

УДК 159.9

Психологические особенности отношения к трансформации Я-физического образа у клиентов эстетической и ампутиционной хирургии

Труфанова Светлана Ивановна

Аспирант,

Академия психологии и педагогики Южного федерального университета,

344038, Российская Федерация, Ростов-на-Дону, пр. М. Нагибина, 13;

e-mail: rgupsyf@inbox.ru

Аннотация

В статье раскрываются психологические особенности отношения к трансформации Я-физического образа у клиентов эстетической и ампутиционной хирургии. Представлены результаты по разработанному автором опроснику, состоящему из пятиблоков-манифестаций, позволяющих исследовать когнитивный, эмоционально-ценностный и поведенческий конструкт отношения к физическому Я, представлены результаты по методикам: LifeStyleIndex (LSI) Р. Плутчика, Х. Келлермана; тесту жизнестойкости С. Мадди, в адаптации Д.А. Леонтьева; методике «Поведение в стрессовых ситуациях» Д. Амирхана; методике «САН»; тесту самоотношения С.Р. Панталева, «Шкале психологического благополучия» К. Риффа. Приведены статистически достоверные отличия в отношении к трансформации физического образа Я у респондентов эстетической и ампутиционной хирургии. В качестве объекта исследования принимали участие 60 мужчин и женщин, 30 человек – респонденты эстетической хирургии, 30 человек – респонденты ампутиционной хирургии.

Для цитирования в научных исследованиях

Труфанова С.И. Психологические особенности отношения к трансформации Я-физического образа у клиентов эстетической и ампутиционной хирургии // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2016. Том 5. № 6А. С. 255-267.

Ключевые слова

Я-физическое, ампутиционная хирургия, эстетическая хирургия, трансформация, отношение, манифестация.

Введение

В исследовании физического Я-образа современная психологическая наука выделяет три основных подхода. Первый подход заключается в рассмотрении образа тела как результата работы отдельных нейронных систем, то есть речь идет о «схеме тела», которая является очень гибкой и регулируется на основе собственных ощущений каждым отдельно взятым индивидом [Соколова, 2000, 406]. Понятие схемы тела очень важно для представления о том, как осознаются двигательные акты или бессознательно формируются позы тела [Зинченко, 2005, 700].

Относительно второго подхода, физическое Я функционирует как образ, как продукт отражения индивидуальной, субъективной картины мира. Этот образ входит в сознание человека на протяжении всей жизни через отраженные оценки внешности значимыми другими и незначимыми окружающими [Рван, 2004, 155; Колядин, 2005, 22; Abbott, 2011, 333; Kohn, 1992, 156].

Третий подход на сегодняшний день является наиболее распространенным и современным, он заключается в единстве восприятия, установок, представлений, оценок внешности тела и функций, которые это тело призвано выполнять. Д.А. Леонтьев так определяет физическое Я: «Это переживание своего тела как воплощения Я, переживание физических дефектов, сознание здоровья или болезни» [Леонтьев, 1993, 13; Леонтьев, 2005, 32].

Образ физического Я включает в себя и представление о своем теле, его особенностях, и представление о границах своего тела, представление об отдельных частях своего тела и их качестве, отношение к своей внешности, а также самоотношение к телу, которое лежит в основе собственной идентичности [Азаренко, 2007, 4; Вассерман, 2005, 33; Сахарова, 2007, 700; Mciza, 2005, 509].

На фоне актуальности темы Я-физическое важным представляется вопрос изучения психологического отношения к своему физическому образу Я у людей в ампутационной и косметической хирургии. Традицией современного цивилизованного общества сегодня стал обязательный уход и коррекция своей внешней привлекательности [Дорожевец, Соколова, 1991, 71; Жилиев, Полянина, 2010, 126; Слостенина, 2007, 45]. Однако особое место в этой линейке занимают пациенты эстетической и ампутационной хирургии. Трансформация физического образа Я у людей, подвергающихся хирургическому воздействию, часто вызывает непредсказуемые психологические последствия, поскольку отношения к своему физическому образу, после его изменения, может опираться на многие факторы как внешнего, так и внутреннего содержания. Так у большинства пациентов эстетической хирургии выражена мотивация получить улучшенную версию собственного физического образа. Но совершенно непредсказуема ситуация восприятия своего телесного образа у тех респондентов эстетической или ампутационной хирургии, которые вынуждены пойти на крайнюю меру – изменение или лишение частей тела с целью сохранения здоровья. Трансформация

восприятия собственного Я-физического, фантомные боли, депрессии, а часто и потеря смысла жизни для людей, которые теперь не могут выполнять привычную и любимую работу, делают изучение данного аспекта актуальным и практически значимым [Белоусов, 1998, 78; Гасанов 2007, 10]. В доступной психологической и медицинской литературе нами встречено работ, посвященных изучению предикторов качественного прогноза отдаленных результатов ампутационной операции.

Цели, задачи, методики, гипотезы

Целью нашей работы стало изучение психологических особенностей респондентов эстетической и ампутационной хирургии в связи с трансформацией физического образа Я. Мы предполагаем, что выявление психологических закономерностей, а также их взаимосвязей с личностными характеристиками респондентов дадут нам возможность разработать эффективную программу их реабилитации и адаптации даже в самых сложных случаях. Поэтому задачами исследования стали: изучение когнитивного, эмоционально-ценностного и поведенческого компонентов у клиентов ампутационной и пластической хирургии; изучение механизмов психологической защиты клиентов ампутационной и пластической хирургии; изучение жизнестойкости респондентов ампутационной и пластической хирургии.

Объектом исследования стали мужчины и женщины в количестве 60 человек, из них 30 человек – респонденты эстетической хирургии, 30 человек – респонденты ампутационной хирургии.

На основе проведенного теоретического анализа традиционных научных методов изучения человеческой телесности, к которым относится общее осмысление общепсихологических методов, восхождение от общего к конкретному, анализ и синтез. Составляющие исследования рассматриваются с точки зрения деятельностного подхода и динамичного развития. В отечественной и зарубежной психологической литературе известны способы и методы исследования образа телесности: это и объективные тесты, аппаратные методики; стандартизированные самоотчеты; проективные методики; диалогические методы [Бурлачук, 2014, 57; Столин, 1983, 200; Фрейд, 1993, 33]. Мы постарались подобрать в качестве диагностического инструментария все из вышеперечисленных методик для более гармоничного изучения Я-физического у респондентов, перенесших хирургическое вмешательство ампутационного и эстетического характера.

Методиками исследования стали: Методика LifeStyleIndex (LSI) Р. Плутчик, Х. Келлерман; Тест жизнестойкости С. Мадди, адаптация Д.А. Леонтьева, методика САН, методика психологического благополучия К. Рифф, методика «МИС» С.Р. Панталева, методика «Индикатор стратегий преодоления стресса» Д. Амирхана .

Кроме того, мы разработали специальный опросник для получения первичной информации у клиентов ампутационной и пластической хирургии о некоторых представлениях,

касающихся своего тела. Опросник оформлен в виде набора шкальных вопросов, логически связанных с центральной задачей исследования. Целью создания мы видели получение примерных данных о конструкте трансформированного представления о Я-физическом и его компонентах. При разработке опросника мы опирались на основные психодиагностические постулаты составления решетки (матрицы), в которой по горизонтали располагаются теоретические области, а по вертикали – манифестации «... или пути, по которым содержательные области могут проявляться...» [Бурлачук, 2014, 87]. Под манифестациями (от лат. *manifestatio* – обнаружение – проявление) понимается проявление, изъяснение чего-либо, в нашем случае – проявление конструкта в определенном контексте [там же, 88]. Каждой манифестации в нашей матрице приписывается 20% вес. Всего 5 манифестаций, и, следовательно, в целом процентный вес всех содержательных областей (по горизонтали) и всех манифестаций (по вертикали) составляет 100%. Каждая манифестация (или каждый блок) содержит по 9 вопросов. В каждом блоке утверждения сгруппированы в соответствие стремя структурными компонентами, выделенными теоретически: когнитивный; эмоционально-ценностный (аффективный); поведенческий (конативный). Когнитивный компонент характеризует содержание представлений о себе; эмоционально-ценностный (аффективный) отражает отношение к себе в целом или к отдельным сторонам своей личности, деятельности и проявляется в системе самооценок; поведенческий (конативный) характеризует проявления первых двух в поведении. Первый блок манифестаций называется «Границы и функции тела»; второй блок – «Субъективная удовлетворенность телом, собой, жизнью, самочувствие»; третий блок – «Отношение к своему телу (внимание, интерес)»; четвертый блок – «Отношение к трансформации тела»; пятый блок – «Образ своего тела». Качественная обработка результатов предполагала анализ ответов респондентов по каждому блоку с позиций когнитивного; эмоционально-ценностного (аффективного) и поведенческого (конативного) компонентов изучаемого конструкта. Исходя из правил построения данного опросника, первоначально предполагалось произвести статистический подсчет утверждений всех респондентов, взятых по каждому из пяти блоков, соответственно компоненту конструкта (когнитивному, эмоционально-ценностному, поведенческому), которые затем будут представлены в отдельных таблицах. Количественный анализ проводился на основе сравнения с ключом анкеты, в котором 1 балл соответствует ответу «Не верно», 2 балла – «скорее нет, чем да», 3 балла – «затрудняюсь ответить», 4 балла – «скорее да, чем нет», 5 баллов – «верно». Качественный анализ ответов респондентов производился исходя из средних показателей по каждому компоненту, а затем делался сравнительный анализ двух групп выборки.

Результаты исследования

В результате исследования соотношения эмоционально-оценочного, поведенческого и когнитивного блоку респондентов эстетической и ампутационной хирургии, мы пришли

к выводу, что в обеих группах доминирует четвертый блок «Отношение к телу», что является ожидаемым результатом, поскольку речь идет о прямой трансформации тела в результате хирургического вмешательства. У респондентов эстетической хирургии он выражен 18% из 20% возможных, а у респондентов ампутационной хирургии – 17%. При этом у респондентов эстетической хирургии доминирует когнитивный компонент (50%) – представление о теле после трансформации и поведенческий компонент (30%), а эмоционально-оценочный компонент представлен 20%. У респондентов ампутационной хирургии, напротив, наиболее выраженным оказался эмоционально-оценочный компонент (48%), затем когнитивный компонент (30%) и поведенческий компонент отношения к телу (22%). Мы можем говорить о том, что для респондентов эстетической хирургии важен когнитивный компонент принятия своего нового физического облика, а для респондентов ампутационной хирургии – эмоционально-оценочный компонент.

В результате исследования индекса жизненного стиля, мы пришли к выводу, что респондентам в обеих группах в большей степени свойственны незрелые проекции, такие как «регресс», «компенсация», «замещение». Респонденты реагируют на фрустрирующую ситуацию, пытаясь неосознанно обратиться к более ранним, простым формам поведения. Часто они пытаются преуспеть в других областях деятельности или перенести фокус своего внимания на другие объекты в случае, если не удастся добиться желаемого результата, часто трансформируют внутренние импульсы в субъективно понимаемую противоположность, например, жалость – в бессознательную черствость, заботливость – в эмоциональное безразличие. Респонденты склонны к фантазированию и импульсивным незрелым действиям с низким самоконтролем (Рисунок 1).

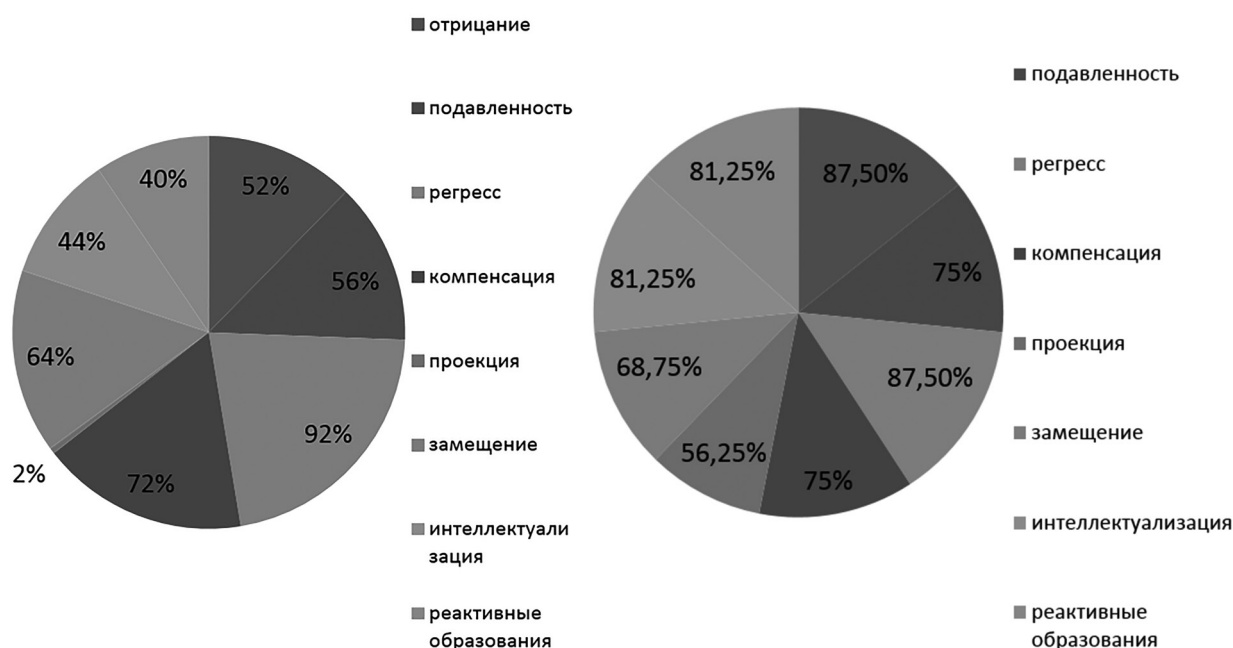


Рисунок 1. Индекс жизненного стиля у респондентов эстетической (слева) и ампутационной (справа) хирургии

В то же время есть и отличия. У респондентов ампутационной хирургии наиболее всего выражены такие защитные механизмы как «отрицание», «интеллектуализация», «подавление» и «проекция». Им в большей степени, чем респондентам эстетической хирургии, свойственно прибегать к высоким, зрелым защитам, таким как «интеллектуализация», пытаясь объяснить свои или чужие «неблаговидные», с точки зрения социального окружения, поступки рациональным способом. Респонденты ампутационной хирургии чаще осознанно подавляют естественные импульсы, им свойственно отрицание своих инстинктов, а иногда и своих частей личности или физических характеристик. Такой жизненный индекс как «проекция» свойственен только респондентам ампутационной хирургии (Таблица 1).

Таблица 1. Ранжирование индексов жизненного стиля по процентному соотношению респондентов эстетической и ампутационной хирургии

	Респонденты эстетической хирургии		Респонденты ампутационной хирургии
Регресс	92%	Регресс	87,50%
Компенсация	72%	Отрицание	87,50%
Замещение	64%	Интеллектуализация	81,25%
подавление	56%	Компенсация	75%
Отрицание	52%	Замещение	75%
Интеллектуализация	0,44%	Подавление	75%
Проекция	0%	Проекция	56,25%

По показателям уровня жизнестойкости общая оценка одинаково высоко выражена средним уровнем, как в группе эстетической хирургии, так и в группе ампутационной хирургии, что свидетельствует о достаточных ресурсах жизнестойкости, наличия копинг-стратегий и стрессоустойчивости у респондентов обеих групп. Средний уровень жизнестойкости достигается за счет показателей «вовлеченность» и «контроль». Однако наблюдаются и существенные отличия. Респонденты эстетической хирургии имеют наиболее высокий уровень принятия риска. В отличие от респондентов ампутационной хирургии, они убеждены, что все, что с ними случается, способствует их развитию за счет тех знаний и опыта, которые приобретаются независимо от того, позитивный это был опыт или негативный. 60% респондентов готовы действовать даже при отсутствии надежных гарантий успеха, на свой страх и риск. Респонденты ампутационной хирургии не склонны к риску или должны принимать его постольку, поскольку обстоятельства диктуют им этот выход (Рисунок 2).

По результатам методики «САН» мы увидели, что нормативное сочетание показателей самочувствия, активности и настроения, обеспечивающее адекватное функциональное состояние, в большей мере свойственно респондентам ампутационной хирургии (81%) и не свойственно респондентам эстетической хирургии (16%). Дисгармоничное сочетание настроения, активности и самочувствия характерно респондентам эстетической хирургии (44%) и практически отсутствует у респондентов ампутационной хирургии (6%) (Рисунок 3).

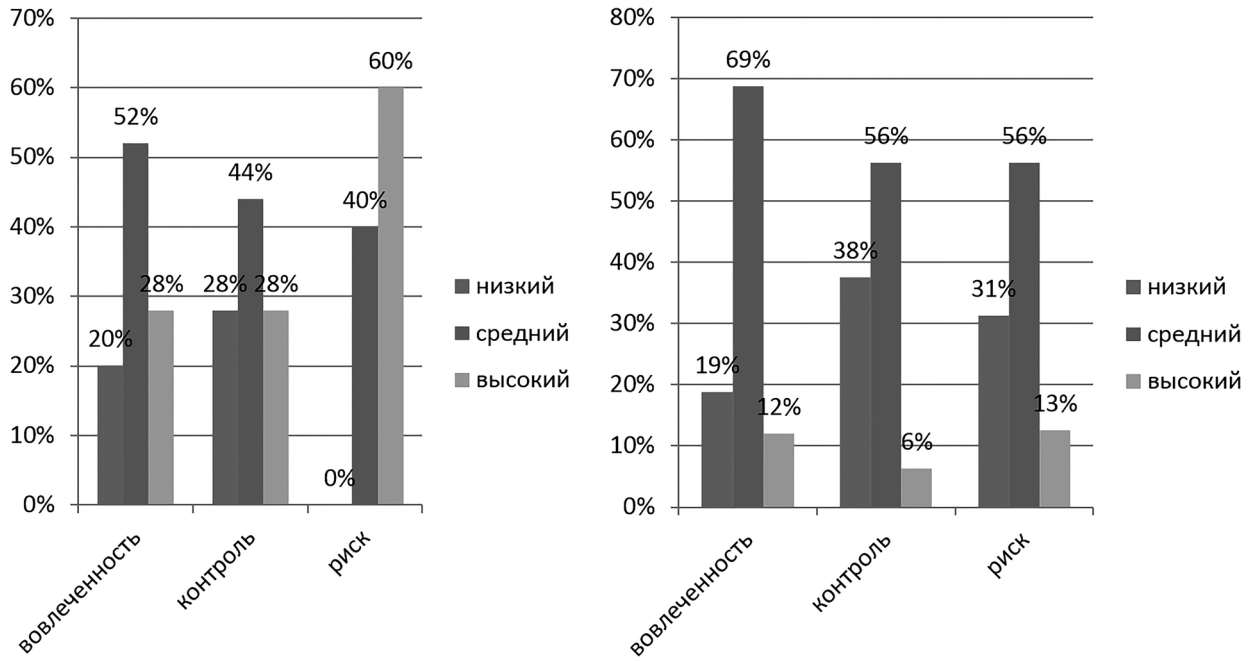


Рисунок 2. Выраженность компонентов жизнестойкости у респондентов эстетической (слева) и ампутационной (справа) хирургии

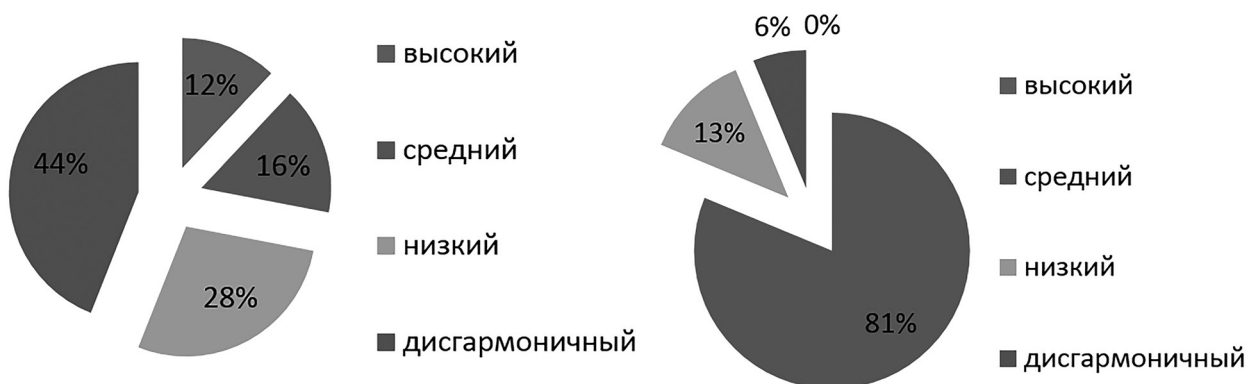


Рисунок 3. Выраженность сочетания между показателями САН в группе респондентов эстетической (слева) и ампутационной (справа) хирургии.

Респонденты эстетической хирургии функционально более дисгармоничны и имеют выраженный процент низкого сочетания активности, настроения и самочувствия, что обуславливает высокое эмоциональное истощение, снижение ресурсных поступлений. Респонденты ампутационной хирургии более стабильны в функциональном плане, у них практически отсутствуют дисгармоничные сочетания САН, а низкое нефункциональное состояние выражено лишь в 13% случаев. Такие показатели обеспечивают активизацию ресурсов для преодоления кризисных состояний после вынужденной трансформации тела и привлечение копинг-стратегий для принятия нового физического образа.

По методике «Индикатор стратегий преодоления стресса» Д. Амирханамы выявили, что в обеих группах испытуемых респондентов преобладают смешанные стратегии разрешения стрессовой ситуации (по 56%). Большинство испытуемых в равной степени прибегает и

к стратегии разрешений ситуации, и к поиску социальной поддержки, и к избеганию конфликта. На втором месте находится стратегия «Разрешение ситуации»: в группе респондентов эстетической хирургии – 28%, в группе респондентов ампутационной хирургии – 38%. На третьем месте находится стратегия «Поиск социальной поддержки»: в первой группе она выражена у 16%, а во второй у 6% респондентов. Самой непопулярной стратегией в обеих группах является «Избегание конфликта, уклонение от решения проблемы»: в обеих группах эта стратегия не выражена (0%) (Рисунок 4).

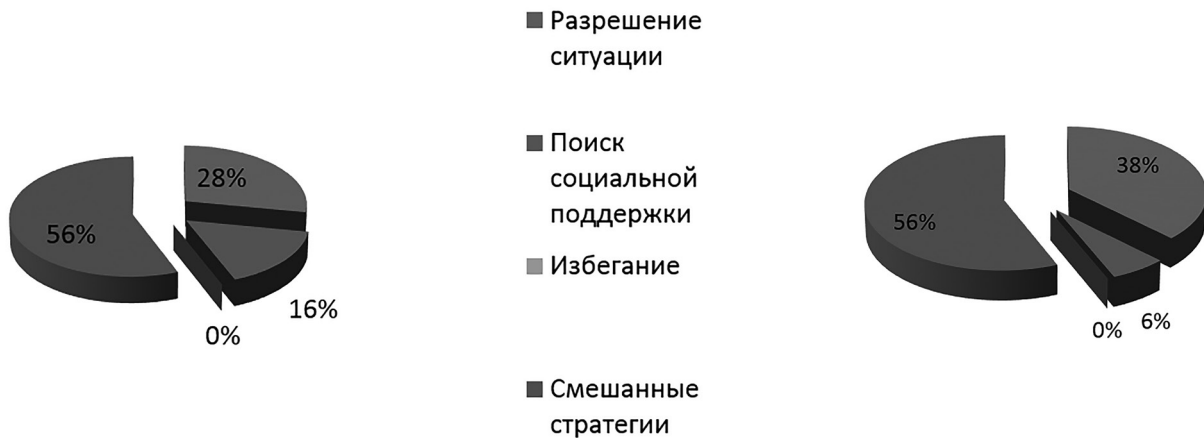


Рисунок 4. Выраженность доминирующей стресс-совладающей стратегии в группах респондентов эстетической (слева) и ампутационной (справа) хирургии

Мы можем рассматривать такой результат как преобладание гибких стратегий в стресс-совладающем поведении у респондентов обеих групп, в зависимости от ситуации и эмоционального состояния. Также можно отметить, что, несмотря на различные причины трансформации Я-физического образа, у респондентов обеих групп достаточно выражена стратегия «Разрешение ситуации», которая предполагает субъектную активность со стороны респондентов. «Поиск социальной поддержки» в обеих группах показан как неэффективная стратегия, и непопулярной является «Избегание», уклонение от решения проблемы в преодолении стрессовых ситуаций, связанных с трансформацией тела.

По результатам статистического анализа, проведенного методом Вилкоксона для двух независимых групп, мы пришли к выводу, что есть достоверные отличия между испытуемыми респондентами.

Существенные и достоверные отличия были выявлены при исследовании уровня жизнестойкости по показателю «риск» – у респондентов эстетической хирургии он существенно выше, чем у респондентов ампутационной хирургии ($W = 109.5$, $p\text{-value} = 0.016$).

Относительно выраженности защитных механизмов по показателям методики «индекс жизненного стиля» мы видим, что респонденты ампутационной хирургии демонстрируют более высокий уровень «интеллектуализации» ($W = 309.5$, $p\text{-value} = 0.003381$), они более склонны к отрицанию как защитному механизму, чем респонденты эстетической хирургии, хотя в обеих

группах эти показатели существенно выражены ($W = 299$, $p\text{-value} = 0.008063$), также значительно выше у респондентов ампутационной хирургии защитные механизмы: «подавление» ($W = 322.5$, $p\text{-value} = 0.001023$); «проекция» ($W = 285$, $p\text{-value} = 0.02297$); реактивные образования ($W = 335$, $p\text{-value} = 0.0002723$), что подтверждает проведенный нами ранее анализ.

По методике «МИС» С.Р. Панталеева также есть достоверные различия между группами испытуемых респондентов. Так по показателю «конфликтность» выделяется группа респондентов ампутационной хирургии ($W = 297$, $p\text{-value} = 0.00904$), «открытость» не намного, но достоверно выше у респондентов ампутационной хирургии ($W = 278.5$, $p\text{-value} = 0.03108$), также эта группа имеет более высокие показатели по «самообвинению» ($W = 310$, $p\text{-value} = 0.002796$) и «самопривязанности» ($W = 327.5$, $p\text{-value} = 0.0005059$). Эти данные свидетельствуют о том, что группа респондентов ампутационной хирургии более эмоционально-оценочно относится к себе и своему физическому образу, а респонденты эстетической хирургии воспринимают происходящие трансформации более рационально, через когнитивный и поведенческий компоненты.

По показателям психологического благополучия лучше чувствуют себя респонденты эстетической хирургии ($W = 122$, $p\text{-value} = 0.03615$), они же в большей степени связывают трансформацию своего физического облика с личностным ростом ($W = 69.5$, $p\text{-value} = 0.0004509$).

Показатель настроения существенно выше у респондентов эстетической хирургии ($W = 107.5$, $p\text{-value} = 0.01354$), и самочувствие при одинаково низких баллах в обеих группах, все-таки достоверно выше у респондентов эстетической хирургии ($W = 81.5$, $p\text{-value} = 0.001542$). Этот показатель несоответствия высокого настроения и низкого самочувствия подтверждает высокую дисгармоничность функционального состояния у респондентов эстетической хирургии по сравнению с ампутационными респондентами.

Выводы

В результате эмпирического изучения особенностей клиентов эстетической и ампутационной хирургии в отношении к трансформации собственной телесности, мы пришли к пониманию некоторых закономерностей:

1. У респондентов эстетической хирургии более выражено рациональное отношение к трансформации своего тела, а у респондентов ампутационной хирургии – в большей мере эмоционально-оценочное, что указывает на возможность восприятия трансформации тела в первой группе респондентов как средство к достижению цели, а для респондентов второй группы – это эмоционально значимый компонент самопрезентации и самопринятия.

2. Индекс жизненного стиля отличается у респондентов эстетической и ампутационной хирургии. У респондентов ампутационной хирургии наиболее выражены такие защитные механизмы как «отрицание», «интеллектуализация», «подавление» и «проекция». Им в

большой степени, чем респондентам эстетической хирургии, свойственно прибегать к высоким, зрелым защитам, таким как «интеллектуализация», пытаясь объяснить свои или чужие «неблаговидные», с точки зрения социального окружения, поступки рациональным способом. Респонденты ампутационной хирургии чаще осознанно подавляют естественные импульсы, им свойственно отрицание своих инстинктов, а иногда и своих частей личности или физических характеристик. Такой жизненный индекс как «проекция» свойственен только респондентам ампутационной хирургии.

3. Общая оценка жизнестойкости одинаково высоко выражена средним уровнем, как в группе эстетической хирургии, так и в группе ампутационной хирургии, однако респонденты эстетической хирургии имеют наиболее высокий уровень принятия риска. Они также демонстрируют более высокий уровень настроения на фоне дисгармоничного функционального состояния, что требует большого количества энергетических затрат, в то время как эмоциональные респонденты ампутационной хирургии имеют больше ресурсов для преодоления трансформации своего тела и принятия себя.

Библиография

1. Азаренко С.А. Сообщество тела. М.: Академический проект, 2007. 239 с.
2. Белоусов А.Е. Пластическая, реконструктивная и эстетическая хирургия. – СПб.: Гиппократ, 1998. 744 с.
3. Бурлачук Л.Ф. Основные этапы конструирования психодиагностического опросника для оценки уровня психологической готовности студентов к экстремальным ситуациям // Вестник АГУ. 2014. № 1 (132). С. 87.
4. Вассерман Л.И. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля. СПб., 2005. 54 с.
5. Гасанов А.Г. Социальные условия и медицинские возможности развития отечественной эстетической хирургии: автореф. дисс. ... канд. мед. Наук. Волгоград, 2007. 22 с.
6. Дорожевец А.Н., Соколова Е.Т. Исследование образа физического Я: некоторые результаты и размышления // Телесность человека: междисциплинарные исследования. 1991. С. 71-74.
7. Жияев А.Г., Полянина М.А. Роль представления о собственной внешности в проблемах самоотношения женщин-студенток // Казанский педагогический журнал. 2010. № 5-6. С. 126-134.
8. Зинченко В.П. Психология телесности между душой и телом. М.: АСТ, 2005. 222 с.
9. Колядин А.П. Подходы к изучению «Я-концепции» в психологической науке // Серия «Гуманитарные науки». 2005. № 1. С. 37-40б.
10. Леонтьев Д.А. Очерки психологии личности. М.: Смысл, 1993. 43 с.

11. Леонтьев Д.А. Тест Жизнестойкости. М.: Смысл, 2005. 63 с.
12. Реан А.А. Психология личности. СПб, 2004. 288 с.
13. Столин В.В. Самосознания личности. М.: МГУ, 1983. 228 с.
14. Соколова Е.Т. «Я» - образ тела // Психология самосознания. 2000. С. 406-422.
15. Сахарова Н.А. Движение как зеркало души // Психология телесности: между душой и телом. М.: АСТ МОСКВА, 2007. С. 700- 15.
16. Слостенина В.В. Социально-психологические характеристики женщин, прибегающих к услугам эстетической хирургии: автореф. дисс. ... канд. психолог. наук. Самара, 2007. 22 с.
17. Фрейд А. Психология «Я» и защитные механизмы. М., 1993. URL: http://www.psychol-ok.ru/lib/freud_a/paizm/paizm_01.html
18. Abbott B.D. Differences in functional and aesthetic body image between sedentary girls and girls involved in sports and physical activity: Does sport type make a difference? // Psychology of Sport and Exercise journal. 2011. № 12. С. 333-342.
19. Mciza Z., (editor) Development and validation of instruments measuring body weight dissatisfaction in South African mothers their daughters // Public Health Nutrition. 2005. № 8(5). P. 509-519.
20. Kohn A. No Contest. The Case against Competition. Boston: Houghton Mifflin, 1992. PP. 257.

Psychological peculiarities of attitude towards the transformation of I-physical image of the clients of aesthetic and amputation surgery

Svetlana I. Trufanova

Postgraduate,
Academy of Psychology and Pedagogy of the Southern Federal University,
344038, 13 M. Nagibina av., Rostov-on-Don, Russian Federation;
e-mail: rgupsyf@inbox.ru

Abstract

The article reveals the psychological features of attitude towards the transformation of I-physical image among the clients of aesthetic and amputation surgery. The results of the questionnaire, developed by the author and consisting of five blocks-manifestations, which allow exploring the cognitive, emotional value and behavioral construct of attitude to the physical I, are presented. The results of the methods: LifeStyleIndex (LSI) by R. Plutchik, H. Kellerman; the test of resilience by S. Muddy in adaptation of D.A. Leontiev; the method of "Behavior in stressful situations" by D. Amirkhan; the method of "SAN"; the test of self-attitude by

S.R. Pantileev, "The scale of psychological well-being" by C. Ryff, are provided. The paper gives the statistically valid differences in relation to the transformation of physical image I among the respondents of aesthetic and amputation surgery. 60 men and women, 30 respondents of aesthetic surgery and 30 respondents of amputation surgery took part in the study as research object.

For citation

Trufanova S.I. (2016) Psikhologicheskie osobennosti otnosheniya k transformatsii Ya-fizicheskogo obraza u klientov esteticheskoi i amputatsionnoi khirurgii [Psychological peculiarities of attitude towards the transformation of I-physical image of the clients of aesthetic and amputation surgery]. *Psikhologiya. Istoriko-kriticheskie obzory i sovremennye issledovaniya* [Psychology. Historical-critical Reviews and Current Researches], 5 (6A), pp. 255-267.

Keywords

I-physical, amputation surgery, cosmetic surgery, transformation, attitude, demonstration.

References

1. Abbott B.D., Barber B.L. (2011) Differences in functional and aesthetic body image between sedentary girls and girls involved in sports and physical activity: Does sport type make a difference? *Psychology of sport and exercise*, 12 (3), pp. 333-342.
2. Azarenko S.A. (2007) *Soobshchestvo tela* [Community of the body]. Moscow: Akademicheskii proekt Publ.
3. Belousov A.E. (1998) *Plasticheskaya, rekonstruktivnaya i esteticheskaya khirurgiya* [Plastic, reconstructive and aesthetic surgery]. St. Petersburg: Gippokrat Publ.
4. Burlachuk L.F. (2014) Osnovnye etapy konstruirovaniya psikhodiagnosticheskogo oprosnika dlya otsenki urovnya psikhologicheskoi gotovnosti studentov k ekstremal'nym situatsiyam [The main stages in the design of psycho-diagnostic questionnaire to assess the level of psychological readiness of students to extreme situations]. *Vestnik AGU* [Bulletin of the Adygeya State University], 1 (132), pp. 87.
5. Dorozhevets A.N., Sokolova E.T. (1991) Issledovanie obraza fizicheskogo Ya: nekotorye rezul'taty i razmyshleniya [The study of the image of the physical I: some results and reflections]. *Telesnost' cheloveka: mezhdistsiplinarnye issledovaniya* [The human body: interdisciplinary study], pp. 71-74.
6. Freud A. (1936) *Ego and the mechanisms of defense*. New York: Indiana University of Pennsylvania. (Russ. ed.: Freid A. (1993) *Psikhologiya "Ya" i zashchitnye mekhanizmy*. Moscow. Available at: http://www.psychol-ok.ru/lib/freud_a/paizm/paizm_01.html [Accessed 6/12/2016].

7. Gasanov A.G. (2007) *Sotsial'nye usloviya i meditsinskie vozmozhnosti razvitiya otechestvennoi esteticheskoi khirurgii: avtoref. diss. ... kand. med. nauk* [Social conditions and health opportunities for the development of the domestic aesthetic surgery. Doct. Diss. Abstract]. Volgograd.
8. Kohn A. (1992) *No contest. The case against competition*. Boston: Houghton Mifflin.
9. Kolyadin A.P. (2005) Podkhody k izucheniyu "Ya-kontseptsii" v psikhologicheskoi nauke [Approaches to the study of "self-concept" in psychological science]. *Seriya "Gumanitarnye nauki"* [Series "Humanities Sciences"], 1, pp. 37-40b.
10. Leont'ev D.A. (1993) *Ocherki psikhologii lichnosti* [Essays on psychology of personality]. Moscow: Smysl Publ.
11. Leont'ev D.A. (2005) *Test Zhiznestoikosti* [Test of Viability]. Moscow: Smysl Publ.
12. Mciza Z. (ed.) (2005) Development and validation of instruments measuring body weight dissatisfaction in South African mothers and their daughters. *Public health nutrition*, 8 (5), pp. 509-519.
13. Rean A.A. (2004) *Psikhologiya lichnosti* [Personality psychology]. St. Petersburg.
14. Sakharova N.A. (2007) Dvizhenie kak zerkalo dushi [Movement as a mirror of the soul]. In: *Psikhologiya telesnosti: mezhdou dushoi i telom* [Psychology of physicality between soul and body]. Moscow: ACT MOSKVA Publ, pp. 700- 15.
15. Slastenina V.V. (2007) *Sotsial'no-psikhologicheskie kharakteristiki zhenshchin, pribegayushchikh k uslugam esteticheskoi khirurgii: avtoref. diss. ... kand. psikholog. nauk* [Socio-psychological characteristics of women who resort to the services of aesthetic surgery. Doct. Diss. Abstract]. Samara.
16. Sokolova E.T. (2000) "Ya" – obraz tela ["I" – image of the body]. In: *Psikhologiya samosoznaniya* [Psychology of self-comprehension], pp. 406-422.
17. Stolin V.V. (1983) *Samosoznaniya lichnosti* [The self-comprehension of the personality]. Moscow: Lomonosov Moscow State University.
18. Vasserman L.I. (2005) *Psikhologicheskaya diagnostika indeksa zhiznennogo stilya* [Psychological diagnosis of the lifestyle index]. St. Petersburg.
19. Zhilyaev A.G., Polyana M.A. (2010) Rol' predstavleniya o sobstvennoi vneshnosti v problemakh samootnosheniya zhenshchin-studentok [The role of ideas about appearance in problems of the self-evaluation of women students]. *Kazanskii pedagogicheskii zhurnal* [Kazan pedagogical journal], 5-6, pp. 126-134.
20. Zinchenko V.P. (2005) *Psikhologiya telesnosti mezhdou dushoi i telom* [Psychology of physicality between soul and body]. Moscow: AST Publ.