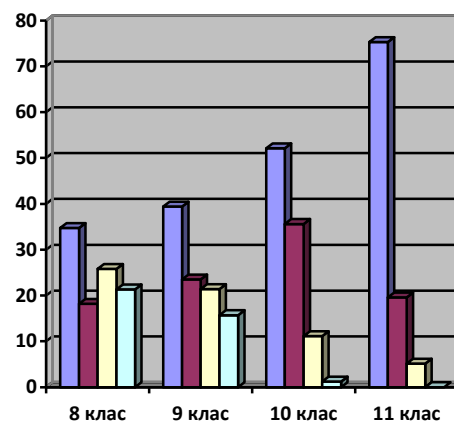


Рис. 3.3.17. Порівняння даних про рівень сформованості образу тіла у здорових дітей 8, 9, 10, 11 класів у констатувальному і контрольному експериментах (у %)

Дані рисунка свідчать про існуючі тенденції позитивних змін внаслідок реалізації формувального експерименту.

Таблиця 3.3.5

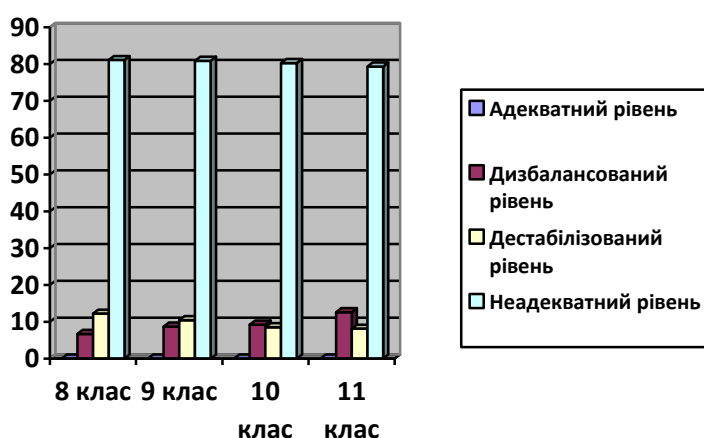
Розподіл дітей з булімією за рівнями сформованості образу тіла у констатувальному та контрольному експериментах (у %)

№ п/п	Назва рівнів	Констатувальний експеримент				Контрольний експеримент			
		Класи							
		8	9	10	11	8	9	10	11
1	Адекватний	-	-	-	-	13,4	15,9	21,3	25,2
2	Дизбалансований	6,7	8,7	9,2	12,6	28,6	30,3	37,2	42,1
13	Дестабілізований	12,2	10,4	8,5	8,1	32,2	33,4	26,2	20,6
4	Неадекватний	81,1	80,9	80,3	79,3	25,8	20,4	15,3	12,1

У дітей з булімією також зафіксовані зміни. Так, на адекватному рівні не знаходиться жодної дитини у констатувальному експерименті, а в контрольному таких дітей налічується від 13 % до 25 %.

На рисунку наведені дані у більш наочно обгрунтованому вигляді.

Констатувальний експеримент



Контрольний експеримент

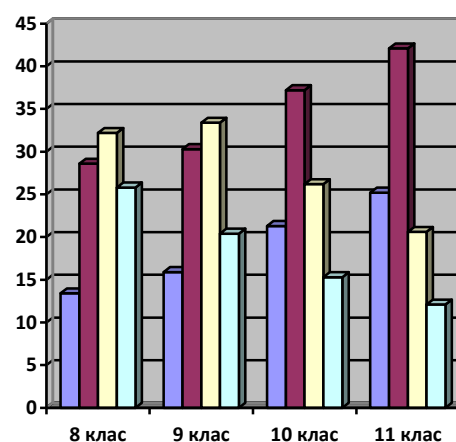


Рис. 3.3.18. Порівняння даних про рівень сформованості образу тіла у дітей з булімією в констатувальному і контрольному експериментах (у %)

Перейдемо до порівняння даних дітей з анорексією. Так, у констатувальному експерименті дітей значно менше на вищих рівнях, ніж в контрольному експерименті. З'явилися діти на найвищому рівні, зменшилось їхнє число на найнижчому, що і відображає нижче наведена таблиця та рисунок.

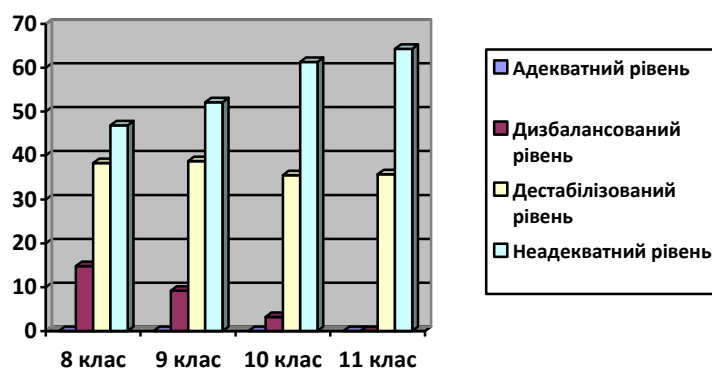
Таблиця 3.3.6

Розподіл дітей з анорексією за рівнями сформованості образу тіла у констатувальному та контрольному експериментах (у %)

№ п/п	Назва рівнів	Констатувальний експеримент				Контрольний експеримент			
		Класи							
		8	9	10	11	8	9	10	11
1	Адекватний	-	-	-	-	15,2	19,8	22,4	24,7
2	Дизбалансований	14,8	9,2	3,2	-	30,2	32,1	38,4	44,3
3	Дестабілізований	38,3	38,7	35,5	35,7	32,2	29,8	26,3	21,3
4	Неадекватний	46,9	52,1	61,3	64,3	22,4	18,3	12,9	9,7

Відповідні зміни зафіксовано на рисунку, який підтверджує загальний висновок про те, що порівняння даних дітей з анорексією за чисельністю (у %) у констатувальному і контрольному експерименті на користь контрольного.

Констатувальний експеримент



Контрольний експеримент

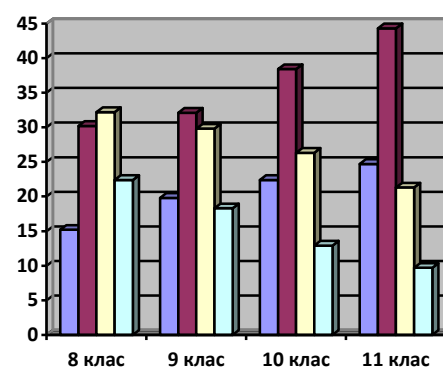


Рис. 3.3.19. Порівняння даних про рівень сформованості образу тіла у дітей з анорексією в констатувальному і контрольному експериментах (у %)

Отже, слід зазначити, що контрольний експеримент надав можливість проаналізувати за кількісними показниками дієвість розробленої моделі, стратегії підібраних завдань та технології проведення формувального експерименту.

Концептуальним та практичним потребам фахівців із психологічної корекції відповідає модель корекції порушень образу тіла, що ґрунтується на виявлених у констатувальному експерименті закономірностях, які свідчать про те, що в основі відмінностей між підлітками покладені емоційні показники, специфіка поєднання фізичного і психічного, причин і характеру вибору еталону образу, на який рівняється дитина, умов тиску, продуктом якого є змінюваність та аргументованість способів ідентифікації образу тіла.

Ефективним інструментом цілеспрямованого корекційного впливу виступають самостійні взаємодоповнюючі напрями корекції, яким відповідають тренінгові психотехніки за виокремленими, вивіреними, апробованими і перевіреними напрямками.

Висновки до третього розділу

Виявлено, що реалізована в рамках формувального експерименту психологічна корекція, як на продуктивних, має базуватись на наступних теоретичних положеннях:

- на культурно-історичній концепції, згідно з якою соціалізація дитини детермінована внутрішніми і зовнішніми чинниками;
- теорії зони найближчого розвитку, відповідно якій співпраця дорослого та дитини детермінує динаміку розвитку;
- теорії діяльності, де включення підлітків у різновиди діяльності формує мотивацію, цілі, цінності;

– положенні у спеціальній психології про мотиваційний потенціал рольової гри;

– знаково-операціональній концепції детермінації розвитку образу.

З'ясовано, що формування та корекція має здійснюватись поетапно, серед етапів, що забезпечували реалізацію розвивально-корекційної стратегії гармонізації формування образу тіла підлітка, як ефективні, є наступні:

1. Розвиток психологічних засад аналізу сформованого образу та порівняно з певним нормативним образом тіла, прийнятим у суспільстві за мотиваційними показниками ієрархічними цінностями.

2. Формування толерантності, терпимості щодо себе та інших дітей. Уміння вербалізувати власну точку зору, визначати складники образу стосовно професійної діяльності, вікових норм.

3. Розмежування тиснення умов, інших людей (дітей, близьких) на вид виокремлення образу тіла, надання переваги аргументованій корекції та мінливості перед неаргументованим впливом.

4. Реалізація у формуванні та опора у підході на знакове опосередкування, в якому людина (підліток) виступає знаком іншій людині (підлітку), де знаковість базується на нормативних показниках щодо мотивації та ієрархії цінностей у соціумі.

5. Формування детермінованості в аналізі власного і чужого тіла включеністю дитини у діяльність.

6. Психологічна спрямованість на створення активної дії та розрізнення образу тіла та реального тіла за показниками: здоровий – хворий.

З'ясовано, що корекція має додаткові різновекторні умови:

- 1) виявлення і вивчення несприятливих факторів соціального середовища;
- 2) корекція неадекватних методів виховання;
- 3) допомога у вирішенні психотравмуючих ситуацій;
- 4) удосконалення способів психічної саморегуляції;

- 5) створення сприятливої емоційної атмосфери;
- 6) залучення опосередкованого впливу членів родини.

Розроблена теоретична модель корекції у формуванні образу тіла у дітей підліткового віку, яка включала діагностику, аналіз і корекцію. Діагностика базувалась на психологічних принципах: взаємодоповнення діагностичних методів, специфікація методик, індивідуалізація діагностичних процедур, цілісність діагностичного висновку. Критеріальними показниками аналізу і корекції виступають єдність образу фізичного і психічного, емоційне ставлення, еталонність образу, стійкість (мінливість) образу. При цілісному поєднанні діагностики, аналізу і корекції наслідком є формування нормативного образу, який може бути застосований підлітком до себе та інших. Вміння підлітка застосовувати нормативний образ до себе та інших є підґрунтям сформованості образу та ідентифікації.

Психологічний тренінг корегуючого типу на основі розробленої і вище наданої моделі проводився з дітьми, у яких було констатовано порушення образу різних рівнів. Корекційні підходи втілювались через апробовані і систематизовані тренінгові завдання у формі інклюзивного включення здорових дітей 8, 9, 10, 11 класів, дітей з булімією та анорексією, у яких зафіксовані різні рівні.

Аналіз даних свідчить про суттєві відмінності між кількісними показниками у констатувальному та контрольному експериментах, що простежується практично у всіх класах: від 8 до 11. Але найвищі показники зафіксовано у дітей 11 класу, яких не виявлено на неадекватному рівні, а на адекватному рівні зафіксовано більше ніж 75 %. Такі дані свідчать про можливість повного подолання порушення образу і перехід на досконалий образ тіла. При цьому відслідковується загальна тенденція зменшення дітей, віднесених на нижчі рівні і збільшення кількості дітей, віднесених на найвищі рівні. Тобто, корекційний вплив засвідчив, що зі збільшенням віку діти

досягають у більш швидких темпах кращих результатів, а діти менші за віком (восьмикласники), мають повільніший темп формування досконалого образу тіла.

Побудова комплексу розвивально-корекційної стратегії гармонізації образу тіла у підлітків повинна базуватися на фундаментальних положеннях загальної, вікової та педагогічної психології, принципах єдності діагностики та корекції, корекції когнітивної сфери, враховувати психологічні закономірності підліткового віку, індивідуально-типологічні особливості підлітка, а також вбудовуватися в систему повсякденних життєвих відносин підлітка як цілісна осмислена діяльність,

Розвивально-корекційна стратегія гармонізації образу тіла у підлітків має передбачати застосування спеціальних психокорекційних методів і прийомів. Розвиток і вдосконалення адекватності сприйняття свого образу тіла, ставлення до своєї особистості в цілому, а також успішність соціальної адаптації ґрунтується на комплексності підходів, які розроблені у спеціальній психології.

Контрольний експеримент засвідчив позитивне кількісне зміщення у здорових дітей, дітей з булімією, анорексією з нижчих рівнів на вищі рівні, що свідчить про правомірність теоретичної стратегії та ефективність психологічних підходів, адекватність виокремлених психотехнік.

Реалізована корекція психологічного змісту підтвердила розроблену і сформульовану гіпотезу про можливість позитивного зрушення за умови розгляду підлітків, у яких виявлені порушення образу тіла як дітей з особливими потребами з наступною розробкою експериментального впливу в рамках спеціальної психології.

ВИСНОВКИ

У дослідженні наведено теоретичне узагальнення та представлені нові підходи до вирішення вагової наукової проблеми спеціальної психології – діагностики та корекції порушення образу тіла у здорових дітей підліткового віку, дітей з булімією, дітей з анорексією; апробацію спеціального впливу, який обґрунтовує положення про оцінку таких дітей як дітей з особливими потребами.

З'ясовано, що образ тіла у підлітковому віці має переломні ознаки у становленні, що пов'язано не стільки з фізичними змінами, скільки з переорієнтуванням дітей зазначеного віку на активну міжособистісну взаємодію з однолітками.

Виявлена у дослідженнях, притаманна дітям підліткового віку, полівекторність та нестабільність в аналізі фізичного «Я», потреба у власному психологічному полі, специфіка розвитку процесів індивідуалізації та ідентичності, надає даній віковій групі особливого статусу, а в разі порушень образу тіла – вимагає забезпечення у психології спеціальних діагностичних підходів та корекційних впливів, що аргументує необхідність розгляду таких підлітків як дітей із особливими потребами.

Діагностичне вивчення порушень образу тіла у підлітків має ґрунтуватися на визначених підходах щодо виявлення у спеціальній психології порушень (Віт. Бондар, Х. Замський, С. Конопляста, В. Лебединський, Л. Лебедева, А. Литвак, В. Петрова, В. Синьов, Л. Солнцева, В. Тарасун, С. Федоренко, М. Шеремет, Ж. Шиф, М. Ярмаченко) та у відповідності зі становленням когнітивних процесів у дітей з різними нозологіями (Р. Боскіс, Б. Братусь, А. Гольдберг, Б. Зейгарник, І. Мартиненко, М. Матвєєва, Г. Мозгова, Н. Морозова, А. Обухівська, О. Проскурняк, Л. Руденко, Є. Синьова, Л. Фомічова, О. Хохліна, Д. Шульженко).

Експериментально встановлено, що система діагностики має базуватись на психологічних принципах, як вихідних щодо оцінки методів, методик, процедур: а) взаємодоповнення діагностичних методів, б) специфікації діагностичних методів та методик, в) індивідуалізації діагностичних процедур, г) цілісності діагностичного висновку.

Система діагностики ґрунтувалась на таких психологічних вихідних принципах: 1. Взаємодоповнення діагностичних методів; 2. Специфікація діагностичних методів та методик; 3. Індивідуалізація діагностичних процедур; 4. Цілісність діагностичного висновку.

Доведено, що психологічна діагностика порушень образу тіла має відповідати системному підходу, який базується на послідовному, аргументованому метою та завданнями дослідження втіленням методів, які є специфікованими, індивідуалізованими, взаємодоповнюючими за змістом та формою, що надало змогу дійти цілісного діагностичного висновку відповідно до типу та структури відхилень досконалого образу від рівня сформованого образу з негативним або позитивним зміщенням.

Психологічно найінформативнішими виділено та узагальнено такі критеріальні показники, які склали сутність відмінностей у становленні образу тіла у підлітковому віці. Єдність образу проявляється: 1) у поєднанні або розмежуванні образу тіла, як мисленнєвого показника, та тіла певної людини (власне, інше); аналізі й порівнянні образу тіла та конкретного тіла; 2) у типі емоційного ставлення до власного та іншого «Я», що характеризується такими проявами емоцій як: тривожність, толерантність, агресія; 3) в еталонності образу, який відображає шлях пошуку дитиною його виду, що опосередковано характером усвідомленості дитиною соціальних цінностей; 4) у стійкості (або мінливості) сформованого образу, яка залежить від виду тиску та використаного дитиною способу виокремлення впливовості і вагомості аргументів.

До першого критерію віднесена така характеристика, як єдність образу фізичного «Я» та духовного (тілесного) «Я». Другим критерієм визначено показник емоційного ставлення до власного та іншого «Я». Третій показник позначений у дослідженні як еталонність образу власного тіла та інших людей. Четвертим критерієм, за яким відрізняються діти, є стійкість (мінливість) образу уявлення, оцінки себе та інших.

Критерій «єдність образу» проявляється в поєднанні «духовного» і «тілесного» в одне ціле; розмежуванні образу тіла як когнітивного показника та тіла певної людини (власного, іншого); аналізі й порівнянні образу тіла та конкретного тіла; аналізі тіла у відповідності з діяльністю та у системі цінностей, у системі зовнішніх і внутрішніх детермінантів мотивації; визначенні тіла як головного показника ознаки людини без врахування когнітивних процесів із акцентом на фізичних даних, окремих частинах тіла (груди, губи, вага тощо) та оцінюванні їх як нормативних, не враховуючи при цьому інших ознак образу.

Другий критерій, який розкриває емоційне ставлення до власного та іншого «Я», характеризується недиференційованою агресією на себе та інших; тривожністю з наступною дією, без наслідкових реакцій; толерантністю і терпимістю; розрізненням здоров'я та хвороби; емоційною позитивною детермінацією переведення з хвороби на здоров'я; емоційною відсутністю реакції на хворобу тіла; напруженістю емоційної реакції на хворобу тіла до паніки; емоційною глухотою.

Третім критерієм виступає еталонність образу, який містить наступні ознаки: образ тіла пошукуваний дитиною, реальний, ідеальний; обраний за референтною групою; образ тіла розмитий і випадковий; розрізнення образів тіла, детермінованих професією, ситуацією, дією та діяльністю; порівняння образу тіла та власного тіла; стихійне формування образу тіла без орієнтування

на міжособистісні стосунки та соціум; неусвідомленість соціальних цінностей, діяльності людини, проживання у «уявному світі».

Критерій «стійкість (мінливість)» розкривається через такі складові: образ тіла не змінюється (негнучкий); змінюється хаотично; змінюється під впливом неаргументованого тиску; змінюється повсякчас в залежності від зовнішнього тиску; змінюється під впливом та аналізом вагомих аргументів.

За результатами констатувального експерименту у дітей 8–11 класів зафіксовані непорушені (досконалі) та порушені образи. Серед порушених образів констатовані різні рівні, від вищого до нижчого. Разом з тим, основна відмінність між досконалими і порушеними образами полягає у площині ідентифікації або неідентифікації власного або чужого тіла зі сформованим образом тіла. Так, всі діти, у яких зафіксовані порушення образу тіла не здійснюють ідентифікацію образу та реального тіла, в той час, як у дітей з виявленим досконалим образом тіла, вони виступають детермінантами в аналізі власного та чужого тіла.

Узагальнення результатів дослідження дозволило виділити 4 рівні формування образу тіла в підлітковому віці. Перший, найвищий рівень, позначений як адекватний, другий рівень носить назву дизбалансованого, третій рівень – дестабілізованого і четвертий, найнижчий рівень – неадекватного.

Адекватний рівень є найвищим рівнем, встановленим у дослідженні порушень образу тіла. Даний рівень характеризується, перш за все, підходом до оцінки дитиною тіла у взаємозв'язку з мотивами та цінностями загальносуспільного характеру. У таких дітей зафіксовано єдність образу; позитивно забарвлене емоційне ставлення; діти є витриманими з толерантним вираженням власної позиції до оточуючих; вони аналізують їх відповідно тій діяльності, в яку включені; образи тіла підлягають аргументованим змінам, що дозволяє удосконалювати і виводити на вибір такого еталону, який відповідає нормативним цінностям суспільства. Разом з тим, дітей, віднесених до даного

рівня, характеризує певне порушення, яке пов'язане з недосконалістю єдності, еталонності, емоційного ставлення, стійкості образу тіла, вони не завжди співставляють образ тіла з реальним тілом – власним і чужим. Іншими словами, когнітивний образ тіла знаходиться на вищому рівні, ніж його використання для порівняння з ним себе та інших. Водночас, незважаючи на досить високий рівень сформованого образу тіла, він виступає детермінантом ідентифікації.

Дизбалансований образ тіла пов'язаний з причинно-наслідковими результатами підходів дитини до формування образу. Зрушення образу від умовно нормативного відбувається за рахунок того, що тіло посідає перше місце, разом з тим, цінності та когніції враховуються. Але такі діти у формуванні образу спираються на зорове сприймання в межах ініціації кольору та просторових відносин, де емоційний настрій регулює вибір нормативного образу тіла. Такі діти не у всіх випадках враховують аргументацію для зміни образу тіла. Підлітки не виказують агресивність, вони розуміють, який образ тіла для них є бажаним. Діти, віднесені до даного рівня рідко поєднують існуючий на конкретний час образ тіла з реальним образом власного тіла. Діти, віднесені до даного рівня, проявляють нейтральне ставлення до власного або чужого тіла, як способу ідентифікації сформованого образу.

Дестабілізований рівень становлення образу тіла пов'язаний, насамперед, із тим, що діти підліткового віку акцентують увагу на окремих частинах тіла (очах, віях, розмірах тощо) не співвідносячи з образом тіла в цілому і не розглядаючи фізичне тіло у поєднанні з «духовним» Я, коли людина розцінюється у багатовимірному, багатовекторному значенні з мотиваційним та ієрархічно ціннісним підґрунтям. Таким дітям властива агресія на інших та тривожність, яка не виступає детермінантом активної дії зі зміни тіла. Всі існуючі навкруги імпульси стосовно тіла, незалежно від їхньої важливості, значущості, аргументованості сприймаються до дії, і під їхнім впливом образ змінюється випадково. Іноді такі діти є неаргументованими мрійниками і

проживають життя в уявному світі, який зумовлює суттєві конфлікти та фрустрації. Образ тіла не виступає чинником аналізу свого та чужого тіла. У таких дітей виявлено індиферентне ставлення щодо ймовірної ідентифікації образу тіла з реальним (власним, чужим) фізичним тілом.

Останній рівень, неадекватний, характеризується тим, що аналізу образу тіла дітьми підліткового віку властиве виражене агресивне емоційне його оцінювання, на ґрунті якого, як провідного негативного стану, формуються образи тіла свого та чужого. Основний акцент такими дітьми здійснюється лише на тілі, до уваги не беруться мотиваційні та ціннісні показники. Агресія розповсюджується на все і на всіх, інтенсивна за формою і проявами. Нерідко фіксується емоційна глухота, якій притаманна відсутність співпереживання, проникнення у невирішені питання (власні та чужі). Фактично, образ тіла не сформований, як когнітивний, тому сприймання себе і людей постійно змінюється під впливом чужої думки, переглянутих фільмів, журналів тощо. Образ тіла не використовується для аналізу реального власного тіла або тіла інших дітей. Діти, віднесені до даного рівня виявляють негативні реакції щодо ідентифікації власного або чужого тіла.

На основі критеріїв виявлено певні закономірності, обґрунтовані кількісним аналізом. По-перше, з'ясовано, що власний образ та образ інших людей як співпадає, так і не співпадає, що зумовлює певне емоційне забарвлення таке як: тривожність, агресія, емоційна апатія, емоційна фрустрація або стосовно себе, якщо образ не задовольняє, або стосовно інших, якщо образ іншого не відповідає виокремленому дитиною еталонному і викликає або схвальні, або негативні емоції стосовно іншої конкретної дитини або певного фізіотипу інших людей.

По-друге, діти 8-11 класів у становленні образу тіла проявили схожі та відмінні характеристики, які стосувались проявів гнучкості у стійкості того чи іншого сформованого образу. Так, учням 8 і 9 класів властива стійкість образу,

незалежно від того, наскільки правильно він сформований. І, навіть, у випадках неправильної оцінки, образ тіла не підлягав психологічному аудиту з наступною реконструкцією. Водночас, більшості учнів 10 та 11 класів властива мінливість образу, як явища позитивного, коли існуючий образ тіла себе або іншої дитини оцінюється за багатомірними складниками зі встановленням причинно-наслідкових явищ, що в подальшому змушує перереконструйовувати існуючий образ тіла, доповнюючи його суттєвими характеристиками і виключаючи другорядні та хибні показники, за якими створювались образи.

По-третє, цілісний образ проходить певний шлях становлення за ієрархією ціннісних оцінок, де цінності опосередковані діяльністю, в яку включена дитина, яка аналізує власне тіло, діяльністю інших та міжособистісних стосунків, що ґрунтуються на певному виді діяльності.

По-четверте, своєрідну групу склали, як і передбачалось у робочій гіпотезі, діти з порушенням здоров'я, що мають стосовно тіла збільшені або зменшені пропорції у порівнянні з віковими нормами ваги. Тобто, діти, за медичними висновками з надмірною або вкрай недостатньою вагою, які характеризуються булімією та анорексією, мають спільні риси за формуванням образу тіла. Таким дітям властиве індіферентне або негативне емоційне ставлення до власного тіла, існує тенденція позбуття негативних емоцій та недостатнє сприймання аналізу іншими людьми власного тіла. Такі діти не мають на меті включати в аналіз показників власного тіла ознаки здоров'я – хвороба.

Оптимальною для науково обґрунтованої оцінки ступеня розвитку образу тіла є їхня диференціація за показниками відносної завершеності та незавершеності процесу становлення у підлітків. У констатувальному експерименті з'ясовано, що у дітей 8-11 класів зафіксовані не порушені (досконалі) та порушені образи. Поміж порушених констатовані різні рівні, як вищі, так і нижчі. Основна відмінність між досконалими і порушеними

образами полягає в площині ідентифікації власного або чужого тіла зі сформованим його образом. Так, всі діти, у яких зафіксовані порушення образу тіла, не здійснюють ідентифікацію образу та реального тіла, водночас, у дітей із виявленим досконалим образом тіла така ідентифікація домінує в оцінці, як тіла, так і його образу. Так, поміж дітей 8-11 класів досконалий образ виявлено відповідно у 24 %, 31 %, 42 %, 49 % відповідно, у дітей із булімією – 3 %, 4 %, 7 %, 9 %, у підлітків із анорексією – 8 %, 6 %, 5 %, 2 %, що дає підстави констатувати у більшості дітей підліткового віку на фактичному матеріалі порушення образу тіла. Закономірно, що всім дітям з порушенням образу тіла властиве незадоволення різної міри проявів власним або чужим тілом в цілому або окремими його частинами, при цьому негативне ставлення на частину тіла переноситься на все тіло.

Виділена стратегія корекції в рамках спеціальної психології охоплює:

- психологічні засади аналізу сформованого наявного образу тіла з наступним порівнянням виділеного суспільством нормативного образу тіла на мотиваційних та ієрархічних ціннісних засадах та включеності особистості в діяльність;

- розвиток толерантності, терпимості щодо себе та інших дітей. Формування умінь вербалізовувати позитивну точку зору та визначати образ тіла за окремими складовими відповідно до видів діяльності;

- навчання розмежовувати аргументовані та неаргументовані детермінанти різних типів впливів та тиснення;

- активізація у досвіді та практиці підлітків з особливими потребами знакових зразків, де через реалізацію психологічного підходу в рамках знакового опосередкування відбувається переорієнтація оцінювання з урахуванням ключових показників, відповідно яким підліток є знаком для себе та інших, інші для нього виступають знаком;

- формування через психологічні чинники детермінації у аналізі власного і чужого тіла за включеністю підлітка у певний вид діяльності;
- спрямування підлітків на активну позицію щодо розрізнення образу тіла та реального тіла за показниками: здоровий – хворий.

На основі теоретичного аналізу та експериментального вивчення запропоновано модель психологічного впливу щодо прискорення динаміки розвитку образу тіла у підлітків із особливими потребами, що віддзеркалює логічну схему та динаміку виникнення, розгортання образу тіла, окреслює напрями та контекст орієнтування дітей на ціннісні показники в аналізі тіла.

Розроблена психологічна модель корекції порушень образу тіла, яка, як цілісна система, містить діагностику, аналіз, корекцію. Діагностика базувалась на психологічних принципах: взаємодоповнення діагностичних методів, специфікація методик, індивідуалізація діагностичних процедур, цілісність діагностичного висновку. Критеріальними показниками аналізу і корекції виступають єдність образу фізичного і психічного, емоційне ставлення, еталонність образу, стійкість (мінливість) образу. При цілісному поєднанні діагностики, аналізу і корекції наслідком є формування нормативного образу, який може бути застосований підлітком до себе та інших. Вміння підлітка застосовувати нормативний образ до себе та інших є підґрунтям сформованості образу та ідентифікації.

Концептуальним та практичним потребам фахівців із психологічної корекції відповідає модель корекції порушень образу тіла, що ґрунтується на виявлених у констатувальному експерименті закономірностях, які свідчать про те, що в основі відмінностей між підлітками покладені емоційні показники, специфіка поєднання фізичного і психічного, причин і характеру вибору еталону образу, на який рівняється дитина, умов тиску, продуктом якого є змінюваність та аргументованість способів ідентифікації образу тіла.

Запропонована система корекції образу тіла у дітей підліткового віку ґрунтувалась на вихідних теоретичних позиціях, які спрямовували напрями, зміст, умови та відбір конкретних завдань.

Реалізація формувального експерименту, який охоплював підлітків із особливими потребами, здорових, з булімією та анорексією, засвідчила ефективність розробленої моделі: її напрямів, етапів корекції.

Дані контрольного експерименту засвідчують, значна кількість здорових дітей змістилась на найвищий рівень і значно зменшилась їхня кількість на найнижчому, неадекватному, рівні. Схожі позитивні тенденції виявлені і у дітей з булімією, з анорексією. Тобто, реалізовані корекційні впливи сприяли збільшенню кількості дітей, які знаходяться на вищих рівнях.

Ефективним інструментом цілеспрямованого корекційного впливу виступають самостійні взаємодоповнюючі напрями корекції, яким відповідають тренінгові психотехніки за виокремленими, вивіреними, апробованими і перевіреними напрямками.

Проведене дослідження, якісний та кількісний аналіз здобутих даних дозволили отримати нові спеціальної, вікової, педагогічної психології відомості щодо специфіки становлення образу тіла у підлітків, виокремити закономірності у проявах порушення образів, розробити і апробувати ефективність спеціального корекційного впливу. Дослідження підтвердило висунуту гіпотезу, досягло поставленої мети та забезпечило виконання розроблених конкретних завдань.

Проведене дослідження не вичерпує всіх питань щодо особливостей формування образу тіла у підлітків, які за результатами діагностики та системою корекції віднесені до дітей із особливими потребами. Поза метою, завданнями, відповідно темі, даного дослідження залишились питання гендерних відмінностей, структури досконалих образів, умов переходу від порушеного до досконалого образу в різні вікові періоди.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абраменкова В. В. Половая дифференциация и сексуализация детства : горький вкус запретного плода / В. В. Абраменкова // Вопросы психологии. – 2003. – № 5. – С. 103-120.
2. Абрамова Г. С. Возрастная психология : учеб. пос. для студентов вузов / Г. С. Абрамова. – М. : Academia, Раритет, 1997. – 702 с.
3. Агапов В. С. Сущностная характеристика Я-концепции / В. С. Агапов. – М. : МОСУ, МГСА, РПО, 2001. – 40 с.
4. Агарева М. В. Образ телесного Я ребенка как педагогическая проблема / М. В. Агарева // Теоретические и методологические проблемы современного образования : материалы VI Междунар. науч.-практ. конф. 28-29 сент. 2011 г. – М., 2011. – С. 20-22.
5. Алексеева А. Н. Влияние самооценки на способ разрешения конфликтной ситуации [Текст] : дисс. ... канд. психол. наук / А. Н. Алексеева. – Л., 1983. – 178 с.
6. Альчук А. Метаморфозы образа женщины в русской рекламе / А. Альчук // Тендерные исследования. – Вып. 1. – Харьков, 1998. – С. 255-261.
7. Амонашвили Ш. А. Психологические основы педагогики сотрудничества : книга для учителя / Ш. А. Амонашвили. – К. : Освита, 1991. – 111 с.
8. Ананьев Б. Г. Избранные психологические труды / Б. Г. Ананьев : В 2-х т. Т. 1. – М. : Педагогика, 1980. – 232 с.
9. Ананьев Б. Г. Человек как предмет познания / Б. Г. Ананьев. – СПб. : Питер, 2001. – 288 с.
10. Андреева Г. М. Психология социального познания : учебное пособие для высших учебных заведений / Г. М. Андреева. – М. : Аспект Пресс, 1997. – 239 с.

11. Андреева И. Н. Подросток : проблемы развития личности и взаимоотношений : Методическое пособие по спецкурсу «Социальная психология личности» / И. Н. Андреева. – Новополюцк, НГУ, 1999. – 63 с.
12. Андрущенко В. П. Модернізація педагогічної освіти відповідно до викликів ХХІ століття / В. П. Андрущенко, В. І. Бондар // Вища освіта України. – 2009. – № 4. – С. 17-23.
13. Анохин П. К. Общие принципы компенсации нарушенных функций и их физиологическое обоснование / П. К. Анохин // Труды науч. сессии по дефектологии. – М., 1958. – С. 134-139.
14. Антонова Н. В. Проблема личностной идентичности в интерпретации современного психоанализа, интеракционализма и когнитивной психологии / Н. В. Антонова // Вопросы психологии. – 1996. – № 1. – С. 131-143.
15. Антропов Ю. Ф. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков / Ю. Ф. Антропов, Ю. С. Шевченко. – М. : ИИП, 1999. – 256 с.
16. Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С. Лечение детей с психосоматическими расстройствами / Ю. Ф. Антропов, Ю. С. Шевченко. – СПб. : Речь, 2002. – 560 с.
17. Анцыферова Л. И. Психология формирования и развития личности / Л. И. Анцыферова // Человек в системе наук. – М., 1989. – С. 426-448.
18. Анцыферова Л. И. Способность личности к преодолению деформаций своего развития / Л. И. Анцыферова // Психологический журнал. – 1999. – Т. 20. – № 1. – С. 6-19.
19. Аракелян Т. А. Образ тела как часть концептуальной системы личности : теория и практическое применение / Т. А. Аракелян, А. Н. Бегоян // Современные подходы к профилактике социально значимых заболеваний :

материалы Международной научно-практической конференции, 22 сентября 2012 г. – Махачкала : ИП Овчинников (АЛЕФ). – 2012. – С. 160-163.

20. Арт-педагогика и арт-терапия в специальном образовании : учеб. для студ. сред. и высш. пед. учеб. заведений / Е. А. Медведева, И. Ю. Левченко, Л. Н. Комиссарова, Т. А. Добровольская. – М. : Издательский центр «Академия», 2001. – 248 с.

21. Асмолов А. Г. Личность : психологическая стратегия воспитания / А. Г. Асмолов // Новое педагогическое мышление. – М., 1989. – С. 206-220.

22. Байбурин А. К. Структурно-семантический анализ восточнославянских обрядов : монография / А. К. Байбурин. – СПб. : Наука, 1993. – 240 с.

23. Баранская Л. Т. Образ тела как предиктор нарушения адаптации молодежи в социальной среде / Л. Т. Баранская, С. С. Татаурова // Молодое поколение XXI века : Актуальные проблемы социально-психологического здоровья. – М. : ИГРА, 2009. – С. 301-302.

24. Бахтин М. М. Творчество Франсуа Рабле и народная культура средневековья и Ренессанса / М. М. Бахтин. – 2-е изд. – М. : Худож. лит., 1990. – 543 с.

25. Бегоян А. Н. Понятие гештальт-концепта : Когнитивно-Концептуальная Терапия / А. Н. Бегоян // Актуальные вопросы педагогики, психологии, социологии : материалы Международной научно-практической конференции / под ред. А. А. Цахоевой и М. М. Муртазалиевой. – Махачкала, 2012. – № 1. – Том 2. – С. 135-139.

26. Бенедикт Р. Психологические типы в культурах Юго-Запада США / Р. Бенедикт // Антология исследований культуры. – 1997. – Т. 1. – С. 271-284.

27. Берн Ш. М. Гендерная психология / Ш. М. Берн : Пер. с англ. – СПб. : Прайм-Еврознак, 2001. – 320 с.

28. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание / Р. Бернс. – М. : Прогресс, 1986. – 420 с.
29. Бескова Д. А. Одежда как специфический аспект телесности / Д. А. Бескова // Философские исследования. – 2004. – № 1(34). – С. 30-33
30. Бескова Д. А. Телесность как пространственная структура / Д. А. Бескова, А. Ш. Тхостов // Междисциплинарные проблемы психологии телесности. – М. : МЦИ, 2004. – С. 133-148.
31. Бескова И. А. Природа и образы телесности / И. А. Бескова, Е. Н. Князева, Д. А. Бескова. – М. : Прогресс-Традиция, 2011. – 456 с.
32. Бех І. Д. Виховання особистості : У 2 кн. / І. Д. Бех. – Кн. 2 : Особистісно-орієнтований підхід : науково-практичні засади. – К. : Либідь, 2003. – Кн. 2. – 344 с.
33. Бирюкова И. А. Аутентичное движение и мудрость тела / И. А. Бирюкова // Серия : Золотой фонд психотерапии. – М. : Изд. Института психотерапии, 2004. – 28 с.
34. Богпомочева О. А. Особенности образа мира у одаренных подростков / О. А. Богпомочева // Психологическая наука и образование. – 2006. – № 4. – С. 5-22.
35. Бодалев А. А. Восприятие и понимание человека человеком / А. А. Бодалев. – М, 1982. – 200 с.
36. Божович Л. И. Личность и ее формирование в детском возрасте / Л. И. Божович. – М. : Просвещение, 1968. – 464 с.
37. Бондар В. І. Інклюзивне навчання як соціально-педагогічний феномен / В. І. Бондар // Рідна школа : Науково-педагогічний журнал. – К. : Деміур, 2011. – № 3. – С.10-14.
38. Бондаренко А. Ф. Психологическая помощь : теория и практика / А. Ф. Бондаренко, изд. 4-е, испр. и доп. – К. : Освіта України, 2007. – 332 с.

39. Бондаренко А. Ф. Социальная психотерапия личности (психосемантический подход) / А. Ф. Бондаренко. – К.: КГПИИЯ, 1991. – 189 с.
40. Боришевський М. Дорога до себе : від основ суб'єктності до вершин духовності : монографія / М. Боришевський. – К. : Академвидав, 2010. – 416 с.
41. Бороздина Л. В., Молчанова О. Н. Самооценка в возрасте пожилых : Сообщение I : Содержание самооценки / Л. В. Бороздина, О. Н. Молчанова // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. Психология. – 1998. – № 4. – С. 29-40.
42. Боскис Р. М. Глухие и слабослышащие дети / Р. М. Боскис. – М. : изд-во АПН РСФСР, 1963. – 304 с. : ил. – (Золотые страницы сурдопедагогики).
43. Братусь Б. С. Аномалии личности / Б. С. Братусь. – М. : Мысль, 1988. – 301 с.
44. Братусь Б. С., Розовский И. Я., Цапкин В. Н. Психологические проблемы изучения и коррекции аномалий личности / Б. С. Братусь, И. Я. Розовский, В. Н. Цапкин. – М. : Издательство МГУ. – 1988. – С. 14 – 26.
45. Брунер Дж. Торжество разнообразия : Пиаже и Выготский / Дж. Брунер // Вопросы психологии. – 2001. – № 4. – С. 3-13.
46. Брызгунов И. П. Психосоматика у детей / И. П. Брызгунов. – М. : Психотерапия, 2009. – 480 с.
47. Булах І. С. Психологія особистісного зростання підлітка / І. С. Булах. – К. : НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2003. – 340 с.
48. Бурлачук Л. Ф. Психодиагностика личности : учебное пособие / Л. Ф. Бурлачук. – К. : Здоровья, 1989. – 168 с.
49. Бурменская Г. В. Возрастно-психологическое консультирование. Проблемы психического развития детей / Г. В. Бурменская, О. А. Карабанова, А. Г. Лилерс. – М. : Изд-во МГУ. – 1990. – 136 с.
50. Буслова М. К. Новые технологии как фактор социальной динамики / М. К. Буслова – АН Беларуси, Институт философии и права. – Минск : Право и экономика, 1996. – 49 с.

51. Буфетов И. М. Некоторые особенности моральных оценок поступков и действий людей учащимися вспомогательной школы / И. М. Буфетов // Вопросы коррекционно-воспитательной работы с аномальными детьми. – Алма-Ата, 1981. – С. 52-64.
52. Варянен В. А. Особенности личных взаимоотношений между учащимися старших классов вспомогательной школы : автореф. дис. ... канд. псих. наук / В. А. Варянен. – М., 1971. – 16 с.
53. Василюк Ф. Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций) / Ф. Е. Василюк. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. – 200 с.
54. Василюк Ф. Е. Структура образа / Ф. Е. Василюк // Вопр. психол. – 1993. – № 5. – С.5-19.
55. Васильев С. В. Основы возрастной и конституциональной антропологии / С. В. Васильев. – М. : Изд-во РОУ, 1996. – 216 с.
56. Венда В. Ф., Гамезо М. В., Забродин Ю. М., Рубахин В. Ф. Психологические проблемы переработки знаковой информации / В. Ф. Венда, М. В. Гамезо, Ю. М. Забродин, В. Ф. Рубахин. – М. : Наука, 1977. – 275 с.
57. Веников В. А. Некоторые методологические вопросы моделирования / В. А. Веников // Вопросы философии. – 1964. – № 11. – С. 73-74.
58. Веремеенко Н. И. Изучение влияния групповой танцевально-двигательной терапии на изменение в образе «Я» / Н. И. Веремеенко [эл. ресурс]. – Режим доступа : <http://sfera.infomsk.ru/person301st4.html>
59. Визгина А. В., Пантелеев С. Р. Проявление личностных особенностей в самоописаниях мужчин и женщин / А. В. Визгина, С. Р. Пантелеев // Вопросы психологии. – 2001. – № 3. – С. 91-100.
60. Вилюнас В. К. Психологические механизмы мотивации человека / В. К. Вилюнас. – М. : Изд-во Моск. ун-та, 1990. – 285 с.

61. Виногородський А. М. Розвиток особистісної рефлексії підлітків (на матеріалі сприйняття музики) : автореф. дис. ... канд. психол. наук / А. М. Виногородський – Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. – К., 1999. – 20 с.
62. Виноградова А. Д. Психические процессы и свойства личности умственно отсталых детей / А.Д. Виноградова. – Л., 1981. – 64 с.
63. Висковатова Т. П. Задержка психического развития у детей, обусловленная влиянием малых доз природных и антропогенных факторов : монография / Т. П. Висковатова. – Одесса : ЮУПУ, 1996. – 264 с .
64. Вознесенська О. Арт-терапія в роботі практичного психолога : Використання арт-технологій в освіті / О. Вознесенська, Л. Мова. – К. : Шкільний світ, 2007. – 120 с.
65. Волков И. П. Социометрические методы в социально-психологических исследованиях / И. П. Волков. – Л. : ЛГУ, 1980. – 88с.
66. Волков К. Н. Психологи о педагогических проблемах / К. Н. Волков. – М. : Педагогика, 1981. – 188 с.
67. Волкова И. П. Психология социальной адаптации и интеграции людей с глубокими нарушениями зрения : монография / И. П. Волкова. – СПб. : Изд-во Рос. гос. пед. ун-та, 2009. – 271с.
68. Воложин А. И. Адаптация и компенсация универсальный биологический механизм приспособления / А. И. Воложин, Ю. К. Субботин. – М. : Медицина, 1987. – 176 с.
69. Вопросы практической психодиагностики и психологического консультирования в вузе / под ред. Н. Н. Обозова. – Л. : Изд. ЛГУ, 1984. – 152 с.
70. Выготский Л. С. Собрание сочинений / Л. С. Выготский. – Т. 1. Вопросы теории и истории психологии. – М. : Педагогика, 1982. – 488 с.
71. Выготский Л. С. Собрание сочинений / Л. С. Выготский. – Т. 2. Проблемы общей психологии. – М. : Педагогика, 1982. – 504 с.

72. Выготский Л. С. Собрание сочинений / Л. С. Выготский. – Т. 3. Проблемы развития психики. – М. : Педагогика, 1983. – 368 с.
73. Выготский Л. С. Собрание сочинений / Л. С. Выготский. – Т. 4. Детская психология. – М. : Педагогика, 1984. – 432 с.
74. Выготский Л. С. Собрание сочинений / Л. С. Выготский. – Т. 5. Основы дефектологии. – М. : Педагогика, 1983. – 368 с.
75. Выготский Л. С. Собрание сочинений / Л. С. Выготский. – Т. 6. Научное наследство. – М. : Педагогика, 1984. – 400 с.
76. Вюрпилло Э. Восприятие пространства / П. Фресс, Ж. Пиаже // Экспериментальная психология. – Выпуск 6. – М. : Издательство «Прогресс», 1978. – С. 136-236.
77. Гавриленко А. А. Образ физического Я как структурная составляющая Я – концепции [Текст] : дисс. ... канд. психол. наук : 19.00.05 – Социальная психология / А. А. Гавриленко. – 2009. – 175 с.
78. Газарова Е. Э. Психология телесности / Е. Э. Газарова. – М. : Институт Общегуманитарных Исследований, 2002. – 192 с.
79. Гамезо М. В. Знаковые модели и их роль в формировании умственных действий / М. В. Гамезо // Вопр. психологии. – 1975. – № 6. – С. 75–83.
80. Герасименко Ю. А. Межличностные отношения учащихся с нарушениями слуха : диагностика и коррекция / Ю. А. Герасименко, Г. А. Карпова : монография. – Урал, 2004. – 466 с.
81. Гингер С. Что такое гештальт? Двадцать базовых понятий / С. Гингер. – СПб., 1996. – 24 с.
82. Гингер С., Гингер-Пейрон А. Теория SELF // Координаты «Я» : здесь и теперь / под ред. Е. А. Ивановой и Н. М. Лебедевой. – СПб, 1996. – С. 8-31.

83. Глинский Б. А. Моделирование как метод научного исследования (гносеологический анализ) / Б. А. Глинский, Б. С. Грязнов, Б. С. Дынин, Е. П. Никитин. – Минск : Изд-во МиГУ, 1965. – 248 с.
84. Глотова Г. А. Человек и знак : Семиотико-психологические аспекты онтогенеза человека. – Свердловск : Изд-во Урал. ун-та, 1990. – 256 с.
85. Говорун Т. В. Гендерні аспекти усвідомленого батьківства : Навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / Т. В. Говорун, В. П. Кравець, О. М. Кікінежді, О. Б. Кізь. – Т. : Навч. кн. – Богдан, 2004. – 143 с.
86. Гольдберг А. М. Вивчення глухих дітей у процесі навчання і виховання / А. М. Гольдберг. – К. : видавництво «Радянська школа», 1972. – 68с.
87. Грэнлюнд Э. Танцевальная терапия. Теория, методика, практика / Э. Грэнлюнд, Н. Ю. Оганесян. – СПб., 2004. – 288 с.
88. Groshov I. V. Образ женщины в рекламе / И. В. Groshov // Женщина Гендер Культура. – М. : МЦГИ, 1999. – С. 331-343.
89. Грязнов Б. С. Логика, рациональность, творчество / Б. С. Грязнов. – Москва : Наука, 1982. – 256 с.
90. Гумницкая Т. Н. Психопатологические нарушения у больных с алиментарно-обменным ожирением (клиника, диагностика, принципы психотерапии) [Текст] : дисс. ... канд. мед. наук : 14.01.16. / Т. Н. Гумницкая. – Харьков, 2004. – 150 с.
91. Гусев А. И. Толерантность к неопределенности как составляющая личностного потенциала / А. И. Гусев // Личностный потенціал : структура и диагностика / под ред. Д. А. Леонтьева. – М. : Смысл, 2011. – С 300-329.
92. Гусев А. І. До питання смислової природи феномену ідентичності особистості / А. І. Гусев // Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції «Психологічна безпека та адаптація особистості» (Дніпропетровськ, 7-8 листопада 2007 р.) / М-во освіти та науки України,

Дніпропетровський гуманітарний ун-т, Всеукраїнська громадська організація «Спілка захисту сім'ї та особистості». – Дніпропетровськ, 2007. – С. 23-31.

93. Гусев А. І. До проблеми формування та розвитку толерантності до невизначеності / А. І. Гусев // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 12 : Психологічні науки. – К., 2007. – № 17 (41). – Ч. 1. – С. 165-170.

94. Гусев А. І. Проблематика толерантності до невизначеності в аспекті розвитку ідентичності особистості / А. І. Гусев // Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка АПН України / за ред. С. Д. Максименка. – К., 2007. – Т. 9. – Ч. 2. – С. 93-99.

95. Давыдов В. В. Теория развивающего обучения / В. В. Давыдов. – М. : Интор, 1996. – 517 с.

96. Данильченко Т. В. Особливості формування першого враження / Т. В. Данильченко // Соціальна психологія. – 2004. – № 3(5). – С. 132-144.

97. Данильченко Т. В. Стереотипи мужності і жіночності в засобах масової комунікації / Т. В. Данильченко // Вісник Чернігівського державного педагогічного університету. Вип. 17. Психологічні науки. – Чернігів : ЧДПУ, 2002. – С. 14-19.

98. Демидов Д. Н. Соотношение образов Я-идеальное и Я-реальное и проблемы подростков : автореф. дисс. ... канд. психол. наук / Д. Н. Демидов. – СПб, 2000. – 19 с.

99. Джеймс У. Научные основы психологии / У. Джеймс. – Минск : Харвест, 2003. – 329 с.

100. Донченко Е. А. Личность : конфликт, гармония / Е. А. Донченко, Т. М. Титаренко. – К. : Политиздат Украины, 1989. – 174 с.

101. Дорожевец А. Н. Искажение образа физического Я у больных ожирением и нервной анорексией : автореф. дис. ... канд. психол. наук / А. Н. Дорожевец – МГУ им. М. В. Ломоносова. – М., 1986. – 19 с.

102. Дорохова А. В. Учебный курс как средство становления конфликтной компетентности подростков [Текст] : дисс. ... канд. пед. наук / А. В. Дорохова. – Красноярск, 1999. – 151 с.
103. Драгунова Т. В. Подросток / Т. В. Драгунова. – М. : Знание, 1976. – 96 с.
104. Дударева А. Рекламный образ. Мужчина и женщина / А. Дударева. – М. : РИП-холдинг, 2002. – 222 с.
105. Думбаев А. Е. Инвалид, общество и право / А. Е. Думбаев, Т. В. Попова. – Алматы : ТОО «Вверена», 2006. – 180 с.
106. Дынин Б. С. Онтологическая диалогичность мира : признание трансцендентного / Б. С. Дынин // Вопросы философии. – 2010. – № 5. – С. 105-114.
107. Елизаров А. Н. Основы индивидуального и семейного психологического консультирования / А. Н. Елизаров : Учебное пособие. – Москва : «Ось-89», 2003. – 512 с.
108. Еникеев М. И. Энциклопедия. Общая и социальная психология / М. И. Еникеев. – М. : Издательство ПРИОР, 2002. – 560 с.
109. Еремеева В. Д., Хризман Т. П. Мальчики и девочки два разных мира. – СПб, 2000. – 184 с.
110. Желателев Д. В. Образ тела в самосознании старшеклассника и оценка его педагогом [Текст] : дисс. ... канд. психол. наук / Д. В. Желателев. – СПб., 1999. – 230 с.
111. Замский Х. С. Умственно отсталые дети. История изучения, воспитания и обучения с древних времен до середины XIX века / Х. С. Замский. – М., 1995. – 400 с.
112. Запорожец А. В. Психическое развитие ребенка : избр. психол. труды в 2 т. / А. В. Запорожец. – М. : Педагогика, 1986. – Т. 1. – 320 с.

113. Заржицкая О. А. Образ тела как предмет психологического исследования / О. А. Заржицкая // Журнал практического психолога. – 1998. – № 7. – С. 14-18.
114. Зейгарник Б. В., Братусь Б. С. Очерки по психологии аномального развития личности / Б. В. Зейгарник, Б. С. Братусь. – М. : Изд-во Моск. ун-та, 1980. – 156 с.
115. Зимачева Е. М. Способы вербальной презентации образа «Я» и самоотношения субъекта : автореф. дисс. ... канд. психол. наук / Е. М. Зимачева. – М., 1997. – 20с.
116. Зинченко В. П. Перспективы ближайшего развития развивающего образования / В. П. Зинченко // Психологическая наука и образование. – 2000. – № 2. – С. 18-24.
117. Идентичность : Хрестоматия / Сост. Л. Б. Шнейдер. – М. : Изд-во МПСИ; Воронеж : Изд-во НПО «МОДЭК», 2003. – 272 с.
118. Ильин Е. П. Дифференциальная психофизиология мужчины и женщины / Е. П. Ильин. – СПб. : Питер, 2002. – 544 с. : ил. – (Серия «Мастера психологии»).
119. Иоффе Е. Эксплуатация образов сексуальности в СМИ, рекламе, PR-технологиях : Материалы III межвузовской конференции «Гендерные отношения в российском обществе» / Отв. ред. Т. А. Мелешко, М. В. Рабжаева. – СПб. : Алетейя, 2004. – С. 127-132.
120. Исаев Д. Н. Детская медицинская психология / Д. Н. Исаев. – СПб. : Речь, 2004. – 384 с.
121. Ішмуратов А. Т. Конфлікт і згода / А. Т. Ішмуратов. – К. : Наук. думка, 2006. – 190 с.
122. Каган В. Е. Стереотипы мужественности – женственности и образ Я у подростков / В. Е. Каган // Вопросы психологии. – 1989. – № 3. – С. 53-62.

123. Калина Н. Ф. Основы психотерапии. Семиотика в психотерапии / Н. Ф. Калина – М. : Рефл-бук, 1997. – 272 с.
124. Карпова Г. А., Артемьева Т. П. Диагностика особенностей поведения учащихся / Г. А. Карпова, Т. П. Артемьева // Психология детей с задержкой психического развития. Хрестоматия / Сост. О. В. Заширинская. – СПб., 2004. – С. 210-216.
125. Ким В. В. Семиотические аспекты системы научного познания / В. В. Ким. – Красноярск : Изд-во Каснояр. ун-та, 1987. – 224 с.
126. Кипеть В. В. Особенности образа тела у людей с психическими расстройствами / В. В. Кипеть // Актуальные проблемы науки XXI века : сб. ст. уч. науч.-практ. семинара молодых ученых, Минск, 16 февраля 2012 г. – Минск : Изд-во МИУ, 2012. – С. 73-77.
127. Киричук О. В. Психологія особистості : Опорний конспект / Інститут підготовки кадрів держ. служби зайнятості. – К. : ІПК ДСЗУ, 2003. – 46 с.
128. Кікінежді О. М. Гендерна ідентичність в онтогенезі особистості : Монографія / О. М. Кікінежді. – Тернопіль : Навчальна книга «Богдан», 2011. – 400 с.
129. Кікінежді О. М. Психологічні детермінанти гендерної соціалізації підлітків / О. М. Кікінежді // Проблеми сучасної психології. – 2013. – № 21. – С. 205-214.
130. Кластер М. Мудрость тела / М. Кластер. – Пер. с англ. – М. : Изд-во Эксмо, 2002. – С. 64-67.
131. Клиническое руководство по психическим расстройствам / под ред. Д. Барлоу. – 3-е изд. – СПб. : Питер. – 2008. – 911 с.
132. Ковалев В. В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков / В. В. Ковалев. – М. : Медицина, 1985. – 288 с.

133. Кожалиева Ч. Б. Особенности становления «образа Я» у умственно отсталых подростков : автореф. дисс. ... канд. психол. наук : 19.00.08 «Специальная психология» / Ч. Б. Кожалиева. – М., 1995. – 16 с.
134. Кокорина Е. Г. Анализ переходных и кризисных периодов жизни общества и личности в различных областях гуманитарного знания / Е. Г. Кокорина // Культура народов Причерноморья. – 2009. – № 162. – С. 158-161.
135. Коломинский Я. Л. Психология детского коллектива : Система личных взаимоотношений / Я. Л. Коломинский. – Мн. : Нар. асвета, 1984. – 239 с.
136. Коломинский Я. Л. Психология взаимоотношений в малых группах / Я. Л. Коломинский. – Мн. : Тетра Системс, 2000. – 310 с.
137. Коменский Я. А. Избранные педагогические сочинения : В 2 т. / под ред. А. И. Пискунова. – М. : Педагогика, 1982. – (Пед б-ка). – Т. 1. – 656 с.
138. Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патология психики / Р. Комер. – 4-е изд., междунар. – СПб. : Прайм-ЕВРОЗНАК; М. : ОЛМА-пресс, 2005. – 638 с.
139. Кон И. С. В поисках себя : Личность и её самосознание / И. С. Кон. – М. : Политиздат, 1984. – 335 с.
140. Кон И. С. Открытие «Я» / И. С. Кон. – М. : Политиздат, 1978. – 367 с.
141. Конопляста С. Ю. Логопсихологія : навч. посібник / С. Ю. Конопляста. – К. : Знання, 2010. – 293 с.
142. Коркина М. В. Нервная анорексия / М. В. Коркина, М. А. Цивилько, В. В. Марилов. – М. : Класс, 1986. – 176 с.
143. Коркина М. В., Лакосина Н. Д., Личко А. Е. Психиатрия : Учебник / М. В. Коркина, Н. Д. Лакосина, А. Е. Личко. – М. : Медицина, 1995. – 608 с.

144. Коршунов А. М., Мантатов В. В. Теория отражения и эвристическая роль знаков / А. М. Коршунов, В. В. Мантатов. – М. : МГУ, 1974. – 214 с.
145. Коряк Г. Л. Особенности метаболического и психологического статуса у детей с патологией верхних отделов ЖКТ и превышением массы тела / Г. Л. Коряк. – М. : Медицина, 2008. – 138 с.
146. Кравченко Е.И. Мужчина и женщина : взгляд сквозь рекламу (социологические мозаики Эрвина Гоффмана) // Социологические исследования. 1993. – № 2. – С. 117-131.
147. Краєва О. А. Криза ідентичності підліткового віку та її роль у становленні зрілої особистості / О. А. Краєва // Проблеми сучасної психології : зб. наук. пр. Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України / за ред. С. Д. Максименка. – К., 2010. – Вип. VII. – С. 310–321.
148. Краєва О. А. Можливі варіанти подолання кризи ідентичності підлітками / О. А. Краєва // Актуальні проблеми психології : Психологія навчання. Генетична психологія. Медична психологія : зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. – К. : ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2011. – Т. X. – Вип. 19. – С. 302–311.
149. Краєва О. А. Становлення рефлексивної свідомості на етапі подолання підлітком кризи ідентичності / О. А. Краєва // Проблеми сучасної психології : зб. наук. пр. Кам'янець-Подільського нац. ун-ту ім. Івана Огієнка, Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України / за ред. : С. Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої. – Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2011. – Вип. 11. – С. 382–392.
150. Крайг Г. Психология развития / Г. Крайг. – СПб. : Питер, 2002. – 992 с.
151. Кремень В. Г. Толерантність як імператив : національна ідентичність в добу глобалізації / В. Г. Кремень // Науковий вісник

Миколаївського державного університету імені В. О. Сухомлинського. Серія : Педагогічні науки. – 2011. – № 1.32. – С. 6-9.

152. Креславский Е. С. Избыточная масса тела и образ физического «Я» / Е. С. Креславский // Вопросы психологии. – 1987. – № 3. – С.113-117.

153. Кречмер Э. Строение тела и характер / Э. Кречмер: пер. со 2-ого нем. изд. – М.-Л. : Гос. изд., 1930. – 304 с.

154. Крылов А. Н. «Образ Я» как фактор развития личности [Текст] : дисс. ... канд. психол. наук / А. Н. Крылов. – М., 1984. – 141 с.

155. Кулешова Л. Н., Смолина А. В. Возрастные и индивидуальные особенности образа тела девочек-подростков 11-13 лет / Л. Н. Кулешова, А. В.Смолина / Психология : итоги и перспективы : Тезисы научно-практической конференции. – СПб., 1996. – С. 180-182.

156. Куненкова С. А. Критерии, показатели и уровни развития самооценки в структуре Я-концепции подростка. – М. : МОСУ, МАИ, 2004. – 33 с.

157. Куница В. Н. К вопросу формирования образа своего тела у подростков / В. Н. Куница // Вопросы психологии. – 1968. – № 1. – С. 90-99.

158. Купрєєва О. І. Особливості «Я-концепції» дорослих інвалідів з ампутаційними дефектами кінцівок : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 / О. І. Купрєєва – Ін-т психології ім. Г. С. Костюка АПН України. – К., 2003. – 16 с.

159. Лабунская В. А. Развитие личности методом танцевально-экспрессивного тренинга / В. А. Лабунская, Т. А. Шкурко // Психологический журнал. – 1999. – Т. 20. – № 1. – С. 31-38.

160. Лебедева Л. С. Читання і розуміння прочитаного молодшими глухими школярами. Методичний лист МО УРСР / Л. С. Лебедева. – К. : Радянська школа, 1968. – 68 с.

161. Лебединская К. С. Роль нарушения темпа полового созревания в клинике пограничных состояний у детей и подростков / К. С. Лебединская / Неврозы и нарушения характера у детей и подростков. – М., 1973. – С. 19-34.
162. Лебединский В. В. Нарушения психического развития у детей / В. В. Лебединский. – М. : МГУ, 1985. – 167 с.
163. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность / А. Н. Леонтьев. – М. : Политиздат, 1975. – 304 с.
164. Леонтьев Д. А. Факторная структура теста смысловых ориентаций / Д. А. Леонтьев, М. О. Калашников, О. З. Калашникова // Психологический журнал. – 1993. – Т. 14. – № 1. – С. 50-55.
165. Лийметс Х. Й. Образ жизни как категория психологии развития и педагогики / Х. Й. Лийметс // Педагогический процесс и формирование социалистического образа жизни : Тезисы. – Таллин, 1981. – Ч. 1. – С. 4-7.
166. Лисина М. И. Психология самосознания у дошкольников / М. И. Лисина, А. А. Сильвестру. – Кишинев, 1983. – 180 с.
167. Литвак А. Г. Психология слепых и слабовидящих : учеб. пособие / А. Г. Литвак // Рос. гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена. – СПб. : Изд-во РГПУ, 1998. – 271 с.
168. Личко А. Е. Подростковая психиатрия / А. Е. Личко. – Л., 1985. – 416 с.
169. Ломов Б. Ф. Проблема образа в психологии / Б. Ф. Ломов // Вестник Академии наук СССР. – 1985. – №6. – С.85-92.
170. Лоуэн А. Биоэнергетика : Революционная терапия, которая использует язык тела для лечения проблем раз ума / А. Лоуэн. – СПб. : Ювента, 1998. – 382 с. – (Библиотека зарубежной психологи).
171. Луковицкая Е. Г. Социально-психологическое значение толерантности к неопределенности : автореф. ... канд. психол. наук / Е. Г. Луковицкая – СПбГУ. – СПб., 1998. – 19 с.

172. Лукьянова З. Н. Влияние представления учащегося о собственной внешности и понимания им своей личности на его общение с другими людьми [Текст] : дисс. ... канд. психол. наук / З. Н. Лукьянова. – М., 1990. – 159 с.
173. Лушин П. В. Личностные изменения как процесс : теория и практика / П. В. Лушин. – Одесса : Аспект, 2005. – 334 с.
174. Лушин П. В. О психологии человека в переходный период : Как выживать, когда все рушится? / П. В. Лушин. – К. : Наук. світ, 2007. – 205 с.
175. Лушин П. В. Принципы выживания в условиях системного кризиса / П. В. Лушин // Проблемы сучасної психології : Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України / за ред. С. Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої. – Вип. 4. – Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2009. – С. 181-193.
176. Лушин П. В. Экологичная помощь личности в переходный период : экофасилитация : монография / П. В. Лушин. – Киев, 2013. – 296 с. – (Серия «Живая книга»; Т.2).
177. Людина. Суб'єкт. Вчинок : Філософсько-психологічні студії / За заг. ред. В. О. Татенка. – К. : Либідь, 2006. – 360 с.
178. Майданов А. С. Методология научного творчества / А. С. Майданов. – М. : Издательство URSS, 2008. – 512 с.
179. Максименко С. Д. Загальна психологія / С. Д. Максименко. – 3-тє вид., переробл. і допов. – К. : Центр учбової л-ри, 2008. – 272 с.
180. Мамічева О. В. Спеціальна психологічна допомога в комплексному супроводі розвитку дитини з соціально-особистісними проблемами в системі освіти [Електронний ресурс] / О. В. Мамічева // Вісник Одеського національного університету. Психологія. – 2013. – Т. 18. – Вип. 22(2). – С. 258-264. – Режим доступу : [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vonu_psi_2013_18_22\(2\)__35](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vonu_psi_2013_18_22(2)__35)

181. Мантатов В. В. Образ, знак, условность / В. В. Мантатов. – М. : Высш. шк., 1980. – 160с.
182. Марилов В. В. Доманифестный период нервной анорексии / В. В. Марилов, Р. А. Сулейманов // Журн. невропатологии и психиатрии им. Корсакова. – 2004. – № 10. – С. 22-25.
183. Мартиненко І. В. Логопсихологія : курс лекцій. Навчальний посібник / І. В. Мартиненко – К. : ДІА. – 2014. – 100 с.
184. Маслова В. А. Когнитивная лингвистика : учеб. пособие / В. А. Маслова. – 3-е изд., перераб. и доп. – Минск: Тетра Системс, 2008. – 272 с.
185. Маслоу А. Мотивация и личность : Пер. с англ. А. М. Татлыбаева / А. Маслоу. – СПб. : Евразия, 1999. – 478 с.
186. Матвеева М. П. Особливості «Я-образу» розумово відсталих підлітків [Текст] : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.10 «Корекційна психологія» / М. П. Матвеева. – К., 1994. – 147 с.
187. Матюшкин А. М. Проблемные ситуации в мышлении и обучении / А. М. Матюшкин. – М. : Педагогика, 1972. – 208 с.
188. Мдивани М. О. Исследование структуры образа физического «Я» школьников : автореф. дис. ... канд. психол. наук / М. О. Мдивани – НИИ общ. и пед. психологи АПН СССР. – М., 1991. – 24 с.
189. Международная классификация болезней (10-й пересмотр) : классификация психических и поведенческих расстройств. – СПб. : Адис, 1994. – 300 с.
190. Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения / В. Д. Менделевич. – СПб. : Речь, 2005. – 445 с.
191. Методика дослідження стилю поведінки в конфлікті К. Томаса (адаптація Н. В. Гришиної) / Практична психологія для вашого розвитку та ефективності // Кіровоградський державний педагогічний університет імені Володимира Винниченка [Електронний ресурс]. – Режим доступу :

http://psuhe.at.ua/publ/diagnostika_konfliktiv/metodika_doslidzhennja_stilju_povedinki_v_konflikti_k_tomasa_adaptacija_n_v_grishinoji/18-1-0-74

192. Мид М. Культура и мир детства / М. Мид. – М. : Наука, 1988. – 429 с.

193. Мищенко В. Коррекция избыточной массы тела женщин среднего возраста средствами физической реабилитационной тренировки различного типа / В. Мищенко, Т. Кюне, Л. Мельник // Теорія і методика фіз. виховання і спорту. – 2007. – № 3. – С. 71-77.

194. Мозгова Г. П. Психосоматична патологія у дітей із порушеннями психофізичного розвитку / Г. П. Мозгова // Логопедія. – 2012. – № 2. – С. 56-64. – Режим доступу : http://nbuv.gov.ua/UJRN/logoped_2012_2_16

195. Мойзріст О. М. Види порушень харчової поведінки (теоретичний аналіз літературних джерел) / О. М. Мойзріст // Проблеми сучасної психології : Збірник наукових праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України. – 2009. – Вип. 6. – Ч. 2. – С. 85-94.

196. Моляко Р. В. Психокорекційні стратегії деформації Я-образу зовнішності в юнацькому віці / Р. В. Моляко // Практична психологія та соціальна робота. – 2004. – № 6. – С. 78-80.

197. Морозов К. Е. Математическое моделирование в научном познании / К. Е. Морозов. – М. : Мысль, 1969. – 212 с.

198. Морозова Н. Г. Формирование познавательных интересов у аномальных детей / Н. Г. Морозова. – М., 1969. – 280 с.

199. Мудрик А. В. Социальная педагогика : Учеб. для студ. пед. вузов / А. В. Морозов. – М. : Издательский центр «Академия», 2002. – 200 с.

200. Мухина В. Н. Влияние знаковых систем на половую идентификацию подростков : гендерные различия / В. Мухина, А. Денисов // Развитие личности. – 2002. – № 1. – С.119-137.

201. Мухина В. Н. Роль социальной ситуации развития в становлении представлений ребенка о собственном теле / В. Н. Мухина // Развитие личности в социальном пространстве [Электронный ресурс]. – Режим доступа до статті : <http://rl-online.ru/info/authors/55.html>
202. Мухина В. С. Детская психология / В. С. Мухина. – СПб. : Питер, 1992. – 264 с.
203. Мясищев В. Н. Понятие личности в аспектах нормы и патологии / В. Н. Мясищев // М. : Владос, 2003. – 384 с.
204. Найдьонова Г. О. Тілесний розвиток людини зрілого віку : суб'єктивні чинники / Г. О. Найдьонова. – К. : АДС УМКЦентр. – 180 с.
205. Налчаджян А. А. Социально-психическая адаптация личности : (Формы, механизмы и стратегии) / А. А. Налчаджян. – Ереван : Изд-во АН Арм. ССР, 1988. – 262 с.
206. Намазбаева Ж. И. Некоторые особенности личности учащихся вспомогательной школы / Ж. И. Намазбаева. – Алма-Ата: КазПИ, 1985. – 71 с.
207. Намазбаева Ж. И. Развитие уровня притязаний и самооценки умственно отсталых детей / Ж. И. Намазбаева // Дефектология. – 1978. – № 1. – С. 56-61.
208. Наровская Я. Б. Социально-психологические особенности женщин, преобразующих свой внешний облик: автореф. дис. . канд. псих. наук. / Я. Б. Наровская // Ростов н/Д., 2007. 24 с.
209. Непомнящая Н. И. Опыт системного исследования психики ребенка / Н. И. Непомнящая. – Москва : Педагогика, 1975. – 230 с.
210. Нечитайло Т. А. Вплив сім'ї на становлення образу фізичного Я в підлітковому віці / Т. А. Нечитайло // Науковий Вісник Чернівецького університету. Педагогіка та психологія. – Чернівці : ЧНУ. – 2009. – С. 133-138.
211. Нечитайло Т. А. Фактори впливу на становлення образу фізичного Я у підростаючої особистості / Т. А. Нечитайло // Вісник Харківського

національного університету ім. В. Н. Каразіна. Психологія. – Харків : ХНУ, 2008. – № 793. – Вип. 39. – С. 320-324.

212. Нечитайло Т. А. Формування позитивного образу фізичного Я в підлітковому віці / Т. А. Нечитайло // Психологічні перспективи. – Луцьк : ВНУ. – 2009. – Вип. 14. – С. 61-67.

213. Никитин В. Н. Арт-терапия : Учебное пособие / В. Н. Никитин. – М. : Когито-Центр, 2014. – 330 с.

214. Никитин В. Н. Пластикодрама : Новые направления в арт-терапии / В. Н. Никитин. – М. : Когито-Центр, 2003. – 72 с.

215. Никитин В. Н. Человеческая телесность : онтогносологический анализ [Текст] : дисс. ... д. ф. н. / В. Н. Никитин. – М., 2007. – 210 с.

216. Никитин Е. П. Феномен человеческого самоутверждения / Е. П. Никитин, Н. Е. Харламенкова. – СПб. : Изд-во АЛЕТЕЙЯ, 2000. – 218 с.

217. Новик И. Б. Моделирование сложных систем / И. Б. Новик. – М. : Мысль, 1965. – 334 с.

218. Обозов Н. Н. Психология межличностных отношений / Н. Н. Обозов. – К. : Либідь, 1990. – 191 с.

219. Образы, которые нам навязывают. Гендерный анализ рекламы // Вестник Информационного Центра независимого женского форума. – М. : МГЛУ, 2001. – № 17. – С. 20-22.

220. Обухівська А. Г. Психологу про дітей з особливими потребами у загальноосвітній школі : посібник / А. Обухівська, Т. Ілляшенко, Т. Жук. – К. : Ред. загальнопед. газ., 2012. – 126 с.

221. Ожегов С. И. Словарь русского языка / С. И. Ожегов. – М. : Русский язык, 1968. – 797 с.

222. Оклендер В. Окна в мир ребенка. Руководство по детской психотерапии / В. Оклендер // Независимая фирма «Класс», 2005. – 336 с.

223. Олійник В. В. Особистість як самокерована система : психологічний аспект / В. В. Олійник // Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України. – 2013. – Вип. 1. – Режим доступу : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadps_2013_1_16
224. Орбах С. Развитие женщин в семье / С. Орбах // Психотерапия женщин / Под ред. М. Лоуренс, М. Магуир. – СПб. : Питер, 2003. – С. 37-53.
225. Пантелеев С. Р. Самоотношение как эмоционально оценочная система / С. Р. Пантелеев. – М. : МГУ, 1991. – 202 с.
226. Панферов В. Н. Восприятие и интерпретация внешности людей / В. Н. Панферов // Вопросы психологи. – 1974. – № 2. – С. 59-64.
227. Паулди М. Женская психология / М. Паулди. – СПб. : Прайм-Еврознак, 2007. – 384 с.
228. Перлз Ф. Гештальт-семинары / Ф. Перлз // Перевод с англ. – М. : Институт Общегуманитарных исследований, 2007. – 352 с.
229. Перлз Ф. С., Хефферлин Р., Гудмэн П. Опыты психологии самопознания : практикум по гештальттерапии / Ф. С. Перлз, Р. Хефферлин, П. Гудмэн; Пер. М. Папушина. – М. : Гиль-Эстель, 1993. – 240 с. – (Классики зарубежной психологии). – Пер. изд. : Gestalt Therapy. Excitement and Growth in the Human Personality / F. Perls, R. Hefferline, P. Goodman. – New York, 1951.
230. Петеркова В. А. Ожирение в детском возрасте / В. А. Петеркова, О. В. Ремизов // Ожирение и метаболизм. – 2004. – № 1. – С. 17-23.
231. Петрова В. Г. Кто они, дети с отклонениями в развитии? / В. Г. Петрова, И. В. Белякова. – М. : Флинта; Моск. Психол.-социал. ин-т, 1998. – 104 с.
232. Петровская Л. А. Компетентность в общении. Социально-психологический тренинг / Л. А. Петровская. – М. : МГУ, 1989. – 216 с.
233. Петровский В. А. Личность в психологи : парадигма субъектности / В. А. Петровский. – Ростов-на-Дону : Феникс, 1996. – 512 с.

234. Пиаже Ж. Избранные психологические труды / Ж. Пиаже. – М. : Просвещение, 1969. – 659 с.
235. Пинский Б. И. Психологические особенности деятельности умственно отсталых школьников / Б. И. Петровский. – М. : Акад. пед. наук, 1962. – 318 с.
236. Пирс Ч. Принципы феноменологии : Начала прагматизма / Ч. Пирс; пер. с англ., предисл. В. В. Кирющенко, М. В. Колопотина. – СПб. : Лаборатория метафизических исследований философского факультета. СПбГУ; Алетейя, 2006. – С. 5-39.
237. Платонов К. К. Структура и развитие личности / К. К. Платонов; отв. ред. А. Д. Глоточкин; Акад. наук СССР, Ин-т психологии. – М. : Наука, 1986. – 255 с.
238. Подорога В. Феноменология тела : Введение в философскую антропологию / В. Подорога. – М. : Изд. фирма «Ad marginem», 1995. – 339 с.
239. Пономарева Л. Г. Восприятие образа собственного тела у студентов курсов, склонных к нарушениям пищевого поведения / Л. Г. Пономарева // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. – 2010. – № 10. – С. 342-346.
240. Понтон Л. Сексуальная жизнь подростков. Открытие тайного мира взрослеющих мальчиков и девочек. Пер с англ. Э. Касимова / Л. Понтон. – М. : Изд-во Института Психотерапии, 2001. – 272 с.
241. Попова З. Д. Когнитивная лингвистика / З. Д. Попова, И. А. Стернин. – М : АСТ : Восток – Запад, 2007. – 314 с.
242. Поставнева И. В. Особенности образа тела у детей с физическими не недостатками : автореф. дисс. ... канд. психол. наук / И. В. Поставнева. – М. : МПГУ, 1996. – 16 с.

243. Проскурняк О. І. Психологія комунікативної діяльності розумово відсталих школярів : монографія / О. І. Проскурняк. – Х. : Видавництво «ІНДУСТРІЯ», 2014. – 272 с.
244. Психология глухих детей / под ред. И. М. Соловьева, Ж. И. Шиф, Т. В. Розановой, Н. В. Яшковой. – 2-е изд., стереот. – М. : Советский спорт, 2006. – 448 с. : ил. – (Золотые страницы сурдопедагогики).
245. Психология и этика делового общения : учеб. для вузов / В. Ю. Дорошенко, Л. И. Зотова, В. Н. Лавриненко и др. под ред. В. Н. Лавриненко. – М. : Культура и спорт: ЮНИТИ, 1997. – 279 с.
246. Психология самосознания : хрестоматия / Ред.-сост. Д. Я. Райгородский. – Самара : Бахрах-М, 2000. – 672 с.
247. Психология современного подростка / под ред. Д. И. Фельдштейна. – М. : Педагогика, 1987. – 240 с.
248. Психология телесности между душой и телом / под ред. В. П. Зинченко, Т. С. Леви. – М. : АСТ, 2007. – 732 с.
249. Райс Ф. Психология подросткового и юношеского возраста / Ф. Райс. – СПб. : Питер, 2000. – 624 с.
250. Реан А. А. Психология личности : Социализация, поведение, общение / А. А. Реан – М.; СПб. : Прайм-ЕВРОЗНАК, 2004. – 416 с.
251. Рибалка В. В. Методологічні питання наукової психології : (Досвід особистісно центрованої систематизації категоріально-понятійного апарату) : навч.-метод. посіб. / В. В. Рибалка. – К. : Ніка-Центр, 2003. – 204 с.
252. Роджерс К. Взгляд на психотерапию : становление человека / К. Роджерс. – М. : Наука, 1994. – 480 с.
253. Роджерс К. Р. Консультирование и психотерапия. Новейшие подходы в области практической работы : Монография / К. Р. Роджерс // Пер. с англ. О. Кондрашовой, Р. Кучкаровой. – М. : ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 1999. – 464 с. (Серия «Психологическая коллекция»).

254. Рождественський А. Ю. Образ тіла у просторі психологічного досвіду особистості / А. Ю. Рождественський // Психологія : Зб. наук. пр. – К. : Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова, 2000. – Вип. 3 (10). – С. 66-77.
255. Рождественський А. Ю. Рефлексія тілесного потенціалу в життєвому самовизначенні старшокласників : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 «Педагогічна та вікова психологія» / А. Ю. Рождественський. – К., 2002. – 19 с.
256. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии / С. Л. Рубинштейн. – СПб. : Питер Ком, 1999. – 720 с. – (Серия «Мастера психологии»).
257. Рубинштейн С. Л. Человек и мир / С. Л. Рубинштейн. – М. : Директ-Медиа, 2008. – 360 с.
258. Руденко Л. М. Процесуальні характеристики агресивної поведінки / Л. М. Руденко // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. – 2012. – Вип. 21. – С. 418-424.
259. Рудницька І. Психодіагностика відхилень в особистісному розвитку / І. Рудницька // Психічне здоров'я дитини. – К., 2003. – С. 45-56.
260. Рыбакова С. Г. Арт-терапия для детей с задержкой психического развития / С. Г. Рыбакова. – СПб. : Речь, 2007. – 144 с.
261. Салмина Н. Г. Знак и символ в обучении / Н. Г. Салмина. – М. : МГУ, 1988. – 288 с.
262. Сандомирский М. Е. Психосоматика и телесная психотерапия : Практическое руководство / М. Е. Сандомирский. – М. : Независимая фирма «Класс», 2005. – 592 с.
263. Семичов С. Б. Предболезненные психические расстройства / С. Б. Семичов. – Л. : Медицина. Ленингр. отд., 1987. – 289 с.
264. Синьов В. М. Психолого-педагогічні проблеми дефектології та пенітенціарії : вибрані наукові праці / В. М. Синьов. – К. : МП «Леся», 2010. – 779 с.

265. Синьова Є. П. Тифлопсихологія : Навчальний посібник / Є П. Синьова. – К. : Знання, 2004. – 213 с.
266. Синьова Є. П., Федоренко С. В. Тифлопедагогіка : Підручник для студентів вищих навчальних закладів. – К. : НПУ імені М.П.Драгоманова, 2009. – 325 с.
267. Скиннер Б. Ф. Технология поведения / Б. Ф. Скиннер // Американская социологическая мысль / под ред. В. И. Добренкова. – М. : Междунар. ун-т бизнеса и управл., 1996. – С. 29-44.
268. Скугаревский О. А. Методы диагностики нарушений пищевого поведения / О. А. Скугаревский. – Мн. : Бел. гос. мед. ун-т, Респ. клин. псих. бол., 2005. – 210 с.
269. Слободянюк И. А. Психологические условия формирования адекватного «Я-образа» в подростковом возрасте // Автореф. дис. канд. психол. Наук / И. А. Слободянюк // – Киев, 1989 – 20 с.
270. Смолина А. В. К вопросу об исследовании физического Я в структуре самосознания / А. В. Смолина // Вопросы общей и дифференциальной психологии. – Кемерово, 1999. – С. 97-117.
271. Соколова Е. Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности / Е. Т. Соколова. – М. : МГУ, 1989. – 216 с.
272. Солнцева Л. И. Тифлопсихология детства / Л. И. Солнцева. – М. : Полиграф сервис, 2000. – 250 с.
273. Соловьев И. М. Психология познавательной деятельности нормальных и аномальных детей / И. М. Соловьев. – М. : Просвещение, 1966. – 201 с.
274. Сосюкало О. Д., Калашникова А. А. О влиянии фактора акселерации на формирование бредовых симптомов при шизофрении у подростков / О. Д. Сосюкало, А. А. Калашникова // Вопросы общей

психопатологии. – М. : Изд-во Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР. – Вып. 2. – С. 140-147.

275. Спиваковская А. С. Психотерапия : игра, детство, семья. Том 1 / А. С. Спиваковская. – М. : ООО Апрель Пресс, ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. – 304 с. – (Психология - XX век).

276. Спиркин А. Г. Основы философии / А. Г. Спиркин : Учеб. пособие для вузов. – М. : Политиздат, 1988. – 592 с.

277. Старовойтенко Е. Б. Жизненные отношения личности : Модели психологического развития. – К. : Лыбидь, 1992. – 216 с.

278. Старшенбаум Г. В. Психосоматика и психотерапия : Исцеление души и тела / Г. В. Старшенбаум. – М. : Изд-во Института психотерапии, 2005. – 496 с.

279. Столин В. В. Самосознание личности / В. В. Столин. – М. : Изд-во МГУ, 1983. – 284 с.

280. Сухомлинський В. О. Вибрані твори: В 5-ти тт. – Т. 1. – Київ : Радянська школа, 1976. – 654 с.

281. Тарасун В. В. Аутологія : монографія / В. Тарасун; Ін-т корекц. педагогіки та психології НПУ ім. М. П. Драгоманова. – Київ : Леся, 2014. – 579 с.

282. Татенко В. А. Психология в субъектном измерении / В. А. Татенко. – К. : Просвіта, 1996. – 404 с.

283. Телесность человека : междисциплинарные исследования / ред. В. В. Николаевой, П. Д. Тищенко. – М. : Изд-во философского общества СССР, 1991. – 159 с.

284. Телицина Н. Нервная анорексия в регистрах третьей топики / Н. Телицина // Психоанализ. – 2007. – № 1. – С. 142-184.

285. Титаренко Т. М. Життєві кризи : технологія консультування. Перша частина / Т. М. Титаренко. – К. : Главник, 2007. – 176 с.

286. Титаренко Т. М. Хлопчики і дівчатка : Психологічне становлення індивідуальності / Т. М. Титаренко. – К. : Тов-во Знання, 1989. – 48 с.
287. Тищенко П. Д. Психосоматическая проблема (Объективный метод и культурологическая интерпритация / П. Д. Тищенко // Телесность человека : междисциплинарные исследования / ред. В. В. Николаевой, П. Д. Тищенко. – М. : Изд-во философского общества СССР, 1991. – 159 с.
288. Тхостов А. Ш. Психология телесности / А. Ш. Тхостов. – М. : Смысл, 2002. – 287 с.
289. Уваров Л. В. Образ, символ, знак : (анализ соврем. гносеол. символизма) / Л. В. Уваров; АН БССР. Ин-т философии и права. – Минск : Наука и техника, 1967. – 119 с.
290. Фельденкрайз М. Осознание через движения / М. Фельденкрайз. – М. - СПб. : Университетская книга, 2000. – С. 24-49.
291. Фельдштейн Д. И. Психология взросления : структурно-содержательные характеристики процесса развития личности : Избранные труды. 2-е изд. – М. : Московский психолого-социальный институт Флинта, 2004. – 672 с.
292. Ферс Г. М. Тайный мир рисунка / Г. М. Ферс : Пер. с англ. – СПб. : Деметра, 2003 – 176 с.
293. Філософський словник соціальних термінів. – Х. : Р.И.Ф., 2005. – 672 с.
294. Флорин И., Тушен-Каффье Б. Расстройства приема пищи : этиология и анализ условий возникновения / И. Флорин, Б. Тушен-Каффье // Клиническая психология / под ред. М. Перре и У. Баумана. Пер. с нем. – СПб. : «Питер», 2006 (2-ое изд.) – 1312 с.
295. Фомічова Л. І. Проектування навчання як засіб інтелектуального розвитку дошкільників з вадами слуху : операціонально-знаковий підхід [Текст] : дис. ... докт. психол. наук : 19.00.08 / Л. І. Фомічова. – К., 1997. – 509 с.

296. Фомічова Л. І. Розвиток інтелекту та проектування навчання (чуючі, глухі та слабочуючі дошкільники) / Л. І. Фомічова. – К. : ТОВ «Міжнар. фін. агенція», 1997. – 234 с.
297. Фопель К. На пороге взрослой жизни : Психологическая работа с подростковыми и юношескими проблемами. Ценности, цели и интересы. Школа и учеба. Работа и досуг / Пер. с нем / Клаус Фопель.– М. : Генезис, 2008. – 208 с.
298. Фрейд А. Психология Я и защитные механизмы / А. Фрейд. – М. : Педагогика, 1993. – 144 с.
299. Фрейд З. Вступ до психоаналізу. Лекції зі вступу до психоаналізу з новими висновками / З. Фрейд; пер. з нім. : П. Тарашук . – Київ : Основи, 1998 . – 709 с. – На тит. л. та обкл. авт. : З. Фройд.
300. Фрейд З. Психоанализ детской сексуальности : пер.с нем. / З. Фрейд и др. – СПб. : Союз, 1997. – 223 с. – (Психология ребенка).
301. Фролова Ю. Г. Психосоматика и психология здоровья : Учеб. пособие. 2-е изд., перераб. и доп. / Ю. Г. Фролова. – Мн. : ЕГУ, 2003. – 172 с.
302. Харламенкова Н. Е. Самоутверждение підростка / Н. Е. Харламенкова. – М. : Изд-во «Ин-т психологии РАН», 2007. – 384 с.
303. Хессет Дж. Введение в психофизиологию : пер. с англ. – М., 1981. – 248 с.
304. Холл С. Теории личности / С. Холл, Г. Линдсей; пер. И. Б. Гриншпун. – Киев : PSYLIB, 2005. – 719 с.
305. Хохліна О. П. Категорія свідомості : суть та використання у педагогічному процесі спеціального освітнього закладу / О. П. Хохліна // Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка / за ред. О. В. Гаврилова, В. І. Співака. – Вип. XXI в двох частинах. – Частина 1. – Серія : соціально-педагогічна. – Кам'янець-Подільський : Медобори-2006, 2012. – С. 252-258.

306. Хохліна О. П. Особистість у контексті проблеми соціалізації аномальної дитини / О. П. Хохліна // Зб. наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені І. Огієнка. Серія соціально-педагогічна. – Вип. 20. У двох частинах. – Частина 1. – Кам'янець-Подільський : Медобори-2006, 2012. – С. 257-265.

307. Хохліна О. П. Психологічні засади проведення корекційної роботи з дітьми, що мають порушення психофізичного розвитку / О. П. Хохліна // Проблеми освіти : Наук. зб. / Ін-т іннов. техн. і змісту осв. МОНмолодьспорт Укр. – К., 2011. – Вип. 67. – С. 70-74.

308. Хохліна О. П. Психолого-педагогічне забезпечення соціалізації дитини в освітньому закладі : теоретичний аспект проблеми / О. П. Хохліна // Актуальні проблеми психології : Зб. наук. пр. Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. – Кіровоград : Імекс-ЛТД, 2013. Том XI. – Соціальна психологія. – Вип. 6. – Книга II. – С. 416-424.

309. Хохліна О. П. Саморегуляція як показник особистісного зростання учнів спеціальних освітніх закладів / О. П. Хохліна, І. В. Хохліна // Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Корекційна педагогіка і психологія / за ред. О. М. Вержиховської, В. І. Співака. – Вип. 4. – Кам'янець-Подільський : ПП Медобори-2006, 2013. – С. 226-231.

310. Хухлаева О. В. Основы психологического консультирования и психологической коррекции : Учеб. пособие для студентов высш. пед. учеб. заведений. – М. : Издательский центр «Академия», 2001. – 208 с.

311. Цзен Н., Пахомов Ю. Психотренинг : игры и упражнения. – М. : «Класс», 2001. – 272 с.

312. Цивилько М. А. Распространенность нервной анорексии в городской популяции школьниц / М. А. Цивилько, Т. Н. Дмитриева, А. В. Занозин // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1999. – Т. 99. – № 3. – С. 47-49.

313. Цукерман Г. А. Психология саморазвития : задача для подростков и их педагогов / Г. А. Цукерман. – Рига : ПЦ «Эксперимент», 1997. – 276 с.
314. Чайка В. К. Нервная анорексия у девочек и девушек / В. Чайка, Л. Матыцина, И. Бабенко-Сорококуд. – Донецк : Лидер, 2004. – 32 с.
315. Чайклин Ш. Подход в танцевальной терапии / Ш. Чайклин, К. Шмайс // Журнал практического психолога. – 2005. – № 3. – С. 118-142.
316. Чепелева Н. В., Титаренко Т. М., Смульсон М. Л., Андрієвська В. В., Зарецька О. О., Васильченко А. А. Соціально-психологічні чинники розуміння та інтерпретації особистого досвіду : монографія / АПН України; Інститут психології ім. Г. С. Костюка / Наталія Василівна Чепелева (ред.). – К. : Педагогічна думка, 2008. – 255с.
317. Черкашина А. Г. Образ физического Я в самоотношении девушек 17-18 лет [Текст] : дисс. ... канд. психол. наук. – Самара, 2004. – 197 с.
318. Шевченко Ю. С. Проблемы охраны психического здоровья детей и подростков / Ю. С. Шевченко, А. А. Северный, Н. М. Иовчук // ЖНИП. – 1994. – Вып. 4. – С. 37-40.
319. Шевченко С. Л. Фундаментальна проблематичність як феномен «коекзистенціальної» природи екзистенції у філософії Н. Аббаньяно / Сергій Шевченко // Мультиверсум. Філософський альманах : Зб. наук. праць / Гол. ред. В. В. Лях. – Вип. 72. – К., 2008. – С. 85-96.
320. Шелдон У. Психология конституциональных различий / У. Шелдон // Психология индивидуальных различий. – М., 1982. – С. 248-261.
321. Шеремет М. К. Фізіологічні і психологічні передумови мовленнєвого розвитку дітей в нормі та патології [Електронний ресурс] / М. К. Шеремет, С. В. Кондукова // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. – 2014. – Вип. 27. – С. 5-7. – Режим доступу : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_019_2014_27_3

322. Шипицына Л. М. Социальная и педагогическая интеграция, проблемы сопровождения детей с ограниченными возможностями здоров'я / Л. М. Шипицына // Психолого-педагогическое медико-социальное сопровождение развития ребёнка. – СПб., 2001. – С. 15-19.

323. Шипицына Л. М., Иванов Е. С., Виноградова А. Д., Коновалова Н. Л., Крючкова Л. Л. Развитие личности ребенка в условиях материнской депривации / Л. М. Шипицына, Е. С. Иванов, А. Д. Виноградова, Н. Л. Коновалова, Л. Л. Крючкова. – СПб, 1997. – 160 с.

324. Шиф Ж. Особенности умственного развития учащихся вспомогательной школы : монография / под ред. Ж. И Шиф. – М. : Просвещение, 1965. – 343 с.

325. Шкурко Т. А. Танцевально-экспрессивный тренинг / Т. А. Шкурко. – СПб. : Речь. – 2003. – 192 с.

326. Штофф В. А. Введение в методологию научного познания / В. А. Штофф. – Л. : Изд-во Ленингр. ун-та, 1972. – 191 с.

327. Шульженко Д. І. Психологічні основи корекційного виховання дітей з аутистичними порушеннями : автореф. дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.08 / Д. І. Шульженко – Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. – К., 2010. – 45 с. : рис., табл.

328. Эльконин Д. Б. Психическое развитие в детских возрастах : избранные психол. труды / Д. Б. Эльконин / ред. Д. И. Фельдштейн; Академия педагогических и социальных наук, Московский психолого-социальный ин-т. – М. : [б.в.] ; Воронеж : [б.в.], 1995. – 416 с. – (Психологи Отечества : избранные психологические труды : В 70 т.)

329. Энцлер Ив. Отличное тело / Ив Энцлер – М. : Гаятри, 2007. – 412 с.

330. Эриксон Э. Идентичность : юность и кризис / Э. Эриксон. – М. : Издательская группа «Прогресс», 1996. – 340 с.

331. Юнг К. Г. Структура психики и процесс индивидуации. – М. : Наука, 1996. – 269 с.
332. Яницкий М. С. Адаптационный процесс : психологические механизмы и закономерности динамики / М. С. Яницкий. – Кемерово : Кемеровский государственный университет, 1999. – 84 с.
333. Ярмаченко Н. Д. Проблемы компенсации глухоты / Н. Д. Ярмаченко. – К., 1976. – 168 с.
334. Ясперс К Собрание сочинений по психопатологии. В 2 т. – М. : Академия, 1996. – 350 с.
335. Ященко Н. Ю., Глущенко В. В., Рябов В. А. Представление об образе тела, здоровье и болезни у детей / Н. Ю. Ященко, В. В. Глушенко, В. А. Рябов // Психиатрические аспекты педиатрии : Сб. науч. трудов / под ред. Д. Н. Исаева. – Л., 1985. – С. 134-137.
336. American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, Text Revision: DSM-IV-TR – Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc., 2000. – 943 p.
337. Anderson A. E. Diet vs. shape content of popular male and female magazines: A dose-response relationship to the incidence of eating disorders? / A. E. Anderson, L. DiDomenico // International Journal of Eating Disorders. – 1992. – Vol. 11. – P. 283-287.
338. Barnett H. L. Body type preferences in Asian and Caucasian college students / H. L. Barnett, P. K. Keel // Sex Roles. – 2001. – V. 44. – P. 768-784.
339. Berger M. Psychological Investigation on Humanstructural Dance // Dynamic Psychology. 1988. № 108/109. – P. 128-157.
340. Bruch H. The golden cage. The enigma of anorexia nervosa. Cambridge (Mass.): Harvard univ. Press, 1978. – 150 p.
341. Caplan G. Emotional crises – 111 : The encyclopedia of mental health / G. Caplan. – N. Y., 1963, vol. 2. – P. 521-532.

342. Cash T. F. The development and validation of the Body Image Ideals Questionnaire / T. F. Cash, M. L. Szymanski // *Journal of Personality Assessment*. – 1995. – № 64. – P. 466-477.

343. Clampitt P. G. Managing organizational uncertainty : conceptualization and measurement / P. G. Clampitt, M. L. Williams. [Электронный ресурс]. – Режим доступа :

[http://www.google.com/search?q=cache:GY66GtUryU8J:www.imetacomm.com/othe+rpubs/research/manorguncertain.pdf+1.%09MacDonald+A.+\(1970\).+Revised+scale+f+or+ambiguity+tolerance&hl=uk&ie=UTF-8&inlang=ru](http://www.google.com/search?q=cache:GY66GtUryU8J:www.imetacomm.com/othe+rpubs/research/manorguncertain.pdf+1.%09MacDonald+A.+(1970).+Revised+scale+f+or+ambiguity+tolerance&hl=uk&ie=UTF-8&inlang=ru).

344. *Classic Cases in Neuropsychology Vol. II.* / [edit. Chris Code et al.]. – New York : Psychology Press, 2003. – 279 p.

345. Crandall C. S. Social contagion of binge eating // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 1988. – V. 55. – P. 588-598.

346. Fallon A. E. Sex differences in perceptions of desirable body shape / A. E. Fallon, P. Rozin // *Journal of Abnormal Psychology*. – 1985. – Vol. 94. – P. 102-105.

347. Feingold A. Gender differences in body image are increasing / Feingold A., Mazzella R. // *Psychological Science*. – 1998. – № 9. – P. 190-195.

348. Fisher S. Development and structure of the body image / S. Fisher. – Hillsdale: NJ: Erlbaum, 1986. – 435 p.

349. Fisher S., Cleveland, S. Body image and personality [Text] / S. Fisher, S. Cleveland. – NY., 1958. – 496 p.

350. Forbes G. B. Body Dissatisfaction in Women and Men : The Role of Gender-Typing and Self-Esteem / G. B. Forbes // *Sex Roles*. – 2001. – V. 43. – P. 55-68.

351. Franzoi S. L. Gender differences in the experience of body awareness: an experimental sampling study / S.L. Franzoi, J.J. Kessenich, P.A. Surgrue // *Sex Roles*. – 1989. – V. 21. – № 7-8. – P. 499-515.

352. Furnham A. Sex differences in the preferences for specific female body shapes /A. Furnham, C. Hester, C. Weir // Sex Roles. – 1990. – V. 22. – № 11-12. – P. 743-754.
353. Giannin A. J. Nonverbal communication in moderately obese females. A pilot study / A. J. Giannin, D. J. Folts // Annual Clinical Psychiatri. – 1990. – V. 2. – № 2. – P. 111-113.
354. Grogan S. Body image : Understanding body dissatisfaction in men, women and children / S. Grogan. – London and New York, 1999. – P. 27-36.
355. Gronlund N. E. Sociometric status and sociometric perceptions. – Sociometry, 1955, vol.18, K 2. – P.122-128.
356. Hall J. S., Jones P. M. Elections and civic education: The case of Kids Voting USA //National Civic Review – 1998. – 87(1): – P. 79-84.
357. Handbook of Eating Disorders : Theory, Treatment and Research. Ed. by G. Szmukler, C.Dare, J. Treasure. – London, 1995. – 270 p.
358. Huon G. F. Differences between male and female preferences for female body size / G. F. Huon, S. E. Morris, L. B. Brown // Australian Psychologist. – 1990. – V. 25. – № 3. – P. 314-317.
359. Jourard S. M. Body-cathexis and the ideal female figure / S. M. Jourard, P. F. Secord // Journal of Abnormal and Social Psychology. – 1955. – V. 50. – P. 243-246.
360. Kelly G. A. The psychology of personal construct, Vols. 1& 2. New York: Norton. 1955. – 456 p.
361. Laban R. & Lawrence F.C. Effort: economy of human movement. London: Macdonald & Evans, 1974. – 47 p.
362. Latner, J. D. The diagnostic validity of the criteria for binge eating disorder / J. D. Latner, C. Clyne // Int. J. Eat. Disord. 2008. – Jan. – Vol. 41, № 1. – P. 1-14.

363. Lerner Objective and subjective attractiveness and early adolescent adjustment / R. Lerner, J. Jovanovic // *Journal of Adolescence*. – 1989. – № 12. – P. 225-229.

364. Miller C. T. Social interactions of obese and nonobese women / C. T. Miller, E. D. Rothblum, P. A. Brand, D. H. Felicio // *Journal Personal*. – 1990. – V. 58. – № 2. – P. 365-380.

365. Mukai T. Mothers, peers, and perceived pressure to diet among Japanese adolescent girls / T. Mukai // *Journal of Research in Adolescence*. – 1996. – V. 6. – P. 309-324.

366. Ogden J. Fat chance : The myth of dieting explained / J. Ogden. – London, 1992. – P. 31 – 39.

367. Pennington, B. F., & Ozonoff, S. (1996). Executive functions and developmental psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry*, 37(1), – P. 51-87.

368. Pines D. The relevance of early psychic development to pregnancy and abortion. *Int. J. Psycho- Anal.* 63. 1982.

369. Pretlow R. A. Overweight and obesity in childhood / R. A. Pretlow // *Pediatrics*. – 2008 – Vol.122(2). – P. 476-482.

370. Rosenblum G. D. The relations among body image, physical attractiveness and body mass in adolescence / G. D. Rosenblum, M. Lewis // *Child Development*. – 1999. – № 8 – P. 50-64.

371. Schontz F.C. Body image and its disorders // *Inter. J. of Psychiat. Med.*.- 1974.- V. XVII.

372. Striegel-Moore R. H. Exploring parents' attitudes and behaviors about their children's physical appearance / R. H. Striegel-Moore, A. Kearney-Cooke // *International Journal of Eating Disorders*. – 1995. – Vol. 15. – P. 377-385.

373. Tiggemann M. Body image across the lifespan in adult women : the role of self-objectification / M. Tiggemann, J. Lynch. *Development Psychology*. – 2001. – № 37. – P. 243-253.

374. Turner B. S. The Body and Society: Explorations in Social Theory / B. S. Turner. London-Thousand Oaks-New Delhi, 2001. – P. 55-64.
375. Wylie R. C The Self-Concept. V.l. Lincoln. 1974. – P. 78-330.157.

Список тілесних якостей, які оцінюються учасниками дослідження за шкалою
задоволеності і суб'єктивної значимості

- | | |
|----------------------|----------------------------|
| 1. Ріст | 17. Колір волосся |
| 2. Довжина шиї | 18. Ширина талії |
| 3. Форма брів | 19. Довжина рук |
| 4. Розмір грудей | 20. Форма бедер |
| 5. Ширина обличчя | 21. Форма очей |
| 6. Форма ніг | 22. Товщина шиї |
| 7. Якість шкіри | 23. Розмір очей |
| 8. Форма зубів | 24. Ширина грудної клітини |
| 9. Величина вух | 25. Довжина ніг |
| 10. Форма губ | 26. Форма рук |
| 11. Ширина плечей | 27. Довжина вії |
| 12. Форма підборіддя | 28. Колір очей |
| 13. Довжина носа | 29. Форма чола |
| 14. Густота волосся | 30. Ширина бедер |
| 15. форма вух | 31. Форма грудей |
| 16. Форма носа | |

Примітка: інтегральна оцінка ширини тіла підраховується на підставі оцінок тілесних параметрів під номерами 5, 11, 18, 22, 24, 30.

Найбільш значущі частини тіла для старшокласника

Назва частин тіла	Значимість %	Неусвідомлюваний ранг		Усвідомлюваний ранг		Різниця рангів	
		середнє	місце	середнє	місце	середнє	місце
Голова	100	1, 45	1	1, 23	2	0, 38	5
Рука	100	4, 2	2	4, 1	5	0, 1	3
Нога	100	5, 71	3	4, 5	7	0, 77	6
Тіло	87	5, 8	4	4, 7	6	1, 1	7
Шия	75	6, 4	6	6, 63	12	0, 03	2
Вуха	71	6, 7	7	7, 9	18	1, 5	9
Ніс	70	7, 7	9	8, 1	16	0	1
Очі	65	8, 4	12	5, 76	4	5, 23	18
Палець	32	9, 4	14	8, 4	13	3, 12	11
Рот	30	9, 9	17	6, 2	8	5, 3	17
Груди	30	8, 4	11	5, 9	11	4, 1	13
Живіт	26	9, 3	13	6, 3	17	3, 2	10
Плечі	23	8, 2	10	4, 9	10	4, 7	12
Стопа	18	10, 1	19	8, 7	19	0, 6	4
Кисть	11, 8	9, 45	16	5, 3	14	3, 1	14
Геніталії	10, 3	9, 4	15	1, 1	3	7, 2	19
Волосся	11	7, 3	8	4, 2	9	1, 3	8
Стегна	10	10, 5	18	5, 4	15	4, 2	15
Обличчя	5	5, 6	5	1, 2	1	5, 8	16

Вербальні посилання соціуму про тіло

Частини тіла	Позитивні висловлювання	Негативні висловлювання
Голова	34	62
Руки	32	58
Ніс	13	31
Очі	19	24
Вуха	11	22
Рот	0	15
Ноги	9	14
Спина	0	9
Шия	7	9
Тіло	14	7
Губи	0	5

Адекватність розмірів образу тіла

Частина тіла	Середня різниця по вибірці
Голова анфас	3, 7
Голова профіль	0
Ширина плечей	1, 9
Груди	4, 7
Талія анфас	6, 4
Талія профіль	4, 1
Бедра анфас	3, 7
Бедра профіль	4, 3
Довжина руки	1, 9
Довжина ноги	12, 6

Кореляційна залежність самоставлення особистості і частин образу тіла

Частини образу тіла		Самоставлення											
		S	I	II	III	IV	1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Обличчя	У Я В Л Е Н Н Я Р А Н Ж У В А Н Н Я						0,6						
Стопа					-0,3							-0,3	
Тіло			-0,1						-0,2				-0,2
Живіт								0,3					
Палець										-0,3			-0,2
Ніс												-0,2	
Очі					-0,2						-0,2		
Геніталії						0,4							
Волосся						-0,5							
Груди		-0,2			-0,2		-0,3	-0,2					
Обличчя						0,9	0,8						
Стопа		-0,4	-0,3		-0,3		-0,3		-0,3				-0,3
Палець					-0,2			-0,2					
Рот		-0,2			-0,4			-0,3		-0,2			
Очі											-0,2		
Голова										-0,1			

Кореляційна залежність значущості частин образу тіла з особистісними
якостями досліджуваних

Частини образу тіла	Неусвідомлюване ранжування	Усвідомлюване ранжування
1	2	3
Голова	Фактор F (безпечність- зклопотаність) ($r=0, 28$); Фактор III (ніжність – суворість) ($r=0, 5$); Авторитарний тип відносин ($r=0, 35$); Підпорядкований тип відносин ($r=0, 3$); Інтернальність у сфері здоров'я ($r=0, 29$);	Товариський тип відносин ($r=0, 3$)
Тіло	Егоїстичний тип відносин ($r=0, 37$) Залежний тип відносин ($r=0, 35$); Інтернальність у сфері здоров'я ($r=0, 36$)	Інтернальність у сфері виробничих відносин ($r=0, 35$);
Обличчя	Агресивний тип відносин ($r=0, 94$); Підозрілий тип відносин ($r=0, 96$); Підпорядкований тип відносин ($r=0, 8$); Інтернальність загальна ($r=0, 79$)	
Очі	Фактор D (неспокій – врівноваженість) ($r=0, 39$); Фактор F (безтурботність – зклопотаність) ($r=0, 5$); Фактор G (сила - слабкість Над-Я» ($r=0, 4$); Фактор H (сміливість - боязкість) ($r=0, 5$); Фактор O (почуття провини – самовпевненість) ($r=0, 42$);	Фактор G 9сила - слабкість «над-Я» ($r=-0, 46$); Фактор B (розумний – нерозумний) ($r=0, 39$); Підозрілий тип відносин ($r=0, 36$); Альтруїстичний тип відносин ($r=-0, 4$).

Продовж. додатку Ж

Частини образу тіла	Неусвідомлюване ранжування	Усвідомлюване ранжування
	Фактор Q4 (напруженість – розслабленість) ($r=0, 6$); Інтернальність загальна ($r=-0, 4$)	
Ніс	Залежний тип відносин ($r=0, 6$)	Фактор Н (сміливість – боязкість) ($r=-0, 4$); Фактор F (безтурботність – заклопотаність) ($r=-0, 6$); Фактор Q4 (напруженість – розслабленість) ($r=0, 52$); Альтруїстичний тип відносин ($r=0, 49$)
Рот	Фактор Н (сміливість – боязкість) ($r=-0, 5$); Фактор F (безпечність – заклопотаність) ($r=-0, 42$); Альтруїстичний тип відносин ($r=-0, 45$); Інтернальність загальна ($r=-0, 48$)	Фактор А (сердечність, доброта – відособленість, відчуженість) ($r=-0, 6$); Фактор Н (сміливість – боязкість) ($r=-0, 7$); Фактор F (безтурботність – заклопотаність) ($r=-0, 47$); Залежний тип відносин ($r=0, 4$); Інтернальність загальна ($r=-0, 6$)
Вуха	Фактор F (безпечність – заклопотаність) ($r=0, 37$); Фактор Q2 (самодостатність – соціабельність) ($r=-0, 38$); Фактор Q4 (напруженість – розслабленість) ($r=0, 48$); Підозрілий тип відносин ($r=0, 49$);	Фактор Н (сміливість – боязкість) ($r=-0, 38$); Фактор В (розумний – нерозумний) ($r=-0, 42$); Авторитарний тип відносин ($r=-0, 36$); Інтернальність загальна ($r=-0, 39$)

Продовж. додатку Ж

Частини образу тіла	Неусвідомлюване ранжування	Усвідомлюване ранжування
	Підпорядкований тип відносин ($r=0,46$); Залежний тип відносин ($r=-0,47$)	
Шия		Фактор А (сердечність, доброта – відособленість, відчуженість) ($r=0,46$); Фактор В (розумний – не розумний) ($r=-0,42$); Егоїстичний тип відносин ($r=0,39$); Альтруїстичний тип відносин ($r=-0,37$);
Плечі	Товариський тип відносин ($r=-0,5$); Альтруїстичний тип відносин ($r=-0,56$)	
Кисті рук	Фактор D (заклопотаність – врівноваженість) ($r=-0,72$); Інтернальність у сфері досягнень ($r=0,65$); Інтернальність у сфері міжособистісних взаємин ($r=0,59$)	Фактор В (розумний – не розумний) ($r=-0,62$); Фактор Е (наполегливість – покора, залежність) ($r=0,8$); Агресивний тип відносин ($r=0,69$); Альтруїстичний тип відносин ($r=0,75$); Інтернальність у сфері виробничих відносин ($r=0,77$); Інтернальність у сфері досягнень ($r=0,8$); Тривога ($r=0,59$)
Палець		Інтернальність загальна ($r=0,7$)

Продовж. додатку Ж

Частини образу тіла	Неусвідомлюване ранжування	Усвідомлюване ранжування
Груди	Фактор В (розумний-нерозумний) ($r=-0,46$) Фактор Е (наполегливість – покора, залежність) ($r=0,6$) Авторитарний тип відносин ($r=0,49$) Егоїстичний тип відносин ($r=0,47$) Інтернальність загальна ($r=0,48$)	Фактор О (почуття провини – самовпевненість) ($r=0,49$); Фактор Q4 (напруженість – розслабленість) ($r=0,46$)
Живіт	Фактор А (сердечність, доброта – відокремленість, відчуженість) ($r=0,49$) Фактор І (ніжність – суворість) ($r=0,48$) Фактор J (обережний індивідуалізм – інтерес до участі у суспільних справах) ($r=0,49$) Інтернальність загальна ($r=0,47$)	Фактор Q4 (напруженість – розслабленість) ($r=0,48$)
Стопа	Фактор І (ніжність – суворість) ($r=0,59$) Інтернальність у сфері виробничих відносин ($r=0,55$)	Інтернальність у сфері здоров'я ($r=-0,7$)
Волосся		Фактор В (розумний – нерозумний) ($r=-0,8$)
Геніталії	Фактор А (доброта – відособленість, відчуженість) ($r=0,7$); Інтернальність у сфері виробничих відносин ($r=0,64$)	Інтернальність у сфері виробничих відносин ($r=0,65$)

Психологічний портрет підлітка з позитивним і негативним образом тіла

I тип	II тип
Домінантні	Невпевнені в собі
Енергійні	Пасивні
Впевнені у собі	Принижують свої достоїнства
Позитивна самооцінка	Надто критичні до недоліків
Вважають себе популярними серед однолітків	Вважають себе непопулярними серед однолітків
Схильні переоцінювати свої можливості	Тривожні
Задоволені собою	Емоційно неврівноважені
Самостійні	Агресивні
Незалежні	Менш комунікабельні
Вперті	Більш конформні
Наполегливі	Схильні до неформальної поведінки
Прямолінійні	Низький самоконтроль
Локус контролю – інтернальний	Висока напруженість
Менш конформні	Інтроверти
Більш комунікабельні	Локус контролю – екстернальний
Екстраверти	Схильні до рефлексії
Орієнтовані на себе та інших	Висока мотивація уникнення поразки
Схильні до суперництва	Низька мотивація досягнення
Високий самоконтроль	Конфліктні
Рішучі	Малюють з сильним і змінним натиском
Конур образу тіла замкнутий	Контур тіла розімкнутий
	Проявляють підвищену цікавість до

Продовж. додатку 3

І тип	ІІ тип
Приділяють менше уваги функціям внутрішніх органів Уважні до своєї зовнішності Чітко усвідомлюють кордони свого тіла Гнучкі у контактах Доброзичливі Позитивно оцінюють інших людей Образ тіла чіткий і цілісний Добре розвинута емпатія Готові до співробітництва Високий рівень само прийняття Високий рівень адаптації Врівноважені Кмітливі Експресивні Щирі у міжособистісних відносинах Тактичні Егоїстичні Діють згідно з інтуїцією Самодостатні Лідери	функцій окремих органів Підвищена чутливість до впливу середовища Установки конформні Підвищено недовірливі Самокритичні Інертні у прийнятті рішень Підозріло ставляться до оточуючих людей Недовірливі Кордони тіла розпливчасті Потайні Відособлені Низький рівень само прийняття Низький або середній рівень адаптації Вразливі Легко розстроюються Швидко втомлюються Заклопотані Очікують на невдачу Непостійні Дратівливі Егоцентричні Скептичні Залежать від групи

Перелік тілесних зон, які враховуються під час підрахунку показника повноти опису зовнішності (за О. Бодальовим).

- | | |
|------------|----------------|
| 1. Зріст | 14. Зуби |
| 2. Волосся | 15. Підборіддя |
| 3. Шкіра | 16. Шия |
| 4. Вуха | 17. Руки |
| 5. Обличчя | 18. Пальці |
| 6. Чоло | 19. Фігура |
| 7. Очі | 20. Плечі |
| 8. Брови | 21. Груді |
| 9. Вії | 22. Талія |
| 10. Ніс | 23. Стегна |
| 11.Щоки | 24. Ноги |
| 12.Рот | 25. Ступні |
| 13.Губи | |

Примітка: інтегральна оцінка ширини тіла підраховується на основі оцінок тілесних параметрів під номерами 5, 11, 18, 22, 24, 30.

Перелік тілесних якостей, що оцінюються особою за шкалою
задоволеності і суб'єктивної значимості

- | | |
|----------------------|----------------------------|
| 1. Зріст | 17. Колір волосся |
| 2. Довжина шиї | 18. Ширина талії |
| 3. Форма брів | 19. Довжина рук |
| 4. Розмір грудей | 20. Форма стегон |
| 5. Ширина обличчя | 21. Форма очей |
| 6. Форма ніг | 22. Товщина шиї |
| 7. Якість шкіри | 23. Розмір очей |
| 8. Форму зубів | 24. Ширина грудної клітини |
| 9. Величина вух | 25. Довжина ніг |
| 10. Форма губ | 26. Форма рук |
| 11. Ширина плечей | 27. Довжина вії |
| 12. Форма підборіддя | 28. Колір очей |
| 13. Довжина носа | 29. Форма чола |
| 14. Густота волосся | 30. Ширина стегон |
| 15. Форма вух | 31. Форма грудей |
| 16. Форма носа | |

Примітка: під час більш детального опису якості під номерами 5 та 19 як самостійні одиниці не враховуються.

Експериментальна група	Кількість когнітивних суджень	Кількість афективних суджень	Повнота опису
Здорові	11, 6+-5,5	1,7+-1,1	7,6+-5,7
Хворі на нервову анорексію	5,0+-2,3	4,4+-1,4	4,0+-2,8
Хворі на ожиріння	4,3+-1,2	3,5+-2,0	4,7+-4,3

Особливості сприйняття власної зовнішності в експериментальних групах

	малюнок людини (бали)	самооцінка зовнішності			величина викривлення	
		к-ть когнітивних суджень	к-ть афективних суджень	повнота опису	переоцінка	недо оцінка
контрольна група	2,0+/-0,5	6,0+/-1,1	1,7+/-1,2	4,3+/-1,0	14,2+/-3,6	13,2+/-5,4
нервова анорексія	1,2+/-0,4	1,9+/-1,0	5,6+/-1,8	1,2+/-0,6	26,0+/-11,4	22,4+/-5,1
ожиріння	1,3+/-0,3	4,0+/-0,5	4,7+/-1,9	3,8+/-0,1	36,0+/-16,8	33,5+/-16,9