



**МАСТЕРА  
ПСИХОЛОГИИ**

**Н. Рамси  
Д. Харкорт**

**ПСИХОЛОГИЯ  
ВНЕШНОСТИ**

 **ПИТЕР**

**Н. Рамси Д. Харкорт**

# **ПСИХОЛОГИЯ ВНЕШНОСТИ**

Перевод с английского под редакцией  
профессора А. П. Федорова



**Москва · Санкт-Петербург · Нижний Новгород · Воронеж  
Ростов-на-Дону · Екатеринбург · Самара · Новосибирск  
Киев · Харьков · Минск**

**2009**

ББК 88 37  
УДК 159 923  
P21

**Рамси Н., Харкорт Д.**

P21 Психология внешности / Пер. с англ. — СПб.: Питер, 2009. — 256 с., ил. — (Серия «Мастера психологии»).

ISBN 978-5-388-00200-6

В уникальной книге известных английских психологов Николы Рамси и Дианы Харкорт изложены ключевые вопросы современной психологии внешности. Книгу отличает подробное и всестороннее рассмотрение психологических проблем, связанных с внешностью, а также описание эффективных способов их решения. Представленные разделы посвящены теоретическим и прикладным аспектам психологии внешности, нормальному и аномальному принятию своей внешности людьми, имеющими видимые отличия разной степени выраженности или испытывающими тревогу и неудовлетворенность своей внешностью.

Издание предназначено для психологов, психотерапевтов, психиатров, пластических хирургов и представителей смежных специальностей, работающих в сфере красоты и здоровья.

ББК 88.37  
УДК 159 923

Права на издание получены по соглашению с Open University Press

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме без письменного разрешения владельцев авторских прав.

ISBN 978 0335 21276 7 (pb) (англ.)  
ISBN 978-5-388-00200-6

© The Authors and Contributors 2005  
© Перевод на русский язык ООО «Питер Пресс», 2009  
© Издание на русском языке, оформление ООО «Питер Пресс», 2009

# Оглавление

<b>Предисловие к русскому изданию</b> .....	<b>9</b>
<b>Предисловие редакторов серии</b> .....	<b>13</b>
<b>Предисловие</b> .....	<b>15</b>
<b>Глава 1. Вопросы внешности: история исследований</b> .....	<b>20</b>
Суждения о красоте и желание быть привлекательным для других людей — в прошлом и настоящем .....	23
Выводы о моральных принципах и личных качествах человека, возникающие из представлений о внешности .....	25
Реакция на видимые отличия .....	28
Первые источники по вопросам психологии внешности .....	32
Суждения, выносимые на основе внешности .....	34
Относительное влияние различных аспектов внешности .....	37
Резюме .....	47
Темы для обсуждения .....	48
Литература для дальнейшего изучения .....	48
<b>Глава 2. Проблемы, связанные с исследованием внешности</b> .....	<b>49</b>
Исходные предположения .....	49
Деликатные аспекты исследования внешности .....	50
Финансирование исследований .....	51
Формирование выборки и набор участников исследований .....	52
Участники исследования как однородная группа .....	56

Контрольные группы, или группы для сравнения . . . . .	57
Выбор времени . . . . .	58
Обстановка . . . . .	59
Методы исследования . . . . .	59
Рандомизированные контролируемые исследования (РКИ) . . . . .	64
Многообразие переменных процесса адаптации . . . . .	65
Теории и модели . . . . .	68
Расширение спектра исследовательских методов . . . . .	78
Распространение результатов исследований . . . . .	83
Вывод . . . . .	83
Резюме . . . . .	83
Темы для обсуждения . . . . .	84
Литература для дальнейшего изучения . . . . .	84

**Глава 3. Проблемы, связанные с внешностью и имиджем,  
у людей без видимых отличий . . . . . 85**

Переживания по поводу внешности . . . . .	85
Вопросы внешности на протяжении жизни человека . . . . .	88
Вывод . . . . .	109
Резюме . . . . .	110
Темы для обсуждения . . . . .	110
Литература для дальнейшего изучения . . . . .	110

**Глава 4. Психологические проблемы, связанные с видимыми  
отличиями . . . . . 111**

Определение физического недостатка . . . . .	111
--	-----

Причины появления видимых отличий .....	111
Какие проблемы связаны с видимыми отличиями? .....	113
Вывод .....	140
Резюме .....	142
Темы для обсуждения .....	142
Литература для дальнейшего изучения .....	142

## **Глава 5. Психологические факторы прогнозирования уязвимости и устойчивости .....**

Альтернатива подходу, ориентированному на патологию .....	143
Устойчивость .....	144
Факторы, усиливающие или ослабляющие дистресс .....	146
Вывод .....	160
Резюме .....	160
Темы для обсуждения .....	161
Литература для дальнейшего чтения .....	161

## **Глава 6. Современные способы лечения и психологической поддержки при обеспокоенности внешностью .....**

Методы поддержки и лечения для населения в целом .....	162
Медицинские и психологические методики для людей с видимыми отличиями .....	168
Недостатки биомедицинского подхода .....	178
Оказание психологической помощи .....	182
Правовая поддержка .....	185
Вывод .....	185
Резюме .....	186

Темы для обсуждения ..... 187

Литература для дальнейшего изучения ..... 187

**Глава 7. Возможные направления оказания психологической помощи и поддержки ..... 188**

Методы, ориентированные на все население ..... 188

Совершенствование поддержки для людей с видимыми отличиями ..... 194

Психологическая поддержка, оказываемая в школах детям с видимыми отличиями ..... 209

Создание комплексной системы лечения ..... 210

Вывод ..... 211

Резюме ..... 212

Темы для обсуждения ..... 213

Литература для дальнейшего изучения ..... 213

**Глава 8. Выводы, проблемы сегодняшнего дня и задачи будущего ..... 214**

Задачи будущего ..... 214

Проблемы сегодняшнего дня ..... 218

Литература для дальнейшего изучения ..... 227

**Литература ..... 228**

## Предисловие к русскому изданию

Внешность — это то, чем обладает каждый человек независимо от пола, возраста, расовой и этнической принадлежности. Это то, что осознанно, а большей частью неосознанно влияет на его восприятие самого себя, других, на его мироощущение. Восприятие человека человеком начинается с восприятия внешности другого. В формировании представлений человека о себе, о своем Я прямое или опосредованное восприятие своего тела и внешности также играют существенную роль. Переживания по поводу внешности являются важнейшим фактором, определяющим становление личности индивида, а в последующем — его функционирование.

Несмотря на важность этой темы, существует значительный пробел в отечественной литературе, посвященной психологическим проблемам внешности. Многие изданные книги касаются только частных, отдельных сторон психологии внешности, имеют прикладной характер и являются скорее популяризаторской литературой.

Достоинством данной книги является всестороннее рассмотрение психологических проблем, связанных с внешностью. Авторам удалось сохранить разумный баланс в представлении разделов, посвященных теоретическим и прикладным аспектам психологии внешности, нормальному и аномальному принятию своей внешности людьми, имеющими видимые отличия разной степени выраженности или только испытывающими тревогу и неудовлетворенность своей внешностью.

Эта книга интересна и тем, что в ней уделяется внимание условиям, механизмам, способствующим поддержанию здоровья, нормальному функционированию. В то же время должное внимание уделяется и патогенезу, условиям и механизмам, приводящим и удерживающим в болезненном состоянии. Такой взвешенный подход позволяет лучше понять пути терапии, в том числе и психотерапии болезненных реакций, связанных с внешностью.

В своей трактовке проблем, связанных с внешностью, авторы придерживаются биопсихосоциальной модели, что позволяет избежать односторонней акцентуации какой-то одной плоскости их рассмотрения. Биопсихосоциальный подход при оказании поддержки и лечения людям, имеющим проблемы по поводу внешности, позволяет уже на диагностическом этапе выделить наиболее нарушенный уровень функционирования и предложить индивидуализированную программу лечения.

Авторы обращают внимание на то, что к настоящему моменту закончился этап накопления данных о переменных, влияющих на адаптацию к внешности, и что без выбора определенной теории или модели невозможно проводить дальнейшие ис-



следования. Ими предлагается прагматическая классификация теорий, описывающих адаптацию к внешности. Это общие теории внешности и телесного образа; модели, ориентированные на определенные заболевания и методы лечения, а также теории, которые больше подходят для исследований в психологии здоровья. Сами авторы склонны придерживаться парадигмы когнитивной психотерапии и ими предлагается концептуальная схема для проведения исследований и лечения людей, имеющих переживания по поводу внешности, основанная на этой модели.

Широта представленного материала от истории изучения внешности, методологических проблем и теорий внешности, рассмотрения психологических проблем, связанных с внешностью у людей, не имеющих и имеющих внешние дефекты, анализа психологических факторов, влияющих на адаптацию к проблемам с внешностью, до описания различных способов решения психологических проблем делает книгу полноценным руководством в данной области.

Книга рассчитана в первую очередь на специалистов: психологов, психиатров и психотерапевтов, занимающихся проблемами, связанными с болезненным восприятием внешности. Она вызовет интерес также и у широкого круга других специалистов, не работающих с психологическими проблемами внешности своих пациентов, но занимающихся вопросами коррекции внешности. Она может пользоваться спросом и у широкого круга читателей, поскольку в ней рассматриваются и вопросы «нормативной» обеспокоенности внешностью.

*А. П. Федоров,*  
доктор медицинских наук,  
профессор кафедры психотерапии  
Санкт-Петербургской медицинской академии  
последипломного образования

Посвящается Алексу и Джеймсу, которые никогда не заставляли меня чувствовать себя виноватой из-за того, что я работающая мама. Большое спасибо, ребята. Вы лучшие.

*Никола Рамси*

Посвящается моим друзьям и семье, которые оказывали мне самую лучшую поддержку именно тогда, когда это было необходимо.

*Диана Харкорт*



## Предисловие редакторов серии

Данная серия книг по психологии здоровья задумана для обеспечения последипломной подготовки специалистов в области психологии, социальной работы, медицины, а также для обучения студентов-старшекурсников, изучающих психологию здоровья. С каждым днем психология здоровья все более выделяется в качестве самостоятельной научной области. Сегодня психология здоровья занимается разработкой психологических теорий и моделей, позволяющих укрепить и поддержать здоровье, а также индивидуальными и межличностными аспектами адаптивного поведения во время болезни и утраты трудоспособности. Эта область психологии открывает широкое поле деятельности и может сыграть важную роль в будущем.

Книга, которую вы держите в руках, — увлекательное и долгожданное дополнение к нашей серии — была создана сотрудниками Центра по исследованию внешности (*Centre of Appearance Research, CAR*) при Университете Западной Англии в Бристоле, Великобритания. Работы этого научного центра принесли ему национальное и международное признание в данной области. Книга построена на результатах серьезных научно-практических исследований, авторы которых получали финансовую поддержку от крупных благотворительных и других организаций. Внешность человека и то, как она воспринимается и интерпретируется им самим и другими людьми под влиянием культурных стандартов, — один из основных вопросов здоровья и благополучия человека на протяжении всей жизни; однако в прошлом эту тему не считали подходящей для изучения. Изменения внешности могут быть обусловлены генетическими нарушениями, заболеваниями или несчастными случаями (как, например, ожоги), и все они могут появиться в любой момент жизни человека. Интерес к собственному внешнему виду и забота о нем имеют очень долгую историю, но особую значимость приобретают только сейчас, когда озабоченность своей наружностью распространилась столь широко, что начала оказывать влияние на все более молодые возрастные группы населения, а иногда стала связана с поведением, несущим потенциальную угрозу здоровью. Беспокоясь по поводу внешности, человек может принять решение вести здоровый образ жизни, или же решиться на серьезные медицинские процедуры или хирургическое вмешательство, не являющиеся необходимыми с клинической точки зрения, или же неправильным образом применить медицинские препараты, несущие потенциальную опасность. Косметическая индустрия дает людям уверенные обещания по улучшению внешности людей. Когда у человека наблюдается явный видимый де-

факт, у него появляются личные и межличностные проблемы из-за несоответствия норме, которые приводят к возникновению дополнительных сложностей. Решение этих вопросов занимает центральное место в психологии здоровья.

В данной книге сведения из научной литературы и результаты исследований дополняются материалами, собранными в беседах с людьми, которые испытывают на себе тяжесть таких проблем. Книга начинается с рассказа об истории возникновения интереса людей к собственной внешности; далее рассматриваются методологические и другие проблемы, с которыми приходится сталкиваться ученым в этой области, в том числе несоответствие существующих моделей и теорий. Затем авторы предлагают читателям новую схему для проведения исследований, связанных с вопросами внешности. На протяжении всей книги психологические аспекты обеспокоенности собственным внешним видом, присущей как людям, у которых есть какие-либо дефекты, так и тем, у кого их нет, анализируются на основе собранных исследовательских данных и личных точек зрения отдельных людей. Авторы рассматривают современный уровень медицины, а также предлагают новые методы лечения и поддержки. В последнем разделе книги приводится анализ проблем, которые могут возникнуть в будущем, и того потенциального вклада, который психология здоровья может внести в эту важную область человеческого опыта.

Эта в высшей степени интересная и легкая для чтения книга, в которой все важные вопросы представлены с ясностью, научной точностью и человеколюбием, даст обильную пищу для размышления. Она самым подробным образом показывает нам современное состояние психологии здоровья в целом.

*Шейла Пейн и Сандра Хорн,*  
редакторы серии



## Предисловие

Предложение написать эту книгу вызвало у нас смешанные чувства, однако, несмотря на некоторую тревогу (связанную главным образом с дефицитом времени и неуверенностью в себе), соблазн оказался непреодолимым. Мы понимали, что это очень своевременная книга с точки зрения растущего внимания к проблеме внешности специалистов по психологии здоровья, включая их внимание к адаптации и благополучию людей, пониманию и изменению поведения в отношении здоровья, а также к соблюдению режима лечения.

В процессе создания этой книги мы столкнулись с обычной проблемой нехватки времени для ее написания. Когда приближались сроки сдачи материала, мы дважды бросали повседневную работу и отправлялись на побережье Корнуолла. Сочетание великолепных пейзажей и отсутствия агрессивных технологий (никаких факсов или Интернета, а только мобильная связь) обеспечили нам идеальную обстановку для творчества и дали стимул для выполнения стоявшей перед нами задачи.

Внешность человека — это универсальная тема, которая имеет значение для всех без исключения. Мы все обладаем определенной наружностью, и, если исключить идентичных близнецов, в мире существует более 6 млрд вариантов внешности. Внешний вид играет определенную роль в повседневной жизни — мы постоянно испытываем влияние нашей внешности, встречаясь с другими людьми, наша внешность влияет на выбор форм здорового поведения. Люди всегда проявляли интерес к тому, как они выглядят, и активно предпринимали самые разные действия для совершенствования своего внешнего вида, однако в современном обществе обеспокоенность людей своей внешностью достигла размеров эпидемии. В Великобритании 92% девушек подросткового возраста недовольны своей фигурой (по данным, опубликованным в журнале *The Times* 25 сентября 2004 г.) и постоянно растет количество подростков и взрослых, которые готовы предпринимать действия для улучшения своей внешности, связанные со значительными рисками для здоровья. Как отмечал Линни (*Linney*, 2004), несмотря на то что дискриминация в отношении любого человека на основании его этнического происхождения, пола, сексуальной ориентации или семейного положения является незаконной, мы по-прежнему очень часто формируем стереотипные суждения (в особенности «моментальные» суждения) о людях на основании их внешнего вида. Долгое время исследованиями по вопросам внешности занимались главным образом социальные и клинические психологи, однако теперь стало совершенно ясно, что многие аспек-

ты этих вопросов имеют непосредственное отношение к работе специалистов по психологии здоровья.

Почему внешность человека столь важна в вопросах здоровья и благополучия? Во-первых, это связано с тем, что мысли и чувства, вызываемые у людей их внешностью, могут оказывать серьезное влияние на их решения относительно ведения здорового образа жизни. Например, желание изменить фигуру может служить более сильной мотивацией для регулярных выполнений физических упражнений, чем необходимость снижения риска сердечно-сосудистых заболеваний. Тем не менее в большинстве теорий психологии здоровья отсутствует ясное понимание роли внешности. Во-вторых, с вопросами внешности связаны многие виды заболеваний и их последующее лечение (примером могут служить решения, принимаемые при выборе вариантов лечения рака груди, о которых рассказывается в главе 6). В-третьих, очень многие люди недовольны своим внешним видом, в результате чего постоянно растет число тех, кто вносит в свою внешность изменения, которые могут быть связаны с рисками для здоровья (примерами могут служить косметическая хирургия, нанесение татуировок). В-четвертых, проблемы с внешностью могут повлиять на соблюдение режима лечения (например, увеличение веса тела является побочным эффектом лечения диабета). Растет число людей, страдающих обезображивающими заболеваниями, что отчасти связано с развитием медицинских и хирургических методов, а это означает, что появляется все больше и больше тех, у кого возникают проблемы после обезображивающего лечения. Если внешность человека явно отличается от «нормы», то может возникнуть множество сложностей, влияющих на психологическую деятельность и требующих последующего лечения (см. главу 4). Наконец, специалистам в области здравоохранения все чаще приходится иметь дело с людьми, проявляющими беспокойство по поводу собственной внешности, поэтому они пытаются найти исследования, на основе которых могут строить свою работу. Медики признают влияние беспокойства своих пациентов по поводу внешности, но при этом не владеют информацией, которая позволит им соответствующим образом строить лечение и поддержку. Поэтому врачи все чаще обращаются за помощью и советом к специалистам в области клинической психологии и психологии здоровья. Таким образом, тема внешности имеет самое непосредственное отношение ко многим вопросам, рассматриваемым в рамках психологии здоровья.

## Структура книги

Мы не предполагали создать исчерпывающий обзор исследований, проведенных в данной области. Для этого понадобилось бы написать несколько книг и уехать в Корнуолл очень надолго. Вместо этого мы поставили перед собой цель в целом описать все те направления, которые существуют в этой быстро растущей области знаний, сделав особый упор на наиболее важные вопросы с точки зрения психологии здоровья. В текст книги мы включили «свидетельства очевидцев», в частности тех людей, которые обладают дефектами внешности. Мы сделали это отчасти для того, чтобы проиллюстрировать результаты научных исследований, но также и по-

тому, что слова этих людей звучат наиболее убедительно и заставляют задуматься в большей степени, чем все, что написано теми, кто не сталкивается напрямую с подобными проблемами. Мы надеемся, что те читатели, которые захотят изучить этот вопрос более подробно, найдут и прочитают материалы и книги, рекомендуемые для самостоятельного изучения в конце каждой главы.

В главе 1 рассматриваются исторические, контекстуальные и методологические вопросы. В первой подглаве дано введение в изучаемую сферу исследований, в котором прослеживается история значимости внешнего вида вплоть до современного «эпидемического» уровня обеспокоенности своим внешним видом. Далее анализируются многочисленные проблемы, с которыми сталкиваются исследователи в данной области, и предлагается новая схема исследований внешности, необходимость которой вызвана несовершенством существующих в этой области теорий и моделей.

В главе 2 рассказывается о психологических проблемах, потребностях и сложностях, которые хорошо известны людям, обеспокоенным своей внешностью. Глава начинается с вопросов, связанных с внешним видом и имиджем, которые волнуют людей, не имеющих внешних дефектов, и рассматривает трудности и переживания, с которыми сталкиваются те, кто испытывают такое беспокойство на протяжении всей жизни. Кроме того, внимание уделяется психологическим проблемам, возникающим у людей с дефектами внешности; подробно рассматриваются специфические вопросы, связанные с целым рядом заболеваний, таких как рак, ожоги, болезни кожи и ревматоидный артрит. И наконец, мы анализируем психологические факторы, влияющие на восприимчивость и устойчивость к проблемам с внешностью, в том числе множество когнитивных факторов, влияние социальной поддержки, роль внешности в самооценке и значение социальных навыков.

Глава 3 посвящена способам решения психологических проблем посредством терапии и различных видов лечения. Рассмотрено медицинское обслуживание, которое в настоящее время получают люди с дефектами внешности или без них, а также предложен обзор проблем, связанных с использованием исключительно биомедицинского подхода к их лечению. Далее мы анализируем потенциальные возможности более эффективной терапии и медицинского вмешательства, в том числе психологическую поддержку специалистов, вмешательство на уровне образовательных учреждений и потенциальную роль средств массовой информации и рекламных кампаний по пропаганде здорового образа жизни.

Наконец, в главе 8 мы говорим о проблемах, которые могут возникнуть в связи с этим вопросом в будущем. К ним можно отнести дилеммы, связанные с технологическими достижениями и возникающее в результате этого влияние на нормы внешности, а также новые технологии в области здоровья, такие как внутриутробное рентгенологическое исследование, генная инженерия и чересадка тканей лица. Мы также рассматриваем потенциальный вклад, который могут внести исследования и практика психологии здоровья в дальнейшее изменение системы медицинских услуг, чтобы эффективнее удовлетворять потребности людей, страдающих из-за проблем с внешностью.

## Благодарности

В течение последних нескольких лет Центр по исследованию внешности (*Centre of Appearance Research, CAR*) привлекал к своей работе целый ряд прекрасных исследователей и специалистов. Мы благодарны тем, кто внес ценный вклад в создание этой книги и кто постоянно подвергал критической оценке наши размышления на данную тему. Это преподаватель клинической психологии Университета Бристоля Кейт Глисон и старший преподаватель социальной психологии Школы психологии Университета западной Англии в Бристоле Ханна Фритт; Ханна и Кейт обладают огромным опытом проведения количественного анализа в области самосознания и внешности и очень помогли нам в написании этой книги в Корнуолле. Это клинический психолог-консультант из Королевского свободного госпиталя в Лондоне Алекс Кларк. Она имеет обширный опыт клинической практики в области дефектов внешности и опубликовала множество работ об оказании медицинской помощи в этой сфере. Это научный сотрудник Клэр Филлипс, работа которой в Центре по исследованию внешности финансируется Фондом исцеления (*The Healing Foundation*) и направлена на изучение психологического влияния ожогов. Мы также хотим поблагодарить наших коллег, которые внесли косвенный вклад в создание этой книги. Эмили Лавгроув работает научным сотрудником в Центре по исследованию внешности и при финансовой поддержке Национальных институтов здравоохранения (США) занимается исследованием качества жизни среди подростков с черепно-лицевыми патологиями в составе проекта, возглавляемого профессором Дональдом Патриком и его группой из Университета Вашингтона в Сиэтле. Беспценным членом нашей команды остается Анна Фусселл, и мы хотим выразить ей свою благодарность за добровольную помощь и поддержку во время создания этой книги. Тим Мосс и Эмма Халливелл начали свою работу в Центре по исследованию внешности совсем недавно. Когда они присоединились к нам, работа над книгой шла полным ходом, но от судьбы не уйдешь!

## Корректность книги

Те, кто занимаются исследовательской и практической работой в области «физических недостатков», мучительно пытаются решить проблему, которая связана с выбором языка для описания внешних отличий. Терминология, используемая на данный момент, имеет ярко выраженный негативный оттенок (например, обезображивание, отклонение от нормы, деформация, дефект и т. д.). Появление этих слов связано с биомедицинским подходом к наблюдению и лечению заболеваний, ориентированным на проблемы и патологии (см. главу 6). Сегодня множество специалистов (см., например, *Eiserman, 2001; Strauss, 2001*) высказывают мнение о том, что негативная терминология в лучшем случае бесполезна, а в худшем — обостряет те проблемы, которые переживают люди, нуждающиеся в помощи. Некоторые авторы и исследователи стараются компенсировать этот преобладающий негативный оттенок, используя такие понятия, как «видимое отличие» (см. *Partridge, 1999*). Однако этот подход не получил широкого распространения среди людей, страдающих подобными заболеваниями, и не позволяет сразу понять, о чем идет речь, —



тогда как слово «обезображивание» позволяет сразу уловить суть обсуждаемого предмета. Мы заняли промежуточную позицию и, где это было возможно, использовали менее негативно окрашенную терминологию, при этом понятную всем (например, по возможности заменяя понятие «физический недостаток» на слово «отличие»). В этом нам очень помогла Аманда Бейтс, которая заканчивает аспирантуру в Центре по исследованию внешности, и мы хотим выразить ей свою благодарность за бесценные предложения. Кроме того, мы приняли решение рассказать в первую очередь о последних исследовательских работах, которые рассматривают более позитивные аспекты обладания внешними отличиями.

Наконец, недавно в личной беседе с авторами еще одна сотрудница Центра по исследованию внешности Нэтти Лейтнер провела анализ публикаций в ведущих журналах по психологии здоровья и сделала на основе этого вывод, что вопросы внешности имеют самое непосредственное отношение к этой области психологии, хотя, как правило, исследователи не уделяют им должного внимания. Это та сфера, которой должны заниматься именно специалисты по психологии здоровья, и мы надеемся, что, когда читатели доберутся до конца этой книги, у них не останется ни малейшего сомнения в важности изучения внешности людей. Мы верим в то, что они также убедятся в необходимости серьезного изучения этой волнующей и многообразной темы в рамках психологии здоровья.

## Дальнейшее изучение вопроса

На протяжении всей книги мы ссылаемся на такие благотворительные организации, как *Changing Faces* и *Let's Face It*, которые оказывают психологическую помощь людям, имеющим врожденные внешние отличия, и тем, кто испытывает трудности, связанные со своей внешностью. Обе эти организации имеют полезные и информативные веб-сайты, на которых можно найти ссылки на другие организации, способные предложить необходимую помощь и поддержку, и мы рекомендуем нашим читателям обратиться к этим сайтам для получения дополнительной информации по рассматриваемой нами теме: [www.changingfaces.org.uk](http://www.changingfaces.org.uk) и [www.lets-face-it.org.uk](http://www.lets-face-it.org.uk).



## Вопросы внешности: история исследований

(при участии Ханны Фритт и Кейт Глисон)

Свидетельства внимания людей к внешности можно найти в самых разных источниках, начиная с древних мифов и легенд, исторических анекдотов и сказок. Первые свидетельства интереса, который мы как человеческие особи проявляем к собственному внешнему виду и тому, как выглядим в глазах других людей, появились еще 30 тыс. лет назад, когда народы, населяющие Африку, начали украшать свои лица (*Bates and Cleese, 2001*), свидетельства присутствуют и в изображениях, созданных за 23 000 лет до нашей эры (*Kemp et al., 2004*).

Можно найти также другие доказательства того, что нам от природы свойственно интересоваться лицами людей. Так, уже через несколько дней после рождения младенцы начинают пристально смотреть на лица тех, кто их окружает, уделяя меньше внимания другим стимулам, о чем свидетельствуют движения их глаз (*Bruce and Young, 1998*). В ситуациях, когда вероятность того, что взгляд приведет к социальному общению, мала (например, совместное пребывание в вагоне поезда, ожидание в приемной или просмотр телевизионных программ), многие из нас наслаждаются возможностью наблюдать за лицами, фигурой и одеждой других, праздно размышляя над тем, как их внешность связана с темпераментом и родом занятий.

Нас также занимает собственная внешность. Первые качественные зеркала были сделаны в 1460 г. венецианцами, которые научились производить прозрачное стекло. Людям так нравилось видеть самих себя, что изготовление зеркал очень скоро превратилось в доходный бизнес. Братья Данзаго дель Галло открыли секрет создания идеального отражения в 1507 г., однако более ста лет венецианцам удавалось держать его в тайне, несмотря на все старания шпионов и дипломатов из разных стран (*Bates and Cleese, 2001*). На протяжении жизни мы видим себя тысячи раз, но каждый раз, когда предоставляется такая возможность, большинство из нас не может устоять перед искушением взглянуть на свое отражение в витринах или зеркалах. Вид собственной внешности, которая нам хорошо знакома, успокаивает нас; однако мы испытываем чувство замешательства, когда наш внешний вид не соответствует внутреннему идеализированному образу самого себя, — например, когда при ярком свете мы выглядим старше, чем нам представляется, или когда кто-то другой заявляет, что фотография, казавшаяся нам правдивой, не очень похожа на оригинал. Физические изменения нашего лица и тела оказывают серь-

езное влияние на наше самоощущение, и требуется определенное время для того, чтобы они стали частью нашего представления о самом себе. Это явление известно специалистам из сферы здравоохранения, которые уделяют особое внимание тому моменту, когда пациент, перенесший серьезную травму или хирургическую операцию, впервые смотрит на себя в зеркало. Увидев в зеркале неожиданное для них отражение, люди могут в течение некоторого времени находиться в состоянии шока (*Bradbury, 1997*).

Письменные источники самых разных лет дают нам примеры того, как люди вкладывали деньги в средства украшения, позволяющие улучшить их внешность в глазах других. В некоторых случаях это требовало огромной смелости и терпения: в качестве примера можно назвать вредоносную пасту для отбеливания кожи на основе свинца, используемую в Елизаветинскую эпоху; мышьяковые косметические средства, применяемые для этой же цели в XVII в. в Италии (*Bates and Cleese, 2001*); диски в форме блюдца, которые вставляли в губы представители некоторых племен в Бразилии и Африке; бинтование ног в Китае и удлинение шеи с помощью металлических колец в Таиланде. В данном случае можно провести параллель с использованием в современных западных странах токсичного ботокса для разглаживания морщин, широко распространенным применением болезненных и уродливых брекетов для выравнивания зубов, диетическими ограничениями или употреблением пищевых добавок, пирсингом, нанесением татуировок и готовностью все большего числа людей пойти на риск и серьезные расходы, связанные с косметической хирургией. На протяжении веков высказывались многочисленные протесты против рисков, причиняемых здоровью, и обмана, который предполагают некоторые стратегии самопрезентации. Так, в Англии в 1700-е гг. мужчины выражали громкий протест против того, что женщины украшают себя. Считалось, что искусство соблазнения с помощью внешности построено на обмане, так как «истинное» лицо человека замаскировано. В 1770 г. в Англии был разработан закон, позволявший подавать на развод в случае такого «обмана». Однако стало очевидно, что он не может быть проведен в жизнь, и было позволено его не применять (*Bates and Cleese, 2001*). Споры, имеющие место в наше время, касаются вопросов о том, какое добро и зло таит в себе изменение внешности с помощью хирургии (см *Davis, 1995*).

Какими бы ни были наши личные убеждения, большинство из нас предпринимает активные попытки повлиять на то, как мы выглядим (например, с помощью выбора одежды или прически), ради соответствия воспринимаемым нормам или из желания выразить свою индивидуальность (*Newell, 2000a*). Однако мы не можем контролировать все изменения, происходящие с нашей внешностью. На протяжении всей жизни наше тело и то, как мы его воспринимаем, меняются. Некоторые из этих изменений могут быть желательными (например, многие люди приветствуют изменения, связанные с физическим созреванием в период взросления, а также снижение веса тела в результате физических упражнений), в то время как другие перемены (например, имеющие отношение к старению или болезни) воспринимаются с меньшим удовольствием (*Newell, 2000a*). Все изменения, возникающие в результате развития, болезни или самопроизвольно, происходят в контексте общества, которое как в прошлом, так и в настоящем уделяет особое внимание внеш-

нему виду человека. Гильберт (*Gilbert, 2002*) утверждает, что на протяжении миллионов лет умы всего человечества занимала такая «валюта», как внешность, и в каждом из нас живет настоящая необходимость быть привлекательными для других людей. Мы уверены, что обладание привлекательной для других внешностью служит нашим интересам, так как позволяет получить лучший доступ к желаемым социальным источникам, таким как дружба, любовь и долговременные отношения. Было придумано множество легенд о внешности, которые недвусмысленно давали понять, что обладание красотой крайне важно для человека и наделяет его особой властью. Лакофф и Шерр (*Lakoff and Scherr, 1984*) напоминают о греческом мифе, в котором рассказывается о трех могущественных богинях: Гере, Афине Палладе и Афродите. Эти трое поссорились из-за того, кому должно достаться золотое яблоко с надписью «Прекраснейшей», подброшенное в разгар свадебной церемонии богиней раздора Эридой. Из-за вспыхнувшей между ними гневной перепалки свадьба превратилась в хаос, а каждая из богинь пыталась подкупить судью, выбранного для решения этого спора. Одним из следствий их попыток получить желанный приз стала десятилетняя война. Основная идея этого мифа в том, что человеку крайне важно, чтобы его признали самым красивым, и что по крайней мере некоторые стремятся добиться этого практически любой ценой.

Даже если мы отбросим легенды и мифы как вымышленные истории, которые не соответствуют современным взглядам и поведению, то все равно на протяжении многих столетий обнаружим множество других примеров постоянного внимания к внешности человека. Так, сказки и детские истории подкрепляют возникшие ранее стереотипы. На Спящую красавицу накладывают заклинание злые и уродливые колдуньи. Мачеха Белоснежки постоянно смотрит в зеркало, чтобы проверить свой внешний вид, и беспокоится из-за того, что падчерица может затмить ее своей красотой. Красота Золушки вызывает зависть у ее уродливых сводных сестер, а многие поколения детей дрожат при виде злобного и уродливого персонажа из комиксов по имени Капитан Крюк. В 1920-х гг. основной слоган рекламы мыла «Сапун» звучал так: «Любая женщина участвует в конкурсе красоты каждый день своей жизни». Хайкен в своей работе (*Haiken, 2000*) приводит цитату из рекламы услуг пластической хирургии, опубликованной в одной из американских газет в 1946 г.: «Некрасивой девушке жизнь может казаться бесконечной цепью конфузоз, разочарований и страданий, пока однажды она не решится на пластическую операцию» Размер вложений, сделанных нами в свой внешний вид с начала XX в., хорошо виден на примере развития косметической промышленности, общая величина рынка которой по всему миру оценивается в ошеломительную сумму — в \$45 млрд (*Bates and Cleese, 2001*). Британский пластический хирург Мак-Грутер недавно привел статистические данные, согласно которым только в Великобритании на рекламу губной помады ежегодно затрачивается 12 млн фунтов стерлингов

Современная мода на быстрые свидания (во время которых решение о продолжении знакомства принимается в течение первых нескольких минут после знакомства) не оставляет у людей сомнений в необходимости совершенствования своего внешнего вида. Во время личной беседы с нами Глисон и Фрит (*Gleeson and Frith*) предложили такой термин, как «оценочная экономика», для определения совре-

менной экономики социальных отношений, которая опирается на то, что человек «оценивается» другими. Наше положение в рамках такой экономики может в некоторой степени регулироваться с помощью диеты, физических упражнений и хирургии, и все больше людей прибегает к этим средствам с тем, чтобы поддержать или повысить свой статус.

Наша внешность предоставляет нам действенные средства отражения наших индивидуальных особенностей и их оценки другими людьми. Это первая информация, которая доступна органам восприятия и которая постоянно находится на виду во время социального взаимодействия. Нравится нам это или нет, но выбора у нас не остается (*Gleeson and Frith*, личная беседа). В большинстве случаев мы лишены возможности решать — общаться нам с другими людьми или нет, а также влиять на тот факт, что посторонние реагируют на ту внешность, которой мы обладаем (*Frost et al.*, 2000). Лицо находится на виду у всех больше времени, чем любая другая часть тела. Оно представляет собой крайне сложный инструмент коммуникации и является важным компонентом в формировании и поддержании отношений. Лицо подает невероятное множество важных социальных сигналов, которые улавливаются другими людьми, интерпретируются ими и вызывают их реакцию. Хьюз (*Hughes*, 1998) подчеркивал важную роль лица человека в повседневной жизни, указывая на существование в нашей речи множества таких вербальных выражений, как «повернуться к кому-нибудь лицом», «двуличный» и «потерять лицо». Хэтфилд и Спречер (*Hatfield and Sprecher*) отмечали, что «другая информация может иметь более глубокий смысл, но ее намного сложнее обнаружить» (*Hatfield and Sprecher*, 1986: 72). Согласно впечатляющим статистическим данным, одновременно на Земле можно увидеть 6 млрд человеческих лиц (*Bates and Cleese*, 2001), каждое из которых является уникальным в результате сложного взаимодействия генов, возраста, жизненного опыта и окружающей среды. Именно поэтому лица людей используются в качестве уникального средства идентификации в виде фотографий в паспортах, служебных пропусках и водительских правах. Как же при всей этой сложности мы можем выносить суждения о красоте и уродстве, привлекательности и непривлекательности? Что служит основой для принятия решений о том, с кем мы хотим взаимодействовать и какой стиль общения будет наиболее подходящим?

## **Суждения о красоте и желание быть привлекательным для других людей — в прошлом и настоящем**

Бейтс и Клиз (*Bates and Cleese*, 2001) высказывают мнение о том, что расхожая фраза «у каждого свое представление о красоте» является всего лишь штампом, и утверждают, что в самых разных концах Земли суждения о красоте и основы привлекательности имеют очень много общего. Они говорят о том, что их определяют влияния, в число которых входят греческая философия, эволюционная биология, математические формулы (в особенности то, что людям свойственно от природы испытывать удовольствие от симметрии частей тела и лица и это определяет понятие «золотое сечение», пришедшее к нам из Древней Греции), врожденное при-

страстие людей к чертам, свойственным маленьким детям (например, Уолт Дисней с большим успехом использовал в своих мультфильмах большие глаза и рот, а также маленький нос), и личные предпочтения, основанные на прошлом опыте.

Дарвин одним из первых начал говорить о возможной универсальности привлекательности лица человека в разных культурах, заметив в 1871 г., что исследователи сообщали ему о том, что у туземцев по всему миру наблюдаются похожие стандарты красоты. Существует ряд свидетельств того, что в современном мире люди из самых разных частей света в значительной степени сходятся во взглядах на то, какие лица считаются красивыми. В 1993 г. антропологи Джонс и Хилл (*Jones and Hill, 1993*) посетили два племени в Венесуэле и Парагвае, которые жили довольно изолированно. До этого времени члены этих племен мало контактировали с людьми за пределами своих поселений. Не имея доступа к телевидению, они не видели изображений людей из других частей света. Им показали ряд фотографий представителей различных культур и попросили оценить их с точки зрения красоты. Высказанные суждения сравнили с оценками этих же фотографий, сделанными людьми, живущими в России, Бразилии и США. Представители всех пяти стран выбрали женские лица с изящными ртами и подбородками и большими глазами. Другие исследования подтверждают, что людей привлекают гладкая кожа, большие глаза и пухлые губы (*Kemp et al., 2004*). Однако оказалось, что суждения о женских лицах согласуются больше, чем оценки мужских лиц, и что наблюдается определенное единодушие в том, что на суждение о привлекательности влияют не только внешние особенности человека. Популярностью пользуются веселые, оживленные лица – предположительно потому что они указывают на высокую вероятность того, что общение с этим человеком будет приятным. Точно так же в реальной жизни подвижное лицо может быть более привлекательным, чем более красивое, но лишнее выразительности. Единодушие в суждениях о красоте связано главным образом с первыми впечатлениями. Разница во мнениях возникает тогда, когда отношения приобретают устойчивый характер и на наши суждения о человеке начинают влиять другие факторы.

Несмотря на существование в современном обществе высокого уровня согласия в том, что представляет собой красота, можно назвать целый ряд примеров изменений в этом представлении, происходящих по мере развития человечества. Греки и римляне высоко ценили как в мужчинах, так и в женщинах брови, сросшиеся над переносицей. Особым расположением среди них пользовались выпуклый лоб, орлиный нос и рот в форме «лука кунидона». В Древнем Египте «красавиц» изображали с округлыми формами тела, четко выраженным подбородком и выступающей нижней челюстью. Около 400 лет назад (в 1600-е гг.) как у мужчин, так и у женщин в моде был двойной подбородок, так как только богатые могли позволить себе хорошо питаться. В эпоху Возрождения особое внимание уделялось гармоничным пропорциям лица и тела – Дюрер и Леонардо да Винчи предпочитали, чтобы расстояние между глазами было равно ширине носа. В конце XIX в. мода на женские корсеты сделала идеалом фигуру в форме песочных часов. В 1950-х гг. женщины с более полными лицами и фигурами пользовались большей популярностью, чем в наши дни. В 1960-е и 1970-е гг., до того как была широко признана опасность образования злокачественных образований на коже под действием сол-

нца, в моде были загорелые лица (что опять же служило внешним признаком финансового благополучия у тех, кто мог позволить себе путешествия в более солнечные страны). Мужчины отращивали длинные волосы, а женщины-модели были очень стройными и носили короткую стрижку. В конце 1990-х спросом начали пользоваться модели с бледной кожей, казавшиеся неулыбчивыми и болезненными. Крепкие мускулистые мужчины были в моде в 1970-е и 1980-е гг., однако в 1990-е гг. на первый план вышли мужчины с мальчишеской внешностью, похожие на беспризорников. В последние десятилетия в самых разных областях деятельности все большую ценность приобретает молодежный вид. Растущее внимание к желательности выглядеть подтянутым и здоровым, сопровождающееся давлением на рынке труда, делает видимые признаки старения неприемлемыми. В ответ люди предпринимают все более решительные меры к тому, чтобы скрыть свидетельства прожитых лет.

## **Выводы о моральных принципах и личных качествах человека, возникающие из представлений о внешности**

Помимо того что лицо предоставляет нам материал, на основе которого делаются выводы о красоте и первоначальные оценки взаимной привлекательности, многие годы существует убеждение, что по лицу можно судить о характере человека. Многие великие авторы разделяли эту точку зрения; к их числу можно отнести Цицерона («Лицо — зеркало души»); Шекспира («Не требуется особого умения, чтобы по лицу понять склад ума») и Оскара Уайльда («Только ограниченные люди не судят по внешности»). Аристотель, которого считают создателем одной из самых ранних объективных работ по изучению лица человека, в частности, писал о том, что «люди с низким лбом отличаются непостоянством, в то время как обладателям округлого или выпуклого лба свойственна вспыльчивость.. Широко раскрытые глаза указывают на дерзость, а моргающие — на нерешительность. Большие и оттопыренные уши свидетельствуют о склонности к несущественным разговорам и болтовне» (цитируется по: *Burr*, 1935). В XVIII в. швейцарский священник Йоханн Лаватер написал объемистый трактат по физиогномике. Лаватер (*Lavater*, 1789) считал, что нос является указателем вкуса, восприимчивости и чувств; губы — мягкости характера и раздражительности, любви и ненависти; подбородок — чувственности; шея — гибкости и искренности. Он также приводил четкую формулировку уравнения, связывающего внешние особенности человека и его добродетели. «Самые высоконравственные — это самые красивые люди, а самые безнравственные — самые уродливые». Викторианцы считали себя экспертами в области понимания человеческого лица, вынося суждения о нравственности и типе личности на основе формы головы. Это была наука, которой покровительствовала сама королева Виктория. Говорят, что она даже приказала обмерить головы своих детей и проанализировать результаты (*MacLachlan*, 2004). А в XIX в. Камнер (цитируется по: *Bruce and Young*, 2001) пытался оценить интеллект человека исходя из угла его носа. Гальтон (*Galton*, 1883) интересовался лицами преступников и изучал фотографии заключенных. Он описывал их внешность как «отвратительную», утверждая: «К сожалению, можно проследить обусловленность характера преступника определен-

ным типом наследственности, что является одним из самых печальных изъянов современной цивилизации». В своей работе он сделал шаг вперед, составив композиционный портрет на основе фотографий преступников, и, как утверждают, был разочарован тем, что полученный в конечном счете образ выглядел «на удивление привлекательным» (*Perrett and Moore, 2004*). Французский криминолог Ломброзо (*Lombroso*, цитируется по: *Bruce and Young, 1998*) высказывал предположение, что всех представителей человечества можно поделить на два типа — «преступники» и «непреступники». Он заявлял, что для «преступника от рождения» характерна асимметрия лица, низкий наклонный лоб, нависающие брови и неправильно растущие зубы. Ломброзо предлагал для снижения преступности собирать всех людей, похожих на преступников, в одном месте. Чтобы помочь в этом властям, он даже предоставил набор рисунков, изображающих «типы преступников» (*MacLachlan, 2004*).

Во время Второй мировой войны холокост в Германии сопровождался хорошо организованной клеветнической кампанией, в ходе которой евреев изображали уродливыми и порочными людьми, для чего, среди всего прочего, была организована массовая публикация карикатур, представлявших представителей еврейской нации в виде сгорбленных человечков с огромными крючковатыми носами (*Lovegrove, 2002*). Несмотря на то что для многих представителей современного общества расовые предрассудки неприемлемы, в Африке во время подготовки геноцида коренного населения Руанды государственная радиостанция народности хуту передавала пропагандистские материалы, в которых представителей народности тутси описывали как морально деградировавших и физически неполноценных людей (*Lovegrove, 2002*).

Подобные теории были полностью развенчаны с научной точки зрения, однако народное искусство, существующее с момента возникновения письменности, всегда связывало определенные аспекты внешности с личностными особенностями. И по сей день широко распространены суждения, выносимые на основе внешнего вида других людей. Для некоторых рыжий цвет волос служит признаком вспыльчивого характера, а маленькие глаза указывают на то, что этому человеку не следует доверять. Недавно во время праздного просмотра книг в киоске, расположенном на одном из вокзалов, авторы обнаружили книгу под названием «Полное руководство к пониманию лиц китайцев» (*Dee, 2001*). В этой книге описывается искусство Кап Сянцзян, согласно которому форма лица, глаз, носа, рта и ушей служит отражением нашего характера и жизни. Если у человека изогнутый или сломанный нос, косоглазие, искривленная губа или поврежденная бровь, то в его жизни якобы присутствует разлад. Медиумагнаты также вносят свой вклад в сохранение мифов, связывающих внешность и черты личности. Например, описание физических особенностей персонажей мультфильмов Диснея заметно отличается для «хороших» персонажей (большие глаза, симметричные лица, изящные фигуры) и «плохих» (грубые черты лица, а иногда шрамы). Несмотря на множество доказательств обратного, нам по-прежнему свойственны глубоко укоренившиеся ассоциации между внешностью человека и его характером.

На протяжении многих лет психологи пытались выявить факторы, влияющие на эти процессы. Секорд (*Secord, 1958*) предлагал участникам своего исследования



короткое словесное «личное» описание двух вымышленных людей. Эти описания отличались только словами «добрый и честный» или «безжалостный и суровый». Респонденты рассказывали о том, какой, по их мнению, может быть внешность этих людей, давая оценки 32 физических характеристик по семибальной шкале. Результаты исследования показали, что его участники использовали «средние» характеристики для «добротного и честного» человека (например, нос средней ширины), но указывали необычные черты (очень узкий или очень широкий нос) для того, кто был охарактеризован как «безжалостный и суровый».

В 1972 г. Дион (*Dion*) и ее коллеги вернулись к временам, когда характер человека определяли по его лицу, используя фразу «что красиво, то хорошо» для объяснения результатов своих исследований, согласно которым люди наделяют более приятными индивидуальными чертами и личностными качествами тех, кто кажется им внешне привлекательными. Эллис Игли вместе с коллегами (*Eagly*, 1991) провела метаанализ результатов исследования по вопросу физической привлекательности и связанных с этим стереотипов. Они пришли к выводу, что более привлекательные люди воспринимаются как более общительные, обладающие социальными навыками, отличающиеся более здоровой психикой, более сексуальные и влиятельные. Однако не все так хорошо, так как многие считают, что привлекательным людям не свойственна забота о других или хороший характер. Фейнголд (*Feingold*, 1992), который занимался изучением поведенческих коррелятов внешности, отмечал, что более привлекательные люди обладают лучшими социальными навыками и имеют больше друзей среди представителей своего пола. Кроме того, они менее одиноки и отличаются более низким уровнем социального беспокойства. Тем не менее в ходе исследования не было найдено никаких существенных связей между физической привлекательностью и некоторыми другими личностными характеристиками, включая коммуникабельность и уровень психологического благополучия.

Кук (*Cook*, 1939, цитируется по: *Bruce and Young*, 1998) просил людей оценить умственные способности студентов по фотографиям. Оценки респондентов не имели ничего общего с реальным уровнем интеллектуальных способностей или результатами учебы этих студентов, но при этом наблюдалась высокая степень согласованности оценок, сделанных участниками исследования, которые считали, что более высокий уровень интеллекта связан с большей симметрией черт лица, серьезным выражением и аккуратной стрижкой! Результаты подобных исследований, проведенных в последнее время, имеют противоречивый характер, поэтому Шеперд (*Shepherd*, 1989) сделал вывод, что нет никаких оснований думать, что мы можем дать точную оценку ума человека по его лицу. Игли и ее коллеги (*Eagly*, 1991) указывали на то, что это может быть связано с тем, что в массовой культуре физическая привлекательность не слишком сильно связана с интеллектуальными способностями.

Булл и его товарищи (*Bull*, 1983) также приводили свидетельства того, что, даже несмотря на ошибочность наших суждений по внешности, между ними существует значительное сходство. Участникам исследования показывали фотографии политиков, принадлежащих к консервативной и лейбористской партиям, на которых они были сняты анфас. Ученые выявили единодушие в оценках политических

склонностей этих людей, но они не соответствовали их реальной партийной принадлежности. Тех, кого респонденты относили к консерваторам, они считали более привлекательными, более интеллигентными и принадлежащими к более высокому социальному классу, чем политиков, которых они называли «лейбористами». Суждения участников исследования не имели различий, обусловленных их собственными политическими взглядами, о которых они сами сообщали.

Складывается впечатление, что даже тогда, когда мы осознаем, что человека характеризует не только его внешность, мы легко и бездумно прибегаем к стереотипам. Присущая нашей культуре одержимость идеальным внешним видом проявляется в каждом журнале, рекламном щите, фильме или телевизионной программе. В этом контексте мы продолжаем выносить быстрые, ошибочные суждения о личностных качествах человека, его уме и массе психологических особенностей, часто соглашаясь с другими относительно того, какие аспекты делают лица более или менее привлекательными.

## Реакция на видимые отличия

На протяжении многих лет наряду с позитивным восприятием, связанным с красотой и привлекательностью, существуют негативные истолкования необычной внешности. Шоу (*Shaw, 1981*) сообщал о табличке, датируемой 2000 г. до н. э., в которой сказано, что если у ребенка «нет языка, то дом мужчины будет разрушен; если верхняя губа закрывает нижнюю, то все люди мира возрадутся». Шоу также отмечал, что в античные времена считалось, что боги создают «безобразных» детей либо для собственного развлечения, либо для того, чтобы предупредить, предостеречь или напугать человечество. Младенцев с физическими недостатками (а иногда и их матерей) обычно приносили в жертву в попытке умиловить богов. В мифах и легендах, передаваемых из поколения в поколение, лица ведьм, горгулий и троллей изображали с уродствами или дефектами. За то, что Медуза была слишком красива в своей земной жизни, она была наказана тем, что ее волосы превратились в шипящих змей. Она стала так ужасна, что люди, взглянувшие на нее, превращались в каменные изваяния, и в конце концов она была убита собственным отражением (*MacLachlan, 2004*).

В Средние века люди считали, что повреждения у эмбриона возникают в результате союза матери с животным, и эти представления нашли свое отражение в таких мифологических образах, как кентавры и Минотавр. Информация о казнях людей с внешними отличиями упоминается в письменных свидетельствах XVII в., а Шоу (*Shaw, 1981*) сообщает о том, что в 1708 г. король Дании Фредерик Пятый издал закон, согласно которому ни один человек с изуродованным лицом не может попадаться на глаза беременной женщине. Исторически необычные лица также связывали с проблемами психики. Живший в XVIII в. художник Хогарт, на картинах которого изображены пациенты психиатрических больниц, известен тем, что рисовал непривлекательные или изуродованные лица (*Munro, 1981*). Френсису Бэкону (*Bacon, 1597*) приписывают высказывание о том, что «уродливые люди, как правило, отличаются мстительностью, — они отплачивают за то зло, которое причинила им природа» (см. *Newell, 200b*). Людей с серьезными физическими недо-

статками принимали в цирковые паноптикумы, позволяя зрителям получать удовольствие от удовлетворения собственного любопытства (*MacLachlan, 2004*). В кинематографе, литературных произведениях и средствах информации встречаются деликатные изображения таких людей (например, Джон Меррик из фильма «Человек-слон» или ветеран войны на Фолклендах Саймон Уэстон, получивший тяжелейшие ожоги, которого показывают как героя). Однако на протяжении многих лет лица и тела с видимыми отличиями связывали в основном со злом или жестоким поведением: например, можно вспомнить такие фильмы, как «Призрак оперы», «Франкенштейн», «Кошмар на улице Вязов», или образы ужасных зомби или оборотней в фильмах ужасов. К сожалению, эти примеры из современной жизни не ограничиваются кинематографом. В нацистской Германии людей, обладающих физическими недостатками, испытывающих сложности с обучением и страдающих психическими заболеваниями, отправляли в концентрационные лагеря вместе с евреями, цыганами и гомосексуалистами.

Каково же происхождение тех предрассудков, которые помогают людям, считающимся физически привлекательными, и мешают тем, кого считают непривлекательными или отличающимися внешне? Ученые предлагают множество объяснений, включая пережитки подсознательных представлений и ассоциации, возникающие на основе исторической традиции наносить внешние знаки, которые указывают на более низкое положение в обществе (например, преступника или раба). Лавгроув (*Lovegrove, 2002*) отмечает, что в Индии за сотни лет до нашей эры наказанием за супружескую измену было отрезание носа. Кроме того, подобные предубеждения могут возникать в результате процессов социальной обусловленности и подкрепления, происходящих под влиянием множества факторов, не последнее место среди которых занимают средства массовой информации, предлагающие людям предвзятые взгляды на то, что «нормально» и «ненормально».

В более поздние времена появление физических недостатков объяснялось влиянием звезд, силами природы или тем, что во время беременности женщина смотрела на «несчастливых» животных (например, кролик мог стать «причиной» появления у ребенка расщепленной губы). Было бы справедливо предположить, что подобные представления остались в прошлом, однако Шоу (*Shaw, 1981*) отмечает, что даже в наши времена в некоторых африканских племенах мужчина с физическим недостатком любого типа не может стать вождем. В сельских общинах Индостана семьи, в которых рождаются дети с физическими дефектами, считаются стигматизированными до тех пор, пока не будут проведены положенные ритуалы очищения. Относительно недавно Штраусс (*Strauss, 1985*) говорил о случаях убийства новорожденных и выборочного нарушения питания детей, рожденных с физическими дефектами, в современных Китае и Бразилии, а Гиттингс (*Gittings, 2001*) отмечал, что в Китае 60% из 100 тыс. детей и младенцев, от которых каждый год отказываются родители, имеют физические недостатки. Проводя в 1981 г. исследование, в котором принимали участие 200 женщин, Шоу попросил их объяснить причины появления врожденных отклонений. Многие респондентки предложили псевдомедицинские объяснения, однако некоторые связали это с реальным поведением (так, по их мнению, избыточное потребление клубники или красной капусты во время беременности может привести к появлению у младенца капиллярных гемангиом).

И хотя подобные объяснения, берущие свое начало в фольклоре, были представлены в меньшинстве, участники исследования проявили предвзятость в отношении людей с внешними отличиями.

В эссе «Заметки об умении жить с изуродованным лицом» (*Notes on the Management of a Spoiled Identity*, 1963) Гоффман исследовал вопрос отличий и стигмы с социологической точки зрения. В своей работе он объединил ряд групп — преступников, людей с физическими недостатками и людей, изолированных от остальных из-за своего этнического происхождения или религиозных убеждений, — под общим названием «стигматизированных людей». При этом он определял понятие «стигмы» как ситуацию, в которой человек «лишен возможности полного общественного признания». Больше всего Гоффмана интересовали взаимоотношения представителей широкой общественности и стигматизированного человека. Он утверждал, что когда «нормальные люди» (его слова) встречаются с таким человеком, они могут чувствовать себя неловко, потому что отличающая его особенность является для них непривычной. Так как они не обладают опытом поведения в подобной ситуации, то будут беспокоиться из-за того, что могут повести себя неправильно, а также нервничать потому, что из-за своей особенности человек может занять оборонительную позицию или проявить агрессию. Их также будет беспокоить то, что в связи с наличием стигмы у него могут быть другие, не воспринимаемые глазом дефекты. В свою очередь, люди, вызывающие подобные сомнения, тоже могут вести себя «необычно», опасаясь возможного отторжения со стороны других и ожидая, что люди будут связывать другие аспекты их личности с имеющимся у них внешним отличием.

Идеи Гоффмана получили дальнейшее развитие в наше время при проведении исследований влияния, которое оказывают на человека дефекты внешности (см. главу 4). Так, Самблер и Хопкинс (*Sambler and Hopkins*, 1986) по опыту своей работы с людьми, страдающими эпилепсией, предложили такие термины, как «ощущаемая» стигма (которую они определили как убеждение человека в том, что из-за имеющейся у него нежелательной с социальной точки зрения особенности его, скорее всего, ожидает негативная реакция со стороны других людей) и «предписанная» стигма (явное неприятие или изоляция человека из-за его отличия). Очень незначительное число респондентов могли четко назвать случай проявления неприятия, что привело Самблера и Хопкинса (*Sambler and Hopkins*, 1986) к выводу о том, что страх стигматизации может формироваться даже при отсутствии реального отторжения. Джонс с коллегами (*Jones et al.*, 1984) называют шесть характеристик стигмы, которые влияют на то, в какой степени человек привлекает к себе внимание, и которые имеют значение при наличии видимого физического недостатка: возможность скрыть дефект; развитие дефекта; деструктивность в плане общения с данным человеком; эстетичность дефекта; происхождение дефекта (степень стигматизации выше в случаях, когда другие люди думают, что человек сам виноват в его появлении) и риск для человека при общении с тем, кто имеет дефект. Клиффорд утверждал, что человек, который имеет внешние дефекты, «помечен, но не потому, что он не способен достичь идеального состояния с точки зрения красоты, а потому, что не смог приблизиться к минимальной норме восприятия» (*Clifford*, 1973). Траст (*Trust*, 1977), у которого самого было большое родимое пятно на лице,

писал, что наличие необычных особенностей на лице означает, что «вас будут постоянно воспринимать как гражданина второго сорта».

Инстинктивные теории фокусируются на идее, что мы храним в памяти поведение, которое передается по наследству с тех пор, когда фиксирование физических и поведенческих особенностей в сознании людей определялось естественным отбором. Тенденция матерей позволить своему ребенку, родившемуся с каким-либо дефектом, умереть или вызывать его смерть наблюдается у некоторых представителей животного мира. Склонность людей смотреть на визуальную структуру, предполагаемую нормальным лицом, проявляется вскоре после рождения, поэтому в случаях, когда мы сталкиваемся с чем-то, не соответствующим норме, у нас может возникать инстинктивное отторжение, которое приводит к определенному замешательству или неловкости (*Bruce and Young, 2001*). Дефекты внешности могут быть также «инстинктивно» интерпретированы как признак более глубокого внутреннего, когнитивного или эмоционального нарушения.

Теории, выводящие на первый план идеи подкрепления и подстройки под социум, особо подчеркивают то давление, которое существует внутри группы в связи с соответствием социально принятым стандартам. В современном обществе нормы, связанные с внешностью, определяются и закрепляются самыми разными способами, в том числе с помощью образов в печатных изданиях, на телевидении и в кинематографе. Они предлагают наиболее яркие образцы для социального сравнения с помощью непрекращающегося шквала сообщений о том, как мы должны выглядеть и вести себя (*McCabe and Ricciardelli, 2003*). Помимо того что внешность людей используется в качестве составляющей их стереотипной характеристики в фильмах, телевизионных программах и журналах, рекламодатели связывают красивых людей с желаемым образом жизни, предлагая нам культурную схему, согласно которой хорошая внешность и стройная фигура являются жизненно необходимым фактором успеха и счастья (*Tiggemann, 2002*). Многочисленные привлекательные и безупречные лица на обложках журналов, в кинофильмах и рекламе предоставляют нам информацию, которая усиливает и формирует наше культурное восприятие красоты, привлекательности и нормальности. Одновременно в книгах, фильмах, мультфильмах и комических карикатурах мы постоянно находим массу связей нарушений внешности со злом и страхом. Так, Рамси (*Ramsey, 1983*) рассказывает об историях, написанных большой выборкой детей в возрасте семи лет по фотографиям людей с дефектами лица, которые отразили негативные предубеждения и стереотипы, возникшие в значительной степени под влиянием комиксов и телевизионных программ. Вне зависимости от того, являются ли наши реакции на видимые нарушения внешности инстинктивными или нет, нет сомнения в том, что средства массовой информации влияют на закрепление стереотипов, связанных с внешностью, у подавляющего большинства людей.

Хейг-Фергюсон (*Haig-Ferguson, 2003*) высказал очень интересное мнение о широком влиянии средств массовой информации и других социальных норм на восприятие человеком собственной внешности; он основывался на анализе интервью, которые провел с десятью незрячими людьми. Он выяснил, что, несмотря на отсутствие прямого контакта участников исследования с образами, предлагаемыми средствами массовой информации, те или иные социальные и культурные идеалы

оказывали влияние на их самовосприятие через повседневные разговоры с друзьями и членами семьи:

Вы [говорите о том, почему] люди хотят быть похожими на Дэвида Бэкхема, а девушки мечтают выглядеть, как Бритни Спирс и Кристина Агилера.

Ну, вы знаете, что быть толстым нехорошо, хотя бы потому, что вы слышите об этом от других людей.. вы каким-то образом понимаете это по языку, который они используют... и в школах людей дразнят за то, что они толстые.

Как и в случае со зрячими людьми, которые способны наблюдать реакции других, участники исследования Хейга-Фергюсона очень хорошо осознавали, что посторонние судят о них по внешности, и также реагировали на их мнение о том, как они выглядят. Респонденты хотели «выглядеть хорошо» не только ради собственной самооценки, но также и потому, что чувствовали, что на них смотрят как на представителей других слепых людей. Автор пришел к выводу, что их цели «выглядеть хорошо» были более скромными, чем у некоторых зрячих людей, которые главное внимание уделяют тому, чтобы казаться «нормальными» — умными и опрятными. Интересно, что точно так же, как некоторые зрячие люди жалуются, что другие судят о них по какому-либо определенному аспекту их внешности, который им не нравится, несколько участников исследования высказали мнение, что их слепота влияет на суждения, выносимые о них другими людьми:

Серьезной проблемой моего внешнего вида является то, что обо мне судят по тому, как я веду себя из-за слепоты.

Участники исследования могли четко сформулировать свои представления об идеальной фигуре и свои опасения по поводу своей внешности и старения, хотя значение, которое они придают некоторым из своих желаний, отличается от того, что думают по этому поводу зрячие люди. Хейг-Фергюсон выделил в качестве наиболее значимых для них аспектов желание иметь здоровое и полноценно функционирующее тело, а не беспокойство по поводу морщин и обвисающей кожи.

Стереотипные суждения, которые люди выносят в отношении тех, кто имеет внешние отличия, могут сыграть важную роль в формировании того негативного опыта, о котором говорят люди с дефектами внешности. Многие люди, когда их спрашивают о счастье и качестве жизни, признают, что эти понятия предполагают нечто гораздо большее, чем внешность, — и все же большинство из нас потворствует мелкой идеологии, согласно которой все желанные вещи связаны с красотой и привлекательностью. Что же было предпринято психологами для изучения и достижения понимания этих всеобъемлющих межличностных процессов?

## Первые источники по вопросам психологии внешности

Книги, рассказывающие об истории исследований в области внешности человека, представляют большой интерес и наполнены яркими примерами влияния социального контекста на деятельность и выводами специалистов в этой области. Еще в 1921 г. Перрин (*Perrin*) утверждал в журнале «*Journal of Experimental Psychology*», что «интересную тему для обсуждения представляет вопрос о том, почему физи-

ческие особенности людей могут оказывать столь сильное влияние на их коллег». Холмс и Хэтч (*Holmes and Hatch*, 1938) продолжили эту идею, проведя исследование, в котором оценивалась красота лиц студентов. Они сообщили о том, что из числа «красивых» женщин впоследствии замуж вышло больше девушек (34%), чем из числа тех, кто был охарактеризован как «симпатичные» (28%), «обычные» (16%) или, как их тактично называли, «невзрачные» (11%). В 1940-х и 1950-х гг. также появился ряд работ о самовосприятии внешности. В 1953 г. Секорд и Джуард разработали первые варианты шкалы анализа самооценок внешности. Однако все эти разрозненные «набег» в данную область исследований были скорее исключением, чем правилом, и, возможно, Перрин был бы разочарован тем, что так мало исследователей проявляли интерес к этому вопросу до 1960-х гг.!

Некоторые авторы (например, *Kleinke*, 1974) высказывали предположения о том, что, избегая исследований внешности, психологи могли воздержаться от поддержки той неприятной точки зрения, что внешность действительно играет важную роль в формировании суждений о человеке. Адамс и Кроссман (*Adams and Crossman*, 1978) считали, что «с научной точки зрения очень мало известно о психологическом значении красоты», а в 1981 г. Бершейд (*Berscheid*) говорила о коллективном нежелании признать истинное значение внешности человека. Кэш и Прузински (*Cash and Pruzinsky*, 2002), рассуждая об уровне расходов на косметические товары в западных странах, отмечали. «Несмотря на то что данное правило представляет собой удивительный аспект человеческого поведения в связи с его всеобщностью и устойчивостью, ученые, занимающиеся вопросами социального поведения, в основном игнорируют это явление, хотя оно находится у них прямо перед глазами».

В данном случае будет интересно отметить комментарии Элайн Хэтфилд. В 1966 г. (в то время она публиковала свои работы под фамилией Уолстер; см *Walster et al.*, 1966) она провела исследование с участием 752 студентов университета, которое происходило в контексте танцев во время Недели первокурсников, когда партнеры подбираются случайным образом с помощью компьютера, и выяснила, что единственным прогностическим показателем возникновения взаимной симпатии и желания встречаться с партнером в дальнейшем была физическая привлекательность. Однако коллеги отговорили Хэтфилд от публикации полученных ею результатов. Впоследствии она говорила о том, что в то время внешность почти повсеместно рассматривалась как несерьезный и поверхностный атрибут. В контексте современного увлечения косметической хирургией интересно ее замечание о том, что в 1960-е гг. обращение к пластическим хирургам воспринимались как симптом невроза, а тех, кто решался на подобные операции, обычно считали людьми с риском психопатологии. Точно так же единственным разумным оправданием для лечения зубов или ортодонтического вмешательства служило совершенствование функционального назначения, а не эстетическое улучшение внешности. Однако Хэтфилд отмечает, что к концу 1980-х гг. общественное мнение изменилось. Адвокаты, судьи и присяжные начали проявлять интерес к возможности построения судебных дел вокруг неблагоприятного влияния нарушений внешности на социальные и экономические возможности, а также самооценку человека. Они стремились найти доказательства, подтверждающие их аргументы, в чем им очень помогали результаты

ранних исследований на данную тему. По мнению Булла и Рамси (*Bull and Rumsey, 1988*), интерес к роли, которую играет внешность человека в формировании впечатлений о нем, начал расти по мере того, как люди получили возможность перемещаться по всему миру и начали общаться с большим количеством ранее незнакомых им людей.

Рост открытого интереса широкой общественности и психологов к внешности привел к тому, что в 1970-х и 1980-х гг. наблюдалось значительное расширение исследовательской работы, связанной с двумя темами. Это были исследования, направленные на изучение, во-первых, различных типов суждений, выносимых на основе внешности, и, во-вторых, относительного влияния различных аспектов внешности на эти суждения. Большинству ранее проведенных исследований было свойственно излишне упростить процессы, происходящие при формировании впечатлений, связанных с внешностью, и создании стереотипов. Адри и Экланд охарактеризовали настроение того времени следующим образом:

Любому человеку известно, что быть красивым лучше, чем уродливым. Возможно, есть и такие люди, которые предпочли бы быть плохими, а не хорошими. Кто-то даже может желать быть бедным, а не богатым. Однако можно с уверенностью сказать, что никто не хочет быть уродливым. Причина этого, должно быть, заключается в том, что люди считают, что именно те, кто красив, получают все хорошее. Сказки рассказывают нам о том, что красивые девушки выходят замуж за прекрасных принцев и живут с ними счастливо. Герои всегда обладают привлекательной внешностью, а злодеи безобразны.

(*Udry and Eckland, 1984*)

Параллельно появился третий вид исследовательской литературы, связанный с телесным образом (широко определяемым как самовосприятие внешности) и сформировавшийся под влиянием нарастающей обеспокоенности образом тела и увеличением случаев расстройств пищевого поведения.

## **Суждения, выносимые на основе внешности**

Почти все исследования, проведенные в 1970-е и 1980-е гг., показали очевидное и позитивное влияние привлекательного лица на возникновение симпатии, ухаживание и формирование более длительных отношений, однако подавляющее большинство из них было методологически слабыми и наивными в концептуальном плане. В подобных исследованиях участвовали студенты старших курсов, которые оценивали фотографии, где были видны только голова и плечи снятых людей; кроме того, практически все эти работы были лишены экологической обоснованности. В 1981 г. Бершейд заявила, что результаты многочисленных исследований показали, что уровни физической привлекательности «являются невероятно важной психологической переменной» и оказывают глубокое и сильное влияние, приводящее к появлению множества социальных предпочтений. Однако Булл и Рамси (*Bull and Rumsey, 1988*) на основе сделанного ими исчерпывающего анализа предположили, что утверждение Бершейд является преувеличением, и заявили, что упрощенные выводы, сделанные исследователями на основе использования фотографий людей



в гипотетических ситуациях, недостоверны. Оглядываясь назад, можно сказать, что исследователи, проводившие свою работу в 1970-е и 1980-е гг., сами вносили определенный вклад в распространение рекламы, связывающей привлекательность со всеми желанными вещами! В 1988 г. Булл и Рамси подвели итоги проведенных исследований, выделив пять главных областей. Далее мы приводим краткий обзор каждой из них.

### **Привлекательность: возникновение симпатии, ухаживание и длительные отношения**

По результатам исследований 1960-х и 1970-х гг. было заявлено об очевидном влиянии привлекательной внешности на возникновение симпатии между людьми и ухаживание. Однако в дальнейшем в ходе проведения более реалистичных исследований, учитывающих дополнительные переменные (например, сходство установок), были выявлены более сложные взаимодействия. Используя материалы, полученные при оценке фотографий супружеских пар, Мурстейн (*Murstein*, 1972) разработал модель «рыночного обмена» (*exchange-market*) или «капитала» (*equity*). Согласно его теории, люди выбирают себе в качестве долговременных партнеров тех, кто обладает похожим уровнем привлекательности. В тех случаях, когда это не происходит, Мурстейн предполагает существование компенсаторного механизма, включающего в себя богатство, статус или престиж. Впоследствии подтверждения «гипотезы соответствия» были обнаружены при изучении близких друзей одного и того же пола (*Cash and Derlega*, 1978), а Фейнголд (*Feingold*, 1988) привел данные о значительном соответствии уровней привлекательности у супружеских пар, людей, назначающих друг другу свидания, и даже близких друзей.

### **Внешность и система уголовного правосудия**

Возможно, в результате постоянного воздействия стереотипов, предлагаемых средствами массовой информации, или под влиянием других механизмов на протяжении долгих лет многие люди верили в то, что существует связь между внешностью и преступностью (*Linney*, 2004). Несмотря на многочисленные свидетельства того, что люди разделяют стереотипные представления о том, как выглядит преступник, нет подтвержденных данных о том, что люди, совершающие преступления, имеют определенные типы внешности. В 1960-х и 1970-х гг. очень многие считали, что дефекты внешности могут влиять на появление преступных наклонностей. Это привело к тому, что заключенным предлагали сделать пластическую операцию, чтобы после освобождения у них было больше шансов на адаптацию в обществе. Спира и его коллеги (*Spira and others*, 1966) сообщили, что из числа тех заключенных, кто сделал такую операцию, в тюрьму вернулось меньше людей (17%), чем из числа тех, кто ее не делал (32%). Однако проведенные впоследствии исследования показывают, что объективных свидетельств благотворного влияния хирургических вмешательств было слишком мало.

Существуют противоречивые данные относительно влияния внешности на решения других людей, определяющих меру ответственности за совершенное пре-

ступление. Некоторые из ранних исследований указывают на то, что «присяжные» (в ходе моделирования судебного заседания в лабораторных условиях) проявляют большую снисходительность при вынесении суждений о виновности и вынесении приговора подсудимым с более привлекательной внешностью (*Bull and Rumsey, 1988*). Однако большинство исследований было достаточно надуманными, так как являлись нереалистичным моделированием происходящего в суде, а при проведении более реалистичных исследований уровень расхождения был ниже. Последующие исследования показали, что степень жестокости, природа и характер преступления, а также количество подробностей, связанных как с преступником, так и жертвой, ослабляли влияние внешности на решения по назначению наказания. Кроме того, физическая привлекательность «подсудимых» или ее отсутствие оказывали на юридически неподготовленных людей большее влияние, чем на тех, кто имел опыт судопроизводства.

### **Внешность и система образования**

На 1970-е гг. также пришелся расцвет исследований, посвященных влиянию внешности в рамках системы образования. В работах того времени применялся хорошо известный в наше время принцип, согласно которому привлекательная внешность оказывает особо благоприятное влияние на ожидания учителей в плане успехов детей в учебе, а симпатичные дети ведут себя лучше, чем их товарищи, не обладающие внешней привлекательностью. Неудивительно, что подобные открытия вызвали волнение в кругах преподавателей и психологов. Однако специалисты, проводившие более поздние исследования, изучили полученные ранее данные более глубоко и сфокусировали свое внимание на таких факторах, как реальные результаты учебы; это позволило им выяснить, что влияние внешности в данном случае ослаблено и более ярко выражено в случае низкой успеваемости. В своей работе Булл и Рамси (*Bull and Rumsey, 1988*) указали на разрыв между результатами исследований, в которых в качестве стимулов использовались фотографии, и тех, что проводились в реальных условиях. Они пришли к выводу, что между внешностью и реальной успеваемостью существует в лучшем случае слабая связь. Кроме того, подобное влияние связано гораздо больше с ожиданиями преподавателей, чем с реальными результатами учебы.

### **Влияние внешности детей на взрослых и формирование у детей стереотипов по поводу внешнего вида**

В работе Булла и Рамси (*Bull and Rumsey, 1988*) говорится, что в случае с менее привлекательными детьми помимо вопросов успеваемости речь может идти о том, что в представлении взрослых эти дети хуже себя ведут и плохо адаптируются, однако и здесь мало что доказывает существование реальных различий. Результаты некоторых исследований, проведенных в 1970-е и 1980-е гг., указывают, что менее привлекательных детей воспитывают и наказывают более строго, чем их более привлекательных сверстников, но другие исследования свидетельствуют о том, что такое влияние отсутствует.

В рамках изучения роли внешности детей в формировании ожиданий преподавателей был проведен ряд исследований, сфокусированных на возникновении связанных с внешностью стереотипов у самих учеников и определении возраста, в котором дети начинают испытывать влияние внешности других людей. Дети полагают, что учителя с более привлекательной внешностью лучше знают свое дело (*Chaikin et al.*, 1978), однако это не подтверждено реальными доказательствами. Свидетельства, представленные Дион (*Dion*, 1973) и Рамси с коллегами (*Rumsey et al.*, 1986), указывают, что дети начинают делать стереотипные выводы о характере и поведении других детей и взрослых, связанные с суждениями о внешней привлекательности, в возрасте шести или семи лет, хотя дети не обязательно разделяют представления взрослых о том, что реально делает лицо человека более привлекательным. Начиная с восьми лет дети совершают гипотетический выбор друзей на основе физической внешности (*Dion*, 1973), хотя мало что свидетельствует о том, что это влияет на формирование реальных дружеских отношений.

### **Внешность, сила убеждения, реклама и трудоустройство**

Исследователи, работавшие в 1970-е и 1980-е гг., также уделяли внимание множеству других тем, например задавая своим респондентам вопросы о том, влияет ли каким-либо образом внешность коммуникатора на его способность убедить аудиторию. Сигал и Аронсон (*Sigal and Aronson*, 1969) и другие специалисты в своих публикациях приводили данные исследований, позволяющие предположить, что привлекательная внешность действительно усиливает сообщение коммуникатора. Однако проведенные в 1980-х гг. исследования показали, что воспринимаемая компетентность, способность вызывать доверие и личностные характеристики значительно ослабляют это влияние (*Bull and Rumsey*, 1988).

Если говорить о покупательском поведении, то использование в рекламе образов физически привлекательных людей позволяет привлечь больше внимания к этой рекламе, повысить уровень внимания, которое зрители уделяют товару, и их готовности совершить покупку, а также усилить вероятность того, что они действительно приобретут товар (*Halliwel and Dittmar*, 2004).

Ранее в исследовательской литературе высказывались предположения о том, что физическая привлекательность может оказать благоприятное влияние на различные аспекты трудоустройства, включая оценку способностей, реальный рабочий статус и уровень заработной платы, однако впоследствии стало ясно, что формированию таких суждений способствуют другие факторы, в особенности социальные навыки и реальные способности (*Bull and Rumsey*, 1988). Последние исследования подчеркивают сложность факторов, определяющих подобные суждения, но они не способны повлиять на широко распространенное в наши дни представление о том, что молодежная внешность является преимуществом на рынке труда.

### **Относительное влияние различных аспектов внешности**

В 1960-е гг. группа исследователей продолжила работу своих предшественников по изучению вопроса о том, что образует привлекательность и красоту. Исследования, проведенные Илiffe (*Iliffe*, 1960) в Великобритании и Адри (*Udry*, 1965)

в США, показали значительное сходство суждений при классификации женских лиц по красоте. При этом пол и географическое местоположение респондентов оказывали незначительное влияние на их ответы. В США принадлежность к социальному классу также не имела значения, хотя в Великобритании сходство мнений среди респондентов, которых автор исследования отнес к «низшему» классу, было сильнее, чем у тех, кто относился к «высшему» классу. Возраст также не влиял на суждения опрошенных, за исключением тех, кто был старше 55 лет и кто давал более позитивные оценки более «зрелым» лицам. Последние исследования подтвердили значительную согласованность суждений о привлекательности людей, чьи лица были изображены на фотографиях (*Langlois et al., 2000*). Однако все еще остается вопрос о том, что определяет ту привлекательность, которая одинаково воспринимается людьми.

В своей работе Булл и Рамси (*Bull and Rumsey, 1988*) указывают на то, что оценки привлекательности лица анфас связаны со следующими его частями: рот, затем глаза, далее волосы и нос. Они также отмечают наличие согласия мнений респондентов в том, что такие особенности лица новорожденного, как большие глаза, маленький нос, большой рот и маленький подбородок, позитивнее оцениваются женщинами. Также в свое время были проведены исследования (хотя и ограниченные) того влияния, которые оказывают на мнения людей цвет глаз, размер зрачка, наличия очков, борода, волосы и внешний вид зубов. Шоу (*Shaw, 1981*) и другие ученые выяснили, что отличия в челюстно-лицевой области (выступающие вперед, скученные или отсутствующие зубы) оказывают значительное влияние на впечатления, формирующиеся у тех, кто оценивает людей, изображенных на фотографиях. Они пришли к выводу, во-первых, что это может создать для человека серьезные затруднения в социальном плане и, во-вторых, что желание родителей исправить имеющиеся у детей зубные аномалии в период их детства вполне оправданно. Люди считают, что внешний вид зубов, скорее всего, играет очень важную роль в реальных жизненных ситуациях, поэтому был проведен ряд исследований для проверки этого мнения, и некоторые из них (например, *Rutzen, 1973*) показали, что эта роль минимальна. В данном случае определенную роль играют другие факторы: так, Шоу (*Show, 1981*) разнообразил вспомогательные моменты привлекательности лица и выяснил, что они также оказывают сильное влияние на выносимые оценки. Если говорить о ношении очков, то Аргайл и Мак-Генри (*Argyle and McHenry, 1971*) показали, что их первоначальное влияние на реакции других людей уменьшается по мере того, как в процессе общения с человеком, носящим очки, они получают о нем дополнительную информацию.

К концу 1980-х гг. некоторые исследователи смело взялись за изучение сложного взаимодействия реакций людей на физическую внешность человека и того, какое влияние эти реакции оказывают на представления о самом себе. Мода на исследования в области формирования впечатлений, сложная природа социальных взаимодействий и дурные предсказания, ставшие явью, привели к тому, что некоторые психологи (включая Хэтфилд и Спречера (*Hatfield and Sprecher, 1986*), а также Мак-Артура (*McArthur, 1982*)) высказали предположение, что стереотипные ожидания («привлекательные люди обладают более желательными чертами характера») заставляют людей вести себя по-разному в отношении привлекательных и не-

привлекательных людей и это приводит к ожидаемому нами поведению и различиям. В случае выявления подобного поведения оно может быть включено в стереотип самопредставлений, в результате чего люди станут относить на свой счет поведение, которое возникло ситуативно. Несмотря на то что данный процесс имеет более сложный характер и включает в себя дополнительные факторы, предложенная схема представляет собой полезную исследовательскую установку и помогает изучать связи между внешностью, социальным поведением и самовосприятием.

Начало 1990-х гг. ознаменовалось публикацией двух знаковых метаанализов, каждый из которых способствовал признанию сложности процессов межличностного восприятия. Игли и ее коллеги (*Eagly et al.*, 1991) нашли свидетельства связей между физической привлекательностью и различными позитивными качествами человека, но сделали вывод о том, что средняя интенсивность проявления эффекта «красивое значит хорошее» имеет умеренный характер... во всяком случае, не является невероятной сильной, а сила его влияния значительно различается от исследования к исследованию. Они также особо отметили, что сила влияния принципиально зависит от типа предположений, которые просили сделать участников исследования, а также от применяемой методологии. В своей работе Фейнголд (*Feingold*, 1988) сделал вывод о том, что физически привлекательным людям приписывают более позитивные личностные и социальные качества; однако между физической привлекательностью и оценками способностей существует «в большинстве случаев незначительная связь».

На протяжении 1990-х гг. деятельность, возникающая вокруг исследований внешности, продолжала расширяться. Среди психологов, социологов и общественных деятелей не прекращались споры о всеобщей распространенности и силе влияния физической привлекательности. В попытке сформулировать окончательное мнение Джудит Ланглуа и ее коллеги (*Langlois et al.*, 2000) опубликовали результаты серии из 11 метаанализов. Они пришли к выводу, что, во-первых, наблюдатели обычно сходятся во взглядах на то, кто из людей привлекателен, а кто нет, и что уровень кросскультурной согласованности этих суждений высок. Во-вторых, они обнародовали данные о том, что незнакомые люди считают, что привлекательные дети обладают большей социальной притягательностью, лучше адаптируются и имеют более высокий уровень способностей к межличностной коммуникации, чем их менее симпатичные сверстники. Точно так же внешне привлекательные взрослые воспринимаются как более способные к адаптации и обладающие лучшими социальными и профессиональными способностями в сравнении с теми, кто менее привлекателен. В-третьих, Ланглуа и ее коллеги отметили, что по отношению к привлекательным детям и взрослым люди ведут себя более позитивно и, наконец, что физически привлекательные люди действительно демонстрируют более позитивные качества и поведение, чем менее привлекательные. Однако следует отметить, что отношение Ланглуа и тех, кто с ней работал, к методологии исследований, использованной в их метаанализах, было менее критичным, чем у их предшественников — Булла и Рамси (*Bull and Rumsey*, 1988) и Игли (*Eagly et al.*, 1991).

В период с 1960-х по 1990-е гг. психология внешности относилась главным образом к сфере интересов социальной психологии. В последнее время социальные

психологи переключили свое внимание на то, как люди используют видимую привлекательность в качестве одного из средств проявления и представления своих индивидуальных особенностей (*Frith and Gleeson*, в личной беседе). Исследователи исходят из предположения, что люди занимаются самопрезентацией в рамках определенного набора иерархий, определяемых культурой. Люди «расставляют» других в «неофициальном» порядке исходя из того, насколько определенные аспекты их внешности, такие как рост, фигура и состояние кожи, соответствуют тому, что считается желательным с социальной точки зрения. Позиция человека в такой иерархии очень непрочная. Изменение состояния здоровья, оказывающее влияние на внешность, может привести к неожиданному и резкому перемещению. Однако человека может и сам в некоторой степени изменить свой статус. Люди могут активно участвовать в процессе изменения или помочь себе улучшить свое положение в иерархии, осуществляя ряд физических (хирургия), поведенческих (диета, физические упражнения) или психологических действий. Глисон и Фрит (*Gleeson and Frith*, в личной беседе) указали на парадоксы этой социальной экономики. Хотя временами мы можем получать удовольствие от того, что нас видят и узнают, мы также можем остро воспринимать внимание, оценки и суждения других людей. Влияние общества, в котором одни представления о красоте тела ценятся больше, чем другие, подробнее изучается с помощью исследований телесного образа.

### **Исследования телесного образа**

В XX в. психологи и социологи, интересующиеся концепцией телесного образа, достигли в своих исследованиях более очевидных результатов, чем те, кто занимался исключительно влиянием физической внешности. В начале 1900-х гг. клинические врачи выразили желание разобраться с таким явлением, как фантомные боли (*Cash*, 2004). Первоначально исследования проводились от случая к случаю; однако с течением времени все большее количество ученых и писателей стало интересоваться этой проблемой. Так, в 1920-е гг. Шилдер (*Schilder*) провел ряд исследований, завершившихся публикацией в 1935 г. книги *The Image and Appearance of the Human Body*, в которой он, опережая свое время, утверждал, что телесный образ не только представляет собой когнитивную концепцию, но и испытывает на себе влияние установок и взаимодействий других людей (*Grogan*, 1999). В 1968 г. Фишер и Кливленд (*Fisher and Cleveland*) опубликовали свою книгу *Body Image and Personality*, представляющую результаты их наблюдений за «обычными» и «психиатрическими» пациентами. Их работа базировалась на использовании проективных методик, в ходе которых они изучали помимо других вещей то, как люди придают смысл определенным частям тела, и основу искажения его восприятия. Предложенный ими подход отразил в себе психодинамические тенденции того времени (*Pruzinsky and Cash*, 2002).

Хотя отдельные исследования по этому вопросу проводились на протяжении многих лет, своей критической массы они достигли только в 1990-е гг. До этих пор основная часть исследований была связана главным образом с интересами клинической психологии и психиатрии, среди которых особое внимание уделялось рас-

стройству пищевого поведения у молодых женщин. Однако более широкая применимость исследований телесного образа стала очевидна благодаря широкомаштабным опросам, в числе которых было исследование Кэша и его коллег (*Cash et al.*, 1986), проведенного на всей территории США, согласно которому только 7% женщин выразили незначительную озабоченность своей внешностью (остальные выразили неудовлетворенность в гораздо большей степени). Родин и ее коллеги (*Rodin et al.*, 1985) ввели фразу «нормативная неудовлетворенность» для описания того широко распространенного недовольства, которое женщины испытывают в отношении своей внешности. Кроме того, растущее значение когнитивных поведенческих подходов в 1980-е гг. и повышение влияния феминистических взглядов привели к активному росту числа исследований в этой области. Все они были объединены в знаменитой книге Кэша и Прузински *Body Images: Development, Deviance and Change*, опубликованной в 1990 г.

С тех пор интерес ученых и клинических специалистов к вопросу телесного образа не перестает расти (*Grogan*, 1999). В подавляющем большинстве работ, посвященных этому вопросу, главное внимание уделяется обеспокоенности женщин своей фигурой и весом тела, которая отражает основные тревоги, наблюдаемые среди всех слоев населения. Однако в последнее время становится очевидным рост интереса к беспокойству мужчин в отношении своего телесного образа, связанному с тем, что мужское тело все чаще выносится на обозрение в рамках популярной культуры (*Lee and Owens*, 2002). В своей книге, опубликованной в 2002 г. и рассказывающей о состоянии дел в данной области, Кэш и Прузински выделили три основные темы. Во-первых, это то, что с самого раннего детства телесный образ играет существенную роль в понимании многих аспектов человеческого опыта; во-вторых, что телесный образ представляет собой разностороннее понятие, определяемое множеством разных способов (так, Томпсон (*Thompson et al.*, 1999) приводит 16 определений, называя «телесный образ» фразой, похожей на губку и впитавшей в себя множество разных коннотаций и значений); и в-третьих, что наблюдается недостаточная интеграция между исследованиями, проводимыми в рамках различных дисциплин.

Сегодня большинство исследователей представляет понятие телесного образа в качестве континуума, характеризующегося различными уровнями нарушения в диапазоне от нулевого до крайнего. Более высокие уровни нарушения, как правило, связаны с наличием других симптомов, таких как тревога, депрессия и ухудшение социального функционирования (*Rumsey et al.*, 2004), а низкие уровни неудовлетворенности предполагают позитивную адаптацию и благополучие. С точки зрения психологии здоровья интересно отметить, что Томпсон и его коллеги (*Thompson et al.*, 2002) пишут о том, что неудовлетворенность телесным образом и обеспокоенность в диапазоне уровней от низких до средних вполне может быть полезной, так как ведет к «здоровым» моделям питания и занятиям физическими упражнениями.

Несмотря на упомянутый нами рост числа исследований в области телесного образа социальными и клиническими психологами, все еще сохраняется нежелание большинства специалистов обсуждать всеобъемлющий характер психологических последствий, связанных с внешностью и телесным образом. Хотя за послед-

ние годы многие стали более приемлемо относиться к разговорам о потенциальных выгодах привлекательности, по-прежнему не принято говорить напрямую о тех неудобствах, которые создает непривлекательная или уродливая внешность. Однако постепенно силу набирает третья область исследований и небольшая группа специалистов, занимающихся психологией здоровья и клинической психологией, приступила к изучению психологического воздействия, которому подвергаются люди с внешностью, отличной от нормы.

### **Первые источники по психологии физических недостатков**

Как и в случае с первопроходцами в области исследования телесного образа и внешности, пока еще существует очень мало работ, описывающих последствия физических недостатков у людей. В 1952 г. Абель (*Abel, 1952*) отмечала, что в ее выборке из 75 пациентов, помещенных в больницу для проведения корректирующих хирургических операций, все без исключения считали, что имеющиеся у них дефекты лица тем или иным образом мешают им добиться успеха в жизни. Многие из них жаловались на дискриминацию на работе и в определенных общественных ситуациях.

В 1960-х гг. в США пластические хирурги стали осознавать, что у подавляющего большинства их пациентов существуют проблемы, связанные со знакомством и отношениями с другими людьми. Отдельные публикации, появившиеся в 1960-е и 1970-е гг., сигнализировали о том, что, несмотря на постоянное совершенствование хирургических приемов, остаются проблемы с психологической адаптацией людей, имеющих дефекты внешности. Эти наблюдения интерпретировались с доминирующей в то время психодинамической точки зрения.

Медицинский социолог Френсис Кук Мак-Грегор (*Frances Cooke MacGregor, 1974*) отмечала, что среди всех проблем, наблюдаемых ею в сфере физической нетрудоспособности и реабилитации, самое большое беспокойство у нее вызывает количество людей с физическими недостатками, которые кажутся «малозначительными» или «забытыми». Рост технических возможностей изменения внешности, произошедший в 1980-е гг., заставил несколько профессиональных групп, включая хирургов и дантистов, заняться оценкой потенциального влияния этих изменений. С этой целью они стали искать ответы на целый ряд вопросов, например: «Стоит ли ломать человеку челюсть ради того, чтобы сделать более хороший прикус и более эстетичный профиль?» Для этого некоторые исследователи попытались дать количественное определение границ «удовлетворительной» и «неудовлетворительной» физической внешности, разработав системы оценки форм лица. Используя данные рентгеновских исследований лиц людей, Лукер и Грабер (*Lucker and Graber, 1981*) сделали попытку оценить приемлемость или неприемлемость различных степеней выступления верхней челюсти и верхних зубов или нижней челюсти и нижних зубов относительно остальных частей черепа, а также, для женщин, размера верхней части лица и его ширины. Бершейд (*Berscheid, 1986*) отмечала, что дальнейшим толчком к проведению исследований послужило развитие культуры судопроизводства, в ходе которого юристы начали искать доказательства влияния на человека повреждений, вызывающих появление видимых дефектов



(например, ожоги, полученные детьми, которые носили легковоспламеняющиеся ночные рубашки и пижамы; укусы злых собак и т. д.). Юристы пытались найти ответы на вопросы: «Могут ли эти повреждения воздействовать на самооценку?», «Будут ли подобные дефекты влиять на перспективы человека в плане благосостояния и работы?» и т. п.

Ряд исследователей из США и Великобритании отреагировали на рост интереса к психологическим последствиям видимых отличий во внешности у человека. Первым исследованиям в этой области была присуща необъективность выборки (она включала главным образом пациентов, которые активно стремились к изменению своей внешности, а в некоторых случаях — тех, кто мог позволить себе факультативное вмешательство пластического хирурга, см. главу 2). Кроме того, при их проведении ученые излишне доверяли изучению частных случаев и небольшим выборкам людей с определенными дефектами (примером может служить ряд исследований, связанных с «дефектом зубов» или «наличием гемангиом»). В конце 1970-х гг., 1980-е и 1990-е гг. крупная группа клинических психологов, работавших в США (среди которых особо следует отметить Бродера (*Broder*), Ричмана (*Richman*) и Капп-Симона (*Kapp-Simon*)), начала вести активную работу по изучению таких физических недостатков, как заячья губа, нёбные и черепно-лицевые аномалии. Они провели важные исследования адаптации детей, страдающих этими отклонениями, руководствуясь отчасти желанием продемонстрировать необходимость оказания этим пациентам психологической помощи.

В Великобритании в 1980-х гг. было проведено несколько исследований по изучению тех трудностей, которые переживают люди с физическими дефектами. Группа исследователей под руководством Рея Булла сосредоточила свое внимание на раскрытии механизма межличностного общения при первой встрече с людьми, у которых есть видимые отличия. Ученые надеялись на то, что полученные ими результаты помогут найти эффективные способы решения подобных проблем. В их работе также нашла свое отражение мода на исследования невербальной коммуникации и альтруизма, господствовавшая в социальной психологии в 1970-е гг. Исследователи показали, что люди используют особенности личного пространства для создания большей дистанции между ними и людьми, имеющими дефекты внешности (*Bull and Stevens, 1981; Rumsey et al., 1982*), а также то, что большинство людей по возможности избегают социального взаимодействия с теми, у кого есть такие дефекты. Однако в том, что касается альтруизма, все оказалось гораздо сложнее. Если взаимодействие начиналось, то людям было свойственно оказывать человеку с нарушениями существенно большую помощь, чем они предложили бы человеку, у которого таких дефектов нет (см. обзор в *Bull and Rumsey, 1988*). В ходе проведения своих исследований Рамси, Стивенс и другие выступали в роли помощников, появившихся перед другими людьми с поддельными дефектами лица или без них. Полученный благодаря этому опыт был чрезвычайно полезным и позволил им наглядно оценить как влияние реакций и поведения других людей, так и роль своего собственного поведения в процессе социального общения.

В своей работе Рамси отмечала идеи Мак-Грегора, которая в 1974 г. высказала предположение, что, реагируя на других, люди с физическими недостатками обычно прибегают к одной из трех стратегий: во-первых, речь идет о стремлении отка-

заться от социального взаимодействия («политика страуса»); во-вторых, они могут демонстрировать открытую враждебность и, в-третьих, могут быть излишне любезными и активными, контролируя таким образом общение. Стрента и Клек (*Strenta and Kleck, 1985*) смоделировали ситуацию, в которой участники исследования считали, что появляются перед другими людьми со шрамом на лице, нанесенным с помощью грима. Все те, кто верил в наличие у себя на лице «шрама» (а в некоторых случаях шрам удаляли, не поставив об этом в известность самого участника), были поглощены мыслями о своей внешности, чувствовали, что она влияет на их взаимодействие с другими людьми, и считали, что ощущают с их стороны сильную реакцию на свой дефект. Для дальнейшего изучения этого явления Рамси провела исследование, в котором были представлены различные варианты присутствия или отсутствия дефекта и уровни социальных навыков. Наиболее позитивное взаимное общение и наиболее благоприятные впечатления возникали, когда участники эксперимента реагировали на человека, которому с помощью грима наносили видимые отличия, в ситуации, требующей наличия определенных навыков; и наименее хорошо все складывалось для того же самого человека, когда у него были видимые недостатки и отсутствовали социальные навыки. Несмотря на то что это было лабораторное исследование, оно позволило получить многообещающие результаты. До этого времени в исследованиях физических недостатков преобладала негативная идея с жесткой ориентацией на проблемы и сложности. Задача по преодолению существующих в обществе пристрастий к людям с привлекательной физической внешностью и замене «мифа о красоте» установками, предполагающими принятие разнообразия внешности, казалась слишком высокой горой, чтобы ее можно было покорить в короткие сроки. Данные о том, что поведение человека с дефектами внешности может оказать сильное влияние на результат социального взаимодействия, стали причиной для проведения целого ряда исследований, посвященных обучению социальным навыкам людей, страдающих видимыми отличиями.

В Великобритании стимулирующее действие на проведение дальнейших исследований в области физических недостатков оказали два события, произошедшие в 1990 г. Первым была случайная встреча двух психологов (Ричарда Лэнсдауна и Николы Рамси) и пластического хирурга (Дэвида Харриса) на одной из конференций по вопросам хирургии, проводимой в Кембридже. Эти трое с сожалением обсуждали отсутствие внимания к людям, страдающим видимыми отличиями, недостаток результатов соответствующих исследований и необходимого лечения. Они строили планы по созданию мультидисциплинарной группы единомышленников, в результате чего возникла *Disfigurement Interest Group*. Эта группа просуществовала восемь лет, и ее члены регулярно встречались для обмена идеями, демонстрации результатов проводимых ими исследований, а под конец для написания и публикации книги. Эта книга должна была предоставить специалистам в области здравоохранения авторитетный отчет о современных знаниях по проблемам и вопросам в сфере видимых физических дефектов и предложить способы изменения системы здравоохранения для более полного удовлетворения потребностей пациентов (*Lansdown et al., 1997*).

После пожара на станции метро «Кингз-Кросс» и последующего оглашения информации о людях, получивших в результате этого ожоги, Джеймс Партридж (*James Partridge*, 1990) опубликовал книгу под названием *Changing Faces*, в которой описал собственный опыт выздоровления после обширных ожогов, полученных им за десять лет до этого в возрасте 18 лет. Никола Рамси и Джеймс Партридж (который в то время занимался разведением коров на небольшом острове Гериси в проливе Ла-Манш) встретились во время выпуска этой книги и обменялись идеями и собранными ими сведениями. Партридж выяснил для себя, что исследователи начали серьезно заниматься теми испытаниями и несчастьями, с которыми сталкиваются в жизни люди с физическими дефектами, и впоследствии прочитал книгу Булла и Рамси *The Social Psychology of Facial Appearance* (1988 г.). Рамси, в свою очередь, прочитала книгу Джеймса и поняла, что убедительность слов человека, имеющего физические дефекты, значительно превосходит красноречие ученого, проявляющего исследовательский интерес к данной теме! Реакция многих представителей общественности на книгу Партриджа убедила автора в том, что, хотя за десять лет, прошедших после несчастного случая, хирургические методы лечения ожогов значительно усовершенствовались, психологическая помощь по-прежнему отсутствовала. Он решил, что необходимо предпринять какие-либо действия для решения этой совершенно очевидной проблемы, и основал благотворительный фонд для поддержки людей, страдающих дефектами внешности. Джеймс Партридж согласился включить в свои планы финансирование исследовательской деятельности, и в 1992 г. были созданы благотворительный фонд *Changing Faces* и исследовательское подразделение под тем же названием. Небольшая команда исследователей сосредоточила внимание на разработке и оценке программ коррекции навыков социального взаимодействия и других услуг, оказываемых благотворительным фондом, и действовала в качестве катализатора деятельности *Disfigurement Interest Group*. Четкий фокус на исследованиях, направленных на определение потребностей людей с видимыми дефектами, а также разработку и оценку программ для удовлетворения этих потребностей, обеспечил им достойное место в рамках такой недавно возникшей дисциплины, как психология здоровья. С момента начала работы благотворительного фонда и его исследовательского подразделения произошло их значительное расширение. Сегодня организация *Changing Faces* предлагает множество прямых и непрямых методов поддержки и лечения и оказывает серьезное влияние на разработку и осуществление изменений в оказании медицинских услуг и политику в области здравоохранения (см. веб-сайт [www.changingfaces.org.uk](http://www.changingfaces.org.uk)). В 1998 г. исследовательское подразделение фонда превратилось в самостоятельный центр (Центр по исследованию внешности), и на момент публикации книги в нем работает 35 сотрудников, занятых исследовательской работой.

В 1990-е гг. в США и Великобритании продолжились работы, направленные на описание и осмысление проблем, связанных с дефектами внешности, а также изучение сходств и различий опыта, переживаемого людьми с такими дефектами. Значительный вклад в развитие литературы по данной теме внесли специалисты, занимающиеся социологией и социальной работой. Майкл Хьюз (*Michael Hughes*), социальный работник, опубликовал книгу *The Social Consequences of Facial Disfi-*

gurement (1988 г.), в основу которой были положены его исследования людей с уродствами, вызванными раком или травмой. В 2000 г. была опубликована книга Роба Ньюэлла (*Rob Newell*) под названием *Body Image and Disfigurement Care*. Эта книга, предназначенная для профессионалов системы здравоохранения, была основана на результатах исследований Ньюэлла, в которых принимали участие люди с раком головы и шеи, а также целым рядом других физических дефектов. Автор предложил читателям подробный анализ сильных и слабых сторон предыдущих исследований и рассмотрел возможности использования модели психологической адаптации, построенной на гипотезе избегания страха, в рамках которой следует понимать проблемы людей с физическими дефектами. Оба эти автора присоединились к группе исследователей, выдвигающих на первый план отсутствие доминирующей биомедицинской модели лечения при удовлетворении психосоциальных потребностей. Однако, несмотря на постоянное накопление данных исследований и растущее число работ отдельных авторов, посвященных социальным и психологическим проблемам, сегодня лечение по-прежнему ориентировано на медицинское и хирургическое вмешательство (см. главу 6). В его подтексте лежит ориентация исключительно на улучшение внешности, в результате чего в процессе адаптации роль дополнительных социальных и психологических факторов сведена до минимума. Тем, кто проходит лечение, в качестве ответа на имеющиеся у них проблемы предлагается медицинское или хирургическое решение. Подобная ограниченная программа, предлагаемая здравоохранением, помимо всего прочего, способствует усилению ранее существовавших общественных предрассудков, акцентирующих внимание на физической привлекательности и возводящих внешние отличия в ранг патологии.

К концу 1990-х гг. появился ряд согласующихся между собой исследований, которые выдвигали на первый план вопрос индивидуальных различий в прохождении адаптации и подтверждали отсутствие связи между размером и серьезностью физического недостатка и уровнем дискомфорта (*Lansdown et al., 1997*). Влияние на адаптацию типа заболевания и таких демографических переменных, как пол и возраст, также оказалось не столь значительным, как ожидали многие, а в результатах исследований все чаще и регулярнее стало обнаруживаться влияние психологических характеристик, воздействовавших на многофакторный процесс адаптации (см. главы 4 и 5).

Примерно в это же время исследователи начали осознать, что в своем стремлении классифицировать проблемы и сложности, связанные с физическими дефектами, они сами играют неблагоприятную роль, формируя представления о подобных дефектах как о патологии, а не норме. В последние годы как в США, так и в Великобритании возникла тенденция к расширению фокуса исследований на тех, кто сумел психологически адаптироваться к своим проблемам, чтобы учиться не только на плохих, но и на позитивных примерах. Ученые обратили внимание на факторы, способствующие восстановлению нормальной жизни при наличии физических дефектов; они были выявлены благодаря открытиям, сделанным в других областях психологии. Как утверждает Селигман (*Seligman*) и другие сторонники движения за позитивную психологию, в психологии и других поведенческих науках слишком долгое время царил подход в духе стакана, наполовину наполненного водой.

Второе современное направление исследований в области физических дефектов придает особое значение сходствам и различиям связанных с внешностью проблем, возникающих у людей, которые могут иметь и не иметь объективных нарушений. Ранее предполагалось, что проблемы, с которыми сталкиваются многие люди с физическими недостатками, уникальны для каждого из них. Однако последние исследования в области внешности и телесного образа (см. главу 3), а также признание различий в адаптации среди людей с физическими дефектами (см. главу 5) указывают на массу сходств между теми аспектами, которые беспокоят самых разных людей.

В 1997 г. британский пластический хирург Гус Мак-Грутер высказался по поводу того, что современное законодательство позволяет противостоять предрассудкам и дискриминации по расовому признаку, инвалидности и возрасту, и с грустью заметил, что физические недостатки стали «последним бастионом дискриминации в Великобритании». Однако возможность снижения дискриминации на основе физической внешности с помощью законотворческой деятельности если и появится, то только в отдаленном будущем. Сообщество исследователей, занимающихся вопросами понимания и удовлетворения потребностей людей, обеспокоенных своей внешностью, живет и активно действует, однако исследования, связанные с внешностью, остаются делом меньшинства, а специальные знания в этой области — прерогативой лишь нескольких ученых. С учетом широкого распространения среди населения беспокойства о своей внешности пришло время для специалистов по психологии здоровья решительно взяться за работу и признать важную роль этих вопросов в психологической адаптации и благополучии многих людей.

## Резюме

- Людей привлекают лица. Со времен появления первых письменных свидетельств известны примеры высокой степени интереса к внешности и вкладывания в нее денег.
- Сегодня, несмотря на то что нет доказательств, что красота и привлекательность связаны со счастьем человека, представители европеизированных наций склонны делать высокие вложения (поведенческие и финансовые) в физическую внешность.
- Мы выносим стереотипные суждения об особенностях людей (например, об их характере или роде занятий), основываясь на их внешности.
- Люди с видимыми физическими недостатками часто говорят о том, что их внешность вызывает у других негативную реакцию.
- Первоначально исследования в области психологии внешности были прерогативой нескольких ученых. В 1970-х и 1980-х гг. ситуация изменилась, и исследователи связали внешность с широким спектром преимуществ. К 1990-м гг. стало ясно, что результаты ранних исследований позволяют нарисовать крайне упрощенную картину.
- Исследования в области телесного образа были сфокусированы в основном на проблемах, связанных с весом и формой тела. Сегодня принято считать,

что понятие телесного образа имеет многогранный характер и играет важную роль в самых разных областях человеческой жизни.

- Проводимые в 1990-е гг. исследования последствий физических дефектов не только классифицировали существующие в связи с этим проблемы, но и показали, что системы удовлетворения потребностей людей, страдающих видимыми отличиями, не существует.
- Работая над объяснением индивидуальных различий в адаптации к физическим дефектам, исследователи начали уделять внимание факторам, способствующим позитивной адаптации к видимым отличиям.
- Существует значительный разрыв по уровню переживаний, которые испытывают люди, обеспокоенные своим внешним видом, вне зависимости от того, есть у них «аномалия» внешности или нет.

## Темы для обсуждения

- Возросла ли в настоящее время одержимость общесгва вопросами внешности в сравнении с предыдущими эпохами?
- Почему люди выносят стереотипные суждения, основываясь на внешности? Откуда пошли эти стереотипы?
- Являются ли внешне привлекательные люди более социально адаптированными, чем менее привлекательные? Если да, то почему?
- Какой была бы ваша реакция при встрече с человеком, имеющим серьезное лицевое уродство, такое как ожог? Почему бы вы реагировали подобным образом?

## Литература для дальнейшего изучения

Cash, T F (2004) Body image: past, present and future *Body Image*, 1. 1–5

Davis, K. (1995) *Reshaping the Female Body: the Dilemma of Cosmetic Surgery* London: Routledge

Etcoff, N (1999) *Survival of the Prettiest: The Science of Beauty* London. Little, Brown and Company

MacLachlan, M (2004) *Embodiment. Clinical, Critical and Cultural Perspectives on Health and Illness* Maidenhead. Open University Press.



## Проблемы, связанные с исследованием внешности

(при участии Алекс Кларк, Ханны Фрит и Кейт Глисон)

В последние годы активно растет число публикаций, посвященных психологическим аспектам внешности. Очевидно, что данная тема приобретает все большую популярность, однако как недавно приступившие к ее изучению исследователи, так и те, кто занимается ею длительное время, сталкиваются с массой методологических и профессиональных проблем. Одни из них характерны только для исследования внешности, а другие встречаются и в других областях психологии здоровья. Многие из них известны уже давно. Более десяти лет назад Страусс и Бродер (*Strauss and Broder, 1991*) изучили психологические аспекты такого дефекта, как «волчья пасть» и похожих черепно-лицевых заболеваний. Большинство из поднятых вопросов касалось исследований внешности в целом, и, к сожалению, складывается впечатление, что многие вопросы не утратили своей актуальности и сегодня.

В этой главе мы обратимся к материалам, опубликованным по данной теме, и к собственному опыту исследований, с тем чтобы на практике и конструктивно помочь всем, кто изучает психологические аспекты внешности. Мы коснемся вопросов, требующих тщательного рассмотрения в любом исследовании вне зависимости от используемой методологии, — таких, как исходные предположения исследователя о внешности, деликатный характер изучаемой темы, проблемы с подбором участников и финансированием. В данной области исследований две наиболее сложные проблемы — это эффективная интеграция данных из разных типов источников (например, различных методов и методологии), а также разработка и проверка адекватных и практичных теорий и моделей. Поэтому мы уделим особое внимание сложностям выбора критериев оценки, дадим критический анализ теорий и моделей, которые могут быть использованы при проведении исследований в данной области, и предложим новую концептуальную схему для работы в будущем. В конце главы мы поговорим о расширении диапазона методов исследования, используемых при изучении внешности.

### Исходные предположения

Приступая к работе в данной области, нужно понимать, что большая часть проводимых сегодня исследований строится на двух предположениях. Первое заключается в том, что потребности и проблемы тех людей, которые имеют реальные види-

мые дефекты внешности, и тех, у кого их нет, отличаются. Это предположение стало причиной возникновения двух отдельных видов публикаций на эту тему (см. главы 3 и 4), однако у обеих этих категорий людей есть множество сходных точек, а внутри каждой из групп также существуют многообразные различия. В данном случае исследователи сталкиваются с проблемой: как лучше исследовать характер и влияние вопросов внешности на тех, кто имеет, и тех, кто не имеет видимых отличий, учитывая и уникальность каждой ситуации, и существующие совпадения. Ученые исследуют множество одинаковых аспектов вне зависимости от рассматриваемой группы испытуемых. Следовательно, было бы полезнее в будущем уделять больше внимания задаваемым вопросам и исследовательским проблемам, а не концентрироваться на разделении изучаемых групп людей. Если говорить о втором исходном предположении, то неискушенные специалисты считают, что всем без исключения людям, имеющим какое-либо видимое отличие, приходится решать такие проблемы, как социальная тревога, и предполагают, что среди тех, чьи дефекты больше по размеру или более заметны, уровень переживаний выше. Подобные предположения привели к возникновению и развитию патологического, проблемно-ориентированного подхода к исследованиям, при котором более позитивный опыт нередко остается без внимания.

## Деликатные аспекты исследования внешности

Тема внешности имеет достаточно деликатный и эмоциональный характер, поэтому некоторые люди (включая тех, кто рассматривает заявки на финансирование или подтверждение этичности планируемых работ) могут считать, что участие в подобных исследованиях может вызвать у испытуемых стресс. Участники исследований, которых беспокоят вопросы внешности, могут ощутить, что их расстраивает необходимость описывать свои переживания или размышлять на эту тему. В этом случае стандартные критерии оценки, если они подобраны неправильно, могут усилить их переживания. С учетом этого необходимо разработать дополнительные соглашения для участников исследования, согласно которым им была бы впоследствии оказана помощь, и позаботиться о том, чтобы им были известны соответствующие учреждения, например благотворительные организации, группы для страдающих определенными заболеваниями или учреждения здравоохранения (см. главу 6).

Большинство исследований в данной области сфокусированы главным образом на проблемах и трудностях, связанных с внешностью, однако следует отметить, что некоторые обычные люди могут не менее остро реагировать или проявлять напряженность при разговоре об удовлетворенности своей внешностью или ее позитивных аспектах. Мы все пытаемся управлять собственной внешностью и видимым «я» в обществе, где провозглашается мнение, что вы не можете, да и не должны, судить о книге по ее обложке (*Firth and Gleeson*, в личной беседе). Это может осложнить людям обсуждение вопросов внешности. Из лучших побуждений люди могут убедить человека, имеющего видимые отличия, что значение имеют только его личностные качества, в результате чего ему будет сложно признать, что его внешность вызывает у него беспокойство. Те, кто произносят эти слова поддержки, упускают из вида тот факт, что для таких людей внешность действительно важна:



Я не верю, что мои друзья видят под моей внешностью мою реальную сущность, они просто видят МЕНЯ, а значит, *всего* меня. Близкие мне люди любят меня не вопреки моей внешности или даже из-за нее — я представляю собой единое целое! Я сам точно так же отношусь к себе: я нравлюсь себе — *весь целиком*.

(*Bates*, в личной беседе)

Интересно, что оценка такой услуги, как маскировочный грим (*Kent*, 2002), показала, что невысокая доля ответов (всего лишь 33%) отчасти объясняется боязнью людей показаться тщеславными или озабоченными внешностью, а также чувством стыда. Так, один из участников исследования Кента специально попросил не присылать ему контрольную анкету из страха, что его сосед по квартире вскроет почту и узнает, что он пользовался маскировочным гримом.

Все это создает проблемы для успешного исследования, ведь участникам бывает сложно признать беспокойство относительно собственных физических особенностей, поскольку они могут считать, что это беспокойство безосновательно и несущественно. Эта проблема наглядно проявилась при исследовании женщин, перенесших удаление груди на ранней стадии рака (*Harcourt and Griffiths*, 2003), которые говорили, что им нелегко обсуждать свои переживания по поводу внешности, поскольку они понимают, что должны быть благодарны за то, что лечение, скорее всего, спасло им жизнь. Иногда исследователям сложно выявить истинные переживания участников, потому что они не могут преодолеть их убежденность в том, что внешность не имеет значения (*Frith and Gleeson*, 2004). Тем не менее результаты подобных исследований (касающиеся как позитивных, так и негативных аспектов внешности) необходимы, если вы стремитесь полнее понять данный вопрос и обоснованнее спланировать лечение.

## Финансирование исследований

Число исследователей, работающих в данной области, постоянно увеличивается, а вместе с ним растет конкуренция за ресурсы для финансирования исследований. Конечно, большинство специалистов по психологии здоровья будут утверждать, что сфера их деятельности страдает от недостаточного финансирования. Наш собственный опыт подсказывает, что искать средства для изучения внешности особенно трудно, потому что заинтересованные стороны, которые разрабатывают исследовательские программы, могут не рассматривать эту область в качестве приоритетной. Когда финансовые ресурсы пользуются большим спросом, есть опасность, что они будут выделены для «более достойных» проблем. Тем не менее мы считаем, что для привлечения необходимых средств нужно проводить практическое и научное исследование внешности и связанных с ней проблем, а также разъяснять спонсорам масштаб и важность этих вопросов. Может показаться, что сложившуюся ситуацию можно охарактеризовать как «уловку», но надеемся, что ее можно изменить. Так, мы очень благодарны благотворительной организации *Healing Foundation* за недавно принятое решение о финансировании важного направления исследований в области внешности с целью улучшения жизни людей, страдающих видимыми дефектами.

## Формирование выборки и набор участников исследований

Можно понять тех, кто предполагает, что если у любого человека есть та или иная внешность, набор участников исследований, связанных с этим вопросом, должен происходить просто и без проблем. Однако, к сожалению, это не так и формирование выборки и подбор участников нередко сопряжены с большим количеством сложностей и связаны с двумя проблемами — доступом и количеством.

Если исследование ориентировано на определенную группу людей, например подростков в возрасте 11–16 лет, то источники их «вербовки» очевидны. Тем не менее есть вероятность того, что при любом способе набора в число участников попадут люди, которые проявляют повышенный интерес к своей внешности. Вполне возможно, что у «жизнерадостных» людей, которые придают меньшее значение своему внешнему виду, желание участвовать в исследовании будет слабее. Исследователи могут решить эту проблему, используя ряд стратегий подбора участников и продолжая поиск альтернативных методов продвижения своей работы.

Отдельные группы набрать сложнее, чем другие. Например, некоторые специалисты выражают беспокойство (см. *Schwartz and Brownell, 2004*) по поводу того, что в исследованиях внешности преобладают участники женского пола. Некоторые исследователи отмечают существование сложностей при наборе в группы мужчин (*Wallace*, в личной беседе), что, по мнению некоторых (*Dittmar et al., 2001*), отражает их нежелание обсуждать вопросы внешности и телесного образа. Однако Фрит и Глисон (*Frith and Gleeson, 2004*) высказывают предположение, что это объясняется не их скрытностью, а тем, что они предпочитают говорить о внешности не так, как это делают женщины. Например, при изучении отношения мужчин к своей одежде участники исследования могут сначала отрицать интерес к собственной внешности, а затем объяснять выбор одежды в зависимости от восприятия своего тела. Несомненно, все это создает проблемы для исследователей, которым необходимо найти способы для привлечения к участию в своей работе мужчин.

### **Набор участников из различных культурных и этнических групп**

Большинство современных исследований, связанных с внешностью, проводится в западных странах, в частности США и Великобритании. В них участвуют главным образом люди с хорошим знанием английского языка, так как лишь немногие стандартные опросники оценки внешности переведены с английского на другие языки. Очень мало исследований посвящено опыту людей из различных культурных и этнических групп, хотя это может быть очень важно, так как вопросы дефектов внешности, стигматизации и позора могут быть связаны с культурой (*Papadopoulos et al., 1999b*). Исследователи должны уделять особое внимание подбору участников из более широкого спектра этнических групп и проведению работ по изучению именно этих вопросов. В работах Центра по исследованию внешности постоянно используется выборка, в которой подавляющее большинство составляют белые жители Великобритании, хотя мы все время пытаемся подобрать участников из клиник, обслуживающих районы больших смешанных этнических групп. Это за-

ставляет нас думать, что существуют определенные факторы, влияющие на то, что люди из некоторых этнических групп не приходят в клиники коррекции внешности (например, общей пластической хирургии или дерматологии). Возможно, у этих людей есть причины, по которым они не посещают такие медицинские учреждения или не обращаются за помощью по поводу своей внешности. Несомненно, этот вопрос требует дальнейшего изучения и поиска других средств привлечения таких людей — возможно, через референтных лиц в этнических сообществах, а не через систему здравоохранения.

### **Выборки студентов**

Слишком много современных исследований строится на базе выборки студентов, в особенности когда проводятся изучение внешности и телесного образа среди людей без видимых отличий и разработка критериев оценки телесного образа. Очевидно, что необходимы альтернативные способы определения и установления контактов с испытуемыми. Например, Халливелл и Диттмар (*Halliwel and Dittmar, 2004*) рассказали о том, как формирование выборки по принципу «снежного кома» с использованием электронной почты позволило им набрать более двухсот женщин, не являющихся студентками, с различными демографическими характеристиками для проведения исследования, связанного с беспокойством по поводу своего тела, вызванного влиянием рекламы в СМИ.

### **Набор людей с видимыми отличиями**

Для исследователей, ищущих людей, чья внешность отличается от «нормы», подбор участников также связан с определенными сложностями. Исходя из практических, логистических и этических причин участников для исследований конкретного заболевания, как правило, вербуют с помощью соответствующих организаций, которые обеспечивают психологическую поддержку и работают на национальном, региональном или местном уровне (*Cochrane and Slade, 1999; Papadopoulos et al., 2002*); сотрудников больниц или клиник (*Beaune et al., 2004; Fortune et al., 2005; Hughes, 1998; Kent and Keahone, 2001; Thompson et al., 2002; Wahl et al., 2002*) или тем и другим способом одновременно (*Hill and Kennedy, 2002; Moss and Carr, 2004a*). Это позволяет получить доступ к целевым группам, однако и при подборе участников через больницы или группы поддержки возникают определенные проблемы. Во-первых, это ограничивает исследователей теми людьми, которые общаются со специалистами здравоохранения и/или ищут какой-либо поддержки или помощи. Все это может привести к выходу на первый план острой фазы заболеваний, вызывающих изменение внешности (*Thompson and Kent, 2001*). Во-вторых, психосоциальные переменные (например, воспринимаемая социальная поддержка), которые могут воздействовать на решение человека об обращении в такие организации, также могут повлиять на определение уровней психосоциальной адаптации. Хьюз (*Hughes, 1998*) описывает сложности, которые возникли у него при доступе к людям с врожденными дефектами внешности из-за того, что хирургов беспокоили

возможные осложнения в отношениях с пациентами. Это показывает, какие проблемы могут возникнуть, если профессиональные медики выступают в роли «церберов-привратников» при подборе участников исследований, а больницы являются единственным источником вербовки испытуемых.

На сегодняшний день нам очень мало известно о людях, которые имеют видимые дефекты внешности, но не обращаются за лечением или психологической поддержкой. Вполне вероятно, что в эту группу входят те, кого мы можем считать «хорошо адаптируемыми». Внимание, которое последнее время уделяется устойчивости и позитивным результатам (см. главу 5), позволяет предположить, что эта группа может оказаться в центре внимания будущих исследований. Одна из проблем, с которой сталкиваются исследователи в данном случае, — доступ к этим людям. Так, Мартин и Ньюэлл (*Martin and Newell, 2004*) набрали 366 участников с помощью клиник и средств массовой информации, изучая структуру факторов Больничного опросника тревоги и депрессии (*Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS*) для его использования при работе с людьми, имеющими видимые отличия.

Нередко в исследованиях в данной области используются выборки небольшого размера, что связано с разнообразием таких аспектов, как распространенность, этиология, тяжесть, расположение и перманентность видимого отличия. Например, в исследовании по оценке лечения, выполненном Линдой Пападопулос и ее коллегами (*Papadopoulos et al., 1999a*) по методу когнитивной поведенческой терапии, использовалась выборка всего из 16 участников (по восемь в контрольной и экспериментальной группах). Несмотря на то что этого количества было достаточно с точки зрения статистической достоверности, исследователей часто обвиняют в получении несущественных результатов и низком уровне выявления проблем и нарушений из-за небольших размеров выборки и методологических недостатков (*Eiserman, 2001*). Таким образом, предполагается, что проблемы, несомненно, присутствуют, но их не обнаруживают из-за использования неподходящих или неадекватных методов и критериев. Однако вполне вероятно, что подобные проблемы не будут ярко выражены даже в более крупной выборке. Стоящая перед исследователями задача заключается в том, чтобы выявить факторы, отличающие тех, кто испытывает подобные переживания, от тех, у кого их нет, и найти лучшие способы помощи тем, кто в ней нуждается.

С учетом сложности подбора участников исследований в целом возникает опасность, что без должного внимания могут остаться более сложные заболевания, так как в их случае подбор становится особенно проблематичным. Например, по оценкам ученых, капиллярные гемангиомы встречаются у одного из 3 тыс. новорожденных (*Sheerin et al., 1995*), склеродермия встречается у одного из 5 тыс. людей (*Joachim and Acorn, 2003*), а синдром Тричера-Коллинза поражает менее 1 человека из 25 тыс. (*Beaune et al., 2004*), поэтому набор большой выборки в этих случаях может превратиться в сложный и длительный процесс. Однако высокая частота ответов среди людей с редкими заболеваниями показывает, что для них характерна сильная мотивация и желание быть услышанными. Исследователи могут быть приятно удивлены готовностью пациентов к участию в их работе, в особенности если они понимают, что вопросы, связанные с внешностью, как правило, игнорируются. Так,

Вамос (*Vamos*, 1990) сообщает о том, что пациенты с ревматоидным артритом были очень довольны тем, что исследователи проявили интерес к тем аспектам их заболевания, которые связаны с внешностью, в отличие от обычного биомедицинского подхода, ориентированного на боли и восстановление работоспособности. В ходе исследований, проводимых в клинических условиях сотрудниками Центра по исследованию внешности, также, как правило, наблюдается очень высокая частота ответов. Например, при оценке переживаний, связанных с внешностью, доля ответивших среди амбулаторных больных составила 86% (*Rumsey et al.*, 2004). Высокие показатели частоты ответов также наблюдаются в исследованиях, которые требуют значительной вовлеченности со стороны их участников. Считается, что нередко возникают сложности с подбором среди пациентов с ожогами, однако длительное и терпеливое формирование и поддержание контактов с такими людьми и гибкий подход к выбору времени для опроса позволяют добиться при изучении психосоциальных потребностей этой группы частоты ответов, превышающей 66% (*Phillips*, в личной беседе). Мы использовали эти примеры для доказательства, что для многих групп пациентов внешность представляет важный аспект и, несмотря на опасения, что внимание к таким деликатным темам может расстраивать людей, они готовы и стремятся к сотрудничеству.

### **Исследования, проводимые одновременно в нескольких регионах**

Одним из возможных средств увеличения размера выборки является проведение исследований в нескольких центрах. Например, изучение посетителей 15 различных амбулаторных клиник в Бристоле и Лондоне помогло выявить уровни беспокойства среди 458 людей с самыми разными заболеваниями, связанными с внешностью (*Rumsey et al.*, 2004). Постоянные совместные исследования, проводимые сотрудниками Центра по исследованию внешности в Бристоле и командами специалистов в США, позволяют изучать качество жизни среди подростков, страдающих различными черепно-лицевыми заболеваниями, а наша работа с коллегами в Лондоне, Шеффилде, Бредфорде и Уорике дает возможность проводить исследование более 1500 участников с самыми разными заболеваниями, вызывающими изменение внешности. Сложность заключается в том, что в отчетах участников исследований из разных мест могут присутствовать значительные различия. Так, у пациентов, обращающихся по поводу пластической хирургии в клиники Лондона, наблюдается исключительно высокий уровень тревоги и депрессивных симптомов в сравнении с теми пациентами, которые посещают аналогичную клинику в Бристоле (*Rumsey et al.*, 2004). Можно только предполагать, что же является причиной таких расхождений в отчетах участников, их ощущениях и уровнях психосоциального благополучия, однако они могут отражать различия в системах лечения или отношении профессиональных медиков к вопросам внешности. Исследования, совместно проводимые в нескольких регионах, позволяют делать количественные сравнения, и это помогает избрать наиболее подходящий метод лечения, но при этом необходимо, чтобы размер выборки из каждого источника был достаточно большим для статистической достоверности.

## Участники исследования как однородная группа

С самого начала исследователь должен принять решение о том, следует ли ему сфокусироваться на вопросах внешности и ее дефектов *в чистом виде*, или его работа должна быть сконцентрирована на одном определенном заболевании (например, «волчья пасть») или группе людей (например, подростки в возрасте 11–16 лет). Концептуальное смещение в сторону изучения дефекта или внешности как явления, независимого от медицинского заболевания, имеет ряд преимуществ. Например, это может быть выгодно с точки зрения применения полученных результатов и лечения, конкретных проблем (например, социальной тревоги), которые считаются общими для всех вне зависимости от причины дефекта (см. главу 7).

Однако существуют не менее веские аргументы против объединения различных заболеваний в рамках одного исследования или экспериментальной группы и рассмотрения отдельных людей в качестве однородной группы. Несмотря на удивительное сходство проблем, о которых сообщают люди с различными заболеваниями (*Partridge et al.*, 1997; см. также главу 4 данной книги), важно помнить о том, что те факторы, которые определяют расстройство в случае одного заболевания, могут не быть определяющими при других. Вопрос об объединении различных диагностических групп уже поднимался в исследованиях такого заболевания, как «волчья пасть». Например, исследование может объединять людей с расщепленной губой, расщепленным нёбом, комбинированным расщеплением и расщеплением с одной стороны или с двух сторон (*Strauss and Broder*, 1991). Кроме того, категоризации, такие как «дерматологические заболевания», не позволяют выявить уникальные переживания участников с отличающимися друг от друга диагнозами (см. *Porter et al.*, 1986 в главе 5 данной книги). Решение о возможном объединении групп необходимо принимать на раннем этапе планирования исследования и с учетом его целей.

Проблемы формирования выборки и подбора испытуемых могут быть ярко проиллюстрированы нашим собственным опытом совместной работы с исследователями, которые объединились для изучения следующего вопроса: «Что отличает тех, кто хорошо адаптируется к дефекту внешности, от тех, у кого есть с этим сложности?» Эта работа предполагала проведение широкомасштабного опроса более чем 1 тыс. участников в больницах и сотен других людей из системы первичной медицинской помощи и выборки местных жителей с тем, чтобы результаты исследования были применимы не только к тем, кто в настоящее время пользуется услугами здравоохранения или у кого диагностируется одно определенное заболевание. Процесс согласования принципов составления выборки проходил очень тяжело. В конце концов было принято решение использовать выборку 2 × 4 с учетом а) того, является ли обычно дефект видимым для других людей или нет; б) этиологии видимого отличия (врожденное, получено в результате травмы, заболевания или чего-то другого). Дальнейшее дробление выборки в соответствии с демографическими характеристиками, местоположением дефекта и определенным заболеванием было бы слишком обременительным и дорогостоящим, несмотря на наличие у нас значительных ресурсов. Хотя окончательная выборка не идеальна, она позволила провести исследование адаптации к отклонениям *в целом*, и теперь можно будет осуществить полезные сравнения. Более того, серия более

мелких дополнительных исследований позволит в будущем более подробно рассмотреть определенные вопросы и группы людей.

Для того чтобы заниматься совместным изучением различных групп пациентов (как в упомянутом ранее примере), исследователь должен иметь возможность сравнивать их (например, серьезность послеугревых рубцов и тяжесть поражения лицевого нерва), а также четко обосновывать такое сравнение. Одна из проблем, с которой сталкиваются исследователи, связана с оценкой относительной серьезности дефекта внешности (см. главу 5). Воспринимаемая серьезность является одной из наиболее важных переменных при изучении психосоциального влияния любого изменения внешности, поэтому важно знать не только то, что речь идет о понятии, имеющем психологический смысл, но и то, что его можно оценивать надежным и действенным способом. Во многих исследованиях все суждения, основанные на размере, расположении и видимости отклонения, отражают оценки, стандартизированные соглашением между разными экспертами. Таким образом, хотя многие исследователи полагают, что серьезность дефекта не определяет психологическое расстройство, это мнение в случае сравнения групп с различными отклонениями (*Robinson et al., 1996*) звучит менее убедительно, чем при изучении групп, участники которых имеют единое медицинское заболевание (*Love et al., 1987; Malt and Ugland, 1989*). Еще одна сложность при объединении разнородных групп заключается в оценке влияния дисфункции, сопутствующей некоторым заболеваниям, в частности тем, где дефект наносит вред лицу (например, рак головы и шеи). В других случаях, например при дерматологических заболеваниях, воздействие внешнего дефекта на функции организма менее вероятно.

Кроме того, есть опасность восприятия групп населения (в отличие от диагностических) как однородных, а значит, испытывающих похожие переживания по поводу своей внешности и отношения к ней. Например, было бы опрометчиво предполагать, что все подростки должны быть обеспокоены своей внешностью или что пожилым людям такое беспокойство не свойственно (*Johnston et al., 2004; Spicer, 2002*). Так, Спайсер (*Spicer, 2002*) делает вывод о том, что пожилых людей нередко исключают из исследований, связанных с внешностью, именно по этой причине. Точно так же предположения о том, что люди обязательно рассматривают старение как процесс, оказывающий негативное влияние на внешность, или что женщины переживают это в большей степени, чем мужчины, мешает понять различные переживания, которые они испытывают на протяжении своей жизни (*Halliwel and Dittmar, 2003*).

## **Контрольные группы, или группы для сравнения**

Оценки методов лечения людей, обеспокоенных своей внешностью, часто даются без рассмотрения результатов контрольной группы, или группы сравнения (*Kleve et al., 2002*), хотя такие проверки могут оказаться даже более полезными и информативными, чем сами исследования. Выбор соответствующей группы сравнения ставит перед исследователем новые проблемы, поэтому литература по данной теме изобилует примерами исследований без использования контрольных групп или с сомнительными сравнениями. Например, Бил с коллегами (*Beale et al., 1980*)

сравнивали пациентов, сделавших операцию по увеличению груди, с ЛОР-пациентами (перенесшими оториноларингологические операции, т. е. операции на ухо, горло, нос); ученые исходили из предпосылки, что участники контрольной группы подвергались некосметическим хирургическим операциям. Однако ЛОР-хирургия (как, естественно, и вся хирургия) способна влиять на внешность пациента, что может стать для него причиной беспокойства.

## Выбор времени

Принимая во внимание, что люди могут изначально испытывать серьезное беспокойство по поводу своей внешности, крайне необходимо, чтобы участие в исследовании не усиливало их переживания, а также не было слишком обременительным и не занимало много времени. Если есть такая возможность, то время проведения исследования, в котором принимают участие люди, пользующиеся услугами системы здравоохранения, должно быть согласовано с графиком и общим планом лечения. Так, не следует проводить сбор данных во время, близкое к моменту проведения хирургической операции, так как люди могут испытывать повышенное беспокойство, а также может возникнуть необходимость компромиссов относительно методологической строгости исследования.

В некоторых ситуациях выбор времени для сбора данных может быть особенно важен, например когда речь идет о людях, которые проходят лечение, связанное с угрожающими жизни заболеваниями (например, раком) или сильными ожогами. Так, Филлипс (*Phillips*, в личной беседе) выяснила, что родители детей, получивших ожоги, неохотно принимали участие в исследовании, пока их ребенок находился в больнице, так как не хотели оставлять его ни на минуту. Однако они активно участвовали в подробных беседах после того, как их ребенок возвращался домой, а угроза его здоровью становилась меньше. В самом деле, со временем переживания, связанные с внешностью, становятся более актуальными, так как угроза жизни исчезает, уменьшается контакт с персоналом больницы и другими пациентами и человек начинает сравнивать себя и свою внешность с другими здоровыми людьми (см *Gamba et al.*, 1992; *Pendley et al.*, 1997). Однако не следует предполагать, что с течением времени человек все лучше адаптируется к измененной внешности — правильнее будет считать такое изменение постоянным фактором стресса, который временами может усиливаться или ослабляться под действием переживаний.

Как и в других областях исследований, выбор времени может быть особенно важен для исследователей, которые стремятся оценить новое лечение или услугу (относится ли это к хирургическому вмешательству, психологии или образованию). Для введения новых услуг или процедур необходимо время, поэтому оценки, даваемые на раннем этапе исследования, могут недостаточно правильно отражать то, что будет с данным видом медицинской помощи в дальнейшем. Однако психосоциальная оценка в самом начале работы необходима, потому что ее отсутствие может привести к широкому использованию методов хирургии или психологической помощи, которые не приносят ожидаемой психосоциальной пользы. Более того, если говорить об оценке новых процедур и изменений в лечении, даваемой во время исследования, может случиться так, что к моменту его завершения



и опубликования результатов то, что когда-то считалось наиболее благоприятным вариантом лечения, будет заменено чем-то новым. Например, Рибби (*Reaby, 1998*) и Хорт (*Reaby and Hort, 1995*) изучали состояние женщин, перенесших пластику молочной железы, на протяжении семи лет после проведения операции, в течение которых произошло значительное усовершенствование хирургических процессов и методов лечения.

Проведение сбора данных также может зависеть от времени года. Например, беспокойство может возрасти при более теплой погоде, когда людям, имеющим видимые недостатки, становится сложнее или менее удобно скрывать их с помощью грима или одежды или когда появляется возможность заниматься теми видами деятельности, которые считаются опасными, например посещение пляжа, плавание и т. д. Более того, некоторые дерматологические заболевания могут обостряться при определенных погодных условиях (*Papadopoulos et al., 1999b*), а в определенное время года может увеличиваться число причин, вызывающих появление дефектов. Например, в весенние и летние месяцы возрастает число ожогов, которые появляются в результате участия людей в барбекю или разведении костров. В последние годы в Великобритании предпринимаются попытки сократить процент ожоговых поражений, связанных с проведением ночных фейерверков во время празднования Дня Гая Фокса (5 ноября). По официальным данным, в 2003 г. на эту дату было зарегистрировано 1136 случаев повреждений от фейерверков, из которых 588 были связаны с детьми и подростками в возрасте младше 18 лет (Министерство торговли и промышленности, [www.dti.gov.uk](http://www.dti.gov.uk)).

## Обстановка

На внешний вид некоторых дефектов, например при дерматологических заболеваниях, может воздействовать непосредственная обстановка, в которой происходит сбор данных (например, кондиционирование воздуха, комнатная температура или беспокойство по поводу посещения врача), что может повлиять на воспринимаемый внешний вид отклонения. В случае самоотчетов может наблюдаться влияние социальной среды, в которой на данный момент находится человек, и степени позитивности или негативности оценки, которую он выносит себе при сравнении с другими людьми (см. главу 5). Здесь также может играть роль опыт пребывания в больничных условиях, когда пациент может делать такие сравнения, общаясь с другими людьми, страдающими тем же самым заболеванием. Следовательно, обязательно следует понимать и учитывать ситуацию/контекст при любом анализе (*Cash, 2002b*), а также при необходимости использовать в оценке критерии состояния (в противоположность или в дополнение к признакам) (*Thompson, 2004*).

## Методы исследования

При изучении внешности используется все больше самых разнообразных методов в диапазоне от лабораторных исследований до прикладных исследований в клинических условиях, в ходе которых применяются как качественные, так и количественные подходы.

## Экспериментальные и лабораторные исследования

Лабораторные исследования иногда критикуют за отсутствие экологической валидности и недостаток внимания к социокультурным влияниям, однако экспериментальная деятельность позволяет получить ценные практические сведения и лучше понять проблемы, о которых говорят люди с видимыми дефектами внешности. Например, работа в области проксемики, или изучения взаимодействия человека и окружающей среды, показывает, что субъективный опыт социальных взаимодействий можно изучать объективно (*Rumsey et al.*, 1982). В серии исследований, проведенных в контролируемой естественной и лабораторной обстановке, уровни непосредственного общения и социального взаимодействия варьировались таким образом, что это было бы невозможно в обстановке «реальной жизни». Рамси и Булл провели серию исследований, в которых они использовали грим для нанесения какого-либо дефекта на лицо человека, не имеющего видимых отличий. Цель исследования состояла в том, чтобы получить экспериментальные данные для подтверждения личных отчетов, что люди часто избегают тех, у кого есть видимые отклонения (более подробную информацию см. в главе 5). Подобные данные нельзя было бы получить без использования метода включенного наблюдения за объектами исследования; это позволяло проводить прямые сравнения на основе присутствия или отсутствия дефекта без влияния таких факторов, как пол, социальные навыки или другие аспекты внешности.

Исследования с использованием грима также показали, что простого ожидания негативной реакции достаточно для того, чтобы человек с видимыми отличиями по-иному воспринял социальное взаимодействие и рассказал о нем. Например, участники исследования, которых заставили поверить в то, что у них на лице есть фальшивый шрам, относили негативные реакции и взаимодействия с другими на счет предубеждения в отношении их необычной внешности (*Kleck and Strenta*, 1980; *Strenta and Kleck*, 1985; глава 5 данной книги). На самом деле косметический шрам тайно удаляли и внешне участники исследования Клек и Стренты ничем не отличались от других. Очевидно, что подобные действия возможны только в условиях контролируемой, экспериментальной ситуации и при определенной степени обмана. Описанные исследования позволили обосновать стратегии психологического лечения, а также дали толчок дальнейшим исследованиям, доказавшим, что если социальные навыки в большей степени определяют успешное функционирование, чем дефекты внешности, то будет логично обучать людей с дефектами социальным навыкам (см. главу 7).

Контролируемые, экспериментальные исследования также позволяют систематически изучать влияние средств массовой информации на беспокойство, сфокусированное на теле, и удовлетворенность телесным образом. Исследования в данной области имеют большое практическое значение, учитывая озабоченность, которую в последнее время выражают такие источники, как Британская медицинская ассоциация (*British Medical Association*, 2000), по поводу использования в СМИ очень худых моделей, роста числа сообщений о неудовлетворенности телом и случаев расстройства пищевого поведения. Халливелл и Диттмар (*Halliwel and Dittmar*, 2004) воспользовались компьютерным программным обеспечением, позволяющим

формировать изображения, для манипулирования размерами моделей из рекламы дезодорантов. При этом «привлекательность» моделей оставалась неизменной, а их изображения увеличивались, с тем чтобы они казались «тонкими» (размер одежды 8 в Великобритании) или «средними» (размер одежды 14 в Великобритании). Результаты показали, что просмотр худых моделей был связан с повышенным беспокойством по поводу собственного тела среди женщин, которые усвоили социокультурные идеалы худобы и внешности. Исследование позволяет предположить, что подобное беспокойство можно снизить за счет более частого просмотра фотографий моделей, имеющих средний размер одежды и что такая реклама будет не менее успешно способствовать продвижению товара. Полученные результаты имеют очевидное значение для рекламной индустрии и говорят о том, что в данном случае могут принести пользу методики, ориентированные на снижение уровня усвоения социокультурных установок по отношению к внешности. Возможные способы осуществления таких программ и их эффективность пока еще не изучены (см. главу 7). При проведении будущих исследований можно попробовать воспользоваться технологическими достижениями, позволяющими подобным образом управлять образами в телевизионной рекламе, а также изучить влияние «средней» внешности в сравнении с «идеальной». Тем не менее экспериментальные исследования, посвященные влиянию СМИ, критикуют (*Grogan, 1999*) за низкую экологическую репрезентативность, поскольку они проводятся в незнакомой обстановке, в которой участники специально обращают внимание на рекламу, поэтому полученные результаты могут не отражать то влияние СМИ, которое присутствует в нормальном окружении.

### **Оценка привлекательности**

Понятие «привлекательности» доставляет очень много проблем исследователям. Во многих первоначальных исследованиях использовались фотографии «привлекательных» и «непривлекательных» людей, однако истинная привлекательность не ограничивается только физическими чертами. Систематическое измерение человеческого лица и тела (см. обзор антропометрических методов оценки в *Roberts-Harry, 1997*) не равнозначно оценке привлекательности, хотя до сих пор предпринимаются попытки создать с помощью компьютера изображения предполагаемых «идеальных» лиц. Интересно, что такие изображения, как правило, оцениваются как «скучные». Очевидно, что такое субъективное понятие, как привлекательность, требует субъективной оценки.

### **Изучение самоотчетов**

Большинство проведенных на настоящий момент исследований в области психосоциального влияния дефектов внешности относятся к медицинской литературе и состоят главным образом из опросов и описательных исследований, рассматривающих определенные медицинские заболевания, такие как ожоги (*Wallace and Lees, 1988*), капиллярные гемангиомы (*Lanigan and Cotterill, 1989*) и витилиго (*Porter et al., 1986*). В таких работах в центре внимания часто находятся психосоциальные

аспекты заболевания, а вопросы внешности рассматриваются как второстепенные. Например, исследование психологического влияния рака на подростков уделяет на удивление скудное внимание вопросам внешности, хотя многие подростки говорят о том, что изменение их внешности является наиболее неприятным аспектом данного заболевания и его лечения (*Eiser, 1998; Rowland, 1990*).

Наиболее четкие описания тех проблем, с которыми сталкиваются люди с видимыми отличиями, можно найти в материалах самоотчетов. Личные отчеты, наподобие тех, которые были представлены в работе Джеймса Партриджа (*Partridge, 1990*), оказывают большое влияние на активизацию научного изучения измененной внешности и связанных с этим проблем, в то время как рассмотрение случаев из исследовательской практики привлекает достаточно незначительное внимание.

Подавляющее большинство исследований в данной области имеют ретроспективный, количественный, перекрестный и корреляционный характер. Это создает определенные проблемы, так как участники могут описывать свои текущие чувства и беспокойства, связанные со своим телом и внешностью, но могут оказаться неспособными описать свой прошлый реальный опыт и представить в искаженном свете как позитивные, так и негативные переживания. Также существует вероятность возникновения когнитивного диссонанса, в результате чего люди могут корректировать раннее представление о самом себе, чтобы привести в соответствие свою прошлую и нынешнюю ситуацию. Это видно по результатам исследований среди женщин, которым были сделаны реконструктивные хирургические операции после ампутации молочной железы (см. *O'Gorman and McCrum, 1988; Reaby and Hort, 1995*). Кроме того, на восприятия людей и их самоотчеты могут оказывать влияние последние события, произошедшие в их жизни, и обстановка, в которой проводится исследование (см. выше). По сути, «тело — это движущаяся цель» (*Cash, 2002b: 41*) и мысли человека о внешности меняются с течением времени и на протяжении всей жизни. Ситуативные отчеты, посвященные внешности или телесному образу, необязательно остаются неизменными изо дня в день или даже на протяжении одного дня. Однако, несмотря на колебания, люди могут восстанавливать равновесие между текущей (ситуативной) и личностной удовлетворенностью своим телом. В ходе своего исследования Мелинк с коллегами (*Melynk et al., 2004*) попросили 108 студентов американского колледжа заполнять Опросник по состояниям телесного образа (*Body Image States Scale, BISS*) (*Cash et al., 2002*) дважды в день в течение шести дней и выявили связь между личностной удовлетворенностью внешностью и отчетами о ситуативном телесном образе.

### **Лонгитюдное исследование**

Существует настоятельная необходимость использования лонгитюдных исследований для изучения динамичной, изменяющейся природы адаптации и вопросов, связанных с ее важными моментами, на протяжении всей жизни человека. Например, исследование параллельных групп (*Sheern et al., 1995*) показало, что детей, имеющих гемангиомы, не особенно беспокоит их внешность, а у подростков и взрослых такое беспокойство наблюдается. Перспективное, лонгитюдное исследование может выявить, когда и как возникают подобные вопросы, в особенности в случае

прогрессирующих заболеваний, таких как витилиго. Это может оказаться полезным при лечении пациентов определенных возрастных групп, а также позволит установить возможные связи между стрессом и кожными заболеваниями.

В литературе, не связанной с вопросами дефектов внешности, описаны лонгитюдные исследования, посвященные главным образом неудовлетворенности телом и избыточному весу (*Heatherton et al.*, 1997; *Rizvi et al.*, 1999), при этом последние из исследований ориентированы на подростковые группы (*Holsen et al.*, 2001). Проведение действительно перспективных лонгитюдных исследований с участием людей с видимыми дефектами часто связано с большими сложностями. Так, можно собирать хирургические или медицинские данные до начала лечения (например, можно оценивать психологическое влияние лечения среди людей с гемангиомами (*Hansen et al.*, 2003) или псориазом (*Fortune et al.*, 2005)), однако довольно часто специалисты лишены возможности собрать базисные данные о том, что было до появления дефекта. В ходе одного из перспективных исследований (*Droptkin*, 2001) изучалась связь между беспокойством и самопомощью у 75 пациентов с раком головы и шеи, которым предстояло пройти хирургическое лечение. Выяснилось, что важным моментом в процессе принятия ими своей измененной внешности является пятый день после операции. Однако за пациентами наблюдали только в течение шести послеоперационных дней, а для получения существенных результатов необходимо лонгитюдное исследование. Даже если основные предоперационные данные собраны (как в данном примере), существует вероятность того, что на мысли и чувства пациентов о своем теле уже оказали влияние процесс обследования и осознание диагноза. Это наглядно продемонстрировало недавнее исследование, в котором рассматривались переживания женщин, связанные с химиотерапией. В интервью, проводимых до начала лечения, женщины рассказывали о том, что ожидания того влияния, которое оно окажет на их внешность, уже воздействуют на их оценку своей текущей внешности (*Harcourt and Frith*, в личной беседе).

В идеальном варианте многие исследования выиграли бы от использования лонгитюдной и перспективной схемы с подбором участников и сбором данных в течение года. Однако дискретность сбора информации, например с интервалом в шесть месяцев, может привести к тому, что не будут учтены периоды, наиболее важные для участников, поэтому такое исследование предъявляет особые требования как к исследователю, так и к его участникам. Частое участие в лонгитюдном исследовании также может повлиять на мысли человека о своей внешности. Раш и его коллеги (*Rusch et al.*, 2000) провели лонгитюдное исследование с участием родителей 57 детей, которые получили травматические повреждения, требующие проведения пластической операции. Было определено, что почти все (98%) испытывали посттравматический стресс, беспокойство или депрессию в течение пяти дней после получения повреждения. Через месяц это число сократилось до 82%, а через 12 месяцев до 44%. Раш и коллеги предположили, что частные интервью воспринимались родителями как естественное вмешательство, которое повышало их бдительность или вероятность проведения с детьми бесед о психосоциальных вопросах. Таким образом, возникает вопрос о том, может ли вообще ситуация, зафиксированная в обстановке исследования, быть равнозначна тому, что происходит за ее пределами.

Наконец, при проведении лонгитюдного исследования необходимо учитывать долгосрочную эффективность психосоциальных методик. Так, Робинсон и ее коллеги (*Robinson et al.*, 1996) оценили программу обучения навыкам социального взаимодействия и включили в нее последующее наблюдение за участниками на протяжении шести месяцев. Однако в целом в очень небольшом количестве исследований рассматриваются какие-либо долгосрочные результаты лечения.

## Рандомизированные контролируемые исследования (РКИ)

В современной ситуации, для которой характерны подотчетность и основанная на доказательствах практика, существуют серьезные и убедительные причины для использования рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) (см. обзор в *Robson*, 2002). Клинические врачи, менеджеры и организаторы здравоохранения привыкли оценивать эффективность методов лечения и психологической поддержки на основе РКИ, поэтому результаты таких исследований могут быть лучше восприняты данной аудиторией и престижными медицинскими журналами. Хотя специалисты, занимающиеся психологией здоровья (в особенности те, кто работает в прикладной области), должны понимать ценность РКИ, им не следует забывать о полемике по поводу их применимости в психосоциальной сфере лечения (*Bottomley*, 1997; *Robson*, 2002). Мы считаем, что необходимо серьезно подумать, прежде чем использовать РКИ для оценки влияния лечения, связанного с внешностью.

РКИ позволяют достаточно легко контролировать и стандартизировать медикаментозное лечение, однако применение хирургических и психосоциальных методов, связанных с внешностью, ведет к множеству разных проблем. Индивидуальные различия, такие как вариации рубцевания (например, тенденция к образованию келоидных рубцов), не поддаются контролю, но могут влиять на объективный и субъективный результат хирургического вмешательства, и это может повлиять на адаптацию (см. последующие главы).

Очень важно то, что РКИ лишает пациента возможности выбора лечения и предполагает, что люди являются всего лишь пассивными респондентами, а не сознательными, интерактивными участниками исследования (*Robson*, 2002). По сути, единственный доступный им выбор касается их участия или неучастия в исследовании, т. е. они не могут активно влиять на принятие решения о своем лечении. Это может быть особенно важно, когда РКИ используется для сравнения психосоциального влияния хирургических процедур с отличающимися косметическими результатами. Например, Дин и его коллеги (*Dean et al.*, 1983) использовали РКИ для сравнения психосоциального влияния отложенной и немедленной пластики груди у женщин, которые подверглись мастэктомии в связи с раком молочной железы. В этой работе рандомизация означала, что женщины оставляли решение по поводу своей будущей физической внешности на волю случая. Это повышало вероятность получения необъективной выборки, так как те женщины, которые хотели принимать более активное участие в принятии решений по поводу своей внешности или отдавали предпочтение проведению или отказу от пластики, едва ли могли на что-то влиять, так как их относили к альтернативной группе. Таким образом,

результаты этого исследования могут быть применимы только к подгруппе пациентов, которые не имели никаких конкретных предпочтений относительно своего лечения. Совсем недавно РКИ было использовано для сравнения психосоциального влияния трех различных методов отсроченной пластики молочной железы (*Brandberg et al.*, 1999). В этом случае все участницы приняли первоначальное решение подвергнуться какому-либо виду отсроченной пластики, включающему в себя пересадку их собственных тканей с донорского участка, расположенного в другом месте их тела. Брандберг и коллеги утверждают, что участницы сами хотели, чтобы их распределяли случайно, что подтверждает предположение о том, что у пациентов может отсутствовать желание участвовать в принятии решения, связанного со сложностью процедур (*Deber et al.*, 1996).

Наконец, РКИ, использованное для оценки психосоциального вмешательства, дает нам очень мало информации о том, почему оно может оказаться полезным или наоборот. Подтвержденные улучшения могут определяться содержанием методики, способом его реализации или, в случае групповой техники, возможностью общения с другими людьми с похожими проблемами. По сути, оно ничего не говорит нам о контексте и процессе. А исследователям и другим специалистам (скажем, тем, кто помогает в осуществлении психосоциальной методики) может понадобиться знание того, в каких условиях находился человек (*Papadopoulos et al.*, 1999b). Для того чтобы выяснить и определить, какие аспекты методики могут оказаться полезными, необходимы более сложные исследования и оценки.

Тем не менее, несмотря на все вышеперечисленные замечания, мы не предлагаем отказываться от использования РКИ. Подобные исследования подтвердили свою полезность, например при оценке брошюры, в которой были представлены когнитивные и поведенческие рекомендации для людей с лицевыми дефектами (*Newell and Clarke*, 2000). Однако есть опасность того, что в отсутствие результатов хорошо проведенного перспективного РКИ существующие на данный момент хирургические методики могут быть вытеснены более новыми процедурами, психосоциальная польза которых не подтверждена никакими материалами. Роль РКИ может оказаться бесценной в том случае, когда оно проводится не самостоятельно, а в качестве одного из компонентов в рамках программы исследований (*Robson*, 2002). Задача исследователей заключается в том, чтобы применять РКИ там, где это необходимо, и с должной осторожностью, а также разрабатывать надежные альтернативные варианты исследований.

## Многообразие переменных процесса адаптации

Во многих случаях исследования затрагивают вопросы адаптации к внешности, однако до сих пор неясно, какие факторы присутствуют в этом процессе. Список переменных, которые могут играть определенную роль в выявлении индивидуальных отличий, очень обширен: социальная поддержка, методы совладания (копинга), самооценка, стиль атрибуции и капитал, вкладываемый во внешность (*Moss*, 1997; см. также главу 5). Однако проведение исследования, включающего все эти переменные, может быть обременительным для его участников и потребует использования большой выборки для соблюдения требований статистической достовер-

ности. Перед специалистами стоит нелегкий выбор, какие переменные включать в исследование, а какие оставлять без внимания.

В литературе описано множество критериев оценки результатов количественных исследований, в частности включающих в себя беспокойство, телесный образ и качество жизни. Наиболее широкое применение находят Опросник внешности Деррифорда (*Derriford Appearance Scale, DAS*) и Больничный опросник тревоги и депрессии (*Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS*) (см. врезку 2.1).

## 2.1. Примеры опросников, которые часто используются в качестве средства оценки результатов при исследовании внешности

- ◆ В центре внимания Опросника внешности Деррифорда (*Derriford Appearance Scale, DAS-59*) (*Carr et al.*, 2000) и его короткой формы *DAS-24* находится такое понятие, как «самоосознание внешности». Эти опросники позволяют надежно оценить адаптацию к внешности. Постоянно проводимые исследования позволяют собрать широкие базы данных о клинических и неклинических группах, работавших с данным опросником. Это принесет значительную пользу, так как нормативные данные для многих способов оценки результатов нередко отсутствуют или основываются на материалах обследования групп белых студентов (*Strauss and Broder*, 1991).
- ◆ Больничный опросник тревоги и депрессии (*Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS*) состоит всего из 14 пунктов, его легко заполнять, и, что важно, он пользуется популярностью среди специалистов-медиков, которые ценят возможность использования «кратчайших» систем оценки людей, которым может помочь дальнейшая психологическая поддержка. Психометрические особенности *HADS* вызывают споры среди специалистов, однако недавно проведенный анализ (*Bjelland et al.*, 2002) говорит в пользу его применения. Мартин и Ньюэлл (*Martin and Newell*, 2004) пришли к выводу, что *HADS* представляет собой эффективный инструмент, который может быть использован при работе с людьми, имеющими видимые отличия; однако специалисты призывают к проведению дальнейших исследований, с тем чтобы более точно определить назначение Опросника *HADS*: возможно, его следует использовать в качестве трехмерного средства оценки депрессии, тревоги и негативной аффективности, а не только тревоги и депрессии.

Результаты этих опросников часто используются для оценки адаптации, однако что конкретно мы подразумеваем под термином «адаптация» в данном контексте? Нередко при проведении исследований это понятие не имеет четкого и ясного определения. О чем идет речь, о результате или процессе? Рассматриваем ли мы низкие уровни беспокойства или высокое качество жизни? Или адаптацию можно определить как отсутствие стремления к дальнейшему лечению, позволяющему «совершенствоваться» внешность? Если мы воспользуемся последней точкой зрения, то как тогда можно объяснить ситуацию, о которой рассказывают специалисты-медики, когда люди, которые, как казалось, ранее хорошо адаптировались к своей внешности, ищут возможность воспользоваться новыми и новаторскими хирургическими процедурами для улучшения внешности?

Психосоциальное влияние внешности имеет очень сложный характер, поэтому невозможно оценивать один или два компонента в отдельности от других. Необходимо добиться равновесия между сложной, многосоставной оценкой и чрезмерным количеством опросников, а это ставит перед исследователями ряд дилемм. Во-



первых, изучаемые конструкты, такие как телесный образ, обычно достаточно сложны, и многие исследователи не могут четко сформулировать, какое определение или какой аспект конструкта находится в центре их внимания (см. обзор проблем, связанных с оценкой телесного образа, в *Thompson, 2004* и *Thompson and Van den Berg, 2002*).

Во-вторых, общие критерии оценки психосоциального состояния могут не позволить разобраться в специфических вопросах, связанных с внешностью (например, сложно отличить социальное беспокойство от беспокойства в целом). Общепризнанные способы оценки также можно критиковать за то, что они строятся на предположениях исследователя в области внешности и соответственно не учитывают точку зрения самого участника исследования (см. далее анализ использования качественных методов). Для многих способов оценки характерен недостаточный уровень надежности и валидности (*White, 2002*), хотя в последнее время в данной области наблюдаются заметные сдвиги к лучшему. Так, была проведена психометрическая проверка Опросника телесного образа (*Body Image Scale*) (*Hopwood et al., 2001*), которая показала, что он может служить полезным и надежным средством оценки телесного образа у женщин, страдающих раком молочной железы. Томпсон (*Thompson, 2004*) разработал и предложил список полезных советов исследователям и клиническим специалистам, выбирающим инструмент для оценки телесного образа.

Несмотря на все эти сложности, клинические врачи и исследователи продолжают поиск поддающегося количественному определению способа оценки психосоциального влияния внешности (см. обзор 34 инструментов, в числе которых такие широко используемые средства, как Опросник общего состояния здоровья (*General Health Questionnaire, GHQ*) и Шкала самооценки Розенберга (*Rosenberg's Self-Esteem Scale*), в *Ching et al., 2002*). Чинг и его коллеги отмечают, что «психологические» средства оценки отличаются низкой доверительной валидностью в оценках эстетических результатов хирургических операций. Тем не менее эти опросники позволяют оценить самые разнообразные психологические конструкты и не обязательно должны быть ориентированы на изучение вопросов внешности. Кроме того, исследователи дают высокую оценку Опроснику внешности Деррифорда (*Derriford Appearance Scale, DAS*), отмечая его хорошее содержание, доверительную и предикативную валидность. Однако включенные в него предположения о распространенности болезней и патологии не согласуются с призывом к равному вниманию к различным аспектам внешности (см. главу 5). Подобные средства оценки также не позволяют получить точный ответ о существовании связи между тревогами человека по поводу его внешности и явным заболеванием или «дефектом», которые являются объектом проводимого лечения.

Кроме того, как мы можем быть уверены в том, что обнаруженные тревога или депрессия возникли в результате именно обеспокоенности внешностью, связанной с изучаемым заболеванием? Люди с видимыми отличиями не защищены и от проблем, имеющих отношение к взаимоотношениям, работе, финансам, и было бы неправильно связывать те уровни беспокойства, о которых говорят участники исследования, только с имеющимися у них видимыми отличиями. Стандартизованные способы оценки, как правило, учитывают основные переменные, однако дефект

внешности может представлять собой всего лишь отдельный, узко определенный аспект жизни человека (Koo, 1995). В некоторые средства оценки качества жизни специально включается такой параметр, как внешность. Например, Европейская организация по исследованию и лечению рака (*European Organization for Research and Treatment of Cancer, EORTC*) разработала анкету для оценки качества жизни, которая включает в себя подраздел о телесном образе для пациентов с раком молочной железы, а Опросник качества жизни Всемирной организации здравоохранения (*World Health Organization Quality of Life Questionnaire, WHOQOL*) также содержит вопросы, посвященные внешности. Разработка и использование таких методик позволяют не только рассматривать влияние медицинских или хирургических вмешательств, связанных с внешностью, но и сделать шаг к тому, чтобы вопросам внешности придавалось такое же значение, какое на сегодняшний день уделяется качеству жизни в целом.

Один из способов преодоления проблемы, связанной с отсутствием подходящих средств оценки, — это разработка гибкой методологии (см. *Rumsey et al., 2004*). Такая методология предполагает использование широко признанных, стандартизованных методов оценки, дополненных визуальными аналоговыми системами (VAS). Они разрабатываются для быстрой и простой оценки удовлетворенности социальной поддержкой, для которой не существует систем оценки.

## Теории и модели

Главная проблема, с которой сталкиваются специалисты, — это выбор моделей и теорий, подходящих для проведения и обоснования исследований в данной области. Сложности возникают из-за того, что доступные модели, как правило, имеют ограниченную сферу применения или включают в себя аспекты, которые сложно оценить. До недавнего времени мы избегали использовать какую-либо определенную теорию или модель, потому что нам казалось, что многочисленность факторов, определяющих адаптацию к внешности, мешает в выборе тех из них, которые следует включать в наше исследование. Однако сегодня поисковые исследования говорят о таком обилии знаний о множестве переменных, присутствующих в переживаниях людей и процессе их адаптации (см. главу 5), что назрела очевидная необходимость перевести этот список переменных в легко управляемый формат. Мы считаем, что теории и модели могут с пользой применяться в ограниченном и строго определенном контексте, однако остаются сложности в выборе систем, доступных на данный момент. Мы также осознаем, что в рамках этих моделей можно достаточно легко прикрепить «ярлык» процесса или результата к некоторым концепциям (например, копингу), однако в разных контекстах мы можем иметь дело и с тем и с другим.

Далее мы приводим краткий обзор некоторых ключевых теорий и моделей, доступных исследователям в данной области. Мы разделили их на три категории: те, которые находят более широкое применение в психологии здоровья; общие теории внешности и телесного образа и те, которые имеют отношение к определенным заболеваниям и методам лечения. Мы не стали пытаться представить всесторонний обзор, а выбрали ряд примеров. При выборе и использовании описанных нами

или любых других моделей важно учитывать, какие ситуации и процессы они представляют и подходят ли для определенной темы исследования. По нашему мнению, полезная модель должна.

- учитывать индивидуальные различия в оценках и реакциях на внешность;
- быть применима к людям с видимыми отличиями или без них;
- принимать во внимание как позитивные, так и негативные моменты;
- подчиняться ряду исследовательских методологий;
- иметь практическое применение, а не иметь исключительно научный характер.

### **Модели, широко используемые в психологии здоровья**

Специалисты, занимающиеся психологией здоровья, используют множество различных моделей для изучения причин, по которым люди прибегают или не прибегают к формам здорового образа жизни. Людям не свойственно выбирать здоровый образ жизни исключительно по причинам, связанным с поддержанием здоровья, - ими может управлять желание «хорошо выглядеть» или изменить свою внешность. Недавно проведенное исследование с участием 687 людей в возрасте от 11 лет до 21 года подтвердило, что именно внешность является важным фактором в принятии решений об использовании диет и физических упражнений, в особенности среди женщин (Haste, 2004). Более четверти опрошенных сказали, что они не тренируются, поскольку им не нравится, как выглядит их тело в спортивном костюме, и это заставляет их отказаться от занятий. Согласно Лири и его коллегам:

определенные люди чувствуют потребность и хотят заниматься физическими упражнениями, но не делают этого, потому что их беспокоит то, какое впечатление они производят на других людей во время занятий. Люди, считающие себя слишком толстыми, худыми или непропорционально сложенными, не очень хотят, чтобы их видели занимающимися в классе аэробики, плавающими в местном бассейне, бегающими трусцой на публичке или поднимающими тяжести.

(Leary et al., 1994: 466)

Многие формы здорового поведения определяются попытками людей управлять производимым ими впечатлением (см. Leary et al., 1994). Результаты одного из исследований показывают, что при осведомленности о возможных рисках кожных инфекций, заражения ВИЧ и гепатитом подростки считают вполне приемлемыми татуировки у актеров и певцов (Houghton et al., 1995), но при этом они думают, что у учителя татуировки будут выглядеть неуместно. Курящие люди готовы пойти на риск возникновения серьезных заболеваний (коронарная болезнь или рак), потому что их беспокоит возможность увеличения веса тела в случае отказа от курения. Используя такие приемы, как применение стероидов, косметическая хирургия, нанесение татуировок или диеты, Лири и его коллеги утверждают, что «могивы, связанные с самопрезентацией, часто заставляют людей прибегать к демонстрационному поведению, которое в будущем может оказаться опасным для них самих или других людей» (Leary et al., 1994: 461)

К числу моделей, которые используются в исследованиях, связанных с вопросами внешности, и в социальной психологии в целом, относятся модели социального познания, теория саморегуляции и теории стресса и копинга. Далее мы приводим их анализ.

### *Модели социального познания*

Использование моделей социального познания может быть проиллюстрировано на примере рекламы здорового образа жизни, в которой зачастую говорится об опасности солнечного излучения, что противоречит точке зрения о привлекательности загара. Кастл и его коллеги (*Castle et al., 1999*) использовали различные модели убеждений в отношении здоровья, стараясь изменить поведение молодых женщин, связанное с загаром (см. главу 7). Для изучения роли возраста в прогнозировании защитного поведения при солнечных ваннах Кармель и коллеги также использовали модели убеждения (*Carmel et al., 1994*) и выяснили, что в данном случае вероятность защитного поведения может быть предсказана на основе того, какое значение человек придает внешности (и здоровью).

В ряде исследований модели социального познания применялись для изучения отдельных аспектов лечения и медицинского вмешательства с очевидными последствиями для внешности человека. Например, Сирл и его коллеги (*Searle et al., 2000*) использовали теорию защитной мотивации в качественном исследовании пластики глаза с наложением заплатки для лечения амблиопии у подростков (речь идет об ослаблении зрения без каких-либо видимых физических причин). Дети старшего, но не младшего возраста указывали в качестве причин для отказа от проведения такой пластики проблемы с внешностью и заметность заплатки. Результаты этого исследования представляют собой полезную информацию для специалистов-медиков, которые работают с этой группой пациентов, а также демонстрируют значение внешности в том, что касается соблюдения указаний врача.

Хотя эти модели социального познания могут объяснить некоторые формы поведения, связанные с внешностью, они часто не позволяют понять всей сложности переживаний людей, вынужденных жить с дефектами внешности или вызванным ими беспокойством. Прежде всего воспринимаемые субъективные нормы, включенные в некоторые модели (например, теорию планового поведения), влияют на то, будет или нет человек пытаться изменить свой внешний вид либо прибегать к формам поведения, способным повлиять на его внешность. Однако в рамках этих моделей предполагается, что люди действуют рационально и по собственной воле, а те, кто чувствуют необходимость соответствовать нормам, предлагаемому обществом и СМИ, могут воспринимать себя неспособными действовать, руководствуясь собственными желаниями. Между тем люди с видимыми отличиями могут утверждать, что их действия определяются не их свободным выбором, а реакциями других людей на их внешность. Эти модели уделяют недостаточное внимание социальному и культурному контексту, в котором существует человек, и не учитывают сложность социальных взаимодействий, что является обязательным при исследовании внешности. Эти модели также не включают в себя основные переменные, которые могут влиять на адаптацию (например, значимость внешности для самооценки). Кроме того, если принять во внимание динамичную природу

«адаптации», то любая всеобъемлющая теория или модель поможет в понимании беспокойства по поводу внешности, только если она будет включать в себя процесс оценки и обратную связь. Люди не всегда испытывают одинаковые чувства по отношению к своей внешности, и те, кого считают «хорошо адаптирующимися», могут не всегда оставаться такими (*Thompson et al.*, 2002). Релевантные и полезные модели должны учитывать эти колебания и изменения.

### *Теория саморегуляции*

Динамичная модель саморегуляции Левенталя (*Leventhal et al.*, 1980) позволяет исследовать самые разнообразные заболевания, связанные с внешностью, например псориаз (*Fortune et al.*, 2000) и витилиго (*Papadopoulos et al.*, 2002). Кажется разумным предположить, что представления людей о последствиях, длительности, причине, серьезности, излечимости и характерных признаках (диагностическая категория и симптомы) видимого отличия могут влиять на их поведение и беспокойство. Однако высказываются предположения (*Cochrane and Slade*, 1999) о том, что ряд конструктов, таких как временной отрезок или излечимость, не подходит для исследования некоторых заболеваний, например заячьей губы у взрослых, когда нет возможности какого-либо дальнейшего лечения. Кроме того, если данная модель может быть использована для проведения исследований среди людей с видимыми отличиями, насколько она подходит для работы с теми, у кого нет никакого дефекта внешности? Эта модель к тому же включает идею копинга, которая сама по себе отягощена проблемами концептуализации и оценки.

### *Теории стресса и копинга (совладания)*

В области исследования внешности находят широкое применение различные теории стресса и копинга. Так, многие исследователи используют для изучения внешности транзактную модель Лазаруса и Фолкман, которая сфокусирована на индивидуальных оценках факторов, вызывающих стресс, и копинг-стратегиях (см *Cochrane and Slade*, 1999; *Dropkin*, 1989). Дропкин (*Dropkin*, 1989) использовал данный подход для объяснения послеоперационного восстановления и адаптации к измененной внешности среди пациентов, проходящих лечение в связи с раком головы и шеи. Для успешной адаптации пациентов требовались изменение их личной системы ценностей и уменьшение зависимости от внешности. Достоинства этой модели заключаются в том, что в ней оценка и копинг рассматриваются как взаимно влияющие друг на друга (соответственно модель может считаться динамичной); она учитывает позитивные и негативные аспекты и может служить теоретической основой для оказания клинической помощи.

Большинство исследований, в основе которых лежит модель Лазаруса и Фолкман, сфокусировано на определении стратегий, которые считаются адаптивными (например, поиск социальной поддержки) или неадаптивными (например, избегание) с точки зрения приспособляемости к внешности. Так, Хилл и Кеннеди (*Hill and Kennedy*, 2002) изучали роль копинг-стратегий в случае субъективно воспринимаемой нетрудоспособности у людей, страдающих псориазом. Это перекрестное исследование показало, что в большинстве случаев уровень расстройства можно

предсказывать исходя из степени выражения эмоций, направленности мышления на использование алкоголя и наркотиков, а также ментальной свободы (которые относятся к неадаптивным методам). Тем не менее стратегии, которые считаются неадаптивными в одном случае, могут оказаться полезными в другом и то, что эффективно для одного человека, может не принести никакой пользы другому. Например, использование маскировочного грима может быть эффективным средством в течение кратковременного периода или в определенной ситуации, но будет неадаптивным, если от него зависит все социальное взаимодействие человека (см. главу 6).

Еще одна проблема заключается в том, что многие из исследований на основе модели Лазаруса и Фолкман полагаются на использование копинг-опросников, с которыми связаны определенные проблемы, широко и подробно обсуждаемые специалистами (см. *Coyne and Gottlieb*, 1996). Если говорить вкратце, то такие опросники не могут представить полный спектр копинг-стратегий и форм поведения и могут только ограниченно использоваться в случае непонимания индивидуальной интерпретации и природы фактора стресса. Существует опасность того, что при проведении исследования, требующего от участников заполнения копинг-опросников, дефект внешности может рассматриваться как единственный фактор стресса, хотя в данном случае следует учитывать всю совокупность воспринимаемых стрессоров, например столкновение с реакциями других людей, переживания по поводу лечения или адаптацию к потере прежнего внешнего вида. Говоря об этом, Сомерфилд (*Somerfield*, 1997) высказывает предположение, что исследования должны фокусироваться на «целевых стрессорах» — тех, которые могут повлиять на значительную часть целевой группы, способны вызвать у нее стресс и поддаются исправлению. Такие работы должны включать в себя серию исследований, рассматривающих ряд конкретных факторов стресса, связанных с внешностью и воздействующих на тех, кто имеет видимые отличия. Так, одно исследование может быть ориентировано на копинг в вопросе социальных взаимодействий, а другое — на стресс, возникающий в ходе лечения. Подобная программа исследований позволяет в дальнейшем добиться подробного понимания проблем, связанных с вопросами внешности. Данный метод объясняет подход к поддержке и лечению людей, обеспокоенных дефектами внешности, применяемый в работе благотворительной организации *Changing Faces* (*Clarke*, 1999).

### **Модели, ориентированные на привлекательность**

Ранние когнитивные модели нарушения телесного образа были сфокусированы на несоответствии реального и идеального воспринимаемого «я» человека, которое возникает под действием повседневных событий и образов вроде тех, которые предлагаются средствами массовой информации. Томпсон и соавторы (*Thompson et al.*, 1999) рассматривают ряд моделей телесного образа и описывают процесс, при котором в мышлении человека начинают все больше и больше доминировать негативные мысли и оценки его внешности. В принципе, любая социальная ситуация может быть связана с внешностью (например, разрыв отношений или неудача во время интервью при приеме на работу), а такие ситуации воспринимаются нега-

тивно. Модели нарушения телесного образа разрабатывались в связи с расстройствами пищевого поведения и неудовлетворенностью весом тела, и хотя они включают конструкты, которые могут быть полезны при изучении видимых отличий и внешности в целом, их необходимо развивать и тестировать относительно более широких исследуемых групп.

Согласно когнитивно-поведенческой модели Кэша (*Cash, 2002b*), прошлые, исторические моменты (культурная социализация, опыт межличностного общения, физические характеристики и личностные качества) оказывают влияние на формирование установок и схем, связанных с телесным образом. Таким образом, предполагается, что переработка информации о внешности, формирующие события, внутренние диалоги (мысли и т. д.), эмоции по отношению к телесному образу и адаптационные стратегии саморегуляции и формы поведения (такие, как избегание, самоуправление внешностью) могут оказывать свое воздействие в настоящем. Все аспекты могут влиять друг на друга — сложность вопроса и взаимодействия переменных не позволяет точно указать направление причинных связей. Преимущество модели Кэша состоит в ее динамичном характере — она признает, что текущие, проксимальные факторы влияния в будущем станут историческими. Кроме того, в контексте исследования телесного образа она может быть применена как к людям, имеющим видимые отличия, так и к тем, у кого их нет. Модель Кэша также позволяет объяснить позитивные и негативные телесные образы в отличие от многих исследований и теоретических работ, которые ориентированы главным образом на негатив. Модель включает в себя несколько очень сложных процессов (схема собственного «я», процессы саморегуляции и копинг) и ряд спорных конструктов (личность), что осложняет тестирование всей модели, однако она остается очень полезным средством, помогающим в проведении исследования, и требует дальнейшей эмпирической проверки.

Несмотря на появление большого числа теорий телесного образа, до недавнего времени существовало очень мало моделей и теоретических концепций, имеющих отношение конкретно к дефектам внешности. Концепции стигматизации (*Goffman, 1963*), стыда (*Gilbert and Thompson, 2002*) и социального отчуждения (*Leary, 1990*) ознаменовали разработку ряда моделей, ориентированных на внешность и ее нарушения, в которых использовались главным образом когнитивно-поведенческие принципы (см. также главу 4).

Например, Кент (*Kent, 2002*) предложил модель, в центре которой находится тревога по поводу внешности и воспринимаемой стигмы. Согласно этой модели, тревога возрастает, когда человек сталкивается с «инициирующим событием» (тем, что в его восприятии привлечет внимание к его внешности, например посещение общественного или спортивного мероприятия). Попытки снизить такую тревогу связаны с использованием двух копинг-стратегий: избеганием и маскировкой. Хотя эти стратегии могут быть эффективными на протяжении короткого периода времени, они не воздействуют на причины, по которым это событие изначально воспринималось как вызывающее стресс, и в конечном счете приводят к усилению беспокойства по поводу внешности. Эта модель открыто признает роль социальных норм и имеет динамический характер, так как данные стратегии повышают тревогу, что, в свою очередь, приводит к усилению воспринимаемой потребности в страте-

гии (в данном случае маскировке). Однако в этом случае мы имеем дело с ограниченным взглядом на копинг-стратегии, а ведь угроза (ожидание) инициирующего события может усиливать тревогу даже больше, чем само событие (*Heason, 2003*). Кроме того, данная модель ориентирована на проблемы, а занимающие в ней центральное место концепции (стыд и стигма) вызывают некоторое сомнение в связи с их особым вниманием к патологии (см. главу 4).

Ньюэлл (*Newell, 2000a*) предлагает тестируемую модель социальной тревоги среди людей с видимыми отличиями «страх—избегание». Он противопоставляет континуум реакций (от конфронтации до избегания) осторожным категориям хорошей или плохой адаптации, считая при этом конфронтацию более адаптивной. Избегание возникает под действием страха и ожидания негативного результата. Это приводит к тому, что человек принимает участие во все более ограниченном количестве видов деятельности, начиная все большее число безобидных ситуаций определять как угрожающие. Например, человек может принять решение заниматься физическими упражнениями дома, чтобы избежать пребывания в обстановке тренировочного зала, которую он воспринимает как угрожающую, или делать покупки через Интернет, чтобы не посещать магазины одежды. Таким образом, страх и избегание осмысляются как возможные медиаторы адаптации/расстройства. Данная модель предлагает правдоподобное объяснение социальной тревоги, которое уходит корнями в когнитивно-поведенческий подход, построенный на собранных данных и результатах клинических исследований. Однако так и остается неясным, насколько эта модель принимает во внимание развитие расстройства у людей, не имеющих дефектов внешности, или каким образом и почему такое расстройство возникает изначально.

Недавно Мосс и Карр (*Moss and Carr, 2004*) изучили использование многостороннего представления человека о самом себе в качестве средства объяснения адаптации к дефектам внешности. Согласно их гипотезе, худшая адаптация наблюдается среди людей с видимыми отличиями, для которых внешность является более важным аспектом представления о самом себе, у которых информация, связанная с внешностью, доминирует в определении аспектов этого представления за счет информации, не связанной с внешностью (фрагментация), и чье представление о себе является более сложным в когнитивном плане. Соответственно тем, кто испытывает сложности в адаптации к своей внешности, свойствен негативный взгляд на самих себя, который усугубляется их собственной интерпретацией информации и событий. Авторы признают, что еще предстоит изучить влияние других переменных, таких как социальная поддержка и копинг-стратегии, и провести исследование среди людей, не имеющих видимых отличий. Однако данная модель не позволяет определить области лечения или поддержки, которые могут дополнить существующую когнитивную поведенческую терапию или обучение социальным навыкам.

Подводя итоги, можно сказать, что все эти модели имеют ряд сходств: а именно ориентацию на когнитивно-поведенческие концепции, избегание и маскировку в качестве копинг-стратегий, а также относительную важность, придаваемую ими внешности. Кроме того, все они требуют тщательного тестирования среди групп людей, имеющих и не имеющих видимых отличий.



### **Модели, ориентированные на конкретное заболевание или лечение**

Некоторые модели пытаются найти объяснения вопросам внешности в рамках групп людей с конкретным заболеванием или проходящих определенное лечение. Например, Уайт (*White, 2000*) также прибегает к когнитивно-поведенческим принципам для создания модели влияния изменений внешности среди людей, которые лечатся от рака. Эта модель предполагает, что психологическое расстройство, негативные мысли и неадаптивные копинг-стратегии более ярко проявляются среди тех пациентов, которые придают своей внешности больше внимания и у которых рак оказывает влияние на ту часть тела, которой они придают особое значение. Однако Уайт (*White, 2002*) отмечает, что так происходит не всегда и важную роль в этом играют индивидуальные различия. Он также подчеркивает, что вложения денег во внешность имеют непостоянный характер и зависят от времени, состояния заболевания и социального контекста. Несмотря на то что эта модель была разработана специально для описания проблем, существующих у больных раком, она может быть использована при других заболеваниях. Однако эта модель не пытается объяснить, что определяет то значение, которое пациент придаст какой-либо части тела.

Сарвер и его коллеги (*Sarwer et al., 1997*) предлагают модель, ориентированную на мотивацию к использованию пластической хирургии, в которой реальное состояние физической внешности, эволюционные факторы (например, поддразнивания по поводу внешности), социально-культурные факторы (например, идеалы, предлагаемые средствами массовой информации) и перцептивные факторы (например, оценка размера) влияют на телесный образ и самооценку. Валентность телесного образа (степень значимости внешности для самооценки) связана с удовлетворенностью этим образом (оценка). Люди с негативной или низкой валентностью вряд ли станут обращаться к пластическим хирургам вне зависимости от того, удовлетворены они своей внешностью или нет. Те, у кого эта валентность высокая (кто придает значение телесному образу), могут прибегать к услугам пластической хирургии, если они ощущают недовольство своим внешним видом. Пока еще не проведено подобное исследование среди людей, которые прошли нехирургическое косметическое лечение, такое как введение под кожу ботокса (см. главу 6), однако Сарвер и Креранд (*Sarwer and Crerand, 2004*) утверждают, что полученные ими результаты применимы и к таким случаям. Судя по всему, в будущем следует также учесть отношение людей к хирургии, а кроме того, необходимо проверить, можно ли применять данную модель к другим ситуациям, таким как изменение внешности, например нанесение татуировок или солнечного загара.

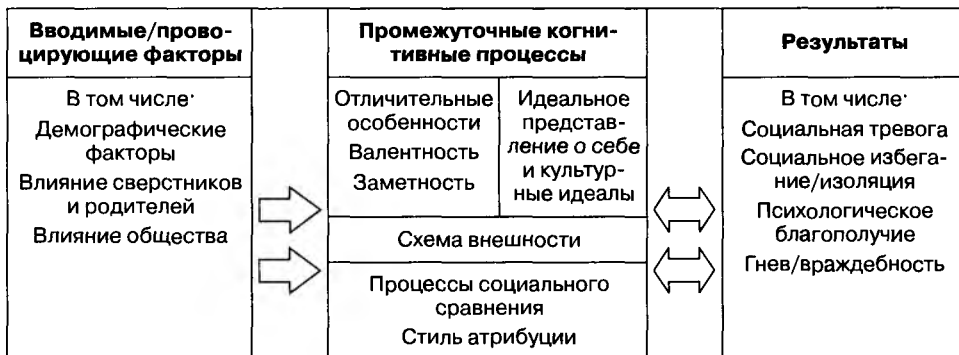
### **Использование моделей**

Существующее на данный момент множество моделей и теорий, естественно, помогает проведению исследований в данной области, однако до вестороннего понимания индивидуальных переживаний людей по поводу их внешности еще далеко. Высказывается предположение (*Bond and McDowell, 2001*) о том, что существует разрыв между теориями, используемыми профессионалами, и точкой зрения обыч-

ного человека. Сегодня исследователи имеют в своем распоряжении ряд теоретических моделей, сфокусированных на внешности, однако их успешность и полезность ограничены, так как они все требуют дальнейшего тестирования и совершенствования. Эти теории помогают сравнивать результаты исследований и могут направлять дальнейшее развитие исследовательской и лечебной работы, а также определяют ориентиры для столь необходимых обсуждений и споров. Особенно полезными они могут оказаться для исследователей, которые начинают свою работу в данной области. Однако мы не должны позволять теоретическим моделям ограничивать наше мышление и мешать увидеть новые идеи или сложности отношений между различными факторами исследований внешности. Анализ психологических вопросов, связанных с подбором и подготовкой пациентов для трансплантации лица (Clarke and Butler, 2004), позволяет нам увидеть потенциальные выгоды от использования теоретических концепций при столкновении с новой ситуацией, не описанной в литературе, относительно которой отсутствуют данные исследований. В данном случае Кларк и Батлер показывают, как ранее проведенные исследования процесса принятия решений, выведенные из теории планируемого поведения, могут помочь в эмпирических исследованиях, хотя очевидно, что их мышление не было ограничено выбранной ими концепцией.

### **Концептуальная схема для управления исследованиями и практикой в области внешности**

Если учесть сложность рассматриваемой нами темы, то будет полезно определить базовые вопросы в противовес вопросам, излишне ориентированным на перспективу. Как для исследователей, так и для клинических специалистов было бы крайне полезно интегрировать информацию о развитии расстройства, связанного с внешностью, его функционировании и управлении им в рамках одной тестируемой модели. С этой целью группа исследователей, о которой мы упоминали ранее, совместно разработала концептуальную схему, упрощающую задачу изучения вопросов внешности, чтобы направлять исследовательскую работу и разработки клинических методик (см. рис. 2.1). В этой схеме основное внимание уделяется вводимым или провоцирующим факторам, промежуточным когнитивным процессам и результатам. Провоцирующие факторы (демографические и социокультурные) играют определенную роль в адаптации, но их сложно или невозможно изменить. Когнитивные процессы (представления о самом себе, социальные сравнения), напротив, гораздо легче поддаются коррекции. Данная схема предполагает, что связанные с внешностью представления, находящиеся под влиянием провоцирующих факторов, таких как культурное, эстетическое давление и давление группы равных, приводят к превращению физической внешности в часть представления о самом себе. Значение внешности в рамках этого представления может различаться в зависимости от ситуации и времени, что отчасти определяется прошлыми воспоминаниями, а также вниманием, уделяемым текущему социальному окружению, и его оценкой. Человек рассматривает свою внешность как позитивную или негативную, но эта оценка тоже может меняться. Представления о собственной внешности формируются у человека в процессе самооценки, который происходит на основе срав-



**Рис. 2.1.** Концептуальная схема для проведения исследований и лечения, связанных с переживаниями по поводу внешности

нения с культурными идеалами, оценки социальных контактов и субъективного восприятия заметности внешности. В то же самое время на представления и оценку оказывают влияние такие процессы, как стиль атрибуции, процессы копинга и социальная поддержка, которые могут усилить или ослабить беспокойство. Большинство людей соответствуют субъективным нормам или превосходят их, иными словами, человек удовлетворен своей внешностью или может изменить ее с помощью одежды, макияжа и т. д. с тем, чтобы улучшить ее до приемлемого уровня. В случае несоответствия субъективным нормам позитивно справляются с этим те люди, которые разрабатывают стратегии копинга (такие, как формирование хороших социальных навыков) и производят переоценку своих представлений об относительной значимости внешности. Люди, которые придают очень большое значение внешности, оценивают несоответствие субъективным нормам как неудачу и используют негативные копинг-стратегии, адаптируются плохо, что может проявляться в социальной тревоге, социальном избегании (как описано у Ньюэлла) и в некоторых специфических ситуациях проявления стыда и враждебности (*Kent and Thompson, 2002*). Плохая адаптация может также привести к обращению за лечением или поддержкой. Несмотря на то что данные аспекты модели представлены как «результаты», они также могут оказывать влияние на когнитивные процессы. Соответственно данная структура имеет динамический характер и должна интерпретироваться как нелинейная. Ее преимущество в том, что она позволяет объяснять позитивные переживания и отчеты, связанные с внешностью, так как ориентируется не только на проблемы.

Данная схема имеет ряд сходств с некоторыми моделями, о которых говорилось ранее, например с моделью неудовлетворенности телом Кэша. Однако если Кэш ставит перед собой цель объяснить развитие тела и связанные с ним переживания через соединение сложных процессов, взятых целиком, то мы разрабатывали свою схему для простого теоретического обоснования для психологической поддержки. Поэтому главное внимание в ней уделяется лечению и тем факторам, которые поддаются изменению. Учитывая сходство в характере связанных с внешностью переживаний, о которых сообщают люди с видимыми отличиями и без них, и переменных, усиливающих или ослабляющих вызванное внешностью беспокойство

(см. главы 3 и 4), данную схему можно применять к обеим группам, однако это еще предстоит проверить.

Итак, для понимания индивидуальных переживаний по поводу внешности используется целый ряд теорий и моделей. На данный момент нельзя выделить какую-либо одну модель, которая предлагает универсальную схему для исследований и клинического вмешательства. Основная задача, стоящая перед исследователями, заключается в разработке, тестировании и внедрении полезных теоретических схем, которые не препятствуют нестандартному мышлению. Одним из путей, которым следует идти в этом поиске, является использование более широкого спектра методов исследования, ранее подтвердивших свою надежность.

## Расширение спектра исследовательских методов

### Качественные подходы

Многие специалисты высказывают мнение (*Thompson and Kent, 2001*) о том, что при изучении видимых отличий их коллеги излишне полагаются на количественные методы, которые смешивают причину и следствие. Такие же критические замечания можно в равной степени отнести к исследованию внешности в более широких группах людей. Часто звучит аргумент, что количественные исследования сводят такие сложные вещи, как эмоциональные и психологические реакции и переживания по поводу видимых отличий, к серии чисел, в результате чего утрачивается личный смысл ситуации. Естественно, специалисты говорят (*Vance et al., 2001*) о том, что количественные методы мало чем могут помочь при обсуждении или анализе деликатных вопросов, связанных с внешностью. Однако, как и во многих других областях психологии здоровья, работа по исследованию внешности и ее дефектов предполагает использование самых разнообразных методов и методологий. При этом главная задача исследователя заключается в том, чтобы выбрать из их числа те, которые наиболее хорошо подходят для изучаемых им ситуаций и вопросов. Именно поэтому использование качественных методов в данной области получает все более широкую поддержку, хотя ученым еще предстоит изучить в полной мере все их возможности.

Ранее мы уже упоминали о том, что личные комментарии очень важны для понимания личного влияния дефектов внешности (*Lansdown et al., 1997; Partridge, 1990; Piff, 1998*). Эти личные качественные отчеты показывают, что люди нередко находят позитивные моменты в жизни с видимыми отличиями и именно благодаря им возникло понятие устойчивости при наличии дефектов внешности (см. *Mouradian, 2001*). Как мы подчеркиваем на протяжении всей этой книги, идентифицирующие факторы, отличающие тех, кто хорошо или менее благоприятно справляется с наличием какого-либо дефекта, требуют серьезного дальнейшего изучения и сегодня становится очевидным, что качественные подходы могут сыграть в этом важную роль. В числе методов, используемых в последнее время в данной области, можно упомянуть интерпретативный феноменологический анализ (*Interpretative Phenomenological Analysis, IPA*) (*Thompson et al., 2002*), тематический анализ (*Hallivell and Dittmar, 2003*), обоснованную, или заземленную, теорию (*grounded theory*)

(*Johnston et al.*, 2004; *Wahl et al.*, 2002), этнографический анализ (*Banister*, 1999) или комбинацию подходов (*Johnson et al.*, 2004, сочетание ИФА с дискурсным анализом).

Фрит и Глисон (*Frith and Gleeson*, в личной беседе) высказывают предположение о том, что одно из ключевых преимуществ качественного подхода заключается в том, что он использует методы, позволяющие передать опыт, близкий к повседневным разговорам о тревогах по поводу внешности, а они играют решающую роль в управлении и согласовании видимого «я» и внешности. Интервью позволяет понять, как люди в реальной жизни справляются со своей внешностью (*Frith and Gleeson*, в печати). Об ограничениях, которые присущи многим количественным методам, мы уже говорили в этой главе.

Фрит и Глисон также считают, что, с точки зрения участника исследований, разговоры о внешности в обстановке интервью могут быть более приятным способом обсуждения деликатных и болезненных вопросов, а также могут создать ощущение поддержки, а возможно, и доверия. Интервью также может помочь людям развить их мышление, прояснить те идеи, которые они, вероятно, никогда не обдумывали или не выражали целиком, а также рассказать о тех деталях и сложностях, о которых в другой ситуации они не решились бы говорить. Фритт и Глисон также предполагают, что качественные методы могут помочь, поскольку испытанный и проверенный инструментарий традиционных эмпирических оценок требует, чтобы еще до начала сбора данных исследователь обладал очень хорошим знанием изучаемой им территории. Однако в начале работы не всегда бывает понятно, какие могут возникнуть вопросы, а специалисты в области качественных исследований утверждают, что с их помощью можно прояснить такие вопросы, рассмотреть которые другим образом было бы невозможно.

Фрит и Глисон также подчеркивают, что эмпирическая психология здоровья может рассмотреть проблемы в комплексе на этапе анализа (когда данные собраны, часто с использованием достаточно сложных многопараметровых методов), а качественные исследования позволяют заниматься этим в процессе сбора данных. Людей могут попросить описать достаточно сложные ситуации, изучить определенные контексты и сделать сравнения контекстов таким образом, что исследователь увидит комплексное сочетание различных тревог, оценок и мотиваций, которые люди скрывают с помощью управления внешностью и стратегий презентации.

Однако рост использования качественных подходов связан с рядом сложностей. Во-первых, как и в случае исследования внешности в целом, участники могут подталкивать к тому, чтобы они задумались о своих чувствах и переживаниях. Это может причинить страдания людям, обеспокоенным своей внешностью, поэтому необходимо заранее продумывать и создавать соответствующие легкодоступные способы направления к врачам-специалистам или источники поддержки (см. раздел «Деликатные моменты исследования внешности» в начале данной главы). Во-вторых, хотя качественные методы позволяют достичь детального понимания темы, которая ранее была не изучена, они не дают возможности обобщить результаты исследования. Исследователи, использующие качественные методы, могут выяснить, что работники сферы здравоохранения и его организаторы доверяют только подпадающим обобщению количественным исследованиям и соответственно со-

бразные «качественниками» результаты могут слабо повлиять на политику и предоставление услуг в сфере здравоохранения. В-третьих, исследователи-«качественники» полагаются на участника, который способен идентифицировать и озвучить свои переживания. Для того чтобы точно понять влияние видимых дефектов и других вопросов, связанных с внешностью, необходимо изучение более широкой социальной группы (например, семьи), иначе впоследствии исследователь может столкнуться с неизученными чувствами и множеством коммуникативных вопросов, которые могут накопиться, если в семье их игнорируют или не обсуждают открыто. Пападопулос и ее коллеги (*Papadopoulos et al.*, 1999b) критикуют исследования, основанные на интервью, среди людей с кожными заболеваниями, поскольку они позволяют выявить только то расстройство, которое человек осознает и о котором готов говорить, а любое неосознанное влияние не учитывается.

### **Фокус-группы**

Сегодня качественные исследования находят все более широкое применение, при этом большинство из них предполагает проведение интервью. Однако существует возможность дальнейшего расширения их использования с помощью более широкого набора методов и инструментов, таких как исследования с участием фокус-групп или методология Q-сортировки. Фокус-группы используются для изучения телесного образа, установок и форм поведения, связанных с похудением, среди учеников средних школ (*Bond and McDowell*, 2001), телесного образа среди мальчиков и мужчин (*Grogan*, 1999), осознания детьми и подростками рисков, связанных с нанесением татуировок (*Houghton et al.*, 1995), и опыта жизни с такими видимыми отличиями, как склеродерма, редкое хроническое заболевание, при котором могут происходить уплотнение кожи и появление опухолей, сопровождающиеся сильной болью (*Joachim and Acorn*, 2003). Фокус-группы создают возможность взаимодействия людей, которых волнуют одни и те же вопросы. Поскольку успех групповых методов лечения может быть отчасти связан с контактами с другими людьми, фокус-группы могут принести пользу как их участникам, так и исследователю. Тем не менее из-за того, что социальные ситуации могут усилить тревогу у людей, которых беспокоит их внешность, даже простое приглашение принять участие в работе фокус-группы может стать причиной стресса. Для некоторых людей, например пациентов с раком головы и шеи, дефект внешности может также быть связан с нарушением функционирования и коммуникационными проблемами, что осложняет их участие в интервью, в особенности если групповая ситуация усиливает чувство неловкости по этому поводу. В главе 7 мы рассматриваем сложности групповой поддержки людей, которые из-за своей внешности испытывают тревогу по поводу социального взаимодействия.

### **Визуальные методы**

Визуальные методы также обладают потенциалом, позволяющим более активно использовать их в исследовании внешности. В ранних исследованиях нередко использовались фотографии в качестве стимула для изучения восприятия внешности.

сти людей третьей стороной. Например, на основании фотографических изображений людей, у которых на лице были шрамы, оценивали как менее привлекательных и честных в сравнении с теми, у кого шрамов не было (Bull, 1979); квалифицированные медицинские сестры называли фотографии пациентов, страдающих раком головы и шеи, менее уродливыми, чем их неопытные коллеги (Lockhart, 1999), а слепая оценка фотографий «до и после» показала позитивное влияние когнитивной поведенческой терапии на размер повреждений у больных витилиго (Papadopoulos et al., 1999a). Стэнфорд и Мак-Кейб (Stanford and McCabe, 2002) использовали метод компьютерной фотографии для сравнения реального и идеального «телесного образа» и выяснили, что более чем у 90% участников их исследования есть между ними расхождения. Внешность и телесный образ являются сложными, трехмерными конструктами, а статичные, двухмерные фотографии или компьютерные образы не только не позволяют воспроизвести ощущение целостности тела, но и не учитывают влияния личностных качеств и социальных взаимоотношений на восприятие человека другими людьми (Bradbury, 1993).

В последнее время в рамках психологии здоровья фотография как инструмент исследования пользуется все большим доверием (см. Radley, 2001), однако в контексте внешности все еще применяется не в полной мере. Это удивительно, учитывая визуальный характер изучаемой темы, который предполагает множество возможностей для использования фотографий. Если вы попросите участников исследования сделать фотографическую запись их переживаний, то это может вызвать воспоминания о переживаниях во время интервью, а также позволит участникам контролировать процесс и выбор времени для сбора данных. Ханна и Джекобс (Hanna and Jacobs, 1993) провели небольшое исследование, в котором использовали съемку для изучения того, как четверо детей, больных раком, описывают здоровье. Хотя внешность не была центральной темой этого исследования, одним из выявленных аспектов был внешний вид, а детям очень нравились камеры. Очевидно, что этот метод может послужить средством вовлечения детей и подростков в процесс исследования (проблема, о которой говорилось в этой главе ранее). Точно так же исследование с участием девочек подросткового возраста (Frost, 2003) показало, что фотографии или рисунки могут облегчать для молодых людей процесс обсуждения вопросов, связанных с внешностью.

## **Методы наблюдений**

Бродер (Broder, 2001) говорит о необходимости более активного использования методов наблюдений в исследованиях внешности в практической, клинической обстановке. Записи и анализ хирургических консультаций могли бы помочь в изучении контекста и того, как происходит обсуждение вопросов внешности и телесного образа, как предлагаются варианты лечения и принимаются связанные с ними решения. Однако процесс записи может выглядеть навязчиво и влиять на то, как специалист-медик управляет ситуацией и/или степенью вовлеченности пациента; а если учесть тенденцию к росту числа судебных разбирательств в области здравоохранения, то не стоит удивляться тому, что хирурги с большой неохотой позволяют делать записи своих консультаций.

## **Смешанные методы**

В последнее время специалисты, занимающиеся психологией здоровья, уделяют все больше внимания выгодам, которые можно получить при объединении количественных и качественных подходов, на том основании, что эти две парадигмы, в принципе, совместимы и при совместном использовании образуют прагматический подход к социальным и поведенческим исследованиям (*Tashakkori and Teddlie, 1998; Yardley, 2001*). Учитывая пользу разносторонних методов, этот подход концентрируется на вопросе исследования, а не методе (*Bowling, 1997*), требуя при этом точной оценки качества исследования (*Yardley, 2001*). Результаты качественных и количественных исследований могут не совпадать, и вполне возможно, что смешанный подход приведет к разным результатам при использовании качественного или количественного метода (*Yardley, 2001*). Тем не менее, используя комплекс методов, можно добиться более полного понимания темы, чем при использовании только одного метода.

На собственном опыте мы имели возможность убедиться в том, что гибкость, присущая смешанным методам, позволяет применить те подходы к сбору данных и анализу, которые лучше всего соответствуют предполагаемой аудитории. Например, если мы хотим повлиять на лечение ожогов, то, возможно, нам следует объединить количественные методологии, используемые в медицинских исследованиях, с качественными подходами, которые менее известны работникам здравоохранения и его организаторам. Эти качественные свидетельства могут стать убедительной иллюстрацией к количественным результатам и сделать их более понятными.

## **Исследование с целью разработки конкретных мероприятий**

Исследователи, работающие в области изучения внешности, также могут извлечь пользу из методов, позволяющих самим испытуемым вносить свой вклад в разработку исследований и теорий. Например, Бонд и Мак-Дауэлл (*Bond and McDowell, 2001*) сообщают об исследовании установок и форм поведения подростков, связанных с телесным образом, в ходе которого использовалась именно такая методология. В этом случае члены фокус-группы принимали участие в обсуждении содержания опросника, предлагаемого более широкой аудитории. А Лавгроув и Рамси (*Lovegrove and Rumsey, 2005*) описывают часть исследования, ставившего целью выработку конкретных мероприятий, в которой подростки были вовлечены в разработку и реализацию метода, ориентированного на противодействие переживаниям, связанным с внешностью, и буллингу в школах (подробно см. в главе 7). Действия по расширению участия в принятии решений в сфере здравоохранения делают этот подход в высшей степени целесообразным. В Великобритании Руководство по проведению исследований Государственной службы здравоохранения предписывает проводить консультации по вопросам предполагаемых исследований с представителями пациента или кем-то подобным до получения одобрения Комитета по этике исследований. Во многих случаях исследователям может потребоваться мнение организаций, таких как группы самопомощи и поддержки, однако проблема заключается в том, что подобные службы могут быть перегружены



подобными запросами и им может не хватить времени и ресурсов для помощи всем людям, ищущим поддержки.

## Распространение результатов исследований

Приняв нужные и нередко сложные решения по поводу многочисленных проблем, о которых говорилось в этой главе, и успешно завершив свою работу, исследователи должны проявить максимум воображения для распространения полученных ими результатов и сделать все возможное для того, чтобы они достигли предполагаемой аудитории из числа работников здравоохранения, его организаторов и ученых. Исследователи, работающие в практической области, такой как эта, не могут полагаться исключительно на публикации в научных журналах как средство влияния на практические методы лечения. Семинары, конференции, веб-сайты и информационные бюллетени, ориентированные на соответствующий персонал и предлагаемые в удобной для них форме, — это всего лишь некоторые из способов, с помощью которых может быть максимизировано влияние результатов исследований.

## Вывод

Мы надеемся, что эта глава показала вам, с каким большим количеством самых разнообразных и сложных проблем сталкиваются сегодня исследователи, работающие в этой удивительной и перспективной области. Несмотря на то что многие из них знают об этих трудностях и признают слабые стороны используемых методов, движение вперед происходит довольно медленно. При разработке критериев оценки и моделей для решения практических и организационных вопросов исследователям постоянно приходится сталкиваться с проблемами. Однако изучение внешности также дает им возможность заниматься интересными, стимулирующими работу мысли и очень полезными исследованиями.

## Резюме

- При проведении психологического изучения вопросов внешности и ее дефектов исследователи сталкиваются с множеством методологических, теоретических и организационных проблем.
- Даная тема может вызывать сильные эмоции и стресс, поэтому исследователи, работающие в этой области, должны проявлять деликатное отношение к подобным переживаниям.
- Оценка и подбор участников исследований могут быть связаны с определенными проблемами. Особая сложность для исследователей дефектов внешности заключается в идентификации и подборе людей, которые не контактируют с системой здравоохранения или оказывающими поддержку организациями. Наиболее проблематичным может оказаться подбор участников мужского пола, людей с разным этническим происхождением и тех, у кого диагностируется заболевание, предполагающее редкие видимые отличия

- Может оказаться полезным осмыслить внешность как явление в чистом виде, а не сосредотачиваться на определенном заболевании или группе людей, хотя такой подход также имеет свои ограничения.
- Многие исследования в данной области имеют ретроспективный, перекрестный и количественный характер. Существует потребность в перспективных, лонгитюдных исследованиях.
- Необходимо тщательно обдумывать обстановку и время сбора данных.
- В данной области используются множество самых разных методов и методологий, однако существует возможность активного использования более широкого спектра методов исследования.
- Хотя исследователи применяют целый ряд моделей и теоретических концепций, те часто не позволяют понять весь комплекс вопросов, связанных с внешностью. Необходимо создать целостную, предикативную и доступную для проверки схему, служащую концептуальной основой для оценки материалов из самых разных источников и указывающую направление клинического применения результатов исследований.
- Несмотря на все сложности и проблемы, исследования в области психологии внешности представляют собой интересную, стимулирующую работу мысли и очень полезную тему.

## Темы для обсуждения

- Составьте план исследования, которое позволит оценить психосоциальное влияние видимого отличия. С какими проблемами вы можете столкнуться, пытаясь подобрать участников для вашего исследования, и как вы предполагаете преодолеть эти трудности?
- Обсудите достоинства и недостатки использования качественных методов при изучении внешности в психологии здоровья.
- Почему в исследованиях, проводимых в рамках психологии здоровья, внешности часто не придают значения?
- Обсудите следующее высказывание: «Модели социального познания, которые столь широко используются в других областях психологии здоровья, не подходят для объяснения переживаний людей по поводу их внешности».

## Литература для дальнейшего изучения

- Thompson, J. K. (2004) The (mis)measurement of body image: ten strategies to improve assessment for applied and research purposes *Body Image*, 1: 7–14.
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M., Tantleff-Dunn, S. (1999) *Exacting Beauty: Theory, Assessment and Treatment of Body Image Disturbance* Washington, DC: American Psychological Association



## Проблемы, связанные с внешностью и имиджем, у людей без видимых отличий

### Переживания по поводу внешности

В западных странах беспокойство, связанное с внешностью, начинает приобретать характер эпидемии — все большее количество людей испытывает озабоченность, а часто и неудовлетворенность тем, как они выглядят. У людей начиная с восьми лет и старше широко распространено недовольство фигурой (Grogan, 1999), которое оказывает сильное влияние на поведение и благополучие многих из них. Это выражается в соблюдении диет, занятиях физическими упражнениями для изменения формы тела, социальной тревоге и социальном избегании, в значительных тратах на косметические товары и в готовности пойти на риск, связанный с косметической хирургией. Родин и ее коллеги (Rodin et al., 1985) предложили термин «нормативное недовольство» для описания существующих уровней неудовлетворенности внешностью.

Какие аспекты внешности вызывают у людей наибольшее беспокойство? Согласно опросу, проведенному в 1997 г. журналом *Psychology Today* и посвященному образу тела, 56% опрошенных американок сказали, что они вообще недовольны своей внешностью. Среди основных проблем были названы размер живота (71%), общий вес тела (60%) и недостаточный мышечный тонус (58%). Почти 43% мужчин были недовольны своей внешностью в целом. По сравнению с результатами опросов, проведенных в 1972 и 1985 гг., неудовлетворенность внешностью в целом повысилась с 23 до 56% среди женщин и с 15 до 43% среди мужчин.

Главным объектом недовольства являются многие аспекты лица, поэтому все больше людей из самых разных слоев общества задумывается об инвазивных косметических процедурах и прибегает к ним. Наиболее распространенными видами хирургического вмешательства являются блефаропластика (коррекция век), подтяжка лица, хирургическая коррекция ушей, ринопластика (хирургическая коррекция носа), увеличение или уменьшение подбородка и инъекции коллагена или ботокса для уменьшения морщин (Sarwer and Crerand, 2004). Также очень широко распространено недовольство размером груди. В 1996 г. журнал *Self* провел опрос, в котором приняло участие более 4 тыс. женщин, и выяснил, что более половины

из них изменили бы свою грудь, если бы у них была такая возможность (*Grant, 1996*).

Результаты проведенного Фейнголдом и Маззелла (*Feingold and Mazzella, 1998*) метаанализа 222 исследований указывают, что на протяжении всей жизни начиная с подросткового возраста женщины проявляют больше недовольства своим телом, чем мужчины. Несмотря на это, уровень распространения такой неудовлетворенности среди мужчин продолжает расти и по последним оценкам составляет сегодня от 50 до 75%. Недавно в одной из газет была опубликована статья, основанная на результатах опросов о здоровье Национального центра статистики (*Prynn, 2004*), в которой сообщалось, что каждый четвертый мужчина в Великобритании активно придерживается диеты, «руководствуясь заботой о здоровье и растущим беспокойством по поводу своего внешнего вида». Эти данные можно сопоставить с показателем в 16% мужчин, которые сообщали о том, что соблюдают диету, в 1980 г. Из опрошенных в 2004 г. 32% мужчин сказали, что они ограничивают себя в еде, потому что хотят повысить самооценку. Согласно опросу, проведенному в США журналом *Men's Health*, в котором приняли участие 1 тыс. читателей, 75% респондентов недовольны своей фигурой. Большинство из них хотело бы иметь более выраженную мускулатуру. Половина отметила у себя особую тревогу по поводу видимых признаков старения, таких как потеря волос и набор веса (*Chaudhary, 1996*). Несмотря на то что читателей *Men's Health* можно отнести к категории людей, вкладывающих большие суммы в свою внешность, результаты этого опроса подтверждаются исследованиями на более репрезентативных выборках. Так, Кэши (*Cash, 1992*) выяснил, что 60% мужчин, страдающих потерей волос, говорят о негативных социальных или эмоциональных последствиях, вызванных облысением. Лиосси (*Lioffi, 2003*) сообщает, что многие из переживаний мужчин по поводу внешности могут быть связаны с широко распространенными образами, предлагаемыми СМИ. Средства массовой информации насаждают убеждение о важности обладания мезоморфной фигурой в форме буквы «V», что сопровождается желанием увеличить мышечную массу или просто быть более худым. Демарест и Аллен (*Demarest and Allen, 2000*) также отмечают: многие мужчины уверены, что женщины отдают предпочтение идеальным мужчинам с гораздо большей степенью мускулистости, чем у них.

Хотя подавляющая часть ранних исследований была осуществлена в США, сегодня совершенно очевидно, что высокие уровни неудовлетворенности телом характерны не только для американцев. Харрис и Карр (*Harris and Carr, 2001*) сообщают о разных уровнях обеспокоенности внешностью, выявленных в ходе опроса, в котором участвовали более 2100 взрослых людей из юго-западной части Англии, стратифицированных по возрасту и социально-экономическому происхождению: 61% женщин и 35% мужчин сообщили о каком-либо аспекте внешности, вызывающем у них беспокойство. Наиболее часто респондентов волновали их нос, вес и различные кожные заболевания, такие как активная угревая сыпь, сопутствующее ей рубцевание, псориаз, экзема и веснушки. Типичным источником неудовлетворенности среди женщин были грудь и живот, а у мужчин во главе списка стояла потеря волос. У 25% женщин и 19% мужчин, обеспокоенных своей внешностью, наблюдались высокий уровень психологического расстройств и поведенческие дисфунк-

ции, которые оказывали разрушительное влияние на их повседневную жизнь, работу и взаимоотношения. В число типичных сложностей входили социальные ситуации, в которых респонденты чувствовали, что определенный аспект их внешности вызывает отвращение у других людей. Участники опроса отмечали социальное избегание и чувство изоляции, убежденность в том, что они физически непривлекательны и недостойны любви, а также соответствующие сложности в интимных отношениях. У тех, кого вопросы внешности волновали наиболее сильно, уровни психологического расстройства и дисфункции были почти такими же, как у пациентов с реальными дефектами внешности, которые были внесены в список ожидания на проведение пластических операций.

Проводя исследование обеспокоенности внешностью среди молодежи в возрасте от 17 лет до 21 года в Уэллсе и на юго-западе Англии, Лиосси (*Liossi, 2003*) выяснила, что 79% молодых людей и 82% девушек сообщают о неудовлетворенности одним или более аспектами своего внешнего вида. Участники этого исследования были недовольны рядом физических характеристик, и, хотя главную обеспокоенность у женщин вызывали вес и фигура, а у мужчин — мускулатура, они говорили и о других аспектах внешности. В выборке, состоящей из 177 женщин, 48% респондентов были недовольны формой ягодиц, 40 — формой бедер и 34% — общим избытком веса. При этом 16% опрошенных не нравились их носы, 13 — кожа, а 6% сказали, что им в их внешности не нравится «все». Среди 123 мужчин наибольшая неудовлетворенность была связана с недостаточной мускулистостью телосложения (42%), при этом между этой и другими тревогами был значительный разрыв; 13% выражали беспокойство по поводу недостаточно высокого роста, а 12% волновал размер их гениталий. Также 11% огорчились из-за лысины, начинающейся со лба, 9 — не нравились их уши, 7 были недовольны своей кожей, а 4% не устраивала форма носа. Лиосси присоединилась к тем исследователям, которые пришли к выводу, что неудовлетворенность внешностью является нормой среди взрослого населения.

Подобные результаты последних исследований заставили некоторых специалистов предположить, что недовольство телом представляет собой относительно безобидный факт жизни; однако Томпсон и его коллеги (*Thompson et al., 1999*) настоятельно подчеркивают, что понятие «нормативное недовольство» не следует считать синонимом неопасного недовольства. Исходя из этого Томпсон с соавторами выбрали в качестве названия для своей книги словосочетание «Обременительная красота» (*Exacting Beauty*), чтобы отразить то негативное влияние, которое могут оказывать на людей сегодняшние чрезмерные стандарты привлекательности — стандарты, которые они описали как «вредные» и «неизменно строгие». Они отмечают, что идеалы красоты существуют в самых разных обществах на протяжении многих сотен лет, однако плата за попытки соответствовать все более и более нереалистичным стандартам никогда не была столь высока.

Дистресс, связанный с внешностью, может проявляться в эмоциональном, поведенческом и когнитивном плане. Исследования уделяют главное внимание двум широким областям: воздействию на представления о самом себе, в частности на телесный образ и самооценку, и влиянию внешности исследуемого человека на восприятие и поведение других людей; при этом некоторые отважные исследова-

гели пытаются разобраться в сложностях, существующих в рамках взаимодействия этих двух направлений.

Подавляющее количество исследований, посвященных внешности и самовосприятию, базируются на понятии телесного образа, в них изучается основная сфера неудовлетворенности — недовольство весом и фигурой. На протяжении многих лет специалисты давали самые разнообразные определения понятию телесного образа, однако в настоящее время многие соглашаются с тем, что это комплексный конструкт, включающий в себя физиологические, психологические и социальные компоненты. Кэш и Прузински (*Cash and Pruzinsky, 1990*) говорят о том, что термин «телесный образ» следует исправить на «телесные образы», с тем чтобы отразить разнообразие входящих в него элементов. Краткая история этого исследования представлена в главе 1, а последний прекрасный обзор литературы на эту тему можно найти в книгах Кэша и Прузински (*Cash and Pruzinsky, 2002*) и Томпсона и его соавторов (*Thompson et al., 2002*). Анализ исследований, посвященных вопросу влияния внешности на восприятие и поведение других людей, представлен в книге Булл и Рамси (*Bull and Rumsey, 1988*) и метаанализах, сделанных Игли (*Eagly et al., 1991*) и Ланглуа (*Langlois et al., 2000*) вместе с их коллегами (более подробно см. главу 1). Далее приводится обзор результатов исследований в этой области, перечисленных в соответствии со стадиями развития человека.

## Вопросы внешности на протяжении жизни человека

Процессы, происходящие в течение жизни человека, оказывают несомненное влияние на формирование и сохранение представлений о самом себе и моделей поведения, связанных с внешностью. Подавляющее большинство проведенных на сегодняшний день исследований посвящено изучению переживаний по поводу внешности среди молодых людей в возрасте от 17 до 21 года. В связи с тем что в современной исследовательской литературе существуют серьезные расхождения во мнениях, мы приведем анализ наиболее значимых факторов развития, имеющих отношение к самооценке и межличностным процессам; он опирается главным образом на материалы по изучению телесного образа.

### Первые годы жизни

#### Самопроцессы

Очевидно, что усвоение социальных идеалов начинается в раннем детстве. Иллюстрируя повсеместное распространение идеалов красоты и то, в сколь раннем возрасте становится очевидным их влияние, Томпсон и его коллеги (*Thompson et al., 1999*) приводят пример двухлетней девочки, которую спросили: «Ты хочешь, чтобы твои волосы, когда они отрастут, были похожи на мамини?» Она ответила: «Хочу волосы, как у Барби». Для детей куклы воплощают материальный образ тела. Как правило, детские куклы имеют большие глаза и рот, длинные ресницы и маленькие носы, а также безукоризненную кожу. Самые известные и наиболее широко распространенные куклы — это Барби и Кен, которых производители наделяют совершенно неправдоподобным телосложением. Нортон с коллегами (*Norton*

*et al.*, 1996) сравнили пропорции этих кукол с пропорциями тела взрослых людей, используя для этого контрольные грушпы, и выяснили, что менее чем у одной женщины из 100 тыс. могут быть такие же пропорции, как у Барби, а телосложение, как у Кена, — только у двух мужчин из ста! Пока еще нет информации об исследованиях, изучающих влияние игры с куклами, имеющими нереалистическую физическую внешность, однако известен ряд примеров, когда взрослые женщины обращались для проведения косметических операций, чтобы стать похожими на Барби.

Гилберт и Томпсон (*Gilbert and Thompson, 2002*) считают, что неудовлетворенность телом может уходить корнями в ранние вызывающие стыд переживания, возникающие в возрасте 2 или 3 лет. По их мнению, начиная с этого времени критические замечания и оскорбления со стороны родителей и неприятие сверстниками способствуют развитию боязни негативных оценок со стороны других людей и формированию у ребенка убеждения, что окружающие считают его непривлекательным.

### *Реакции со стороны других людей*

Маленьким детям с типично «кукольными» личиками (большой лоб и большие глаза) родители уделяют больше внимания (*Langlois, 1986*). Детей, которых взрослые оценивают как привлекательных, они считают более приятными и думают, что о них проще заботиться, чем об их менее привлекательных сверстниках (*Stephan and Langlois, 1984*). Несмотря на отсутствие очевидных доказательств, есть вероятность разного обращения с привлекательными и непривлекательными детьми непосредственно после их рождения.

## **Детство**

### *Самопроцессы*

В своей обзорной статье Смолак (*Smolak, 2004*) отметила, что в последнее время наблюдается рост числа исследований детей младшего возраста и показателей распространения негативного восприятия телесного образа среди детей предпубертатного возраста. Она также указала, что современному знанию по этому вопросу мешает методологическая слабость подавляющего большинства исследований, вызванная проблемами с опеределением и оценкой конструкторов, неадекватной выборкой и отсутствием последующих лонгитюдных исследований.

Оценки распространения среди детей дистресса, связанного с внешностью, производят пугающее впечатление. Так, в 1998 г. Смолак и ее коллеги сообщали о том, что почти 40% девочек в возрасте 9 и 10 лет недовольны своим телом. Это методологический вызов — выяснить, на каком точно этапе детства неудовлетворенность телом становится проблемой; существуют свидетельства того, что дети усваивают культурные предубеждения по отношению к людям с избыточным весом уже в возрасте 5 лет, а Смолак считает, что понимание этих стандартов появляется уже к 3 годам. Хартер (*Harter, 1999*) сообщает, что установила связь между восприятием физической внешности и общей самооценкой у детей в возрасте от 4 до 7 лет. Она также отмечает, что на протяжении школьных лет происходит постоянное снижение самооценки физической привлекательности.

Огромное количество детей нередко подвергается поддразниваниям и грубому обращению из-за своей внешности. Пиковый возраст, в котором дети испытывают расстройство из-за подобных поддразниваний, наступает в 7 или 8 лет, так как на этом этапе у них еще не сформированы когнитивные навыки, необходимые для того, чтобы эффективно справиться с вербальными нападками со стороны других. Мальчики занимаются поддразниванием чаще, чем девочки. Мальчики подросткового возраста также рассказывают о более негативных замечаниях по поводу их тел со стороны сверстников, чем девочки (*Vincent and McCabe, 2000*), хотя девочки чаще обсуждают между собой «полноту». Хартер (*Harter, 1999*) отмечает, что эмоции по отношению к самому себе, такие как гордость, стыд и смущение, проявляются в средний и поздний периоды детства и что они нередко связаны с физической внешностью. Она также утверждает, что семена этих эмоций зарождаются гораздо раньше.

Другие гендерные различия в неудовлетворенности телом возникают в возрасте от восьми до десяти лет (*Cusumano and Thompson, 2001*), когда 40–70% девочек подросткового возраста сообщают о недовольстве каким-либо аспектом своей внешности (*Levine and Smolak, 2002*). Исследования на эту тему среди мальчиков не проводились; однако существуют данные, которые говорят о том, что, хотя к 11 годам большинство из них хочет иметь более развитую мускулатуру, на протяжении подросткового возраста уровень удовлетворенности внешностью обычно повышается. Среди девочек, напротив, происходит снижение этого уровня (*Smolak, 2004*).

### *Реакции со стороны других людей*

Исследования, упомянутые в главе 1, показали, что дети, которых оценивают как более привлекательных, вызывают у взрослых более позитивные ожидания, чем их менее привлекательные сверстники. Например, в выводе, сделанном Ланглуа и ее коллегами (*Langlois et al., 2000*) на основе метаанализов исследований внешности, авторы утверждают, что взрослые люди считают, что привлекательные дети обладают большей социальной притягательностью и большими способностями к учебе, лучше адаптируются и имеют более высокие межличностные навыки (см главу 1). Большинство исследований посвящено ожиданиям, которые формируются на основе просмотра фотографий детей. Степень и распространенность подобного влияния в более реалистичной обстановке еще предстоит прояснить, однако, исходя из результата ранее проведенных исследований, Ланглуа и ее коллеги утверждают, что привлекательные дети участвуют в меньшем количестве негативных взаимодействий и большем количестве позитивных, получают больше внимания, чем их сверстники, и являются объектом более высоких ожиданий в плане способностей. Смит (*Smith, 1999*) сообщает, что данные 75%-ной выборки, состоящей из девочек и мальчиков предподросткового возраста, свидетельствуют о регулярных инцидентах, касающихся внешности (например, спонтанные замечания, пристальные взгляды, колкости). Привлекательным девочкам чаще оказывают помощь, выражают одобрение и похвалу, а менее привлекательных чаще бьют, толкают или пинают; однако не существует сведений о подобных моделях поведения среди мальчиков.



### Влияние родителей

Некоторые исследователи считают, что значительное влияние на связь между внешностью и самооценкой оказывают родители. Как правило, родители сообщают о том, что им нравится, как выглядят их дети в раннем детстве, но по мере увеличения возраста уровень неудовлетворенности возрастает. Большинство материалов исследований в этой области связано с влиянием родителей на формирование расстройств пищевого поведения. На сегодняшний день нет исследований, посвященных какому-либо другому аспекту внешности, кроме веса тела. Тем не менее качественные интервью с молодыми людьми в возрасте от 17 до 21 года, проведенные Лиосси (*Lioffi, 2003*), позволяют сделать предварительные выводы, что процессы, происходящие в этих возрастных группах, могут быть похожи. В данном разделе мы приведем иллюстративные отрывки из этих интервью, которые показывают, что родители могут сознательно или непреднамеренно влиять на своих детей с самого детства, воспроизводя в них свои собственные тревоги и поведение, связанные с внешностью, или через свое отношение к их внешности. Самый обыкновенный вербальный обмен (например, обсуждение внешности других людей) может содержать информацию о важности внешнего вида и привести к возникновению или обострению беспокойства по поводу телесного образа у членов семьи. Нам всем хорошо известны примеры различных вариантов семейного окружения — есть родители, которые уделяют первостепенное значение физической внешности и настаивают на том, чтобы их дети выглядели на людях аккуратно и элегантно, и есть те, кто более свободно относится к внешнему виду:

Мои родители беспокоились по поводу внешности и веса. Они постоянно прибегали к диетам, занимались физическими упражнениями и выражали недовольство своим телом.

В интервью, проведенных Лиосси (*Lioffi, 2003*), те опрошенные, у кого наблюдался высокий уровень беспокойства по поводу внешности, рассказывали о том, как в детстве и подростковом возрасте у них нарастало чувство обиды и угнетенности по поводу их «дефектной» внешности, и о переполнявших их мыслях о социальных последствиях внешности в целом:

Моя мать говорила, что я буду счастлива и найду себе мужчину, только если буду худой.

Сообщения о влиянии родителей от участников с высоким уровнем удовлетворенности своей внешностью были совершенно иными:

Мои родители учили меня, что главное — это то, что у человека внутри, а не снаружи. Меня воспитывали так, чтобы я отнесся к людям исходя из того, кем они являются, а не из внешнего вида, и я знаю, что мои родители гордились мной как человеком. Мои родители объясняли мне, что у людей могут быть самые разные фигуры и внешность и мы должны оценивать каждого по тому, какой он человек... Некоторые из моих школьных друзей боялись потолстеть. Они знали об этом не только из средств массовой информации, но и от своих родителей. Их матери постоянно сидели на диетах и выражали желание быть худыми

Хартер (*Harter, 1999*) отмечает, что в среднем периоде детства (8–11 лет) дети начинают усваивать стандарты и ценности тех, кто имеет для них значение, и на этом этапе у них формируется понимание ценностей окружающего их общества. Хартер также говорит о том, что, хотя некоторые родители выражают презрение к ценностям, господствующим в обществе и насаждаемым СМИ, избыточному вниманию к косметике, одежде, диетам и ухаживаниям, гораздо больше людей демонстрируют приверженность господствующим нормам. Именно дети из тех семей, что активно следуют социальным нормам, наиболее подвержены риску дистресса и дисфункции, связанному с внешностью. Вот что сказал по этому поводу еще один участник исследования Лиосси, обладающий высоким уровнем тревоги по поводу своей внешности:

Уже в самом раннем возрасте дети стремятся к достижению недоступной фигуры, которая считается в обществе «идеальной». К этому ведет даже то, что их любимая игрушка — это, возможно, кукла Барби. Они смотрят на нее и думают, что все женщины должны быть такими, как она.

### *Социальные влияния*

Многие исследователи считают, что значительное влияние на вопросы внешности оказывают средства массовой информации. Лиосси (*Lioffi, 2003*) отмечает, что к моменту перехода в среднюю школу многие дети проводят за просмотром телевизионных программ 15 тыс. часов в сравнении с 11 тыс. часов их пребывания в школе. Они видят 350 тыс. рекламных сообщений, половина из которых подчеркивает важность стройности и красоты. В журналах, ориентированных на детей подросткового возраста и девочек-подростков, подавляющее большинство статей посвящено тому, как «улучшить» внешность, например, с помощью диет, занятий физическими упражнениями и исправлений. Существуют единичные случаи наблюдения, которые позволяют предположить, что девочки проводят больше времени за чтением журналов (*Smolak, 2004*) и смотрят больше «мыльных опер» по телевизору, чем мальчики. Подобные сериалы рекламируют более строгие и узкие идеалы привлекательности и фигуры для девочек, чем другие типы программ. Тиггеманн и Пеннингтон (*Tiggemann and Pennington, 1990*) пришли к выводу, что с раннего возраста дети «потребляют» установки взрослых людей, связанные с телесным образом, главным образом из визуальных средств информации, таких как телевидение, и подвержены их влиянию в детерминации установок о желательных и нежелательных аспектах внешности. Смолак (*Smolak, 2004*) считает, что девочки подвергаются более сильному и более прямому влиянию образов, предлагаемых СМИ, чем мальчики, хотя пока еще неизвестно, почему и как происходят эти процессы.

### *Последствия обеспокоенности внешностью*

Подводя итог проведенных на эту тему исследований, Смолак (*Smolak, 2004*) подчеркивает влияние негативного телесного образа на представления о самом себе, говорит о растущем распространении изменений в поведении, таких как диеты и занятия физическими упражнениями, а также о существовании фантазий на тему пластической хирургии у все более молодых и юных людей. Она также отмечает,

что большинство исследователей высказывает предположение, что все эти процессы создают угрозу возникновения у детей и подростков нарушений телесного образа и питания во взрослом состоянии.

## Юность

Начиная с XIX в. значимость юности как этапа жизни постепенно возрастает. В наши дни разворачиваются все более широкие обсуждения того, можно или нет оценить его как один из наиболее сложных жизненных этапов. Однако существенные изменения фигуры, происходящие в результате пубертатных скачков роста, в любом случае могут превратить его в возможный источник тревог по поводу внешности.

Желание органично вписаться в окружение и считаться «нормальным» может стать основным аспектом благополучия в подростковом возрасте (Liossi, 2003), а физическая внешность часто является главным объектом внимания при оценке того, соответствует ли человек группе сверстников. Особенности внешнего вида нередко воспринимаются как первый «ключ» к дружбе и ухаживаниям, что еще больше повышает значение, придаваемое внешнему виду на этом этапе жизни. Есть свидетельства того, что беспокойство по поводу внешности оказывает влияние на повседневную жизнь многих подростков (Lovegrove, 2002).

## Самопроцессы

Прохоров и его коллеги (Prokhorov et al., 1993) провели в США семилетнее групповое исследование и на основании полученных результатов сообщили, что в выборке из 2406 подростков внешность оценивалась как наиболее ценная характеристика в их жизни (в сравнении со школьной успеваемостью, семьей, едой, деньгами, физическими упражнениями, друзьями и просмотром телевизионных программ). Авторы исследования также отметили, что внешность является единственным из числа всех этих факторов, ценность которого со временем возрастает.

Эмили Лавгроув (Lovegrove, 2002; Lovegrove and Rumsey, 2005) разработала программу исследований для изучения тревог по поводу внешности, а также поддразниваний, связанных с внешним видом, среди 671 ученика средней школы. Ответы на вопрос: «Как ваша внешность влияет на то, что вы думаете о себе?» позволили получить многочисленные примеры тесной связи между восприятием внешности и представлениями о самом себе. Из опрошенных 44% участников ответили, что внешний вид влияет на уверенность в себе:

Чем лучше ты выглядишь, тем увереннее чувствуешь себя при общении с людьми.  
(Девушка, 14 лет)

Если я смотрю в зеркало и мне не нравится моя внешность, я расстраиваюсь и злюсь и я не люблю себя.  
(Мальчик, 11 лет)

Когда мне не нравится моя внешность, я не люблю себя, потому что мне кажется, что другие люди судят обо мне по тому, как я выгляжу. Из-за этого моя самооценка снижается, от чего все становится еще хуже.  
(Девушка, 15 лет)

Первая цитата характерна для тех (40%), кто говорил о том, что когда они чувствуют себя более привлекательными, то думают о себе более позитивно.

В попытке раскрыть связи между самооценкой и оценками внешности Хартер (*Harter, 1999*) задавала вопросы подросткам и выяснила, что 60% из них думают, что на первом месте стоит самооценка, которая предшествует самоуважению и определяет его. Девочки, разделявшие эту точку зрения, придавали внешности большее значение, были более озабочены своим внешним видом и больше беспокоились о том, как они выглядят в глазах других. Они хуже относились к своей внешности, имели более низкую самооценку и чувствовали себя более подавленными, чем вторая группа девочек подросткового возраста (40% выборки Хантер), которые считали, что самоуважение определяет самовосприятие внешности. Когда участников исследования Лавгроув спрашивали, какие аспекты их внешности им не нравятся, 26% респондентов сказали, что хотят иметь более низкий вес, 15 -- хотели иметь более хорошую кожу, а 8% высказали желание изменить форму носа или ушей. Когда их спрашивали о том, что им нравится, на первом месте были глаза (28% выборки), затем следовали волосы (22%) и лицо (10%). Однако 18% считали, что у них вообще нет никаких хороших черт, а 9% участников нравилась только одежда, которую они носят. В исследовании Лавгроув (*Lovegrove, 2002*) 51% опрошенных высказали предположение, что имеющиеся у них на данный момент тревоги характерны для подросткового возраста и раннего периода зрелости:

Думаю, что я изменюсь. Когда мне будет 25 лет, я буду больше беспокоиться о своем характере.

(Мальчик, 14 лет)

Когда я выйду замуж, мне больше не нужно будет производить впечатление на других людей

(Девочка, 12 лет)

Я всегда буду беспокоиться, потому что сейчас это происходит из-за прыщей, а потом это будет пивной живот и морщины

(Юноша, 16 лет)

### *Реакции со стороны других людей*

Томпсон и его коллеги (*Thompson et al, 2002*) приводят убедительные доказательства того, что в подростковом возрасте поддразнивание связано с неудовлетворенностью телом и другим формами дистресса. В качестве примера они приводят результаты исследования Фабиан и Томпсона (*Fabian and Thompson, 1989*), которые отмечали, что частота поддразниваний и степень возникающего в результате этого расстройства связаны с более высокими уровнями неудовлетворенности телом, нарушением питания, депрессией и более низкой самооценкой. Уордл и Коллинз (*Wardle and Collins, 1998*) опросили выборку из 766 подростков в возрасте от 12 до 16 лет из Дублина и Лондона и тоже нашли связь между поддразниванием и неудовлетворенностью телом, при этом они выяснили, что поддразнивание со стороны членов семьи является более важным прогностическим фактором, чем поддразни-

вания в школе. Гарнер (*Garner, 1997*) в своем обзоре, опубликованном в *Psychology Today*, сообщает, что 44% женщин и 35% мужчин отмечают, что «поддразнивания со стороны других людей» были содействующим фактором формирования их телесного образа. Ривз и Кэш (*Rieves and Cash, 1996*) опросили 111 женщин, обучающихся в колледже, о том, какой аспект их внешности был объектом поддразнивания и кто был источником этих поддразниваний. Они выяснили, что 45% респонденток дразнили в связи с их лицом и головой, а 36% подвергались насмешкам по поводу их веса. Наиболее частым источником поддразнивания были братья (79%), а затем сверстники (62%). Томас с коллегами (*Thomas et al., 1998*) выяснили, что боязнь негативной оценки внешности имеет существенную связь с неудовлетворенностью телом и выше у тех, кого когда-либо дразнили. Крозиер и Диммок (*Crozier and Dimmock, 1999*) упоминают вербальное притеснение в форме брани или прозвищ как наиболее распространенный вид буллинга (психологического террора) в школе и сообщают о том, что в исследованной ими выборке из 45 подростков школьного возраста более 50% участников говорили о буллинге, связанном с внешностью.

В исследовании, проведенном Лавгроув, 51% подростков говорили, что боятся связанного с внешностью поддразнивания и буллинга в школе. Однако автор отмечает, что его распространенность была наиболее высокой среди подростков младшего возраста (75% ее выборки в возрасте от 11 до 14 лет) и постепенно снижалась к 19 годам:

Если ты худая и красивая, то это делает тебя более популярной. Если нет, то тебя дразнят, как меня

(Девочка, 12 лет)

Лавгроув также отмечает, что вопросы внешности в гораздо большей степени беспокоят мальчиков в школах с совместным обучением, чем их сверстников, посещающих школы только для мальчиков.

### **Влияние семьи**

В литературе, посвященной телесному образу, часто упоминается воспроизведение поведения матери, связанное с похудением, среди девочек школьного возраста (см. *Tiggemann, 2004*). Однако, несмотря на малое количество исследований по данному вопросу, складывается впечатление: есть значительная разница в том, как члены семьи выражают открытую поддержку или критикуют внешность своих детей в подростковом возрасте. Большинство респондентов из исследования Лавгроув считают, что их физическая внешность не оказывает особенного влияния на их домашнюю жизнь: 19% опрошенных сказали, что их семьи обычно позитивно относятся к тому, как они выглядят, хотя 27% двенадцатилетних ответили, что их родители «ждут от них соответствия определенным стандартам внешности». Частота сообщений об активном неодобрении внешности участников со стороны родителей повышалась с возрастом, достигая пикового уровня у 27% подростков в возрасте 17 и 18 лет. Некоторые считали неодобрение родителей огорчительным:

На меня очень сильно действуют плохие замечания, которые делает моя мама.

(Девушка, 17 лет)

В выборке Лавгроув 29% сказали, что разговаривают со своими матерями, когда их беспокоит их внешность. Это более типично для девочек (37%), чем для мальчиков (20%). Еще 16% сказали, что говорят об этом с обоими родителями, и только 2% обсуждают это с отцами. А 52% опрошенных сообщили, что предпочитают разговаривать на эту тему с друзьями.

### Социальные влияния

Так же как и дети предподросткового возраста, подростки являются активными потребителями информации из СМИ, в особенности журналов, телевизионных «мыльных опер» и фильмов. Левайн и Смолак (*Levine and Smolak, 1996*) выяснили, что 83% девочек подросткового возраста каждую неделю проводят в среднем 4,3 часа за чтением журналов, а 70% из них оценивают их как важный источник информации о красоте и хорошем физическом состоянии. Некоторые авторы исследований отмечают, что подростки могут быть особенно уязвимы для сообщений о внешности, передаваемых в СМИ, так как для них характерен высокий уровень обеспокоенности внешним видом и тем, как их оценивают другие (*Smolak, 2004*). Подростки попадают в парадоксальную ситуацию, когда хотят, чтобы их считали «нормальными», и при этом постоянно видят образы, которые сильно смещены в сторону верхней части континуума физической привлекательности. Хартер (*Harter, 1999*) отмечает, во-первых, что стереотипы внешности, изображаемые в средствах информации, становятся все более и более радикальными и сложными для соответствия, и, во-вторых, что сегодня журналы часто используют «улучшенные» с помощью компьютера образы моделей с маловероятным сочетанием физических особенностей (например, большая грудь и узкие бедра), которые создаются искусственным образом, но при этом представляются как желательные (см. главу 8).

### Последствия обеспокоенности внешностью для подростков

В подростковом возрасте тревоги, связанные с внешностью, обладают значительным потенциальным влиянием; это одна из многочисленных областей, которая требует дальнейшего изучения. Однако результаты исследования Лавгроув со всей очевидностью показывают всеобъемлющий характер беспокойства по поводу внешности среди учеников средней школы и описывают его последствия для повседневной жизни большинства участников ее выборки. Из опрошенных 44% считают, что «красота» в значительной степени способствует их социальной уверенности. С возрастом это влияние возрастает: если среди одиннадцатилетних подростков об этой связи говорят 18%, то к 18 годам эта цифра увеличивается до 78%. Связывают внешность с самооценкой 40% участников. Они говорят, что когда они чувствуют, что выглядят хорошо, то правятся сами себе. Большинство из тех, кто недоволен своей внешностью, считают, что это оказывает влияние на их социальную жизнь. Еще более неожиданно то, что 31% участников думают, что это также влияет на их уверенность в плане учебы, и утверждают, что не высказываются в классе, потому что боятся привлечь внимание к своей внешности:

Ни за что не стану высказываться, когда знаю, что они будут смеяться над моим большим задом.

(Юноша, 15 лет)

Кроме того, 20% выборки Лавгроув, состоящей из подростков в возрасте 15 лет, заявляют, что прогуливают школу из-за своей внешности, а многим не хватает уверенности или навыков для того, чтобы эффективно противостоять поддразниваниям:

Когда ты бываешь среди людей, то думаешь, что они показывают на тебя пальцем и смеются над тобой, поэтому ты остаешься дома.

(Девушка, 14 лет)

Я всю свою жизнь пытаюсь выглядеть стройнее и красивее, чтобы люди меня полюбили и не дразнили

(Девушка, 13 лет)

Соблюдение диеты в подростковом возрасте широко распространено и часто препятствует физическому развитию. Нередко подростки курят, используя это в качестве средства для подавления аппетита; в особенности это распространено среди девушек. Все большее число подростков думает о косметической хирургии и прибегает к ее услугам (*Sarwer and Crerand, 2004*), а Хейст (*Haste, 2004*) сообщает о том, что желание улучшить внешность и уменьшить вес тела прочно связано с мотивацией к занятиям физическими упражнениями, в особенности у девушек. Этот автор, кроме того, отмечает, что тревоги по поводу внешности также могут препятствовать таким занятиям и это может быть связано, например, с нежеланием иметь развитую мускулатуру или чувством неловкости от появления на людях в соответствующей одежде (см. главу 2). Все большее число мальчиков подросткового возраста занимается поднятием тяжестей, а рельефность мускулов и мышечная масса все чаще становятся необходимым условием для членства в школьной или местной команде. Однако чрезмерные тренировки опасны. Для достижения необходимой мышечной массы мальчики начинают с раннего возраста принимать протеиновые добавки, а в некоторых случаях и анаболические стероиды (*Sanrock, 2001*). Это повышает возможность возникновения серьезных побочных эффектов, включая те, которые оказывают влияние на внешность, такие как сильная угревая сыпь, сокращающиеся яички, снижение числа сперматозоидов, преждевременное облысение, увеличенная предстательная железа, увеличение тканей в области груди, боль или проблемы при мочеиспускании и даже повышенный риск рака печени.

## **Зрелость**

### *Внешность и самовосприятие*

Интерес к самопроцессам возник у специалистов, занимающихся социальной и возрастной психологией, в 1990-е гг., но в то время мало кто занимался ролью внешности в этих процессах. Однако если говорить об исследованиях внешности, то здесь в роли путеводной звезды выступают Хартер (*Harter, 1999*) и ее коллеги, что связано с их попытками навести порядок в обширной терминологии, относящейся к понятию «собственное «я»». Также это вызвано тем вниманием, которое они уделяли оценкам своей внешности людьми как составляющей самопроцессов. Хартер определила различие между глобальной и специфическими сферами собственно-

го «я». Глобальный взгляд на самого себя связан с общей самооценкой и самоуважением и более устойчив к изменениям, чем отдельные области. Хартер считает, что к числу специфических областей относятся способности к обучению, общественное признание, физическая внешность, поведение и атлетические способности. Полученные ею результаты показывают, что из всех областей физическая внешность сильнее всего связана с глобальным самоуважением. В ходе работы с подростками и молодыми людьми она выявила коэффициент корреляции между этими областями от 0,52 до 0,80 со средним показателем для США 0,65 и для других стран — 0,62. Для других областей этот коэффициент составляет от 0,30 до 0,48. Хартер и ее коллеги пришли к выводу, что на каждом этапе развития вплоть до среднего возраста (и включая его) оценки собственного внешнего вида в качестве основных прогностических факторов превосходят по важности все другие. Однако не все исследователи с этим согласны. Ланглуа и ее соавторы (*Langlois et al.*, 2000) смогли найти лишь слабые подтверждения того, что люди, которых другие оценивают как привлекательных или непривлекательных, имеют различные представления о самих себе. Кроме того, некоторые исследования показали, что привлекательные взрослые воспринимают себя как более компетентных и более здоровых психически людей, чем их сверстники, однако размер этого эффекта ниже, чем при исследовании влияния внешности человека на восприятие и поведение других людей.

Пищу для размышлений по поводу компонентов представлений о самом себе, связанных с внешностью, нам также дает литература, посвященная телесному образу. Например, Томпсон (*Thompson*, 1990) дал определение телесного образа на основе трех основных составляющих. Первый — это *перцептивный* компонент, отражающий представление человека о его собственной физической внешности. Второй компонент — *оценочный* — включает в себя установки человека в отношении своего тела. Томпсон предполагает, что эти установки включают в себя ценность (степень удовлетворенности или неудовлетворенности своим телом) и валентность (мера значимости телесного образа для самооценки). Совсем недавно исследователи уточнили детали и оценку психологической важности представлений и познаний, связанных с внешностью, для представления человека о самом себе и самоуважения, а также того, в какой степени мысли и поведение человека сосредоточены вокруг внешности (*Cash et al.*, 2004). Согласно Томпсону, третьим является *поведенческий* компонент, который связан со степенью влияния восприятий или ощущений человека в отношении собственного тела на его поведение.

Большой интерес для исследователей в данной области представляет отсутствие связи между воспринимаемыми и объективными оценками внешности. Свидетельства различий субъективных (самооценка) и объективных оценок привлекательности можно найти в метаанализе исследований привлекательности, сделанном Фейнголдом (*Feingold*, 1992). Он определил коэффициент корреляции в размере 0,24 для мужчин и 0,25 для женщин и сделал вывод, что только 6% собственного представления человека о своей внешности объясняется реальной привлекательностью в оценках других людей. Фейнголд выяснил, что собственная оценка привлекательности в значительной степени связана с глобальной самооценкой, но не смог найти соответствующих связей с объективными оценками.



Очевидно также то, что самовосприятие отличается подвижностью. Представление о самом себе неустойчиво и меняется, приближаясь или удаляясь от индивидуальных и культурных идеалов, в течение коротких или более длинных периодов времени. Некоторые изменения происходят постепенно, например те, которые связаны со старением, а другие более резко. Так, в период зрелости, возможно, одно из наиболее сильных естественных отклонений от телесного идеала связано с состоянием беременности. Джонсон с коллегами (*Johnson et al., 2004*) проанализировали интервью с шестью беременными женщинами. Вместо того чтобы чувствовать удовольствие от физических изменений, связанных с беременностью, участницы исследования говорили в основном о том, что чувствуют себя «толстыми», «неприятными» и менее привлекательными физически (за исключением удовольствия от увеличения размера груди). Переживания одной из участниц — которая охарактеризовала себя как «британскую азиатку» — помогли выявить влияние традиций и практики на самовосприятие и тревоги по поводу внешности среди различных этнических групп. Эта участница следовала индийскому культурному ритуалу, согласно которому в течение первых семи месяцев беременности женщина не должна мыть голову, и сообщала, что это оказывало губительное влияние на то, как она воспринимала свой внешний вид в сравнении с другими беременными.

Мелинк с коллегами (*Melynk et al., 2004*) изучали изменчивость оценок телесного образа в течение шести дней. Они выяснили, что те участники, которые более негативно оценивали свой телесный образ и более активно вкладывали деньги в стратегии управления внешностью, были более подвержены изменениям оценок телесного образа. Ланглуа и ее соавторы (*Langlois et al., 2000*) отмечали, что для выяснения степени стабильности и изменения необходимы более длительные исследования. Однако даже такие исследования вряд ли могут зафиксировать краткосрочные и долгосрочные временные изменения во всей полноте. Ситуация осложняется еще и тем, что человек думает или действует в рамках ряда различных идентичностей, которые могут быть определены одновременно на индивидуальном уровне, уровне маленькой или большой группы или сочетании уровней. Если говорить проще, то каждый из нас имеет ряд образов, которые мы представляем миру в контексте различного окружения, например на работе, дома или в социальной ситуации. Эти презентации связаны с воспроизведением образов. В случае некоторых наших идентичностей детали самопрезентации могут быть похожими, в то время как другие будут иметь более серьезные отличия. Наш внешний образ может предложить только «чистую монету» того, кем мы являемся, однако другие люди способны определить все наши личностные особенности по тому, как мы себя представляем. Социальные психологи активно занимаются изучением формирования стереотипов у других людей, но есть свидетельства и того, что люди создают собственные внутренние стереотипы (*Levine, 1999*): они приписывают себе нормы и ценности, связанные с различными идентичностями, когда какая-либо из них становится заметной. Существуют значительные различия в том, какая важность придается внешности в ходе этих процессов. Хартер (*Harter, 1999*) указывает на то, что представление о себе является одновременно когнитивным и социальным конструктом, т. е. в нем присутствуют два различных, но связанных между собой аспекта. Более широкий социально-культурный контекст будет влиять на со-

держанис и валентность, связанную с внешностью, в самопредставлении человека, а также на ту ценность, которую каждый человек ассоциирует с соответствием культурным стандартам внешности. (Более полное обсуждение этих вопросов вы найдете в главе 5.)

### *Влияние внешности на других людей*

Гарнер (*Garner, 1997*) описывает нашу внешность как рекламный щит, предоставляющий другим людям информацию, на основе которой они формируют свое первое — а иногда и единственное — впечатление о нас. Эти предположения активно изучались социальными психологами в 1970-х и 1980-х гг. (см. главу 1). Несмотря на то что в литературе по телесному образу изучаются в основном вопросы фигуры и веса, большинство исследователей придерживается мнения, что лицо является той частью тела, на которое, как правило, обращают основное внимание при первом знакомстве. Соответственно именно влияние внешнего вида лица на других людей вызывает главный интерес среди исследователей.

Большая часть многочисленных исследований на данную тему, проведенных в 1970-е и 1980-е гг., указывает на самые разные преимущества, которые даст человеку физически привлекательное лицо. Два известных метаанализа исследований в данной области предлагают нам обобщение их результатов и некоторые интересные указатели для последующей работы. Эллис Игли вместе с коллегами (*Eagly, 1991*) суммировала результаты 76 исследований, в которых участники в возрасте 14 лет или старше делали заключения о личностных качествах незнакомых им людей по фотографиям. Авторы пришли к выводу, что стереотип физической привлекательности не настолько силен или распространен, как ранее предполагали исследователи, и его эффект можно оценить в лучшем случае как умеренный. Они отметили, что на процесс формирования стереотипов влиял тип заключения, которое просили сделать участника, и что более всего влияние стереотипов высказывалось в случае определения социальных способностей. Промежуточные величины влияния были выявлены для оценок адаптационных и интеллектуальных способностей, а близкое к нулю влияние — в связи с такими параметрами, как честность и забота о других людях. Авторы исследования сделали вывод, что суть стереотипа физической привлекательности затрагивает коммуникабельность и популярность. Также они пришли к заключению, что чем больше информации было доступно участникам в дополнение к стимульным фотографиям, тем меньше значения они придавали внешности. Результаты, полученные Игли и ее коллегами, позволили им предположить, что в восприятии друзей, членов семьи и сослуживцев внешний вид имеет меньшее значение, чем для незнакомых людей.

Ланглуа и ее коллеги (*Langlois et al., 2000*) определили, что участники исследования показали высокий уровень совпадений при оценке привлекательности фотографий как взрослых людей ( $r = 0,90$ ), так и детей ( $r = 0,85$ ). Их также удивили уровни кроссэтнических (0,88) и кросскультурных совпадений (0,94). Респонденты считали, что более привлекательные взрослые лучше выполняют свою работу, обладают большей социальной притягательностью и лучшими межличностными навыками, а также лучше адаптируются. Выяснилось, что им уделяют больше внимания, у них гораздо больше позитивных взаимодействий и меньше негативных,

а также они получают больше помощи. В отличие от Игли, Ланглуа с коллегами включили в свои регрессионные уравнения такую переменную, как «знакомство с целевым человеком», но не выявили никакого эффекта. Также не было найдено никакого значительного влияния пола или возраста участников на их оценки.

Они сделали вывод, что оценки привлекательных взрослых и обращение с ними более позитивны, чем с непривлекательными людьми, даже если речь идет о тех, кто знаком с ними, и что влияние привлекательности лица имеет «устойчивый и всеобщий» характер, включая первоначальные впечатления и реальные взаимодействия. Данная исследовательская группа считает привлекательность важным преимуществом для взрослых людей во многих сферах жизни. Авторы отмечают, что на сегодня проведено слишком мало исследований по изучению предполагаемой причинно-следственной связи между обращением со стороны других людей и различным поведением, демонстрируемым привлекательными и менее привлекательными людьми.

### *Внешность и двусторонний характер социального взаимодействия*

Выявление связей между восприятием и поведением других людей и восприятием и поведением объекта изучения представляет собой непростую задачу. Несмотря на сложность литературы о самовосприятии, в настоящее время исследования в области реакций других людей представлены лишь фрагментарно в работах по изучению формирования впечатления, суждений, которые выносят об определенном человеке другие, и их поведения в отношении этого человека (*Langlois et al., 2000*). Практически никто не делал попыток объединить эти области исследования, поэтому нередко концептуальные связи между ними отсутствуют.

Сознавая наличие определенных пробелов в имеющихся знаниях по этому вопросу, Ланглуа и ее коллеги (*Langlois et al., 2000*) все-таки попытались связать воедино результаты своих метаанализов, воспользовавшись для этого некоторыми пояснительными аспектами теории социализации и социальных ожиданий. В их число входили процессы поведенческого подтверждения и теории сбывающегося пророчества, которые ранее успешно использовались в качестве пояснительных концептуальных систем (см *Bull and Rumsey, 1988* и *Rumsey, 1997*). Ланглуа с коллегами также считали, что идеи, разрабатываемые эволюционными теоретиками, заслуживают внимания и изучения.

Теории социализации и социальных ожиданий обладают таким преимуществом, как правдоподобие и привлекательность в плане наглядности. Эти теории допускают, во-первых, что культурные нормы и опыт влияют на поведение обеих сторон взаимодействия, и, во-вторых, что социальные стереотипы создают свою собственную реальность. Ланглуа и ее коллеги (*Langlois et al., 2000*) пришли к выводу, что на поведение других людей оказывает влияние внешность человека. Они предположили, что привлекательные люди вызывают ожидания, которые отличаются от тех, что связаны с людьми непривлекательными, и привели в своей статье свидетельства того, что эти ожидания приводят к разным действиям. Однако сравнительно мало исследований проверяют другие предположения этих теорий, а именно что подобные процессы стимулируют дифференциальное поведение у рассматриваемого человека и он начинает интернализировать эти модели в форме суждений,

создавая другие модели поведения и представления о самом себе. В литературе по самовосприятию приводятся некоторые основания для этого объяснения; однако очевидно, что от человека к человеку степень применения этих процессов имеет значительные различия. Возьмите, к примеру, механизмы внимания при первом опыте социального общения. Некоторые люди очень внимательно относятся к знакам одобрения и неодобрения со стороны других, в то время как другие обладают более устойчивыми представлениями о самом себе и меньше беспокоятся по поводу получения обратной связи такого рода (*Heinrichs and Hofmann, 2001*).

Хотя мало что свидетельствует в поддержку механизмов, предлагаемых эволюционными теоретиками для объяснения влияния физической привлекательности на поведение других людей, эти теории вызывают определенный интерес. Различные эволюционные теории разделяют точку зрения, что привлекательные лица представляют собой биологические «украшения», сообщающие полезную информацию другим людям. Пентон-Воак и Перрэтт (*Penton-Voak and Perrett, 2001a*) утверждают, что привлекательное лицо действует как своего рода сертификат здоровья, указывающий на ценность человека в качестве потенциального супруга. Мужчины ищут привлекательных женщин и ведут себя по отношению к ним более позитивно, так как считают, что они отличаются хорошим здоровьем и способны привнести «высококачественные гены» в их возможное совместное потомство. Однако женщины уделяют больше внимания «ресурсам» предполагаемых супругов, чем их физической привлекательности, ожидая, что обладающий большими ресурсами партнер сможет лучше обеспечить их будущих детей.

Специалисты по эволюционным теориям предлагают некоторые интересные «повороты» в исследованиях внешности, в частности в том, что касается суждений о физической привлекательности. С эволюционной точки зрения у мужчины должен быть высокий уровень тестостерона, так как это указывает на его силу и агрессивность. Наличие высоких уровней тестостерона приводит к появлению более выраженных надбровных дуг и увеличению размеров челюстных костей, нижней части лица и скул. У женщины посторонний человек может оценить уровень эстрогена и сделать соответствующие предположения о ее фертильности по архитектуре лицевых костей черепа и полноте губ. Суждения женщины о мужчинах еще больше осложняются предпочтениями, связанными с месячным циклом. Пентон-Воак и Перрэтт (*Penton-Voak and Perrett, 2001b*) утверждают, что установили, что во время фолликулярной фазы менструального цикла женщины отдают предпочтение мужественным мужским лицам, а в другое время – более «женственным». Их выбор также зависит от того, к какому типу отношений они стремятся. Когда они выбирают партнера на долгий срок, то никаких очевидных изменений в предпочтениях на протяжении менструального цикла не наблюдается; они присутствуют только тогда, когда они рассматривают кандидата для краткосрочных отношений. Кроме того, Фрост (*Frost, 1994*) выяснил, что во время овуляции женщины предпочитают мужчин с более смуглой кожей (что также является признаком мужественности).

Согласно одной из эволюционных теорий, опыт и обучение, полученные в раннем детстве, могут в более поздние годы влиять на нашу привлекательность и сексуальные предпочтения аналогично механизму импринтинга, распространенному

среди птиц. Считается, что этот механизм заставляет людей проявлять благосклонность к потенциальным партнерам, обладающим семейным сходством. Мало что говорит в пользу роли подобия и семейного сходства при изучении партнеров (см. главу 1), и, хотя обсуждение этой теории может оживить беседу за ужином, на данный момент доказательства данной идеи можно назвать в лучшем случае скудными.

Для объяснения результатов своего метаанализа Игли и ее коллеги (*Eagly et al.*, 1991) взяли за основу имплицитную теорию личности. Согласно ей, стереотипы действуют как структуры знаний, которые помогают человеку понять поведение других людей. Стереотипы интерпретируются как когнитивные структуры, в которых главными компонентами являются личностные характеристики (личностные черты) и логически выведенные связи, определяющие степень сосуществования и совместного изменения этих характеристик (в данном случае речь идет об отношениях, которые связывают физическую привлекательность и личностные атрибуты). Такие «имплицитные теории личности» разрабатываются на основе двух главных видов информации. Это сведения, получаемые, во-первых, с помощью непосредственного наблюдения за темпераментом и поведением привлекательных и непривлекательных людей в своем социальном окружении и, во-вторых, через изучение культурных презентаций привлекательных и непривлекательных людей. Игли и ее коллеги считают, что в данном случае эвристический метод более полезен, чем более общий подход, предложенный Дион (*Dion*, 1973), который основан на гипотезе «что красиво, то хорошо» и предполагает, что привлекательность имеет тесную связь с рядом позитивных особенностей. Имплицитная же теория личности помогает объяснить, почему некоторые черты более сильно связаны с внешним видом человека, чем другие.

Действительно ли существуют различия в характере и поведении, которые можно отнести на счет физической внешности? Фейнголд (*Feingold*, 1992) сообщил о значительных связях между привлекательностью и оценками психического здоровья, социальной тревоги, популярности и сексуальной активности, но отсутствию таковых между привлекательностью и уровнем коммуникабельности, уровнем внутреннего локуса контроля или уровнем поглощенности самим собой. Однако Ланглуа и ее соавторы (*Langlois et al.*, 2000) указывают на то, что работа Фейнголда основана главным образом на результатах психометрических тестов, а не на наблюдении реального поведения.

На основе проведенного метаанализа Ланглуа и ее коллеги (*Langlois et al.*, 2000) сделали вывод, что привлекательные дети ведут себя более позитивно и обладают более позитивными характеристиками, чем их непривлекательные сверстники (см. главу 1). Эти дети пользуются большей популярностью, а также отличаются лучшими показателями психологической адаптации и учебной успеваемости. Пока не ясно, в каком возрасте появляются эти различия, поэтому необходимо проведение дальнейшего изучения этого вопроса с участием детей младшего возраста. Согласно результатам исследований Ланглуа и ее коллег, привлекательные взрослые добиваются большего успеха в своей профессии, больше нравятся другим, чаще ходят на свидания и имеют более обширный сексуальный опыт. Они являются в боль-

шей степени экстравертами, обладают более высокой уверенностью в себе и самооценкой, в чем-то лучшими социальными навыками и немного лучшим психическим здоровьем.

Несмотря на некоторые оговорки по поводу методологий, используемых исследователями внешности, очевидно, что внешний вид оказывает широкое влияние на самовосприятие и поведение многих людей. Розен с коллегами (*Rosen et al.*, 1997) проиллюстрировали многофакторный характер влияния внешности на адаптацию с помощью сделанного ими обобщения сотен отчетов студентов и пациентов о важных событиях, переживаниях и процессах из их жизни. Авторы разработали 19 категорий факторов, которые, по их мнению, позволяют предсказывать нарушение телесного образа. В их число входят когнитивные процессы, такие как формирование самооценки и социальных сравнений; эмоциональные реакции, такие как чувства приятия или страх неприятия; и факторы образа жизни, такие как участие в тренировках, влияние семейных ценностей и установок, обратная связь от других людей и реальные физические данные. Эти процессы происходят не в вакууме. На них оказывают влияние социальный и культурный контексты, в которых находится человек, происходящие в его жизни события, а также то, на какой стадии жизненного цикла он находится.

### Социальные влияния

До появления средств массовой информации представления о красоте передавались через живопись, музыку и литературу (*Thompson et al.*, 2002). Фридман (*Freedman*, 1986) изучал свидетельства того, что исторически идеалы красоты описывались в романтическом духе и интерпретировались как недостижимые. Однако современные технические средства стирают границы между восхваляемым вымыслом и реальностью. Тщательно обработанные изображения и составленные с помощью компьютера композиции из «лучших» характерных особенностей более чем одной модели представляют читателям и зрителям как реалистичные стандарты для сравнения (*Lakoff and Scherr*, 1984). Те, кто видят эти изображения, имеют очень слабое или вообще не имеют никакого представления о том масштабном вкладе, который профессионалы вносят в свою продукцию, и, конечно же, очень мало шансов на то, что вложенные время, финансы или работа профессионалов позволят достичь показанного им «внешнего вида» (см. главу 8).

Многие исследователи отмечают сильное влияние социальных факторов на формирование и сохранение нарушений телесного образа в западных странах (*Thompson et al.*, 2002). По результатам опроса, проведенного журналом *Psychology Today* в 1997 г., из 3452 принимавших в нем участие женщин 23% указали, что, когда они были молодыми, на их желания в отношении телесного образа оказывали влияние звезды кино и телевидения, а 22% отметили влияние моделей, изображенных в журналах (*Garner*, 1997).

Достаточно всего лишь беглого взгляда на печатные средства информации (в особенности на журналы мод для женщин), чтобы убедиться в том, что издатели регулярно рекламируют недостижимые образы и стандарты. Миллионы людей постоянно покупают журналы, а еще больше миллионов получают к ним доступ через друзей, библиотеки, залы ожиданий, парикмахерские и кафетерии. Левайн и Смо-

лак (*Levine and Smolak, 1992*) сообщают, что 68% студенток университетов начинают хуже думать о своей физической внешности после чтения журналов для женщин. Из этой выборки 33% говорят о том, что реклама в области моды заставляет их чувствовать более сильную неудовлетворенность своей внешностью, а 50% отмечают, что хотели быть более похожими на моделей и рекламирующих косметические товары. Как это ни парадоксально, но в рекламе услуг пластической хирургии, которую можно найти в разделе объявлений подавляющего большинства журналов для женщин и все в большем количестве журналов для мужчин, также широко используются совершенные модели, изображенные с помощью мягкорисующих фотообъективов. Некоторые журналы даже показывают партнеров, которые выглядят одинаково хорошо, и используют в качестве фона экзотические места. Такая реклама подразумевает, что пластическая хирургия является средством достижения точно такого же безупречного внешнего вида, а вместе с ним лучшей жизни и более счастливого будущего.

Гарнер (*Gamer, 1997*) выяснил, что 27% женщин и 12% мужчин всегда или очень часто сравнивают себя с моделями из журналов, а 28% женщин и 19% мужчин тщательно изучают фигуры моделей. Когда респондентов стратифицировали по нарушению телесного образа, то 43% женщин, неудовлетворенных своей внешностью, сообщили, что сравнивают свои фигуры с фигурами моделей. Из числа женщин, крайне неудовлетворенных собой, 67% отметили, что худые модели заставляют их сомневаться по поводу собственного веса и пробуждают в них желание похудеть, а 45% упомянули, что подобные изображения вызывают у них чувство злости или возмущения.

Телевидение представляет собой всепроникающее, широко используемое средство коммуникации стандартов привлекательности. Однако в данном случае имеет значение тип программы, а не просто ее просмотр. Хейнберг и Томпсон (*Heinberg and Thompson, 1995*) показали студенткам колледжа десятиминутные видеозаписи рекламных роликов со стимулами, подчеркивающими идеалы стройности и привлекательности, или нейтральным, не связанным с внешностью содержанием. Согласно полученным результатам, у тех девушек, которые просматривали кассеты, подчеркивающие значение внешности, наблюдались более высокие уровни депрессии, гнева, неудовлетворенности своим весом и внешностью в целом, чем у тех, кто смотрел другие записи. Однако не на всех этот просмотр оказал одинаковое воздействие. Те, у кого был высокий уровень неудовлетворенности телесным образом, показали его повышение, в то время как у тех, чей уровень неудовлетворенности телесным образом был низким, после просмотра демонстрировали его снижение. Подобное снижение произошло у всех участниц исследования после просмотра нейтрального видео. На основе метаанализа исследований по изучению удовлетворенности телом у девушек и молодых женщин после просмотра идеализированных изображений из средств массовой информации Гроес с коллегами (*Groesz et al., 2002*) пришли к выводу, что телесный образ был гораздо более негативным после такого просмотра, а у некоторых испытуемых произошло повышение уровня депрессии и тревоги.

В связи с различиями в восприимчивости сообщений средств массовой информации Томпсон с коллегами (*Thompson et al., 2002*) обсуждали вероятность того, что

осведомленность и простое социетальное давление может быть несущественно для объяснения нарушений телесного образа, что люди могут иметь различные уровни принятия-«покушки» идеалов, пропагандируемых СМИ. Хамфрис и Пакстон (*Humphreys and Paxton, 2004*) продемонстрировали 106 мальчикам в возрасте от 14 до 16 лет рекламные материалы, изображающие худые, спортивные и мускулистые тела, или рекламу, в которой не было изображений людей. Хотя исследование не показало общего влияния идеализированных образов на зрителей, предварительные уровни неудовлетворенности телом определяли негативные реакции в оценке тревоги и фигуры. Более высокие уровни интернализации идеализированного мужского образа, наблюдаемые до показа, определяли негативные сдвиги в телесном образе и уровне депрессии. Проведя подобное исследование с участием женщин, Халливелл и Диттмар (*Halliwel and Dittmar, 2004*) также обнаружили, что принятие социально-культурных идеалов служит важным фактором прогнозирования нарушения телесного образа после просмотра рекламы. В своем исследовании они варьировали размеры тела изображенных моделей женского пола и определили, что у женщин с высоким уровнем принятия социально-культурных идеалов худобы просмотр роликов с худыми моделями (а не со средними размерами) приводит к более значительному беспокойству, сфокусированному на теле.

Томпсон и его коллеги (*Thompson et al., 2002*) отмечают, что необходимо проведение дальнейших исследований для изучения характерных особенностей тех, кто лучше способен критически оценивать подобные сообщения, а также указывают, что причинно-следственное направление влияния средств информации все еще остается неясным. Пока неизвестно, является ли воздействие СМИ причинным фактором неудовлетворенности телесным образом и его нарушений или те люди, которые обладают предварительными высокими уровнями такой неудовлетворенности, сами решают просматривать такие изображения чаще, чем те, кто менее обеспокоен своей внешностью. Существует искушение возложить всю вину на существующий социетальный фон, но подобного объяснения недостаточно. Необходимо также принимать во внимание взаимодействие существующего социально-культурного давления и других факторов, включающих в себя влияние сверстников и членов семьи, когнитивные процессы, такие как интернализация, и тенденции социального сравнения (см. главу 6).

### *Последствия обеспокоенности внешностью в зрелом возрасте*

Лиосси (*Liossi, 2003*) провела исследование переживаний 300 взрослых людей и определила, что неудовлетворенность внешностью может принимать разные формы — от умеренного ощущения собственной непривлекательности до глубокой одержимости физической внешностью. С точки зрения клинического психолога, она отметила, что сложно определить, в какой момент восприятия установки и поведение человека приобретают проблематический или патологический характер. Она сформулировала вопрос о том, где пролегает граница между нормативным недовольством и патологической неудовлетворенностью, который на данный момент так и не получил ответа.

Лиосси также отмечает, что участники ее исследования, у которых были высокие уровни обеспокоенности внешностью, активно пытались ее контролировать,



используя для этого самые разнообразные средства, в том числе диеты, занятия физическими упражнениями и косметическую хирургию. По оценкам Огден (*Ogden*, 1992), 95% женщин придерживались диеты на каком-либо этапе своей жизни, а около 40% делали это во время исследования. Процентное количество мужчин, которые прибегали к диетам, значительно меньше, хотя последние отчеты показывают, что около 25% мужчин соблюдали диету на момент проведения исследования (*Prynn*, 2004).

Уилкоккс (*Wilcox*, 1997) подсчитал, что около 50% женщин в возрасте до 40 лет занимаются каким-либо видом физических упражнений, и сообщил, что у женщин, которые не тренировались, неудовлетворенность телом была выше, чем у тех, кто был более активен. Дональдсон (*Donaldson*, 1996) пишет о том, что 65% мужчин сказали, что занимаются спортом специально для того, чтобы улучшить свою фигуру и мускулатуру. Результаты исследования Фокнер (*Fawkner*, в личной беседе) позволяют предположить, что неудовлетворенность телесным образом является главным фактором, связанным с рисками при поддержании внешности среди мужчин, включая избыточные занятия физическими упражнениями и использование стероидов для увеличения мышечной массы. Фокнер также нашел данные, указывающие на то, что мужчины с высокими уровнями неудовлетворенности телом могут использовать более опасные сексуальные практики, чем те, кто более удовлетворен своей физической внешностью (см главу 5).

Беспокойство по поводу внешности также мотивирует многих людей тратить значительную часть своих доходов на косметические товары и другие «вспомогательные средства», рекламируемые как средства улучшения внешности. В дополнение к множеству лосьонов и «снадобий», которые буквально творят чудеса с представителями обоих полов (например, «убирают признаки старения»), отделы нижнего белья предлагают девушкам и женщинам купить товар из широкого ассортимента эластичных предметов белья, каждый из которых способен «улучшить» внешний вид различных частей тела, включая ноги, бедра, ягодицы, живот и грудь.

С 1990-х гг происходил значительный рост числа как женщин, так и мужчин, которые хотят улучшить свою внешность с помощью косметической хирургии (см главу 6). Холл (*Hall*, 1995) отмечает, что все большее количество взрослых людей выражает недовольство особенностями своего лица, которые указывают на их этническую принадлежность, например большой нос или форма ушей. Хари (*Hari*, 2003) сообщает о возникновении в США «почти эпидемии» среди людей еврейского, азиатского или африканского происхождения, которые хотят изменить какие-либо черты своего лица, с тем чтобы они больше соответствовали западным «нормам». Беспокойство вызывает и то, что поклонение звездам, изображаемым в средствах массовой информации, приобретает все большие размеры, в результате чего мотивацией для многих кандидатов на проведение пластических операций служит желание быть более похожими на знаменитых людей. Чтобы упростить задачу, два американских пластических хирурга, Флсминг и Майер, составили и опубликовали в 1998 г. список наиболее часто востребованных особенностей внешности звезд и тех, «кому они принадлежат» (*Kemp et al.*, 2004). В популярном сериале канала MTV «Я хочу лицо знаменитости» (*I Want a Famous Face*) претен-

денты соревнуются для того, чтобы пройти обширную хирургическую операцию с целью быть более похожими на своего кумира.

## Старость

В последние годы физические признаки старения стали предметом активного обсуждения. В старости волосы теряют свой цвет и становятся тоньше. Кожа провисает и становится более сухой. Появляется второй подбородок, мочки ушей увеличиваются в размере, а нос расширяется и удлиняется. Постепенно все заметнее становятся морщины. Кроме того, происходит накопление угроз и изменений, являющихся естественными в период старения. Пожилые люди чаще имеют дело с влиянием хронических заболеваний, меняющих внешность и затрагивающих, например, суставы, все тела, осанку или кожу. Некоторым также приходится прибегать к помощи нежелательных видимых средств, таких как очки или трость (Tiggemann, 2004). Однако, несмотря на многочисленные изменения внешности, к настоящему времени проведено очень ограниченное число исследований по изучению этой возрастной группы.

В ходе одного из немногочисленных исследований по сравнению уровня дистресса в зрелые годы Монтепер (Montepare, 1996) выяснил, что у женщин в возрасте 17–85 лет уровень неудовлетворенности телом неизменно остается высоким. Однако Харрис и Карр (Harris and Carr, 2001) сообщили о более низких уровнях обеспокоенности внешностью у пожилых людей. У женщин распространенность более высоких уровней тревоги была наибольшей в выборке с участницами в возрасте 18–30 лет, где ей были подвержены 69% респондентов. Этот уровень снизился до 60% в группе женщин в возрасте 51–60 лет. Самый низкий уровень обеспокоенности внешностью наблюдался в группе тех, кому был 61 год или более (33%). У мужчин самый высокий уровень тревоги также наблюдался среди тех, кому было 18–21 год (56% участников), затем он постепенно снижался до 24% в группе 50–60-летних и до 21% у участников, которым исполнился 61 год и более.

Некоторые другие специалисты также высказывают мнение, что с возрастом значение, придаваемое внешности, уменьшается. Тиггеманн (Tiggemann, 2004) отмечает, что в выборке, состоящей из людей в возрасте 50–65 лет, связи между неудовлетворенностью телом и самооценкой слабее, чем в выборках, включающих в себя молодых людей (20–35 лет) и людей среднего возраста (35–50), хотя на данный момент механизмы этого явления остаются неясными и продолжают вызывать споры. Возможно, в некоторых случаях акцент беспокойства может смещаться в сторону более функциональных аспектов внешности (например, функционирование глаз) или самовосприятие внешности начинает оказывать меньшее влияние на восприятие идентичности и общую самооценку, чем раньше. Гроган (Grogan, 1999) высказывает предположение, что с наступлением пожилого возраста у людей фокус сравнения смещается больше в сторону сверстников, чем медийных идеалов, и что они начинают более реалистично относиться к тому, что достижимо, а что нет. Хотя Тиггеманн (Tiggemann, 2004) отмечает, что люди пожилого возраста продолжают использовать стратегии управления внешностью, вполне веро-

ятно, что их начинают беспокоить более легко контролируемые аспекты ухода за своим внешним видом — включая волосы, одежду и драгоценности, — а не соответствие идеалам, изображаемым в средствах массовой информации. Это можно проиллюстрировать с помощью слов 60-летней участницы качественного исследования в форме интервью, которые приводят Халливелл и Диттмар (*Halliwel and Dittmar, 2003*):

Когда вы стареете, то вам не обязательно быть очаровательным человеком, хотя вы по-прежнему хотите выглядеть привлекательно.

Тиггеманн высказала обнадеживающее предположение о том, что, возможно, на более позднем этапе жизни взрослые люди начинают ценить разнообразие во внешности. Как результат — различные процессы изменения тела, связанные с возрастом, которые в ином случае являются социально нежелательными и почти неконтролируемыми, могут быть связаны с меньшим дистрессом. Туналси с коллегами (*Tunalcy et al., 1999*) провели подробные интервью с 12 британскими женщинами в возрасте 63–75 лет. Хотя все участницы исследования сказали, что предпочли бы быть более стройными, они подавили в себе чувство личной ответственности и вины за прибавление веса, отнеся его на счет неизбежных биологических последствий старения. Женщины проявили себя более стойкими к социально-культурным идеалам красоты и считали, что подвергаются меньшему давлению в плане необходимости выглядеть физически привлекательными для своих партнеров и других людей и что с возрастом можно меньше беспокоиться о своем внешнем виде.

Переживания по поводу внешности, связанные с переходом от одного этапа жизни к другому, подразумевают сложное сочетание биологических, социальных и психологических изменений. Кроме того, в рамках каждой стадии развития существуют значительные индивидуальные различия. Для того чтобы вскрыть эти процессы, необходимы лонгитюдные исследования, однако современные работы полагаются на перекрестное изучение возрастных когорт, а не изменений, происходящих с людьми на протяжении жизни.

## Вывод

В западных странах переживания по поводу внешности наблюдаются на протяжении всей жизни человека в таком объеме, что многие исследователи и авторы социальных комментариев считают недовольство нормативным. Тревоги и беспокойство, переживаемые теми людьми, которых наиболее волнуют вопросы их внешнего вида, заставляют их заниматься различными видами деятельности в течение всей жизни. Некоторые из этих действий можно рассматривать как полезные, например умеренные занятия физическими упражнениями. Однако другие вызывают беспокойство, и к ним можно отнести строгие или вредные для здоровья диеты, избыточные тренировки и курение с целью контроля веса. Особую тревогу вызывает растущее распространение рискованного поведения среди молодых людей. Однако существующая в настоящее время «эпидемия» обеспокоенности внешностью почти полностью игнорируется специалистами, занимающимися психологией здоровья, и теми, кто его пропагандирует.

## Резюме

- В западных странах количество людей с высоким уровнем обеспокоенности внешностью достигает эпидемических размеров. Для описания этого явления Родин и ее коллеги (*Rodin et al.*, 1985) предложили использовать термин «нормативное недовольство».
- Исследования переживаний по поводу внешности фокусируются преимущественно на влиянии физической внешности на самовосприятие человека и поведение других людей.
- Начиная с самого раннего детства формирование и сохранение переживаний по поводу внешности определяется сложным набором факторов. В их число входят когнитивные процессы, эмоциональные реакции, семейное окружение, факторы образа жизни, реакции других людей, социально-культурный контекст, реальная физическая внешность и стадия жизненного развития.

## Темы для обсуждения

- Является ли «нормативное недовольство» внешностью неотъемлемой частью человеческого опыта или это продукт нашего времени?
- Как могут влиять друг на друга реакции других людей и самовосприятие внешности?
- Что наиболее сильно повлияло на то, как вы относитесь к своей собственной внешности?
- В какой степени вопросы внешности влияют на ваше поведение, связанное со здоровьем?

## Литература для дальнейшего изучения

Grogan, S. *Body Image: Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women and Children*. London. *Routledge*.

Langlois, J. H., Kalakanis, L., Rubenstein, A. J., Larson, A., Hallam, M., Smoot, M. (2000) Maxims or myths of beauty? A meta-analytic and theoretical review. *Psychological Bulletin*, 126 390–323.

Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M. and Tantleff-Dunn, S. (1999) *Exacting Beauty. Theory, Assessment and Treatment of Body Image Disturbance*. Washington, DC: *American Psychological Association*.



## Психологические проблемы, связанные с видимыми отличиями

Вне зависимости от того, был ли дефект внешности обнаружен сразу же после рождения или появился в последующие годы жизни, он может оказывать глубокое влияние на имеющего его человека. Френсис Мак-Грегор (*MacGregor, 1979*) утверждает, что видимое отличие предполагает «социальный дефект», так как помимо влияния на мысли, чувства и поведение самого человека оно может воздействовать и на поведение других людей. Однако результаты последних исследований показывают, что степень проявления видимого отличия в виде социальной недееспособности определяется сложным взаимодействием социальных и индивидуальных факторов (*Rumsey and Harcourt, 2004; Thompson and Kent, 2001*).

### Определение физического недостатка

Задача по определению границ того, что является физическим недостатком, а что нет, очень непростая. Точка зрения человека, имеющего какой-либо дефект внешности, может отличаться от мнения тех, кто этот дефект наблюдает. Кроме того, на взгляды обеих сторон могут оказывать влияние их прошлый опыт, установки, ценности и социально-культурное окружение. Попытки дать объективную оценку внешности в основном потерпели неудачу (*Roberts-Harry, 1997*), и до сих пор не существует точного определения того, что является «нормальным», а что «ненормальным». Например, в какой момент, если такое вообще происходит, большой нос становится физическим недостатком (*Harris, 1997*)? Некоторые исследователи определяют физический недостаток как «отличие от заданных культурой норм, видимое для других людей». То, что в определении включено уточнение «видимое для других людей», важно потому, что, во-первых, оно исключает дисморфическое расстройство (или нарушение переживания собственного тела), при котором отличие существует в воображении человека или очень сильно им преувеличивается (*Veale, 2004*), и, во-вторых, заметность отличия создает возможность его влияния на взаимодействия с другими людьми.

### Причины появления видимых отличий

По оценкам британской благотворительной организации *Changing Faces*, примерно один человек из семи имеет какое-либо видимое отличие. Однако эти подсчеты

основаны на данных переписи населения Великобритании, проведенной в 1998 г., и в лучшем случае неточны. Дефекты внешности возникают вследствие невероятно широкого спектра врожденных аномалий, хронических заболеваний, таких как артрит, инсульт, травмы и в результате хирургического вмешательства. Соответственно точные цифры неизвестны, однако существующие на данный момент оценки, скорее всего, занижены. Используя в качестве всего лишь одного показателя распространение болезней кожи, специалисты подсчитали, что в Великобритании 15–20% консультаций при оказании первичной медицинской помощи касаются дерматологических заболеваний. Большинство людей в возрасте старше 65 лет страдают от двух и более таких заболеваний, требующих внимания медиков, и многие из них видны для других (*Kligman*, 1989). Некоторые формы угревой сыпи поражают 95% шестнадцатилетних девушек и 83% юношей (*Kellett*, 2002), при этом около 20% из этих больных обращаются за лечением в медицинские учреждения.

### **Врожденные физические недостатки**

Некоторые заболевания, вызывающие видимые отличия, полностью проявляются при рождении (например, расщелина губы), а другие становятся очевидны с течением времени (например, нейрофиброматоз). Харрис (*Harris*, 1997) предлагает классифицировать «врожденные физические недостатки» как те, которые существуют «до памяти», или, иначе говоря, у человека нет никаких воспоминаний о жизни без имеющегося у него дефекта.

Наиболее распространенными видимыми врожденными «дефектами» являются деформации головы и шеи. Расщелина губы и/или нёба встречается у 1 из 800 новорожденных и может проявиться на одной (односторонняя) или обеих сторонах (двусторонняя) относительно срединной линии лица. Другие более редкие аномалии возникают в результате неполного развития лица, как в случае отсутствия одного уха, недоразвитости скуловых и челюстных костей (например, синдром Тричера—Коллинза) или раннего сращения костей черепа (например, синдромы Крузона и Аперта). Большинство лицевых аномалий не связано с нарушениями мозговой деятельности. Однако существует ряд синдромов, которые предполагают сочетание нарушений физических черт и функционирования мозга, и это связано с проблемами в обучении (как в случае синдрома Дауна).

Харрис (*Harris*, 1997) суммирует аномалии, которые связаны с замедленным развитием кровеносных сосудов (кожный гемангиоматоз), деформациями сосудов (родинки) или недоразвитием конечностей. Под сращением пальцев (синдактилией) подразумевается неполное разделение пальцев на руках или ногах, а при полидактилии на руке или ноге присутствует лишний палец.

### **Приобретенные физические недостатки**

В их число входят видимые отличия, возникшие в результате травм (от автомобильных аварий, ожогов, укусов собак); хирургического вмешательства (образование рубцов и потеря контуров тела после удаления опухолей и окружающих тканей, действие химиотерапии и радиотерапии, последствия косметической хирургии);

болезней (например, угревая сыпь и последующее рубцевание); генетической предрасположенности к дефектам, которые проявляются в более поздние годы жизни (витилиго), или отсутствия нормальных процессов развития (как в случае недостаточного или асимметричного развития груди).

## Какие проблемы связаны с видимыми отличиями?

Влияние физического недостатка на того, кто его имеет, изучают исследователи самых разных областей науки. Ретроспективный обзор этих исследований представлен в главе 1. Социально-культурные теории уделяют главное внимание тому, как влияет преобладающий социальный контекст на определения и реакции людей на физические недостатки; психологические же теории сфокусированы на самовосприятии, познании и поведении людей, имеющих видимые отличия, а также на том, каким образом эти отличия влияют на познание и поведение других людей. Исследования в данной области дополняются рядом вызывающих особый интерес и очень яркими личными отчетами людей с физическими недостатками (*Grealy, 1994; Partridge, 1990*).

Детальное понимание переживаний по поводу внешности у людей с врожденными или приобретенными заболеваниями, которые ведут к видимым отличиям, осложняется необходимостью учитывать множество факторов. Эти факторы — различные типы таких отличий и их место на теле человека, разнообразие степеней их тяжести и видимости, стадия развития человека и многочисленные личные, социальные и ситуационные особенности, которые могут влиять на самовосприятие и адаптацию (*Rumsey, 2002b*; см. также главу 2). Однако, несмотря на многообразие учитываемых переменных и различные точки зрения, исследователи проявляют очевидное согласие касательно главных проблем и сложностей. В предлагаемом вам обзоре сначала будут рассмотрены проблемы, возникающие на различных стадиях развития, а затем более подробно проанализированы те сложности, о которых сообщают взрослые люди. Их можно приблизительно сгруппировать в следующие категории: переживание негативных эмоций (тревога, депрессия); пагубное влияние на самовосприятие и самооценку; проблемы, которые связаны со знакомством и общением с другими людьми, сопровождающиеся такими эмоциями и формами поведения, как социальная тревога и социальное избегание. В последние годы исследователи начинают обращать внимание на то, какие уроки можно извлечь из опыта тех, кто хорошо адаптируется к физическим недостаткам. Об этой развивающейся области исследований мы поговорим в главе 5.

### Проблемы, связанные со стадиями развития

Большинство исследований влияния стадий развития и приспособления к заболеваниям, порождающим видимые отличия, фокусируется на рождении, детстве и подростковом возрасте людей, рожденных с расщелиной губы и неба. Тому есть две причины. Это, во-первых, связано с тем, что расщелина является наиболее распространенной обезображивающей врожденной аномалией, и, во-вторых, с наличием сообщества клинических психологов, активно работающих в этой области

и подкрепляющих свою работу высококачественными исследованиями. Тем, кто хочет получить более подробную информацию об этих исследованиях, мы рекомендуем обратиться к прекрасной работе Марии Эндрига и Кэтлин Капп-Саймон (*Endriga and Kapp-Simon, 1999*). В их книге говорится о том, что многие дети с черепно-лицевыми аномалиями (преимущественно расщелинами) развиваются в соответствии с возрастом без возникновения серьезных психологических проблем. Однако примерно 30–40% из них испытывают сложности, которые считаются достаточно значительными, чтобы вызывать необходимость клинического вмешательства. К числу основных сложностей относятся застенчивость, социальная изоляция, дефициты в сфере социальной компетентности, поведенческие трудности (такие, как непослушание или импульсивность) или нарушения когнитивного функционирования.

### **Диагностика видимой врожденной аномалии**

Благодаря последним достижениям в области антенатального скрининга сегодня все больше родителей узнают о потенциально обезображивающем заболевании до рождения ребенка. В своей неопубликованной курсовой работе Фарримонд и Моррис (*Farrimond and Morris, 2004*) указывают, что в настоящее время в 20% случаев заячья губа определяется пренатально, завершены несколько исследований, посвященных изучению влияния ранней осведомленности родителей об этом. Мэттьюз с коллегами (*Matthews et al., 1998*) провели почтовый опрос и выяснили, что большинство родителей считают, что пренатальный диагноз упрощает адаптацию в момент родов, и они ценят полученную ими возможность познакомиться и поговорить с членами команды, занимающейся расщелинами, до рождения ребенка. Большинство из них думают, что возможность подготовиться и получить необходимые знания перевешивает такой неблагоприятный момент, как стресс и тревога во время беременности. Давалбхакта и Холл (*Davalbhakta and Hall, 2000*) выяснили, что 85% родителей считают, что пренатальный диагноз подготовил их психологически к рождению ребенка с физическим дефектом, а 92% были удовлетворены информацией, которая была им предоставлена после объявления диагноза.

Однако у пренатального диагноза есть и свои недостатки. В большинстве случаев сканирование не позволяет определить величину расщелины губы и наличие сопутствующих аномалий, таких как расщелина неба, или синдрома, предполагающего неврологические или другие нарушения. Родители могут представлять себе самое худшее. Проведенное Фарримонд качественное исследование в форме интервью с восьмью группами родителей детей, рожденных с пренатальным или постнатальным диагнозом, подтвердило, что вне зависимости от времени установления диагноза получение информации о том, что у их ребенка расщелина губы, было кригическим моментом для всех родителей. Пренатальный диагноз не воспринимался ими как очевидное преимущество в той степени, о которой сообщалось в предыдущем исследовании. Дополнительный стресс во время беременности расценивался как большой недостаток, к тому же еще до рождения ребенка некоторые родители получали противоречивую информацию и советы от профессионалов. Некоторым из них показывали фотографии, изображающие различные расщели-



ны, и оставляли их в ожидании самого худшего для их собственного ребенка. Подобная реакция усиливалась среди тех, кто искал информацию о расщелинах в Интернете, — часть ее оказывалась огорчительной и бесполезной («Все представлялось в самом мрачном свете»). Несмотря на упомянутые недостатки, все родители говорили о том, что пренатальный диагноз помогал им подготовиться к тому, какой будет внешность ребенка при рождении, и решению проблем с кормлением на первом этапе (расщелина может влиять на способность ребенка сосать). Большинство считало, что было лучше знать о расщелине заранее, чем увидеть ее при рождении. Однако интересно, что не все родители, не готовые к тому, что их ребенок родится с расщелиной, считали, что в их интересах было бы узнать о существовании дефекта заранее.

У родителей, которые не знают диагноз до родов, рождение ребенка с видимой врожденной аномалией часто вызывает сильный шок и разочарование (*Bradbury and Hewison, 1994, Farrimond and Morris, 2004*). Видимое отличие может затмить для них другие нормальные внешние особенности ребенка, хотя некоторые родители все-таки испытывают бурную радость при его благополучном появлении на свет. В исследовании Фарримонд родители перечисляли различные негативные эмоциональные реакции, включая неверие, отрицание, гнев, чувство вины и слезливость. Многие хотели понять, почему у ребенка появился такой дефект, и в особенности выяснить возможность существования чьей-либо личной ответственности за происшедшее. Некоторые сомневались в своей способности любить такого ребенка, а также в возможности справиться с первоначальными проблемами кормления и последующего режима лечения. Эти результаты совпадают с теми, которые были получены в предыдущем исследовании. Эндрига и Капп-Саймон (*Endriga and Kapp-Simon, 1999*) сообщают, что стресс, замешательство и эмоциональное расстройство возникают после рождения ребенка с расщелиной или установления пренатального диагноза как реакция на многочисленные потребности такого ребенка и необходимость последующего лечения. Родители боятся, что у ребенка могут быть дополнительные скрытые дефекты, например когнитивные проблемы. Они часто испытывают разочарование из-за того, что кормление грудью таких детей невозможно, и быстро понимают, что даже кормление из бутылочки сначала будет представлять собой длительный и трудный процесс. В исследовании Фарримонд подобные реакции существовали достаточно непродолжительное время. Спустя несколько недель родители сообщали, что перестали замечать расщелину, притом настолько, что многие начинали испытывать двойственные чувства по поводу ее последующего хирургического исправления. Родители говорили об эмоциональной травме и чувстве вины в связи с проведением операции, так как они привыкли к внешнему виду расщелины и не хотят менять внешность ребенка.

Сильное влияние на родителей оказывает реакция на диагноз и рождение ребенка с расщелиной специалистов-медиков. Многие говорят, что яркие и эмоциональные воспоминания о том, как они узнали диагноз и/или о рождении ребенка с предварительно недиагностированной расщелиной, остаются с ними на всю жизнь. Несмотря на отсутствие данных исследований, можно сказать, что в этом случае помогает спокойное принятие факта существования расщелины, сосредоточение внимания на других позитивных особенностях ребенка и краткий рассказ об эф-

фektivности доступного лечения. На сегодняшний день получение родителями эффективной поддержки со стороны специалистов в чем-то напоминает лотерею. Необходимо проводить более всестороннее обучение специалистов здравоохранения тому, как лучше поддержать родителей в столь трудное для них время.

В списке важных факторов адаптации к дефекту внешности у ребенка особое место занимают ожидаемые и реальные реакции членов семьи и друзей. Некоторые родители, участвующие в исследовании Фарримонд, говорили о своем беспокойстве по поводу реакций других людей и тревоге по поводу того, как примут ребенка члены семьи и будут ли они его любить. Они также рассказывали о том, как им было трудно наблюдать шок и разочарование родственников, когда те впервые видели их ребенка, и о своих страхах (реальных и воображаемых), связанных с реакцией незнакомых людей. Побочным результатом таких страхов может стать социальная изоляция, в особенности в те недели и месяцы, которые предшествуют хирургической операции по закрытию расщелины.

Предполагается, что основными определяющими факторами прочной привязанности являются чуткость и отзывчивость того человека, который в первую очередь заботится о ребенке (*Crittenden and Ainsworth, 1989*). Некоторые высказывают мнение, что матери могут реже держать на руках ребенка с видимым отличием и что они могут меньше реагировать на внешние проявления потребностей своих детей. Филд и Вега-Лар (*Field and Vega-Lahr, 1984*) сообщают, что матери детей с черепно-лицевыми аномалиями менее активны во время взаимодействия со своими трехмесячными детьми, чем матери детей, не имеющих видимых отличий. Барден с коллегами (*Barden et al., 1989*) изучили взаимодействия матери и ребенка в случае наличия у младенцев черепно-лицевых дефектов и объявили их менее опекающими в сравнении с матерями, дети которых не имеют физических недостатков. Помимо снижения привлекательности лицевой дефект может влиять на выразительные возможности ребенка. Спелтц и его коллеги (*Speltz et al., 1994*) сообщают, что коммуникационные сигналы детей с расщелиной губы и неба менее понятны, чем у детей, не имеющих подобных дефектов, а матери демонстрируют менее отзывчивое и чуткое поведение по отношению к своему потомству. Но Спелтц и его соавторы утверждают, что к концу первого года жизни происходит формирование нормальных моделей поведения «мать—ребенок». Результаты последних исследований выявили незначительные (если таковые вообще имелись) различия в поведении, связанном с привязанностью. Специалисты пришли к выводу, что, хотя в большинстве пар мать—ребенок подобные процессы могут наблюдаться, у большинства возникает прочная привязанность и происходит принятие физического недостатка после того, как проходит первоначальный шок.

### **Формирование самооценки в детстве**

В течение нескольких последних лет исследователи уделяют особое внимание влиянию физических недостатков на самооценку детей. Полученные ранее результаты указывали на то, что это влияние имеет преимущественно негативный характер, однако последние исследования показывают неоднозначность таких выводов.

Так, результаты некоторых исследований говорят о сходстве самовосприятия в группах детей с видимыми отличиями и без них. В своем обзоре литературы по вопросам черепно-лицевых аномалий Эндрига и Капп-Саймон (*Endriga and Kapp-Simon, 1999*) связывают разнородность результатов с проблемами формулировок и вопросами оценки. Однако некоторые авторы считают, что позитивное самовосприятие является важным коррелятом более высокой самооценки (*Pope and Ward, 1997*) и что физический недостаток ставит детей «под угрозу» менее благоприятного восприятия и самооценки.

### **Социальные взаимодействия и поведенческие проблемы в детстве**

Существуют свидетельства того, что некоторые дети с необычными лицами могут сталкиваться с гораздо большим числом социальных проблем, чем их сверстники. Дети начинают выбирать себе друзей с раннего возраста, и некоторые исследования предполагают, что видимое отличие может влиять на формирование дружеских отношений. Капп-Саймон и Мак-Гир (*Kapp-Simon and McGuire, 1997*) сообщают, что дети с лицевыми дефектами становятся инициаторами и объектами меньшего числа социальных контактов, чем дети, не имеющие таких отличий. Некоторые из детей, страдающих дефектами внешности, говорят о том, что общаются с небольшой группой сверстников и хотят иметь больше друзей. Эндрига и Капп-Саймон (*Endriga and Kapp-Simon, 1999*) высказывают предположение, что эти дети могут прибегать к социальной самоизоляции, с тем чтобы свести к минимуму возможность неприятия со стороны сверстников, и что сокращение социальной сети является для них одним из способов преодоления неуверенности, присущей им при социальном взаимодействии. Поуп и Уорд (*Pope and Ward, 1997*) сообщают, что у детей предпубертального возраста более высокая неудовлетворенность внешнею связана с множеством негативных симптомов, в числе которых большее одиночество, меньшее количество близких друзей, социальная самоизоляция и проблемы, связанные с отношениями со сверстниками.

Крукеберг и ее соавторы (*Krueckeberg et al., 1993*) сообщают, что 31% из их выборки, состоящей из детей в возрасте от 6 до 9 лет, по мнению учителей или родителей, имели поведенческие проблемы. Спелтц и его коллеги (*Speltz et al., 1993*) говорили о схожем количестве проблем в выборке из детей в возрасте от 5 до 7 лет, причем у 18% из них результаты были клинически значимыми. Капп-Саймон и Дусон (*Kapp-Simon and Dawson, 1998*) представили данные по более чем 300 детям в возрасте от 4 до 18 лет. Из них 21% имели поведенческие проблемы с клиническими проявлениями в сравнении с 10% в контрольной группе детей, не имевших черепно-лицевых аномалий, таких как расщелина. Ричман и Миллард (*Richman and Millard, 1997*) внесли свой вклад в литературу по данному вопросу, проведя редкое лонгитюдное исследование. Их многолетние оценки более чем 40 детей с расщелиной губы и/или нёба указывают на гендерные различия как в случае «интернализированных» проблем (таких, как застенчивость и депрессия), так и «экстернализованных» (например, антисоциальное или деструктивное поведение). У мальчиков в возрасте от 4 до 12 лет наблюдались более высокие уровни интернализованных

проблем во всех возрастах. Кроме того, мальчики в возрасте от 6 до 7 лет демонстрировали более высокие показатели по экстернализованным проблемам в сравнении с группой детей, не имеющих расщелины. Однако при достижении возраста 11 и 12 лет оценочные показатели экстернализованных проблем этой же самой группы становились ниже, чем у контрольной группы. У девочек интернализованные проблемы возникали в более позднем возрасте (7–12 лет), и только у двенадцатилетних уровень экстернализованных проблем был выше, чем у их сверстниц, не имеющих расщелины.

### **Реакции со стороны других людей**

К сожалению, дети с видимыми отличиями очень часто сообщают о поддразнивании, насмешках со стороны других людей и травле, связанных с внешностью. Адачи с коллегами (*Adachi et al.*, 2003) выяснили, что 90% из их выборки, состоящей из 20 женщин с черепно-лицевыми дефектами, дразнили в школе, а в соответствующей контрольной группе из женщин без лицевых отличий таким поддразниваниям подвергались 10% участниц.

Некоторые исследователи занимаются изучением суждений о необычных визуальных и голосовых особенностях. Блад и Лиман (*Blood and Hyman*, 1977, приводится в *Endriga and Kapp-Simon*, 1999) сообщают, что дети дают менее благоприятные оценки тем, кто говорит гнусаво (что типично для некоторых детей с прооперированными расщелинами), а Тобиасен и Хайберт (*Tobiasen and Heibert*, 1993) отмечают низкие оценки фотографий детей с расщелинами. Как и в случае исследований, выявивших предпочтение в отношении фотографий физически привлекательных детей, экологическая валидность обоих этих исследований вызывает сомнения (см. главу 1 и 2), а влияние внешности, несомненно, ослабляется под действием других переменных, в числе которых — сопутствующая привлекательность ребенка и уровень его социальных способностей. Однако эти и другие исследования указывают на то, что необычная физическая внешность может в сочетании с другими факторами привести к социальной изоляции.

### **Проблемы, связанные с лечением**

На протяжении всего детства вопросы лечения могут постоянно усиливать у всех членов семьи стресс, связанный с физическим недостатком ребенка. Для тех, у кого дефект врожденный, лечение планируется заблаговременно. Регулярные проверки будут напоминать ребенку и родителям об имеющемся в их семье «отличии», и призрак лечения может витать над ними на протяжении всего детства и подросткового периода. Лечение часто предполагает госпитализацию и стресс, связанный с операцией. Оценка ожидаемых результатов лечения может быть излишне оптимистичной. Некоторые дети и подростки могут ждать невозможного, т. е. ожидать, что после операции у них будет совершенно «нормальное» лицо, и неминуемо будут разочарованы результатами хирургического вмешательства. И наоборот, родители и дети могут беспокоиться по поводу изменения внешности, к которой привыкли.

## Подростковый период

По мнению многих исследователей, в подростковом возрасте видимое отличие может являться причиной проблем, связанных с самовосприятием и самооценкой, или обострять уже существующие. Если говорить об угревой сыпи, то уничижительные непрофессиональные теории о причинах появления угрей (недостаточная чистоплотность, подавляемый гнев, плохой рацион питания и т. д.) могут серьезно повлиять на самоосмысление и чувство неловкости по поводу собственной внешности. Келлетт (*Kellett, 2002*) делает вывод о том, что угревая сыпь может быть главной проблемой для формирования представления о самом себе и соответствия группе у подростков, особенно в критический период физического, психологического и сексуального развития. Тревогу вызывает сообщение Коттерилл и Канлифф (*Cotterill and Cunliffe, 1997*) о высоком уровне суицидального мышления у подростков с тяжелыми формами угревой сыпи и активных суицидальных наклонностях у 6% участников обследованной выборки, состоящей из подростков, страдающих псориазом.

Лав с соавторами (*Love et al., 1987*) сообщает о негативном влиянии образования послеожоговых рубцов на отношения подростков со сверстниками и их социальную уверенность. По результатам исследования Тернер и ее коллег (*Turner et al., 1997*), в котором принимали участие молодые люди с расщелинами в возрасте от 15 до 20 лет, 60% подростков сообщили о том, что их дразнили из-за их заболевания, а 25% сказали, что эти поддразнивания «очень» их беспокоили. При этом 73% выборки считали, что имеющаяся у них расщелина очень сильно повлияла на их уверенность в себе, и все участники говорили о некоторых сложностях при вступлении в разговоры с незнакомыми людьми.

Внешность имеет значение в процессе ухаживания, и тех, кто имеет видимые отличия, может беспокоить то, что их необычный внешний вид может сыграть при этом неблагоприятную роль. Это приводит к неуверенности при первых шагах к сближению. Капп-Саймон и Мак-Гир (*Kapp-Simon and McGuire, 1997*) использовали стандартный метод наблюдения для оценки моделей социального взаимодействия у подростков с черепно-лицевыми отличиями и без них во время школьного перерыва на обед. Участники с черепно-лицевыми заболеваниями принимали участие в меньшем количестве продолжительных разговоров, чем их сверстники из контрольной группы. Они являлись инициаторами и объектами меньшего числа социальных контактов, чем те, у кого лицевых отличий не было. Авторы исследования также пришли к выводу, что используемые ими стратегии общения со сверстниками были более нерешительными и менее эффективными, чем у тех, кто не имел черепно-лицевых отличий.

Резонно было бы предположить, что для детей, страдающих расщелиной губы и/или неба, подростковый возраст может быть связан с наибольшим количеством проблем, однако Эмерсон и Рамси (*Emerson and Rumsey, 2004*) выяснили, что участники их выборки, состоявшей из более 100 пятнадцатилетних подростков с подобным заболеванием, были удовлетворены своей внешностью и дружескими отношениями в той же степени, что и их сверстники, не имеющие расщелины. Дети с расщелиной считали, что их семьи оказывают им существенно большую поддер-

жку, и в обеих группах удовлетворенность своим лицом имела позитивную связь с пониманием в семье.

Видимые результаты лечения рака (такие, как потеря волос, изменение веса и образование хирургических рубцов) также оказывают негативное влияние на телесный образ, что видно при проведении оценок с использованием стандартных показателей (см., к примеру, *Pendley et al.*, 1997). В недавно проведенном качественном исследовании с участием подростков, прошедших лечение по поводу рака, Уоллес (*Wallace*, 2004) выяснила, что обеспокоенность внешностью и проблемы с телесным образом составляют важную часть процесса болезни. Особое расстройство вызывает потеря волос, а некоторые участники исследования заявили, что это была худшая часть лечения:

И я думала: «О, нет, не мои волосы!» Я не беспокоилась из-за лечения, я просто сидела там, думая: «Только не мои волосы»

Меня ничего не волновало, кроме того, что я потеряю свои волосы.. Мне не нравится быть больной. Мне не нравится плохо себя чувствовать и все такое, но это казалось мне не столь важным, как то, что я потеряю волосы.

Изменения внешности также ограничивают социальную активность и приводят к социальной тревоге:

Я, как правило, не ходила гулять со своими друзьями по вечерам, иногда только в кино или что-то в этом роде, не выходила с ними в город.

Я привык тусоваться, как и мои друзья, но я думал... что они скажут? Как они это воспримут, захотят ли разговаривать со мной, не будут ли думать, что я урод или что-то подобное.

Интересно, что несколько участников исследования Уоллес после прохождения лечения оценивали свою внешность по-иному, а некоторые считали, что это менее важно, чем раньше:

Что ж, то, как я выгляжу сейчас, я просто думаю. внешний вид это еще не все. Потому, что я помню, когда у меня не было волос и я был ужасно тощим... я чувствовал себя уродцем, но потом я думал об этом.. и что ж, если люди не могут воспринимать тебя тем, кто ты есть, а не так, как ты выглядишь, то не стоит об этом беспокоиться. Мой взгляд на жизнь прост — не беспокойся о своем внешнем виде, это того не стоит.

Другие участники переставали бояться быть «другими»:

Я думаю, что больше не боюсь быть не похожей на других, понимаете.. раньше я была в порядке, джинсы, девушка в футболке, все нормально. Теперь я бы выпла прогуляться и купила бы что-нибудь дурацкое, если бы мне это понравилось, я бы это купила, понимаете, и кому какое дело?

Помимо ряда интересных когнитивных сдвигов, вызываемых изменениями внешности, в будущем исследователи, возможно, захотят разобраться и в том, может ли повышенная чувствительность подростков к внешности усилить их сочувствие к проблемам, с которыми сталкиваются люди с видимыми отличиями. Можем ли мы использовать в своих интересах тот факт, что подростковый период является стадией жизни, во время которой многие проблемы, связанные с видимыми отличиями, также переживет значительная часть людей в целом? Первона-

чальные исследования эффективности психологических консультаций для школьников, которые позволяют решить проблемы поддразниваний и буллинга, связанных с внешностью (*Lovegrove and Rumsey, 2005*; см. также главу 7), весьма обнадеживают.

### *Проблемы, связанные с лечением, в подростковом периоде*

Некоторые подростки испытывают трудности в связи с участием в процессе принятия решений, в особенности решений о согласии на лечение или отказе от него или связанных с возможностью высказывать свое мнение во время консультаций с медицинскими специалистами. Капп-Саймон (*Kapp-Simon, 1995*) приводит примеры конфликтов, которые могут возникнуть между намерениями пациента подросткового возраста, его родителей и медиков. Например, у подростка может быть следующий взгляд на ситуацию: «Я доволен тем, как я выгляжу, и сейчас я не хочу проходить никакого дальнейшего лечения», а родители могут думать: «Врач знает, что лучше, и мы должны делать то, что он рекомендует». Кроме того, специалист-медик может осознанно или неосознанно следовать субъективным предпочтениям в программе лечения, например «сейчас оптимальное время для данного лечения». Подростки могут испытывать неудобство от посещений больницы и чувствовать дополнительное смущение, чувствуя себя «выставленным напоказ» в зонах ожидания и «подопытным кроликом» в консультационном кабинете (*Bradbury and Middleton*; см. также главу 7).

### *Стиль воспитания и семейные проблемы*

Видимое отличие может самым разным образом осложнять выполнение задачи воспитания. У родителей могут возникать сложности с тем, чтобы разобраться со своими чувствами по поводу рождения ребенка с видимым отличием или справиться с обстоятельствами, связанными с повреждением, которое приводит к появлению дефекта внешности (см. представленный далее раздел об ожогах). Когда ребенок начинает осознавать свое отличие, родители могут избегать откровенных обсуждений этого вопроса из страха его расстроить; однако отказ от признания и обсуждения имеющегося у ребенка дефекта может усилить его чувство изоляции (*Bradbury, 1997*). Ребенок или подросток, имеющий физический недостаток, может сам избегать обсуждения своей внешности или связанных с этим проблем, таких как поддразнивание или буллинг, из страха расстроить родителей:

Она поставила барьер между собой и всеми теми, кто ее любил и беспокоился о ней.. Мы как родители были очень обеспокоены и расстроены, когда годы спустя узнали, как много ее дразнили в школе и как долго.

(Родители Лизы, родившейся с параличом лица, цитируется по *Lansdown et al, 1997: 66*)

Несложно понять, почему и как родители могут начать прибегать к излишне заботливому стилю воспитания в отношении детей, страдающих видимыми отличиями (*Bradbury, 1997*). Однако большинство клинических специалистов считают, что следует использовать более адаптационный стиль воспитания, который максимально поощряет независимость и свободу.

Еще одной трудностью для многих родителей могут стать посещения медицинских учреждений для прохождения лечения. Такие визиты связаны с потерей рабочего времени, отсутствием дома и оторванностью от других членов семьи, а также дополнительными расходами. Для тех, кто не пользуется государственным финансированием или не имеет медицинской страховки, такие траты могут стать настоящим бременем.

В детстве и подростковом возрасте дефекты внешности ребенка могут оказывать влияние на его братьев и сестер. Как и в случае с физическими недостатками или проблемами с обучением, из-за связи с ребенком, имеющим видимые отличия, интересы его братьев и сестер могут ущемляться в социальном плане. Родители могут отвлекаться или длительное время отсутствовать из-за того, что занимаются посещением консультаций и госпитализацией члена семьи с дефектом внешности. В отношениях с матерями, отцами и между супругами может присутствовать дополнительное напряжение, вызываемое тревогами по поводу больного ребенка и необходимостью принимать решения о лечении. Чтобы еще больше не осложнять жизнь родителям, братья и сестры могут неохотно говорить о своих переживаниях, считая, что их проблемы не столь значительны (*Walters, 1997*).

Сложные, а иногда противоречивые результаты исследований, которые были представлены в этом разделе, свидетельствуют о том, что нам еще очень много предстоит узнать о влиянии видимых отличий в подростковом возрасте, и мы с нетерпением ждем результатов исследований, которые проводятся в настоящее время.

## **Зрелость**

Проблемы, с которыми сталкиваются люди с видимыми отличиями в зрелом возрасте, преимущественно относятся к сложностям в социальных контактах, к негативному самовосприятию и эмоциям.

### **Негативные эмоции**

Исследования, при проведении которых используются стандартные критерии оценки адаптации и благополучия, постоянно свидетельствуют о том, что у людей с видимыми отличиями наблюдаются повышенные уровни общей тревоги. Например, по результатам одного из последних исследований с участием 650 амбулаторных больных с различными заболеваниями, приводящими к появлению видимых отличий, 48% участников, согласно Больничному опроснику тревоги и депрессии (*Rumsey et al., 2004*), имели такие уровни тревоги, как «пограничное состояние» и «невроз». При классификации по болезням значительных отличий между группами пациентов выявлено не было. У пациентов с кожными заболеваниями исследователи выявили повышенные в сравнении с нормативными уровни беспокойства. Томпсон, Кент и Смит (*Thompson, Kent and Smith, 2002*) отмечают высокую распространенность тревоги у людей, больных витилиго, а Джоветт и Райан (*Jowett and Ryan, 1985*) сообщают, что 61% их выборки из 100 амбулаторных больных с различными заболеваниями кожи демонстрируют симптомы беспокойства.



Распространенность значительных уровней депрессии, как правило, ниже, чем при тревоге. В исследовании Рамси и ее коллег (*Rumsey et al.*, 2004) у 27,5% выборки наблюдались такие уровни тревоги, как «пограничное состояние» и «невроз». Джоветт и Райан (*Jovett and Ryan*, 1985) сообщают, что третья часть участников интервью, проведенных ими во время исследования дерматологических амбулаторных больных, считают, что имеющееся у них заболевание кожи в значительной степени влияет на их эмоциональное здоровье, и сообщают о симптомах депрессии. Несмотря на то что для большинства депрессия не является главной проблемой, клинические специалисты должны внимательно относиться к жалобам своих пациентов. Тревогу вызывают результаты исследования Херскинда и его коллег (*Herskind et al.*, 1993), согласно которым среди датских подростков с расщелинами наблюдается удвоенный уровень самоубийств. Рапп с соавторами (*Rapp et al.*, 1997) сообщают, что 25% респондентов опроса с участием 317 больных псориазом думали о самоубийстве из-за своего заболевания. В момент проведения опроса 8% из них считали, что жить такой жизнью не имеет смысла.

### Самовосприятие и самооценка

Такие конструкты, как самооценка, самовосприятие и телесный образ, продолжают вызывать обширные споры по поводу их происхождения, оценки и определения. Несмотря на отсутствие согласия в деталях, в целом, авторы сходятся в том, что люди с видимыми отличиями часто говорят о негативном самовосприятии и неблагоприятных уровнях самооценки в связи с их собственными чувствами и реакциями других людей на их внешность.

Ван дер Донк с коллегами (*Van der Donk et al.*, 1994) сообщают, что у 75% их выборки, состоящей из женщин с алопецией (облысением), наблюдается низкая самооценка. Мосс и Карр (*Moss and Carr*, 2004) выяснили, что различия в психологической адаптации к заболеваниям, приводящим к изменениям внешности, связаны с уровнем значимости, которую люди придают своему внешнему виду, и рядом аспектов системы собственного «я», на которые влияет конструкт внешности. На выборке из 70 человек с видимыми отличиями была выявлена связь между плохой адаптацией и большим значением, придаваемым собственной внешности, а также более сильная связь между этими оценками и самооценкой. Помимо этого, выяснилось, что у людей, для которых характерна плохая адаптация, оценки внешности занимают более важное место в системе собственного «я», так как считаются значимыми для большего числа его аспектов. Мосс и Карр утверждают, что когда оценки внешности доминируют, то их быстрее вспоминают и используют для интерпретации неясных переживаний. В качестве примера они приводят незнакомца, который бросает взгляд на человека с видимыми отличиями или внимательно рассматривает его. Если человек с видимыми отличиями оценивает свой внешний вид негативно и если внешность является для него очень важным конструктом, легко доступным в качестве ориентира для интерпретации поведения, то взгляд незнакомца с высокой вероятностью будет воспринят им как негативная реакция на физический недостаток. Точно так же если внешность играет доминирующую роль в представлении о самом себе и сам человек считает ее несоответствующей,

то это оказывает большее влияние на общий уровень самооценки, чем в случае, когда больше ценятся другие аспекты (см. главы 2 и 5).

Люди, у которых физический недостаток появился в более поздние годы жизни, часто говорят о чувстве утраты старой идентичности. Это чувство наиболее часто переживают те, кто перенес травму или хирургическую операцию. Неспособность осознать собственное «я» или вынужденное изменение внешности, которые мы привыкли предъявлять миру, приводит к глубокому разрушению представления человека о самом себе. Некоторые авторы (например, *Bradbury*, 1997) говорят о процессе течения горя, похожем на чувство утраты и включающем в себя такие элементы, как отрицание, гнев, дистресс, тревога и депрессия, за которым следует процесс постепенной адаптации. Чувство утраты идентичности, которое остается через год после получения серьезных ожогов, было красноречиво описано Квази Афари-Минту:

Старый Квази все еще там, где-то внутри, но я не могу к нему вернуться. Иногда, когда ко мне приходят друзья — те, с кем я дружил до пожара, — я забываю о шрамах на моих руках и не вижу свое лицо. Когда-то я был очень, очень уверенным человеком.. Теперь я несчастен, моя новая личность вызывает у меня грусть. . Итак, вы видите, что сделал со мной этот пожар? Он забрал часть моей африканской сути. Чем вы можете это возместить?

(*Lansdown et al.*, 1997)

### Ожидание негативных оценок со стороны других людей

Часто исследователи имеют дело с сообщениями о негативных эмоциях, вызванных тревогой и страхом перед возможными реакциями других людей на видимые отличия. В исследовании Рамси и ее коллег (*Rumsey et al.*, 2004) с участием амбулаторных пациентов, которые обращались за лечением различных видимых заболеваний и повреждений, уровни социальной тревоги и социального избегания были значительно выше нормальных в популяции (*Carr et al.*, 2000). Уровни социального дистресса были в значительной степени связаны с уровнями тревоги и депрессии. В выборке 63% сообщили, что имеющееся у них заболевание заставляет их избегать некоторых социальных ситуаций, в числе которых: знакомства с новыми людьми; места, в которых они чувствуют себя совершенно открытыми для взглядов незнакомых людей, такие как общие раздевалки и общественные бассейны; публичные выступления любого типа и ситуации, в которых их могут фотографировать или снимать на видео.

Лири и его коллеги (*Leary et al.*, 1998) попросили пациентов с псориазом заполнить Краткий опросник страха негативных оценок (*Brief Fear of Negative Evaluations Scale, FNE*). Они выявили взаимосвязь набранных баллов и субъективного дистресса. В случае пациентов с низким страхом негативных оценок тяжесть их физического недостатка оказывала довольно незначительное влияние на восприятие стигматизации, частоту воспринятых негативных реакций других людей, субъективного дистресса и дискомфорта межличностного общения. Однако с увеличением показателей такого страха повышалось влияние тяжести заболевания, поэтому наибольший дистресс переживали те пациенты, у которых была наиболее тяжелая

форма заболевания и которые набрали наибольшее количество баллов по *FNE*. Другими словами, влияние физического недостатка и его тяжести менялось в зависимости от того, насколько респонденты беспокоились по поводу негативных оценок со стороны других людей.

Майлз (*Miles, 2002*) сообщает, что физические проявления псориаза (шелушащаяся, чешуйчатая кожа и ее покраснение) связаны с более высокими уровнями страха негативных оценок со стороны других людей и избегания социальных ситуаций, в том числе показа своего тела в общественных местах. Форчун и его коллеги (*Fortune et al., 1998*) пришли к выводу, что психосоциальные трудности людей с псориазом часто связаны с высокими уровнями ожидаемой тревоги по поводу реакций других людей на их заболевание. Джоветт и Райан (*Jowett and Ryan, 1985*) также сообщают, что 70% выборки, состоящей из 100 человек с угревой сыпью, псориазом или экземой, говорили о том, что испытывают чувство стыда или смущение по поводу внешнего вида их заболевания, а 40% утверждали, что оно влияет на их социальную жизнь. Гинзбург и Линк (*Ginsburg and Link, 1989*) пишут о том, что люди с псориазом чувствуют себя неполноценными, испытывают чувство стыда и замкнуты перед другими людьми.

### **Концепции стыда и стигмы**

Исследователи, работающие в данной области, по-разному относятся к пригодности таких понятий, как «стигма» и «стыд». Гилберт (*Gilbert, 2002*) описывает стыд как реакцию, возникающую в результате осознания того, что человек утратил статус и обесценился в глазах других людей. Негативные представления о самом себе определяются как «внутренний стыд». Куглан и Кларк (*Coughlan and Clarke, 2002*) приводят в качестве примера человека, который чувствует себя непривлекательным и презренным после получения ожогов. Ощущение, что другие люди воспринимают человека как непривлекательного и дискредитированного, определяется как «внешний стыд». В своей работе Мак-Грегор (*MacGregor, 1990*) высказывает мнение, что стыд представляет собой главный конструкт в понимании влияния дефектов лица: «...[стыд] является доминирующим чувством, связанным с лицевой аномалией, и главной причиной [переживаемой] проблемы» (с. 252, цитируется по: *Kent and Thompson, 2002*). Недавно была опубликована книга по вопросам стыда, связанного с телом (*Gilbert and Miles, 2002*), которая вносит новый вклад в изучение физического недостатка и стыда (*Kent and Thompson, 2002*) и конкретно стыда, вызванного псориазом (*Miles, 2002*), угревой сыпью (*Kellett, 2002*) и ожогами (*Coughlan and Clarke, 2002*). Все эти работы говорят о том, что стыд усиливает многие психологические проблемы, связанные с внешностью.

Существующие на данный момент разногласия между исследователями по поводу полезности данного конструкта связаны преимущественно с семантическими вопросами и степенью важности стыда в переживаниях, вызванных видимым отличием. Для нас стыд предполагает унижение, и, хотя как внутренний, так и внешний стыд иногда могут быть составной частью переживаний человека с физическим недостатком, нам кажется, что можно поспорить о правильности или полезности оценки стыда как основного компонента таких переживаний.

Некоторые авторы утверждают, что люди с физическими недостатками также являются стигматизированными (*Goffman, 1963; Hughes, 1998; MacGregor, 1990, Newell, 2000b*). Подобное утверждение обладает определенной логикой, если считать, что первоначально клеймо («стигма») было знаком, который осознанно наносили на рабов, чтобы указать на их низкое положение в обществе. Гоффман, чью книгу «Стигма» (*Goffman, «Stigma», 1963*) активно цитируют сторонники этого взгляда, определял стигму как выражающее «что-то необычное или плохое относительно нравственного статуса его носителя» и утверждал, что стигматизированные люди лишены полного социального принятия. В своей работе он исследовал то, каким образом общество навешивает на людей или группы ярлык отклонения от нормы, в том числе на преступников, а также тех, кто носит «клеймо» принадлежности к определенной религии и культуре, и тех, кто имеет физические недостатки. В этом случае мы также сомневаемся в безоговорочности применения этого термина к случаю наличия видимых отличий. Людей с дефектами внешности могут «помечать» как отличных от других. В результате этого у них могут возникнуть неуверенность и чувство избегания со стороны других людей. Однако, хотя в определенных случаях, без сомнения, может происходить процесс стигматизации, опять же нельзя обобщать, что люди с физическими недостатками подвергаются стигматизации и что большинство их переживаний обязательно к этому приводит.

### Контакты с другими людьми

Видимое отличие может по-разному влиять на социальное взаимодействие, приводя к ослаблению восприятия контроля над контактами с другими людьми. Люди с дефектами внешности наиболее часто говорят о сложностях, связанных с контактами с незнакомцами, знакомством с новыми людьми и установлением новых дружеских отношений (*Robinson, 1977*). Среди многих людей с видимыми отличиями широко распространены неприятие некоторого отличия от других и желание достичь состояния «нормальности» за счет ничем не примечательного внешнего вида (описанного Гоффманом как «интегрирование»). Также часто встречаются сообщения о пристальных взглядах, замечаниях вслух, нежелательных вопросах о физическом недостатке и избегании со стороны широкого круга людей (*Rumsey, 2002b*). Люди с видимыми отличиями не хотят быть объектом нежелательного внимания и нередко стремятся к уединению и анонимности — своего рода гражданскому невниманию, к которому привыкло большинство из нас (*MacGregor, 1974*). Джейн Ричардсон сказала во время разговора об опыте заболевания тяжелой формой угревой сыпи, что «самое тяжелое наследие моей угревой сыпи — это глубокая убежденность в том, что я отличаюсь от других людей» (цитируется по: *Lansdown et al., 1997*).

Ощущение собственного отличия может регулярно усиливаться под действием поведения других. Марк Кранк очень красноречиво описал этот опыт:

Люди с дефектами внешности часто не могут спрятать или замаскировать свое «отличие» и вынуждены носить его как знак. Очень часто совершенно незнакомые тебе люди рассматривают тот факт, что человек выглядит по-другому, как показатель того, что они могут подойти к тебе и потребовать рассказать интимные подробности о твоем

физическом недостатке. Складывается впечатление, что они считают себя вправе задавать личные вопросы вне зависимости от того, знают они тебя или нет.

(*Lansdown et al.*, 1997)

Марк вспоминает особо возмущивший его случай, произошедший с ним во время посещения лондонского Тауэра, когда незнакомые люди начали говорить о нем в пределах его слышимости: «Им был настолько интересно, что они собрались в группу со своими друзьями, родственниками и всеми, кто хотел к ним присоединиться, и продолжали глазеть на меня, показывать пальцем и обсуждать мою внешность». Мак-Грегор (*MacGregor*, 1974) описывает такое поведение как визуальные или вербальные «нападения». Те, кто имеет видимые отличия, могут чувствовать, что лишены возможности управлять той информацией о самих себе, которую люди извлекают из их внешнего вида, и не способны контролировать первоначальные предположения и неправильные представления, которые другие люди формируют о них как о личности.

В ходе исследований было установлено, что помимо нежелательных вторжений в личную жизнь есть другие заметные черты в поведении тех, кто вступает в контакт с человеком с видимым отличием (см. более полный обзор этих исследований в *Newell*, 2000b и *Bull and Rumsey*, 1988). Рамси и ее коллеги (*Rumsey et al.*, 1982) выяснили, что незнакомые люди сохраняют между собой и незнакомцем с лицезым дефектом более значительную дистанцию, чем при встрече с этим же человеком, но без видимого отличия. Хьюстон и Булл (*Houston and Bull*, 1994) проводили исследование того, как люди занимают места в поездах метро, и его результаты показали, что место рядом с человеком, имеющим на лице родимое пятно, оставалось пустым гораздо чаще, чем в тех случаях, когда этот же человек появлялся без дефекта внешности. Когда опрос на улице проводил «маркетолог» с липцевым дефектом, отвечать на его вопросы соглашалось меньшее количество людей, чем когда к прохожим подходил этот же человек без дефекта внешности (*Rumsey et al.*, 1986). Однако специалисты получили интересные результаты при изучении альтеруизма, когда во время исследований, не предполагавших контакт «лицом к лицу» (например, отправка по почте «потерянной» анкеты в комплекте с фотографией из паспорта), респонденты были одинаково предупредительны вне зависимости от того, было или нет у нуждающегося в помощи человека видимое отличие. Когда требовалось непосредственное личное взаимодействие, вступить в контакт с человеком, имеющим на лице родимое пятно, соглашалось меньшее количество людей, однако, начав с ним общаться, они впоследствии проявляли большую благожелательность, чем участники, взаимодействующие с этим же самым человеком без лицевого дефекта (*Rumsey et al.*, 1986).

Существует множество разнообразных объяснений поведения людей, в число которых входит мнение о том, что вера в «справедливый мир» заставляет думать, что человек с видимым отличием, должно быть, заслужил такую «судьбу» и, следовательно, его можно унижать или избегать (*Novak and Lerner*, 1968). Сторонники эволюционных теорий высказывают предположение о том, что людям присуще врожденное отвращение ко всему, что несовершенно. Гилберт (*Gilbert*, 1997) утверждает, что, как и в случае с другими позвоночными, наши реакции в отношении других направляются нашим восприятием их относительного статуса в обществе и что

в этом процессе высоко ценится социальная привлекательность. Именно поэтому люди стремятся образовывать союзы с теми, кто воспринимается ими как социально привлекательные, и избегать тех, кто кажется непривлекательным. В альтернативном варианте отсутствие знаний может привести к возникновению желания избегать всего того, что может быть заразным (Bernstein, 1976), или избеганию вследствие неуверенности в том, как следует себя вести (Langer et al., 1976; см. также более подробный обзор в Bull and Rumsey, 1988). Эти объяснения имеют явно упрощенческий характер, а значительная масса материалов исследований и личных отчетов позволяет предположить, что на реакции других людей влияет целый набор факторов, включая первоначальное стереотипирование на этапе формирования впечатлений при контакте; неуверенность в том, как себя вести, связанная с отсутствием предыдущего опыта; и желание избежать контакта для минимизации возможного чувства неловкости у самого себя или человека с видимым отличием.

### *Поведение людей с видимыми отличиями*

Социальные контакты также могут иметь нестандартный характер из-за физических ограничений невербального выражения человека с видимыми отличиями, вызванных лицевым дефектом или другими аспектами поведения. Неспособность использовать лицевые мускулы обычным образом (например, в результате лицевого паралича или в случае синдрома Мебиуса, при котором выражение эмоций на лице замедляется) может стать причиной необычных выражений лица и сложностей, испытываемых другими людьми в «чтении» по лицу тех, у кого есть видимые дефекты (MacGregor, 1989). Это может вызвать чувство неуверенности и неловкости у обеих сторон взаимодействия. Дискомфорт, ощущаемый любой из сторон, может сделать взаимообмен неудовлетворительным или сокращенным.

Реакции избегания или неестественные реакции со стороны других людей могут привести к возникновению у человека с видимыми отличиями негативных ответных аверсионных эмоциональных реакций, неадаптивных мыслительных процессов (в том числе привести к социальной тревоге и страху негативной социальной оценки со стороны других), к неблагоприятным представлениям о самом себе (например, заниженной самооценке и неблагоприятному телесному образу) и к определенным моделям поведения (например, излишнему использованию социального избегания и к особым надеждам на утаивание физического недостатка). Негативные переживания в социальных ситуациях могут вызвать понятную озабоченность тем, какое влияние дефект внешности оказывает на других людей, и мысли о том, что негативные реакции будут возникать в большинстве социальных ситуаций. В своей работе Мак-Грегор (MacGregor, 1979) рассказал о людях с видимыми отличиями, которые остро осознают реакции других и затрачивают избыточное количество сил и энергии, проявляя к ним внимание. В результате у них может сформироваться менее оптимальный стиль взаимодействия, проявляющийся в категорическом социальном избегании, застенчивости, неловкости и смущении, защитном или враждебном отношении к другим. Кэти Уитли сказала, что она «при встрече с людьми ведет себя излишне уверенно и дерзко. Это гиперкомпенсация. Если ты красива, то забываешь о том, как часто мы используем это как средство общения.

Сейчас я должна полагаться на свои личные качества» (цитируется по: *Lansdown et al.*, 1997).

Адачи с коллегами (*Adachi et al.*, 2003) сделали видеозапись взаимодействий и изучили движения головы и рук, а также частоту улыбок у взрослых женщин с расщелинами губы и нёба и без них. Они выяснили, что участницы исследования с расщелинами кивали головой и улыбались значительно реже, чем женщины из контрольной группы. Авторы также пришли к выводу, что движения головы и рук и улыбки у них возникают с меньшей синхронностью, чем у участниц без расщелин.

Результаты лабораторного исследования, проведенного Рамси и ее коллегами в 1986 г., заставляют поверить в потенциальные возможности влияния поведения человека с видимыми отличиями на процесс и результат взаимодействия с другими людьми. В целях экспериментального контроля изучаемому человеку наносили искусственное «лицевое родимос пятно» и обучали его взаимодействовать с участниками исследований, используя высокий или низкий уровень социальных навыков. Его представляли участникам как проходящего практику клинического психолога, проводящего интервью, а затем записывали на видео и анализировали их взаимодействия. Вербальные и невербальные коммуникации, продемонстрированные участниками при условии «наличие дефекта внешности/высокие социальные навыки», были наиболее позитивными, а сформированные ими впечатления относительно интервьюера наиболее благоприятными. Поведение и оценки участников были наименее благоприятными в сочетании «дефект внешности/низкие социальные навыки», а самыми высокими были оценки при условии «отсутствие дефекта внешности/высокие социальные навыки», чуть ниже их — «отсутствие дефекта внешности/низкие социальные навыки». Полученные результаты открывают дорогу для поиска эффективных методов стимулирования более позитивных переживаний в рамках социальных взаимодействий.

### **Видимые отличия и личные отношения**

В дополнение к трудностям при первоначальном взаимодействии с незнакомцами некоторые люди с физическими недостатками сообщают о негативном влиянии их внешности на более долговременные отношения. Кент (*Kent*, 1999) рассматривает трудности, которые могут возникнуть в результате проблем с прикосновениями у людей с кожными заболеваниями, и размышляет об их связях с последующим снижением самооценки. Ряд исследований показывает, что некоторые люди с физическими недостатками прячут их от близких друзей и даже родителей; например, Лэниган и Коттерилл (*Lanigan and Cotterill*, 1989) сообщают, что 9% участниц обследованной ими женской выборки скрывали свои родимые пятна даже от партнеров. Когда видимое отличие возникает в контексте устоявшихся отношений, возникающие проблемы чаще всего связаны с человеком, имеющим это отличие. Гамба и его соавторы (*Gamba et al.*, 1992) сообщают, что ухудшение сексуальных отношений с партнерами после хирургического лечения рака головы и шеи наблюдается у 74% пациентов. Портер с коллегами (*Porter et al.*, 1990) изучили сексуальные отношения людей с таким заболеванием, как витилиго. Половина респонден-

тов, сообщивших о снижении сексуальной активности, сказали, что это связано с их собственным беспокойством и чувством неловкости, а не реакциями партнеров. Рэмси и О'Риган (*Ramsey and O'Reagan, 1988*) выяснили, что 50% их выборки из числа людей с псориазом рассказывают о схожих последствиях.

Существуют сведения о том, что люди, страдающие расщелиной губы и неба, вступают в брак в более позднем возрасте, чем их сверстники без этого заболевания, и что они могут испытывать меньшее удовлетворение в браке, чем представители контрольных групп (*Peter and Chinsky, 1974*). Некоторые специалисты высказывают предположение о том, что негативные самооценки могут привести некоторых людей с видимыми отличиями к выбору неподходящего партнера из-за страха, что для них варианты выбора могут быть ограничены. Джон Сторри, который родился с серьезным пороком развития челюсти, написал:

Я умный и нежный человек, но должен признать, что не могу иметь глубоких, приносящих удовлетворение и интимных отношений... Я не могу быть любимым и не могу любить... Мне говорят, что личные качества важнее внешности. Это правильное утверждение, но оно не учитывает один важный фактор. Я думаю, что невозможно стать привлекательной личностью с поврежденным лицом

(Цитируется по: *Lansdown et al., 1997*)

Хотя исследования фокусируются главным образом на проблемах, связанных с установлением и сохранением приносящих удовлетворение дружеских и других отношений, для всей группы людей с видимыми отличиями эти переживания, без сомнения, не имеют универсального характера. Факторы, повышающие или снижающие риск проблематичных социальных переживаний, рассматриваются в главе 5.

## Старость

Существует очень мало исследований, посвященных влиянию дефектов внешности на пожилых людей. Увеличение средней продолжительности жизни и совершенствование системы здравоохранения означают, что все большее количество пожилых людей живет с видимыми отличиями или изменениями внешности, вызванными хирургическим или медицинским лечением. В отсутствие результатов исследований многие специалисты предполагают, что преклонный возраст «дарит» защиту от тревог, связанных с внешностью. Однако в своей неопубликованной диссертации Спайсер (*Spicer, 2002*) приводит данные, которые показывают, что сложившаяся картина гораздо сложнее. 70 посетителей дерматологической клиники в возрасте 65 лет или старше заполнили стандартные оценочные листы и прошли полуструктурированные интервью. В сравнении с балльными результатами людей в возрасте от 18 до 21 года и людей среднего возраста, посещавших похожую клинику, у группы пожилых людей средние уровни беспокойства, социальной тревоги и социального избегания были ниже; однако были отмечены различия внутри выборки, одна треть опрошенных сообщила, что у них наблюдаются высокие уровни дистресса и беспокойства, связанного с внешностью. Среди членов этой группы были



широко распространены чувства смущения и неловкости, а также сообщения об избегании социальных видов деятельности и негативном влиянии на отношения. Большинство пожилых участников исследования считали, что внешний вид все еще имеет значение; однако они также говорили о том, что фокус их беспокойства сместился с желания выглядеть «привлекательно» на «пристойно», — они хотели иметь чистый, опрятный и умный вид. Многие думали, что клинические врачи уделяют недостаточно внимания их тревогам по поводу внешности. При планировании мероприятий по улучшению медицинской помощи (см. главу 7) необходимо учесть потребности пожилых людей.

### **Физический недостаток как основной фактор стресса на протяжении всей жизни**

Лэнсдаун и его коллеги (*Lansdown et al., 1997*) описывают физический недостаток и его лечение как основной фактор, вызывающий стресс в повседневной жизни человека, а Миддлтон (*Middleton*, в личной беседе) развивает эту идею и распространяет ее на всю жизнь. Видимое отличие может быть концептуализировано как постоянный фактор, вызывающий стресс, который непрерывно требует обращения к энергетическим резервам и копинг-ресурсам. Процент времени его действия может варьировать от довольно небольшого, когда в других аспектах жизни все идет хорошо, до значительного, что происходит, например, после первоначального появления данного фактора или во время хирургического вмешательства. Когда возникают другие жизненные стрессы и напряженные моменты (типичные для определенной стадии жизни или вызванные каким-либо важным событием, таким как разрыв отношений), значимость дефекта внешности может усилиться, а в некоторых случаях он может оказаться в центре внимания или стать «приманкой» для других проблем. Клинический опыт показывает, что переходный период может стать особенно тяжелым для людей с физическими недостатками, в особенности если это связано со сменой социальных групп (например, переездом в новый дом, сменой школы, уходом из школы/дома, началом учебы в колледже, университете и т. д.). Эти переходные периоды создают возможности для эффективного лечения и психологической поддержки (см. главу 6 и 7).

### **Влияния, связанные с определенным заболеванием**

Несмотря на удивительное сходство переживаний у людей с широким спектром видимых отличий, существует ряд специфических влияний — следствий определенных заболеваний. Причины возникновения дефектов внешности могут быть самыми разнообразными, поэтому в данном обзоре невозможно рассказать обо всех влияниях, связанных с конкретными болезнями. Соответственно мы выбрали примеры, дающее представление об огромном количестве заболеваний, для которых исследование внешности имеет особое значение, — и те области, в которых были собраны обширные данные, позволяющие делать достаточно уверенные выводы. Большая часть исследований, связанных с врожденными заболеваниями, посвящена расщелинам губы и нёба. Так как эти исследования были подробно описаны в пре-

дыдущем разделе о проблемах, возникающих на протяжении жизни, здесь мы не будем рассматривать этот вопрос повторно.

## **Рак**

Многие люди, больные раком, не только испытывают страх возможной угрозы жизни, но и чувствуют сильный дистресс от нарушения и изменения своего внешнего вида в результате заболевания и его лечения.

Некоторые изменения внешности, связанные с раком, имеют временный характер (например, потеря волос) или могут корректироваться (например, реконструктивная хирургия после мастэктомии), в то время как другие имеют постоянный характер (ампутация) и могут влиять не только на внешность, но и на работоспособность (White, 2002). Изменения внешности могут служить ярким и постоянным напоминанием о болезни и ее лечении, а также являться источником страха, что рак может вернуться (White, 2002). В целом уровень проблем с телесным образом у пациентов, больных раком, не имеет достаточного документального подтверждения и индивидуальное влияние изменений внешности может недооцениваться, возможно, потому, что пациенты боятся, что неуместно сообщать о подобных тревогах, когда они должны думать в первую очередь о выживании и стараться победить болезнь (Hopwood and Maguire, 1988).

Большинство доступных нам материалов исследований сконцентрировано на вопросах телесного образа и внешности у пациентов с раком головы и шеи, раком груди или использующих стому, в то время как другим диагнозам уделяется достаточно незначительное внимание. Раковые пациенты представляют собой разнообразную и неоднородную группу (Zabora et al., 2001), поэтому необходимо проводить больше исследований, учитывающих специфические переживания, связанные с внешностью, у участников различных диагностических, прогностических и лечебных групп. На сегодняшний день в исследовательской литературе очень мало внимания уделяется влиянию на внешность доброкачественных опухолей, однако они могут быть предметом серьезного беспокойства для имеющих их людей. Эти пациенты могут проходить лечение, приводящее к появлению рубцов, похожих на те, что появляются у больных со злокачественными опухолевыми образованиями. Реализация программы рентгеноскопии груди Государственной службы здравоохранения Великобритании привела к росту числа женщин, которым был поставлен такой диагноз, как преинвазивная протоковая карцинома — заболевание, которое в дальнейшем может развиться или не развиться в рак груди. У женщин с диагнозом «преинвазивная протоковая карцинома» есть два варианта выбора: они могут «сидеть и ждать» возникновения рака груди или решиться на хирургическое удаление области протоковой карциномы с помощью мастэктомии или лампэктомии (с использованием радиотерапии и/или реконструктивной хирургии или без него). Таким образом, хотя женщин и убеждают в том, что у них еще нет злокачественной опухоли, им предлагают лечение, которое аналогично проводимому при раке груди и которое может оказать серьезное влияние на телесный образ и внешность. Если достаточно ограниченные данные исследований в этой области сфокусиро-

ваны на удовлетворенности информацией, а также предоставляемой поддержкой и лечением (*Bluman et al., 2001; Brown et al., 2000; De Morgan et al., 2002*), то в нашем исследовании (*Harcourt and Griffiths, 2003*) главное внимание уделяется угрозе и дилеммам, которые несет с собой это заболевание, включая влияние на внешность:

У меня есть подруги, больные раком, и все они перенесли удаление опухоли молочной железы... Я никогда в жизни не думала, что мне придется прибегать к мастэктомии, поэтому я отреагировала на самом деле не на диагноз, а на предложение провести мастэктомию.

Все наиболее распространенные формы лечения рака (хирургия, химиотерапия, радиотерапия и медикаментозная/гормональная терапия) могут оказывать влияние на внешность.

### Хирургия

Многие пациенты проходят целый ряд хирургических процедур с целью диагностирования и удаления злокачественной опухоли и впоследствии прибегают к реконструктивной хирургии для восстановления внешности и/или функционирования, которые были у них до операции (см. главу 6). Радикальное хирургическое вмешательство приводит к образованию рубцов и, кроме того, может стать причиной утраты какой-либо функции, появления лимфедемы (отека тканей) и необходимости использования протезов или специальных приспособлений (например, наложению стомы). Принято считать, что радикальные хирургические операции оказывают более сильное психологическое воздействие, чем менее инвазивная или обезображивающая хирургия. Например, результаты исследований показывают, что у женщины с раком груди, которые перенесли лампэктомию (хирургическое удаление опухоли и окружающих ее тканей), наблюдается более позитивный послеоперационный телесный образ и большая удовлетворенность своим телом, чем у женщин, которые перенесли мастэктомию (полное удаление тканей груди) (см. *King et al., 2000; Moyer, 1997*). Тем не менее лампэктомию все же приводит к рубцеванию и может оказывать очевидное влияние на внешность и телесный образ (*Hall and Fallowfield, 1989*), поэтому пациенты, которые предпочитают лампэктомию мастэктомии в надежде, что менее радикальное хирургическое вмешательство не изменит внешний вид их груди, могут быть разочарованы результатом (*Fallowfield and Clarke, 1991*).

### Химиотерапия

Быстрое облысение (потеря волос) нередко становится чрезвычайно травмирующим переживанием и для многих тем побочным эффектом химиотерапии, который вызывает наибольший страх (*Batchelor, 2001*). В своей работе Росман (*Rosman, 2004*) сообщает о результатах качественного исследования переживаний пациентов, связанных с потерей волос после химиотерапии, и показывает, как изменения внешности усиливают восприятие участниками самих себя как больных раком и их тревогу по поводу того, что теперь об их болезни известно всем. Участники исследования рассматривали потерю волос как событие, стигматизирующее их, но для многих это была «цена, которую необходимо заплатить за исцеление» (с. 336).

Использование париков с целью скрыть или замаскировать такое изменение может оказаться не самым простым решением, так как некоторые пациенты упоминают, что парики выглядят неестественно, усиливают ощущение отличия от других (*Williams et al.*, 1999) и создают проблемы в отношении того, когда обнародовать факт потери волос (*Rosman*, 2004). Негативное влияние химиотерапии может ослабевать, когда волосы начинают отрастать заново (*Pendley et al.*, 1997), однако в этом случае пациентам, возможно, придется и дальше адаптироваться к измененной внешности, если вновь отросшие волосы будут иметь иную структуру и цвет.

Химиотерапия может также привести к значительным изменениям веса тела, которые сложно скрыть или замаскировать, а также к тошноте и рвоте, которые могут восприниматься как признаки возвращения заболевания или нового рака (*Price*, 1992). Кроме того, пациенты могут считать средства, с помощью которых проводится химиотерапия (например, катетеры Хикмана и частые инъекции), назойливыми и угрожающими целостности тела.

### *Радиотерапия*

Сильная усталость, которая, как правило, сопровождает лечение с помощью радиотерапии, может мешать повседневному функционированию, отражаясь на телесном образе. Такие побочные эффекты также могут быть интерпретированы как симптомы сохранения рака. Кроме того, у некоторых пациентов возникают кожные реакции на радиотерапию, для лечения которых требуется длительное время и которые могут стать причиной появления постоянных рубцов

### *Гормональная терапия*

Стероидная и гормональная терапия, предназначенные для замедления роста злокачественной опухоли, может оказать плачевное воздействие на внешность человека. Так, побочным эффектом медикаментозных препаратов, используемых в качестве стандартного средства лечения при раке груди, может стать появление симптомов, похожих на менопаузные, в том числе прибавка веса и приливы. Пациенты с раком предстательной железы, проходящие лечение с помощью гормональной терапии, рассказывают о том, что связанные с лечением изменения их внешности создают физическую и эмоциональную отдаленность между ними и их супругами (*Navon and Morag*, 2003).

Подводя итоги, можно сказать, что все виды лечения рака могут оказать губительное влияние на различные аспекты внешности, восприятие и работоспособность. Эти процессы могут проходить более сложно для тех пациентов, при лечении которых используется комбинация различных видов терапии. Сложно предсказать, какое точно влияние окажет лечение на конкретного человека. В то время как многие пациенты считают, что изменившаяся внешность является довольно низкой платой за лечение смертельного заболевания, для других этот аспект их болезни имеет очень травмирующий характер. Исследователей и клинических специалистов, работающих в данной области, критикуют за отсутствие внимания к важности того, какое ценностное значение человек придает той части своего тела, которая поражена раком (*White*, 2002; см. также главу 2). Еще очень многое предстоит

узнать о влиянии изменений телесного образа, связанных с прохождением лечения, и о том, как эту ситуацию можно улучшить (см. главы 6 и 7).

## **Ожоги**

*(с участием Клэр Филлипс)*

Хотя некоторые ожоговые повреждения могут быть предумышленными (например, как разновидность причинения вреда самому себе), подавляющее большинство из них появляется неожиданно и непредвиденно. Ежегодно в Великобритании примерно 175 тыс. человек обращаются с ожогами в приемные отделения «скорой помощи» и 13 тыс. из них поступают в больницы (по данным отчета Национального комитета по изучению ожоговых заболеваний за 2001 г.). В сравнении с другими формами травматических повреждений ожоги чаще становятся причиной обширного ушерба, функциональных нарушений и физических недостатков, а неожиданные и быстрые изменения внешности в результате ожогов создают целый ряд специфических проблем. Кроме того, причина несчастного случая, приведшего к ожогам, может быть связана с действиями или бездействием самого пациента, членов его семьи или других людей, присутствовавших при несчастном случае. Повлиять на эмоции и стресс, связанные с обстоятельствами получения повреждения, может быть очень сложно.

Человеку с ожоговыми повреждениями, как правило, предстоит пройти целый ряд этапов лечения. После срочных мер сразу после несчастного случая необходимо в первую очередь закрыть открытые раны, используя для этого пересадку кожи или стимулируя регенерацию кожного покрова. Для этого периода необходим контроль инфекции и боли, а также частая вызывающая стресс смена повязок. Пациенты и члены их семей должны понять, что хотя на раннем этапе лечения ожоги от огня или кипящей жидкости выглядят очень плохо, в дальнейшем их внешний вид улучшается. Возможно, первоначально пациентам не следует позволять смотреть на полученные ими лицевые ожоги, пока опухоль не уменьшится и ожог немного не заживет. На этом этапе пациенты могут искать подсказки о степени имеющихся у них повреждений в реакциях посещающих их родственников и друзей.

Человек с ожоговыми повреждениями может быть направлен в группу лечения рубцов (*Scar Management Team*), чтобы попытаться минимизировать нежелательные аспекты ожоговых рубцов (характерная выпуклость или ограничение в движениях в результате рубцевания). Это может предполагать необходимость носить сделанные на заказ и плотно подогнанные герметические повязки, предотвращающие разрастание рубца и образование бугров. Ирония заключается в том, что герметические повязки, предназначенные для минимизации заметности рубцовой ткани, сами могут стать источником любопытства посторонних людей. Герметические повязки, которые носят поверх лицевых ожогов, могут напоминать маску и вызывать очень заметную реакцию со стороны других. На строгость соблюдения предписаний по использованию таких повязок может негативно влиять и то, что пациенту не нравится их внешний вид.

После довольно продолжительного периода госпитализации переживания по поводу внешнего вида ожога могут выйти на первый план в связи с тем, что паци-

ент возвращается домой и там сталкивается с реакцией других людей на свою изменившуюся внешность:

Мне надоело отвечать одно и то же и всем все объяснять Тебе кажется, что когда ты встречаешься с кем-то, то ты должен рассказать этим людям все о случившемся с тобой несчастье, потому что в конце разговора они все равно зададут этот вопрос и тебе придется рассказывать о том, что с тобой произошло

(Мужчина, 48 лет)

А после несчастного случая она не подходила ко мне, и это задевало меня. Она [внучка] очень боялась, когда видела меня в таком виде.

(Мужчина, 53 года)

Беспокойство может быть вызвано тем, что ожоги ошибочно считают заразными:

Я не хочу, чтобы люди медлили войти в бассейн только потому, что (*пауза*) я прыгаю в воду и они думают: тьфу, как бы мне от него чем-нибудь не заразиться, или что-то типа этого. Знаете ли, другие люди легко понимают что-то неправильно.

(Мужчина, 39 лет)

Обожженный человек или родители ребенка, получившего ожоги, могут пытаться скрыть повреждения с помощью одежды, чтобы предотвратить нежелательные вопросы и взгляды. Кроме того, места ожогов следует защищать от солнечных лучей, так как новая кожа очень тонкая и чувствительная к вредным ультрафиолетовым лучам. Соответственно человеку может казаться, что он обращает на себя внимание неподходящей по сезону одеждой, такой как длинные брюки или рукава, или большим количеством солнцезащитного крема.

Внешний вид ожогового повреждения постепенно меняется на протяжении периода от 18 месяцев до двух лет, в течение которых происходит формирование рубцов. Рубцы приобретают более бледный цвет и становятся менее твердыми и заметными. Однако в течение этого периода пациенты не знают, каким будет окончательный результат, поэтому у них часто наблюдается беспокойство по поводу текущего и будущего внешнего вида рубцов. В процессе изменения человека, получившего ожоги, может поддерживать надежда на то, что к концу лечения рубцы будут выглядеть лучше. Представления об ожидаемом окончательном результате могут быть нереалистичными, и адаптация к изменившейся внешности может неосознанно замедляться. Кроме того, рубцы могут служить постоянным напоминанием о психологической травме, связанной с повреждением и лечением: «Иногда я смотрю на него, когда мою в ванне или вообще, и я думаю, понимаете, это как постоянное напоминание, которое я вижу, и тогда появляются мысли о том, как было бы хорошо, если бы у него была гладкая кожа» (мать пациента, мальчика в возрасте 2 лет).

В выборке Клэр Филипс, состоящей из 66 взрослых людей с ожоговыми повреждениями, уровни социального функционирования объясняли 76% различий в психологическом функционировании после получения ожога ( $\beta = +0,6, p < 0,01$ ), а собственные оценки привлекательности служили вторым по важности фактором прогнозирования психологического функционирования ( $\beta = +0,4, p < 0,01$ ). Уровни обеспокоенности внешностью (оцениваемые по Опроснику внешности Деррифор-

да) в выборке из взрослых людей с ожогами были значительно выше по сравнению с выборкой из населения в целом ( $z = 2,05, p = 0,02$ ). Хотя раннее возвращение на рабочее место может считаться показателем хорошей адаптации (*Questad et al., 1988*), люди с ожогами могут считать, что их изменившаяся внешность будет влиять на их работу, снижая желание выполнять задания, связанные с общением с людьми, подрывая шансы на продвижение по службе или заставляя их оставаться на старом месте работы, где их хорошо знают:

Я думаю, что это мешает мне чувствовать себя уверенно и общаться во время интервью... ну... потому что я прекрасно осознаю, как выгляжу. И поэтому я думаю, что это будет для меня помехой, но я также думаю, что... ну... люди могут смотреть на меня и судить обо мне по тому, как я выгляжу, и именно из-за этого они вряд ли захотят дать мне работу... Я не готова поменять фирму только потому, что чувствую себя более безопасно с людьми, которых знаю и которые понимают, что со мной случилось

(Женщина, 22 года)

Несмотря на все эти проблемы, исследования показывают, что многие возвращаются на свои прежние должности и с различной степенью успешности адаптируются к своей предыдущей жизни (*Blakeney et al., 1988; Meyers-Pall et al., 2000*). Адаптация к ожогам представляет собой многоаспектный и сложный процесс, который происходит длительное время и включает в себя социальные факторы, присущие человеку личностные особенности (такие, как характер, устойчивость, мировоззрение и оптимизм), индивидуальные характеристики ожога (такие, как местоположение и его заметность, а также обстоятельства, при которых он появился), восприятие пострадавшим человеком серьезности ожога и заметности для других людей (*Kleve and Robinson, 1999*) и уровень или объем необходимого хирургического вмешательства (см. главу 5).

### **Кожные заболевания**

Кожа — это самый большой орган человеческого тела. Ее состояние отражает общий статус нашего здоровья и может указывать на целый ряд проблем, включая эмоциональный стресс, аллергические реакции, недостаток сна, плохой рацион питания или привычки в еде. Пападопулос и ее коллеги описывают это как «дверь к физическим и психологическим проблемам и процессам» (*Papadopoulos et al., 1999b*). Это видимый критерий, по которому мы судим о других людях и самих себе. Уродующие кожные заболевания могут быть врожденными или приобретенными и вопреки распространенным стереотипам не являются прерогативой подростков. Распространенность таких заболеваний увеличивается с возрастом, и есть сведения о том, что 10% людей в возрасте старше 70 лет страдают одновременно 10–15 кожными болезнями (*Kligman, 1989*).

Кожные заболевания могут быть прогрессирующими (например, витилиго) или флуктуирующими. Для многих проблему составляет невозможность прогнозировать течение большинства дерматологических заболеваний, так как это означает, что страдающие ими люди должны быть в любое время готовы к возможным ухудшениям и вспышкам болезни. Тем не менее из-за того, что большинство заболеваний кожи не представляет угрозу для жизни человека (*Papadopoulos et al., 1999*),

специалисты в области здравоохранения нередко рассматривают их как преимущественно косметическую проблему. В связи с этим их психологическое воздействие не принимается во внимание и часто считается несерьезным. Ку (Coo, 1995) говорит о том, что психологические последствия утренней сыпи являются наиболее неприятными аспектами данного заболевания для большинства пациентов, и вполне разумно предположить, что эти слова могут быть в равной степени отнесены ко многим другим болезням кожи.

Хотя некоторые психологические проблемы (например, социальная тревога и социальное избегание) наблюдаются при самых разных дерматологических заболеваниях, важно не упустить из вида дополнительные проблемы, связанные с каждой конкретной болезнью (например, ломкость кожи и проблемы прикосновений при таком заболевании, как буллезный эпидермолиз). Если заболевание связано с образованием волдырей на коже, ее шелушением или образованием чешуек, то больные не могут использовать грим для того, чтобы скрыть свою болезнь. Такие люди возлагают большие надежды на использование одежды, хотя с этим связаны свои проблемы (например, укрытие рук и ног летом; Porter et al., 1986; см. также главу 6, о маскировочных услугах).

В последнее время объектом пристального внимания специалистов стали возможные связи между стрессом и прогрессированием кожных заболеваний. Пападопулос и ее коллеги (Papadopoulos et al., 1998) провели ретроспективное, перекрестное исследование для изучения влияния жизненных событий на начало развития витилиго у взрослых. Было проведено сравнение количества стрессовых событий, которые произошли за предыдущий год у больных витилиго, с данными, полученными в контрольной группе, состоящей из людей с другими заболеваниями, меняющими внешность (дистрофический буллезный эпидермолиз и невус), которые были выбраны, потому что считается, что они не связаны со стрессом. Люди, больные витилиго, пережили гораздо большее количество стрессовых жизненных событий, чем представители контрольной группы. Полученные результаты позволили авторам сделать вывод о том, что люди рождаются с генетической предрасположенностью к данному заболеванию, развитие которого может ускоряться под действием психологической травмы, вызванной стрессовым событием. Хотя данная интерпретация предполагает, что все, кто переживает определенное событие, находят его стрессовым, результаты исследования способствуют включению техник управления стрессом в любой комплексный вид лечения (см. главу 7).

### **Ревматоидный артрит**

Для ревматоидного артрита характерны боль, потеря функциональных способностей, неопределенность в плане прогрессирования заболевания и изменение внешности, в том числе распухшие суставы. Однако специалисты уделяют довольно мало внимания проблемам, связанным с вопросами телесного образа и внешности у людей, страдающих этим хроническим заболеванием. Исключение составляет исследование Рамси и ее коллег (Rumsey et al., 2002), в ходе которого они провели изучение переживаний по поводу внешности у 57 амбулаторных пациентов с ревматическими заболеваниями. Они сообщили, что у участников их исследования



уровни тревоги и депрессии были выше, чем у многих других групп пациентов с видимыми отличиями, включая ожоги, рак головы и шеи и глазные заболевания. Участники, у которых наблюдались более высокие уровни дистресса, говорили о смущении, связанном с внешним видом их суставов, и беспокойстве по поводу повреждений и обесцвечивания кожи. Они считали, что их заболевание очень заметно для других людей. Также 72% опрошенных сообщили, что избегают различных видов деятельности, включая плавание, примерку одежды в общих примерочных и сокращение числа социальных видов деятельности.

Вамос (*Vamos, 1990*) изучил значение переживаний в сфере телесного образа, связанных с внешним видом рук, среди 80 амбулаторных больных женского пола, страдающих ревматоидным артритом. Участницы исследования отмечали, что внешний вид их рук вызывал реакцию у других людей, например жалостливые взгляды, и это вызывало у них негативные переживания, похожие на те, о которых рассказывают люди с лицевыми дефектами. Участницы вспоминали возникающее у них чувство стыда или гнева. Негативные чувства по поводу внешнего вида артрических рук были важным фактором прогнозирования желания воспользоваться услугами хирургии вне зависимости от возраста, продолжительности заболевания, силы кистевого схвата и объективных оценок внешнего вида рук. В отличие от исследований лицевых дефектов заболеваниям, при которых страдают руки, уделяется очень мало внимания (см. *Rumsey, 2003b*). Однако, так же как и лицо, руки очень хорошо видны при социальном взаимодействии и их внешний вид бывает сложно скрыть.

Бен-Товим и Уолкер (*Ben-Tovim and Walker, 1995*) занимались изучением связанных с телом установок женщин с многолетними приобретенными или врожденными заболеваниями, влияющими на внешний вид или функционирование тела. Они включили в свое исследование женщин с ревматоидным артритом (которые классифицировались как «имеющие дефект внешности и нетрудоспособные»); кожными заболеваниями (которые считались «имеющими дефекты внешности, но трудоспособными»); группу с видимой деформацией кровеносных сосудов, включая капиллярные гемангиомы, и группу больных диабетом. Все участники были женского пола, потому что использованный в этом исследовании Опросник установок в отношении тела (*Body Attitudes Questionnaire, BAQ*) был разработан специально для женщин. Сравнение проводилось с участницами большой выборки из числа жительниц Южной Австралии, сходных по возрасту, весу и росту. Ни одна из участниц контрольной группы не имела заболеваний, связанных с потерей трудоспособности или приводящих к дефектам внешности, т. е. заболеваний, сопоставимых по тяжести с теми, которые были у женщин из клинических групп. Все женщины, страдавшие каким-либо заболеванием, считали себя менее привлекательными для представителей другого пола, чем участницы контрольной группы, но это различие было значимым только для группы страдающих диабетом. Среди больных ревматоидным артритом раннее начало развития болезни было в значительной степени связано с более активным неприятием тела и беспокойством по поводу веса и фигуры. Основным детерминантом установок в отношении тела был возраст, в котором началось развитие заболевания, а не его длительность; при этом те, у кого оно возникло в раннем подростковом возрасте, давали своему телу более негативные

оценки. Участницы, которым был поставлен диагноз «юношеский ревматоидный артрит», субъективно чувствовали себя более толстыми, чем представительницы контрольной группы с тем же весом, и среди них были широко распространены негативные оценки собственного тела. Авторы высказали предположение, что соответствующие методы психологической поддержки, включая психотерапию при обеспокоенности внешностью, могут помочь людям, страдающим ревматоидным артритом, в особенности тем, кому этот диагноз был поставлен в подростковом возрасте

### **Нанесение татуировок**

Постоянные отличительные знаки на коже использовались как средство изменения тела на протяжении многих столетий, хотя сам термин «татуировка» впервые был использован только в XVIII в. (*MacLachlan, 2004*). Раньше татуировки ассоциировались с непокорностью и могли указывать на принадлежность к какой-либо группе и на социально-экономический статус, однако в наши дни все больше людей считает их нанесение допустимым (*MacLachlan, 2004*). Если двадцать лет назад в Великобритании насчитывалось 100 тату-салонов, то к 2004 г. их количество возросло до 1500 — сегодня даже у куклы Барби есть татуировка на животе. Существует множество мотиваций для нанесения татуировок, в том числе желание изменить тело, самовыражение и творчество, хотя этот процесс связан с определенными рисками для здоровья в виде слабого заражения крови, возможных инфекций и передачи заболеваний с летальным исходом (например, ВИЧ и гепатит С) (*Armstrong and Murphy, 1997*). Впоследствии немалое количество людей начинает сожалеть о своем решении и выражает сильное желание удалить татуировку. Удаление татуировки с помощью лазера, дермабразии или срезания кожи представляет собой длительный, болезненный и дорогостоящий процесс. При этом необязательно происходит полное уничтожение ее следов и человек может получить вместо татуировки область рубцевания.

Рамси с коллегами (*Rumsey et al., 2004*) выявили высокие уровни дистресса и сожалений, связанных с внешностью, в выборке из 25 человек, посетивших частную клинику по удалению татуировок. Участники исследования продемонстрировали удивительно высокие уровни общей тревоги, социального избегания и социальной тревоги, которые значительно превышали те, что были выявлены у пациентов с ожогами, раком головы и шеи и кожными заболеваниями. В использованной выборке были широко представлены чувство неловкости и смущения, и большинство ее участников считали, что татуировки заставляют других людей негативно воспринимать их носителей.

### **Вывод**

В заключение можно сказать, что видимые физические недостатки создают множество серьезных проблем. Хотя причиной появления видимых отличий могут стать самые разные заболевания, однако переживания людей, имеющих такие дефекты, имеют больше сходств, чем различий. Поражает также общность в пережива-

ниях всех людей, проявляющих беспокойство по поводу своей внешности, — возникают ли они в результате объективного физического недостатка или нет, — причем наиболее часто упоминаются проблемы, связанные с негативным самовосприятием и сложностями в социальных взаимодействиях. Хотя в прошлом исследователи, изучающие тревоги населения в целом, и те, кто работает в области дефектов внешности, рассматривали их как две отдельные области, сегодня есть веские аргументы, что беспокойство по поводу внешности нужно изучать на всей популяции населения.

Работы, посвященные влиянию видимых отличий, дают нам представление о тех людях, которые более подвержены риску переживаний по поводу своего телесного образа, низкой самооценки и проблем с социальным взаимодействием; однако дефекты внешности влияют на всех по-разному. Процентное соотношение тех, кто испытывает серьезное психологическое беспокойство, различается в зависимости от групп участников (те, кто активно стремится к лечению, или выборки, составленные в сообществах), размера выборки (часто очень маленькой) и используемых критериев оценки (см. главу 2; *Newell, 2000a*). Тем не менее большинство исследований показывает, что от 30 до 50% людей, проходящих лечение в больницах, имеют очень высокий уровень дистресса, связанного с внешностью. Результаты исследований также свидетельствуют о том, что другие люди эффективно справляются со своим отличием и придают ему меньшее значение, а некоторые приходят к убеждению, что могут использовать его наилучшим образом (*Partridge, 1990; Rumsey, 2002a*). По результатам качественного исследования, 46% выборки из людей с ампутированными конечностями считали, что в результате ампутации с ними произошло что-то хорошее (*Gallager and MacLachlan, 2000*). Они были убеждены, что пережитый ими опыт изменил их установки по отношению к жизни, повысил их уверенность, терпение и уровень удовлетворенности, а также содействовал развитию способностей к более эффективному совладанию. Некоторые отметили, что этот опыт «сформировал их характер». Среди всех негативных материалов, посвященных псориазу, можно выделить книгу Гинзберга и Линк (*Ginsberg and Link, 1989*), в которой приводятся примеры позитивных установок у некоторых людей, страдающих этим заболеванием. В отличие от других людей, больных псориазом, они не согласны с представлением о том, что другие люди из их социального круга отвергают их из-за имеющегося у них кожного заболевания, и проявляют оптимизм в отношении многих аспектов своей жизни.

Было бы очень заманчиво дать покой нашим возбужденным исследовательским мозгам и поделить людей с дефектами внешности на тех, кто справляется с ними «позитивно» или «негативно», однако совершенно очевидно, что повседневная жизнь многих людей характеризуется сложным взаимодействием различных переживаний. Эндриус (*Andrews, 1998*) утверждает, что у людей могут присутствовать как позитивные установки в отношении самих себя, так и негативные и что самооценка может меняться в зависимости от времени и ситуации. Степень колебаний людей между относительной адаптацией и дистрессом еще предстоит изучить, но, несмотря на то что потребуется еще несколько лет для понимания этих процессов, исследователи уже начали подробно описывать факторы, которые могут усилить дистресс или оградить людей от переживаний по поводу внешности. Об этих факторах мы поговорим в главе 5.

## Резюме

- Определение границ того, что является, а что не является физическим недостатком, — достаточно сложная задача.
- Видимые отличия могут возникать вследствие самых разных причин, в числе которых врожденные и приобретенные аномалии, травмы, заболевания и последствия хирургических операций.
- Наиболее распространенные проблемы, с которыми сталкиваются люди с видимыми отличиями, связаны с негативным самовосприятием, страхом негативных оценок со стороны других и сложностями при социальных взаимодействиях.
- От 30 до 50% людей, посещающих больницы для лечения заболеваний, ведущих к дефектам внешности, испытывают серьезные психологические проблемы, связанные с их внешним видом.
- Проблемы могут зависеть от стадии развития и влияния конкретных заболеваний, однако у людей с различными видами дефектов внешности эти проблемы имеют больше сходств, чем различий.

## Темы для обсуждения

- Как бы вы определили понятие «физический недостаток»?
- Если бы у вас был очень заметный лицевой дефект, как бы вы строили контакт с незнакомым человеком?
- Какие есть сходства и отличия в характере и влиянии переживаний по поводу внешности у людей, имеющих и не имеющих объективные дефекты внешности?

## Литература для дальнейшего изучения

- Endriga, M. C., Kapp-Simon, K. A. (1999) Psychological issues in craniofacial care: state of the art. The Cleft Palate-Craniofacial Journal, 36: 3–9*
- Lansdown, R., Rumsey, N., Bradbury, E., Carr, T. and Partridge, J. (1997) Visibly Different: Coping with Disfigurement Oxford: Butterworth-Heinemann.*
- Newell, R. (2000a) Body Image and Disfigurement Care. London: Routledge.*
- Rumsey, N. and Harcourt, D. (2004) Body image and disfigurement: issues and interventions. Body Image, 1. 83–97.*



## Психологические факторы прогнозирования уязвимости и устойчивости

Исследования беспокойств по поводу внешности у людей с видимыми отличиями (и не только) уделяют основное внимание негативным переживаниям, выдвигая на первый план вредный для здоровья характер существующих проблем. Однако все больше данных говорит о том, что это только одна часть истории; например, 70% респондентов опроса с участием членов Ассоциации больных расщелиной губы и нёба, проведенного в Великобритании, отметили позитивные последствия данного заболевания для них (Cochrane and Slade, 1999). Штраусс (Strauss, 2001) ставит вопрос о том, почему, несмотря на многочисленные сложности и проблемы, описанные в литературе по этому вопросу, многие люди с черепно-лицевыми заболеваниями становятся эффективными, счастливыми и удовлетворенными личностями. Несмотря на то что дефект внешности может доминировать в жизни человека, очевидно, что значительный процент людей с видимыми отличиями хорошо с этим справляется. В последние годы среди специалистов растет интерес к изучению позитивных переживаний. Толчком для этого послужила информация из нескольких источников, в особенности от ряда активных защитников людей с физическими недостатками. Они считают «контрпродуктивным» отношение к дефектам внешности, ориентированное на проблемы и сложности. Кроме того, исследователи в области внешности из Великобритании и США активно интересуются возможностью «распутать клубок» факторов, способствующих адаптации.

### Альтернатива подходу, ориентированному на патологию

Для объяснения индивидуальных различий адаптации необходимо определить защитные факторы, действующие как буфер при чрезмерных или вредных для здоровья переживаниях по поводу внешности, и факторов, которые делают людей особенно уязвимыми для социального и культурного давления. Без понимания сложностей адаптации мы не можем предложить ничего, кроме простых средств поддержки для более позитивного совладания и более качественного лечения. Айзерман (Eiserman, 2001) считает, что мы обязаны учитывать позитивные аспекты жизни с дефектом внешности также с точки зрения этики. Он утверждает, что решения в области политики здравоохранения и лечения нельзя принимать, ори-

ентируясь только на тех, у кого есть проблемы; это следует делать на основе сбалансированного описания жизни людей с видимыми отличиями. Особенно интересные дискуссии на эту тему разворачиваются вокруг вопроса критериев оценок в исследованиях (см. главу 2). Большинство современных систем оценки можно охарактеризовать как негативные и сфокусированные на рисках психологической травмы и нарушении деятельности. Многие специалисты, работающие в Центре по исследованию внешности, испытывают беспокойство по поводу использования этих систем оценки, так как им кажется, что если до ответов на вопросы участники исследования могут не чувствовать себя подавленными, то вполне вероятно, что к завершению опроса это чувство у них появится! Исследования, в центре внимания которых находятся как позитивные, так и негативные переживания, требуют разработки новых, более сбалансированных систем оценки.

В связи со значительным сходством переживаний людей с дефектами внешности и без них (см. главы 3 и 4), в этой главе мы по возможности будем рассматривать вместе факторы, влияющие на устойчивость и дистресс в обеих группах. У такого подхода есть бесспорное достоинство — возможность рассматривать тревоги людей с видимыми отличиями в контексте «нормативных» уровней неудовлетворенности и обеспокоенности внешностью основного населения.

## Устойчивость

В попытке объяснить способы защиты человека от стресса и напряжения, связанных с жизнью с видимым отличием, некоторые исследователи фокусируют свое внимание на таком атрибуте, как «устойчивость». Купер (*Cooper, 2000*) определил устойчивость в контексте физического недостатка как «способность формировать уверенность в себе для противостояния социальным и психологическим давлениям», или, говоря другими словами, «способность выдержать сильные удары, пережить бурю и продолжать ценить самого себя, что бы ни произошло». Брэдбери (*Bradbury, в личной беседе*) предлагает интересное сравнение устойчивости со своего рода силовым полем, окружающим человека, — непроницаемым слоем, который отражает негативные реакции других людей и вездесущие сообщения средств массовой информации, восхваляющие выгоды красоты, не позволяя им причинить вред.

Составляющие устойчивости описываются по-разному, хотя в этих описаниях есть некоторые сходства. Мурадян (*Mouradian, 2001*) указывает на такие «важные» компоненты устойчивости, как позитивные представления о самом себе, эффективные социальные навыки и социальная поддержка, так как, по ее мнению, эти факторы отличают тех, кто хорошо справляется с черепно-лицевыми аномалиями, от тех, у кого эти же проблемы оказывают пагубное влияние на здоровье. Мейерсон (*Meyerson, 2001*) говорит о том, что на устойчивость влияют семейная поддержка, чувство юмора, самовосприятие, специальные навыки, решительность и создание социальных сетей. В своей работе Райт (*Wright, 2002*) рассказывает о качественном исследовании с участием восьми человек, результаты которого не были опубликованы, и называет три основных аспекта, характеризующих позитивное совладание. Это «устойчивая личность» (уверенность, высокий уровень коммуникабельности,

хорошее чувство юмора и предрасположенность к получению удовольствия от борьбы со сложностями); социальная поддержка со стороны членов семьи и друзей, которые подчеркивают нормальность, а не отличие; и наконец, эффективные социальные навыки. В ходе проведенного исследования Райт не выявила заметных отличий в этих аспектах у людей с врожденными или приобретенными физическими недостатками.

Сделанный Томпсоном и его коллегами (*Thompson et al.*, 2002) анализ переменных, которые могут быть причиной индивидуальных различий, включает в себя описание огромного числа социальных факторов, межличностных влияний, в том числе влияния сверстников, родителей и незнакомых людей, а также поведенческих и когнитивных процессов.

Используя данные широкой выборки населения, Алан Карр (*Carr*, 2004) называет четыре содействующих аспекта системы собственного «я», которые связаны с низкими уровнями беспокойности внешностью, а именно: сильную самооценку, самоэффективность, «функциональные» копинг-стратегии (которые, по мнению Карра, включают в себя оптимистический стиль атрибуции, эффективную социальную поддержку, позитивное использование медитации и релаксации, физические упражнения и когнитивные стратегии решения проблем, рефрейминга и отвлечения внимания), «адаптивные защитные реакции» и взгляд на жизнь, ориентированный на будущее. Карр (*Carr*, 2004) также упоминает теорию характерных черт и утверждает, что это исследование позволяет определить профиль высокоустойчивой личности, характеризующейся позитивной адаптацией по всем факторам Опросника *NEO-5*: экстраверсия (хорошая социальная адаптация и успех в межличностных отношениях); высокие уровни эмоциональной стабильности (хорошее психическое и физическое здоровье); открытость для опыта (связана с творческими способностями и сосредоточенностью); приятность (связана с альтруизмом и хорошими межличностными отношениями) и добросовестность (предсказывает хорошие результаты в учебе и профессиональной деятельности). Карр предполагает, что существуют нейробиологические корреляты, связанные с этим типом личности, а также дает общее описание их связей с субъективным благополучием.

Работа в данной области все еще находится в стадии становления, и непосвященным может показаться, что она полна неясностей. Например, еще предстоит рассмотреть среди многих других вопрос о том, следует ли воспринимать устойчивость как личностный навык, или как стратегию, или как ресурс совладания? Передается ли она по наследству? Какие ее аспекты могут быть приобретенными и появиться в результате научения? В эту многообещающую область исследований необходимо вкладывать больше инвестиций. Это позволит получить значительные результаты в виде все более полного понимания, так как многие убеждены, что по крайней мере некоторым соответствующим навыкам можно обучать и/или развивать их. Например, британская благотворительная организация *Changing Faces* настойчиво собирает результаты таких исследований, чтобы использовать их в своей работе. Основная цель этой организации заключается в том, чтобы дать людям, которые обращаются в нее за помощью, три вида устойчивости:

- поведенческая устойчивость (способность успешно взаимодействовать с другими людьми и управлять их реакциями на видимое отличие);

- когнитивная устойчивость (способность использовать разговоры с самим собой в поддерживающей и позитивной форме, постоянно опровергая свои собственные представления о том, что отличный от других внешний вид означает второсортное существование);
- эмоциональная устойчивость (способность хорошо относиться к самому себе и успешно справляться с трудностями).

Однако прежде чем мы вольемся в ряды сторонников идеи устойчивости, следует посмотреть на оборотную сторону этой медали. Нет ли потенциальной опасности в излишнем фокусировании на обязательном наличии у человека определенного типа устойчивости? Этот подход может приобрести форму субъективной оценки, проповедуемой «обращенными» (и хорошо адаптировавшимися), которые будут принуждать людей справляться со своими проблемами определенным образом, и это может привести к возникновению чувства вины в случае, если позитивной адаптации не произойдет.

## Факторы, усиливающие или ослабляющие дистресс

Не забывая о вышеперечисленных оговорках, давайте продолжим выявлять те факторы, которые усиливают или ослабляют дистресс и способствуют позитивному совладанию. В следующем разделе эти факторы сгруппированы следующим образом:

- физические факторы и факторы, связанные с лечением (включая этиологию, величину, тип и степень тяжести видимого отличия, а также историю лечения);
- демографические и социально-культурные факторы (включая возраст и стадию развития, пол, расовую принадлежность, социальный класс и культурную среду, а также влияние родителей, сверстников и средств массовой информации) и
- психологические факторы и процессы (включая самооценку и представление о самом себе, значение, придаваемое мнению других людей, когнитивные процессы и воспринимаемые уровни социальной поддержки).

## Этиологии и физические характеристики видимого отличия

Вопреки ожиданиям непрофессионалов и многих специалистов в области здравоохранения масса исследований, клинический опыт и личные отчеты свидетельствуют о том, что величина, тип и степень тяжести физического недостатка практически никогда не позволяют прогнозировать адаптацию (*Rumsey and Harcourt, 2004*). Индивидуальное субъективное восприятие человеком того, насколько заметно его отличие для других, служит лучшим фактором прогнозирования психологических отклонений и нарушений телесного образа, чем оценка беспристрастного наблюдателя или клинического специалиста (*Harris, 1997*).

В психологической литературе не прекращаются споры о том, какую роль в расстройстве телесного образа и психологической адаптации играет этиология види-



мого отличия, причем некоторые авторы с особой настойчивостью говорят о влиянии физических недостатков, присущих человеку от рождения, в отличие от тех, что приобретены в более поздние годы жизни. Ньюэлл (*Newell, 2000a*), проведший полезный анализ и критическую методологическую оценку соответствующих исследований, избегает упрощенческого разграничения. Он утверждает, что специалисты постоянно находят подтверждения того, что среди людей, имеющих физические недостатки с рождения или получивших их в результате случайного повреждения, наблюдается меньшее беспокойство, чем у тех, кто страдает кожными заболеваниями или имеет дефекты внешности, полученные в результате хирургического вмешательства. Однако подобных исследований проведено очень мало и их методологии, оценки и результаты не позволяют провести прямое сравнение.

Большинство исследователей согласно с тем, что обобщения, основанные на широкой категоризации «врожденного» и «приобретенного», отличаются ограниченной полезностью и от них следует воздерживаться. Ньюэлл и другие авторы указывают на то, что люди с врожденными отличиями могут иметь больше возможностей включить свою необычную внешность в собственный телесный образ, привыкнуть к реакциям других и освоить эффективные копинг-стратегии. Однако картина не так проста, потому что некоторые врожденные заболевания становятся причиной отличий, которые на протяжении жизни становятся все более заметными (например, нейрофиброматоз), в то время как другие, хотя и заметные при рождении, становятся менее очевидными в результате хирургического исправления (например, расщелина губы; краниосиностоз). Людям с приобретенными физическими недостатками приходится справляться с чувствами, связанными с обстоятельствами появления дефекта и потерей прежнего облика. Одновременно они осознают и принимают изменения своего телесного образа. Брэдбери (*Bradbury, 1997*) говорит о проблемах, связанных с неожиданным изменением внешности. Такие изменения могут привести к серьезному разрушению телесного образа у всех людей, а для многих стать причиной настоящего кризиса. Те, у кого видимое отличие появилось вследствие угрожающего жизни заболевания, такого как рак, могут подавлять свое беспокойство по поводу внешности, или оно, наоборот, может усиливаться необходимостью прохождения операции, которая становится ценой за излечение. В случае рака головы и шеи у пациентов также могут возникать послеоперационные проблемы, связанные с едой и речью, наряду со страхами возвращения болезни, которые могут усилить или ослабить переживания по поводу внешности.

Однако даже более специфическая категоризация, такая как «кожные заболевания», может не позволить увидеть важные различия. Портер с коллегами (*Porter et al., 1986*) сравнили две группы людей с такими кожными заболеваниями, как витилиго или псориаз, с контрольной группой. В обеих группах заболеваний была более низкая самооценка, чем в контрольной группе, но больные псориазом говорили о более высокой предубежденности окружающих, чем люди с витилиго, и в том числе упоминали пристальные взгляды и дискриминацию на рабочем месте. Они также продемонстрировали более низкие показатели в оценке адаптации к заболеванию. Исследователи предположили, что больший уровень трудностей в этой группе объясняется повышенной видимостью псориаза. Кроме того, есть свидетельства того, что флуктуирующие заболевания, такие как псориаз, могут создавать

сложности в связи с непредсказуемостью видимых проявлений болезни. В этом случае реакции других людей могут быть менее устойчивыми, поэтому люди, страдающие такими заболеваниями, должны быть готовы справляться с более широким спектром реакций.

Несмотря на то что в нескольких исследованиях показаны различия при сравнении двух или трех групп людей с конкретными заболеваниями, работа Рамси и ее коллег (*Rumsey et al., 2004*) по изучению уровней дистресса и благополучия, связанных с внешностью, на большой выборке амбулаторных пациентов с самыми разными видимыми отличиями не показала никаких явных связей между этиологией и дистрессом. Это исследование, напротив, выдвинуло на первый план степень индивидуального различия в адаптации внутри каждой группы.

Несмотря на широко распространенные среди непосвященных представления о том, что этиология и величина видимого отличия тесно связаны с дистрессом, результаты исследований говорят иное. Хотя определенные заболевания могут создавать специфический набор проблем для тех, кто этими заболеваниями страдает (см. главу 4), эти проблемы способствуют возникновению всего спектра реакций, а не предсказуемой модели дистресса или адаптации.

### *Степень тяжести, видимость и податливость для маскировки отличия*

Можно интуитивно предположить, что чем выше степень тяжести физического недостатка, тем сложнее будет человеку к нему адаптироваться. Однако масса свидетельств указывает на то, что объективная тяжесть не может служить хорошим фактором прогнозирования уровней дистресса (см. *Moss, 2005; Rumsey et al., 2004*). Напротив, предсказывать адаптацию лучше позволяет то, как сам человек воспринимает тяжесть своего дефекта и насколько он считает его заметным для других (*Rumsey et al., 2004*). Прояснению взаимосвязи тяжести дефекта внешности и дистресса препятствуют сложности с оценками (например, определением и оценкой степени тяжести — см. главу 2). Мосс (*Moss, 2005*) недавно сообщила, что в выборке, состоящей из более чем 400 пациентов, ожидающих пластической или реконструктивной хирургической операции, собственные оценки воспринимаемой тяжести были в значительной степени связаны с адаптацией, причем эти оценки объясняли 20% различий. Оценки объективной тяжести (выполненные клиническими специалистами) показали, что тяжелые и легкие физические недостатки были связаны с меньшей обеспокоенностью по поводу внешности, а недостатки средней тяжести — с более сильным дистрессом, но это только 5% расхождений.

На суждения о тяжести физического недостатка (объективные или субъективные) может влиять степень его видимости для других людей, и многие специалисты предполагают, что видимость отличия может быть напрямую связана с переживаемым стрессом. Считается, что видимые заболевания, проявляющиеся на лице, вызывают наиболее неприятные переживания, в особенности если они затрагивают глаза и рот, так как привлекают наибольшее внимание людей во время социального взаимодействия (*Bull and Rumsey, 1988; MacGregor, 1970*). Если у человека обезображена значительная область лица, то такое отличие сразу же становится очевидным при большинстве социальных контактов, в то время как другие состояния (например, повреждение рук) видны не сразу и становятся заметными в мень-

шем количестве ситуаций. Однако вопреки интуиции некоторые авторы отмечают, что отличие во внешности, которое хорошо видно и более предсказуемо, влияет на других людей меньше, чем дефект, который очевиден только в некоторых ситуациях. Лэнсдаун (*Lansdown, 1976*) отмечает, что легкие физические недостатки могут стать причиной такого же, если не большего, беспокойства, как и очень заметные, так как для них характерно более высокое непостоянство в реакциях других людей. Эта непредсказуемость приводит к отсутствию контроля, в результате чего возникают более высокие уровни тревоги. Мак-Грегор (*MacGregor, 1970*) также говорит о том, что люди с явными физическими недостатками более последовательно сталкиваются с негативными реакциями, чем те, кто имеет менее заметные отличия, что позволяет им разрабатывать более постоянные и эффективные способы совладания.

Видимые отличия можно замаскировать с помощью косметики, средств протезирования, одежды или волос. Однако в некоторых случаях маскировка может создать свои собственные проблемы, связанные с вопросами самопрезентации и идентичности («Реагируют ли люди на реального меня?»), излишней надежды на замаскированный образ при социальном взаимодействии и страхов по поводу того, что откроется «правда» (см. главу 6).

### Фоновая внешность

Большинство исследователей избегает интересного вопроса о влиянии фоновой внешности на телесный образ, поэтому возможности корректирования факторов, связанных с внешним видом и выходящих за рамки видимого отличия, еще ждут своего изучения. В какой степени — большей или меньшей — видимое отличие влияет на реакции других людей, если имеющий его человек является физически привлекательным в чем-то другом? Шоу (*Shaw, 1981*) провел исследование, используя фотографии детей с одним из пяти челюстно-лицевых повреждений, которых оценивали как привлекательных или непривлекательных. Он выяснил, что фоновая привлекательность влияет на суждения о дружелюбности и коммуникабельности. Тобиасен и Хайберт (*Tobiasen and Hiebert, 1993*) отмечают, что высокий уровень фоновой привлекательности может компенсировать легкое видимое врожденное отличие, благодаря чему внешность в целом воспринимается как привлекательная. Интуиция подсказывает, что факторы внешности играют определенную роль в этом уравнении, однако это предположение требует дальнейшего исследования.

А как же самовосприятие? Ослабляется ли влияние видимого отличия, если имеющий его человек воспринимает себя привлекательным в чем-то другом? В выборке пациентов с расщелиной Филип Старр (*Starr, 1980*) не обнаружил упоминаемых различий. Однако Ньюэлл (*Newell, 2000a*) отмечает, что у этого исследования есть методологические недостатки. Не только среди людей с видимыми отличиями, но и среди иных людей в целом представления о собственной внешности являются лучшими факторами прогнозирования дистресса, чем ее объективные оценки (*Feingold, 1992*). Однако, учитывая разнообразие факторов, способных влиять на адаптацию, любое исследование индивидуальных различий вряд ли может быть объяснено только на основе физических характеристик видимой или воспринима-

емой «аномалии» и должно учитывать социально-культурные и психологические факторы.

### **Социально-культурные и демографические факторы**

Одной из многих непростых задач, стоящих перед исследователями, является объяснение того, какое влияние на восприятие физической внешности и видимых отличий самим человеком и их оценку другими людьми могут оказывать социально-культурные факторы, такие как расовая принадлежность, культура, пол, социальный класс и возраст. Одно из особо сложных препятствий, которое предстоит преодолеть исследователям, — это понимание и объяснение различий в адаптации, связанных с принадлежностью к различным этническим группам. В небольшом количестве исследований рассматривались различия между этническими группами относительно переживаний по поводу веса тела (см., например, *Duncan et al.*, 2004). Однако полностью отсутствуют работы, связанные с изучением других аспектов внешности. Ряд проведенных исследований указывает на имеющиеся социально-культурные различия: например, Рукер и Кэш (*Rucker and Cash*, 1992) выяснили, что сравнение американцев африканского происхождения с американцами индоевропейского происхождения вывило более негативное восприятие своего тела и оценку физической внешности в целом у последних. Помимо этого, Штраусс (*Strauss*, 1985) отмечает, что в Израиле наблюдаются различия между западными евреями, восточными евреями и арабами в объяснении происхождения врожденных аномалий и в подходах к реабилитации и интеграции в сообщество. Специалисты осознают существование серьезного пробела в понимании этого вопроса, однако нюансы культурных и социальных различий в реакциях на видимые врожденные аномалии, приобретенные отличия и переживания людей по поводу внешности среди широких слоев населения остаются пока невыясненными и требуют дальнейшего изучения.

### **Возраст и пол**

Роль стадии развития и возраста, а также их взаимодействие в процессе адаптации, связанной с внешностью, рассматриваются в главах 3 и 4. Результаты проведенных исследований достаточно противоречивы, и, хотя есть некоторые подтверждения широко распространенного предположения о том, что переживания по поводу внешности чаще всего встречаются у девочек-подростков и молодых женщин, есть также свидетельства высокого уровня дистресса во всех возрастных группах и среди представителей обоих полов. В том, что касается пола, сделать четкие выводы особенно сложно. Исследование Браун и ее коллег (*Brown et al.*, 1988), в котором участвовали 260 человек, получивших ожоги, дает некоторое представление как о сложности переменных, связанных с адаптацией, так и о той роли, которую играет в этом комплексе пол участников. Регрессионный анализ показал, что низкий уровень функциональной недееспособности, большее количество развлечений, более высокая социальная поддержка и стиль совладания, характеризующийся меньшим избеганием и большей ориентацией на решение проблем, определяют 55% разли-

чий в адаптации. У мужчин наиболее значимым фактором прогнозирования была меньшая степень функциональной недееспособности, а для женщин это было использование совладания, ориентированного на решение проблем. Ньюэлл (*Newell, 2000a*) также считает, что данные о роли пола в адаптации к видимым отличиям противоречивы. Он предполагает, что наличие переменных связано с лучшей психологической адаптацией среди мужчин в сравнении с женщинами.

### *Социально-экономический и жизненный статус*

Число исследований различий в уровнях удовлетворенностью телом и связи с принадлежностью к определенному социальному классу невелико, и их результаты противоречат друг другу. Специалисты выявили высокие уровни обеспокоенности весом тела у учеников, посещающих школы в районах с более высоким социально-экономическим уровнем (*Wardle and Marsland, 1990*); однако в ходе других исследований подобный эффект не был обнаружен. Робинсон (*Robinson, 1997*) говорит о том, что все люди без исключения могут познакомиться с идеалами фигуры через журналы, рекламные щиты, фильмы и телевизионные программы, поэтому различия между социальными классами могут быть минимальными. Результаты проведенного Харрис и Карром (*Harris and Carr, 2001*) исследования, в котором изучалось беспокойство по поводу внешности среди населения в целом, показали отсутствие связи беспокойства с социально-экономическим уровнем или жизненным статусом.

Рамси (*Rumsey, 1997*) рассматривает дифференцированные оценки эстетических хирургических и ортодонтических процедур для исправления дефектов внешности. В Великобритании Национальная служба здравоохранения предоставляет лечение для исправления всех приобретенных физических недостатков и большинства врожденных аномалий. Только в исключительных случаях услуги эстетической хирургии оказываются тем, у кого нет объективных дефектов внешности (т. е. «ненормальности», которая видна стороннему наблюдателю). В США многие процедуры не подпадают под действие полиса страхования здоровья или национальных схем здравоохранения, поэтому для некоторых людей их стоимость может быть непомерно высокой. Избавление от физического недостатка может создать серьезные финансовые трудности для людей с низкими доходами (*Strauss, 2001*), а следовательно, некоторые методы лечения становятся доступны только «элите». Влияние доступности или нормирования лечения в различных здравоохранительных системах пока еще не изучено. Однако некоторые авторы предполагают, что чем шире рекламируются косметические процедуры и чем чаще ими пользуются те, кто может это себе позволить, тем большую потребность в этом испытывают люди, недовольные тем, как они выглядят, и те, кто более спокойно относится к своему физическому недостатку.

### *Социальная поддержка и семейное окружение*

Многие специалисты признают выгоды социальной поддержки как позитивного ресурса в самых различных ситуациях, и такая поддержка считается активом, который может быть использован в моменты кризиса в качестве буфера для защиты от стресса.

Лиосси (*Liossi, 2003*) выяснила, что люди, обеспокоенные своей внешностью, которые сообщали о высоких уровнях социальной поддержки, имеют более низкие уровни социальной тревоги и социального избегания. Более низкий уровень социальной поддержки (количество поддерживающих взаимоотношений и удовлетворенность получаемой поддержкой) является важным фактором прогнозирования неудовлетворенности внешностью. Данные, полученные Лиосси, указывают, что более качественная социальная поддержка в сочетании с более благоприятными уровнями самооценки может помочь в защите от стресса, даже при наличии дисфункциональных схем внешности.

Как социальная поддержка может выполнять защитные функции в контексте обеспокоенности внешностью? Баумайстер и Лири (*Baumeister and Leary, 1995*) предполагают, что социальная поддержка может быть полезна потому, что усиливает у человека ощущение, что его ценят. Лиосси считает, что хорошая социальная поддержка способствует разработке эффективных стратегий совладания. Личные отчеты свидетельствуют о пользе чувства непринужденности при общении со знакомыми людьми, которые в восприятии человека с физическим недостатком смотрят сквозь внешнюю оболочку и видят скрытого под ней «настоящего» человека. Однако, по иронии судьбы, переживания по поводу внешности могут ограничивать создание и сохранение эффективной сети социальной поддержки, так как стресс, как правило, приводит к социальному избеганию и замыканию в себе. Бейкер (*Baker, 1992*) выяснил, что позитивная социальная поддержка улучшает результаты реабилитации у пациентов с раком головы и шеи в течение шести месяцев после лечения. Есть сообщения о похожих результатах среди детей и подростков, получивших ожоги (*Blakeney et al., 1990*). Орт и его коллеги (*Orr et al., 1989*) исследовали влияние воспринимаемой социальной поддержки со стороны семьи и друзей на телесный образ, самооценку и депрессию у подростков и молодых людей, пострадавших от ожогов. Они обнаружили, что подобная поддержка является наиболее важным детерминантом позитивной адаптации. В исследовании, проведенном Браун с коллегами (*Browne et al., 1985*), те участники, которые были хуже адаптированы к имеющимся у них ожоговым повреждениям, чувствовали меньшую поддержку со стороны друзей, членов семьи и ровесников.

Партнеры и родители могут стать главным источником поддержки для людей, обеспокоенных своей внешностью, хотя они также нередко влияют на развитие дистресса, в особенности в детском и подростковом периодах (см. главы 3 и 4). МакГрегор и его коллеги (*MacGregor, 1953*) обсуждали, насколько пагубно влияет на детей с лицевыми дефектами то обстоятельство, что их родители придают большое значение красоте и внешности. Эти рассуждения нашли отклик в литературе, посвященной телесному образу. Кирни-Кук (*Kearney-Cooke, 2002*) говорит о первоочередном значении утверждающих реакций родителей на фигуру и физические характеристики их детей, а также об опасности усвоения ребенком критического подхода к своей собственной внешности. Она указывает на то, что при сегодняшней нормативной неудовлетворенности внешностью многие дети воспитываются матерями, которые сами критически относятся к своему телу (см. главу 3). Смолак и ее коллеги (*Smolak et al., 1999*) выяснили, что вербальные критические замечания со стороны матерей связаны с нарушением телесного образа у подростков и молодых людей, причем у девушек эта связь сильнее, чем у юношей.

Несмотря на отсутствие конкретных доказательств, нет сомнения в том, что в разных семьях методы воспитания детей значительно различаются — и это может влиять на дистресс или адаптацию, связанные с внешностью. Имеется в виду то, в какой степени ценность и оценка ребенка строятся на более устойчивых факторах, чем физическая внешность; как каждая семья моделирует свои установки в отношении физической внешности (например, значение, которое придается «соблюдению приличий» в социальных ситуациях; акцент на соответствие образцам физической привлекательности, почерпнутым из средств массовой информации) и степень попустительства в отношении поддразниваний по поводу внешности. Точно так же между семьями детей и подростков с видимыми отличиями существует большое различие в том, как они справляются с физическими недостатками. Например, члены семьи могут открыто обсуждать дефект внешности и любые связанные с ним проблемы или не делать этого (см. главу 4). Важную роль также может играть и то, каким образом в семье подходят к вопросу лечения. Как родители объясняют ребенку необходимость лечения? Как разъясняется мотивация к лечению, улучшающему внешность (*Hearst and Middleton, 1997*)?

На основе клинического опыта Поуп (*Pope, 1999*) считает, что для лучшей адаптации родители детей с врожденными черепно-лицевыми отличиями должны решить ряд важных задач. В их число входит позитивная адаптация к рождению ребенка с видимым отличием; формирование прочных взаимоотношений «родители—младенец»; эффективные способы объяснения отличия родственникам, друзьям и знакомым людям; избегание излишней опеки; преодоление стресса, связанного с лечением; принятие внешности ребенка до и после лечения; подготовка ребенка к новому социальному окружению, такому как новая школа или новая социальная группа (например, обучение тактикам поведения при вопросах со стороны одноклассников и поддразнивании, стратегиям формирования дружеских отношений); поддержка самооценки ребенка, если он относится к себе критически; и повышение вовлеченности ребенка/подростка в лечение по мере его взросления. К этому содержательному списку мы бы добавили задачу, стоящую перед родителями всех детей — вне зависимости от того, есть у них видимые отличия или нет, — которая заключается в том, чтобы сделать все возможное, чтобы физическая внешность была для них незначительным детерминантом самооценки.

### **Роль когнитивных процессов в адаптации**

Хотя на данный момент специалисты, работающие в области телесного образа и внешности, не располагают соответствующими результатами исследований, многие из них согласны с предположением, что многие когнитивные процессы имеют отношение к уязвимости и устойчивости к переживаниям по поводу внешности. Например, в ходе качественных интервью с молодыми людьми в возрасте от 18 лет до 21 года Лиосси (*Liossi, 2003*) выяснила, что ряд когнитивных стратегий может поддерживать и усиливать озабоченность внешностью. Сюда относится склонность к повышенной бдительности в отношении поведения других людей; проведение социальных сравнений, которые заставляют человека с физическим недостатком чувствовать себя стоящим ниже других и неполноценным; негативный

атрибуционный анализ событий. Например, один из участников исследований утверждал, что «люди специально пристально смотрят на тебя, чтобы смутить. Они говорят: “Посмотри на него, у него нет ни одного мускула, он такой слабый, хуже девчонки”».

Лиосси приводит примеры других когнитивных искажений, включая чрезмерные обобщения: «Физически привлекательные люди имеют все... женщин, деньги... весь мир лежит у их ног», избирательную негативную фокусировку и катастрофизацию. Для участников с высокой удовлетворенностью телом было характерно принятие себя и гордость своей физической внешностью, включая отличия и сильные стороны. Они активно оспаривали социетальные предрассудки о пользе красоты:

Это очень прискорбно, но в современном обществе люди забывают о том, что значение имеет то, что внутри человека, а не то, что снаружи. Если мы научимся любить и принимать себя, то тогда мы начнем любить наши тела, не обращая внимания на то, какой у нас рост, фигура или цвет кожи...

Женщины должны проявить твердость и прекратить попытки соответствовать тем стандартам, которые устанавливает для нас общество. Диеты совершенно не работают, и потеря веса никогда не принесет тебе настоящего счастья.

Важно понять роль этих когнитивных процессов и отношений между ними, поскольку это положительно повлияет на когнитивные процессы.

### Самооценка

Самооценка определяется как оценка человеком собственной значимости, ценности, компетентности и успешности в сравнении с другими людьми (*Coopersmith*, 1967). Лиосси (*Lioffi*, 2003) отмечает, что есть три способа изучения самооценки. Во-первых, как результата процессов, которые подавляют или формируют самооценку; во-вторых, как самопобуждения (тенденции людей вести себя таким образом, чтобы поддерживать или повышать позитивные оценки собственного «я») и, в-третьих, как буфера (защищающего от переживаний, способных причинить вред). Все эти три аспекта важны для исследования внешности. Специалисты выяснили, что уровни самооценки тесно связаны с неудовлетворенностью телом, в особенности у женщин (*Ben-Tovim and Walker*, 1995). В случае с мужчинами четких свидетельств такой связи нет, хотя Минтц и Бетц (*Mintz and Betz*, 1986) нашли ее и у мужчин, и у женщин, так же как и Лиосси (*Lioffi*, 2003). Предстоит еще очень многое узнать о причинно-следственных связях между удовлетворенностью/неудовлетворенностью внешностью и самооценкой. Человек, который недоволен своей внешностью, может распространить это недовольство на другие аспекты собственного «я», оценивая их более негативно и испытывая чувство более низкой общей самооценки. В противоположном случае позитивная самооценка человека может определять более выраженную удовлетворенность внешностью и он/она может считать, что другие аспекты собственного «я» являются более важными детерминантами самооценки. Хартер (*Harter*, 1999) сообщает, что у подростков, которые считают, что внешность определяет их самоуважение, выявляются более низкие уровни самооценки и более высокие уровни депрессии, чем у тех, кто думает, что именно самоуважение определяет их чувства в отношении собственной внешности.



Если говорить о роли буфера, то некоторые исследователи (*Baumeister, 1997*) считают, что самооценка помогает сохранять позитивные представления о самом себе, влияя на обработку обратной связи и направляя ее на заботу о себе. Люди с высокой самооценкой чаще, чем люди с низкой самооценкой, воспринимают связанную с внешностью (и другую) обратную связь как согласующуюся с их позитивными представлениями о самих себе, стараются дискредитировать источник негативной обратной связи и оценивают позитивно другие важные аспекты собственного «я» для противодействия негативным мнениям. Некоторые исследователи (*Liossi, 2003*) утверждают, что люди с высокой самооценкой обладают более устойчивым представлением о себе и проявляют меньшую эмоциональную лабильность, чем люди с низкой самооценкой. Оба эти элемента образуют своего рода прочный эмоциональный якорь, который помогает переживать жизненные трудности. Высказываются также предположения о том, что люди с более высокой самооценкой имеют в своем распоряжении более адаптивные «когнитивные ресурсы», которые позволяют им более эффективно справляться со сложными обстоятельствами и внешними давлениями. Гроган (*Grogan, 1999*) считает, что благоприятный телесный образ связан с позитивным восприятием самого себя, а также чувством уверенности в себе и в социальных ситуациях. Некоторые участники исследования Лиосси говорили о роли личного фактора в распространении информации о внешности: «Не стоит винить в одержимости общества худобой только индустрию диет и моды. Именно мы помогаем им оставаться в бизнесе... Мы покупаем их журналы, книги о диетах и гимнастическое оборудование» (2003).

### *Уровни инвестирования во внешность*

Ряд исследователей считают необходимым изучение связанных с внешностью компонентов самовосприятия, что позволит понять, почему некоторые люди более подвержены расстройству из-за своего внешнего вида, чем другие. Сегодня специалисты проявляют особый интерес к относительному отличию собственной внешности в контексте самопредставлений и к тому, насколько позитивно или негативно человек оценивает свою внешность (валентность; см. главу 2). Люди также могут оценивать свою внешность по тому, насколько она приближена или отдалена от интернализированных культурных идеалов (*Altabe and Thompson, 1996*). В разное время аспект внешности в самопрезентации может быть более или менее заметным, играя большую или меньшую роль в представлении о самом себе (*Higgins and Brendl, 1995*). Соответственно восприятие человеком своей внешности в разной степени связано с занятиями или оценкой своей деятельности в социальном окружении и последующей интерпретацией социальных контактов (*Moss and Carr, 2004*). Теоретики допускают, что, когда внешность обладает большей отличительностью, имеет негативную валентность и далека от идеалов, адаптация будет проходить хуже. В число важных факторов, под влиянием которых внешность может занять более значимое место и стать более подверженной негативной оценке, входят позитивный или негативный опыт социальных контактов (см. главы 3 и 4), субъективные представления о воспринимаемой тяжести видимого отличия или его воспринимаемой заметности для других, а также процессы социального сравнения (*Green and Sedikides, 2001*).

Для объяснения индивидуальных различий в удовлетворенности или неудовлетворенности телом некоторые исследователи, в особенности Кэш (*Cash, 1996; Cash et al., 2004*), рассмотрели такие понятия, как «отличительность» и «валентность». Они предполагают, что существуют связанные с внешностью когнитивные схемы, которые приводят к появлению у человека повышенного внимания к замечаниям о его внешности и интерпретационным ошибкам в обработке обратной связи от других людей. Маркус (*Markus, 1977*) описывает внутренние схемы как «когнитивные обобщения в отношении собственного “я”, полученные на основе прошлого опыта, которые организуют и направляют обработку информации, связанную с представлением о самом себе и содержащуюся в социальном опыте человека». Схемы состоят из структуры (ассоциативные сети) и содержания (убеждения или принципы). Считается, что люди действуют на основе схемы в рамках определенного аспекта, если считают этот аспект основной и отличительной особенностью своего представления о самом себе, и не используют схемы, если так не считают. Таким образом, если внешность ребенка является фокусом негативной критики, он начинает разрабатывать схему с таким негативным аспектом, как внешность. При постоянном повторении человек начинает быстрее воспринимать себя как неприемлемого, и эта мысль автоматически появляется в виде реакции на множество ситуаций. Патология также может развиваться и сохраняться под действием тех видов информации, которые составляют схему (например, дисфункциональные установки и негативные автоматические мысли); способа организации (например, сила связей между информационными узлами) и способа обработки информации внутри схемы (например, с использованием излишнего обобщения, избирательной абстракции и т. д.).

В своей когнитивно-поведенческой модели неудовлетворенности телом Кэш (*Cash, 1996*) предполагает, что у людей есть связанные с физической внешностью схемы, которые возникают на основе прошлого опыта и на которые влияют личностные и физические качества. Сигналы о внешности, поступающие из любого числа источников в окружении человека, могут активизировать схему, связанную с внешностью, или схему телесного образа, что, в свою очередь, окажет влияние на аффект и поведение. Кэш и Лабарж (*Cash and Labarge, 1996*) считают, что у людей с такой схемой самооценка тесно связана с переживаниями по поводу физической внешности. Результаты исследований во многом подтверждают различные компоненты модели Кэша, хотя ученым еще предстоит решить непростую задачу всестороннего тестирования всей совокупности этих процессов (см. главу 2). В ходе изучения связанных с внешностью и здоровьем суждений женщин, озабоченных своим весом и ничем не болеющих, Джеkmан и его коллеги (*Jackman et al., 1995*) обнаружили, что у таких женщин наблюдается искажение обработки информации, которое согласуется с их негативным мнением о своем теле. Похожие результаты были получены Купер (*Cooper, 1997*) при изучении интерпретаций неоднозначных межличностных ситуаций; Тантлефф-Дунн и Томпсоном (*Tantleff-Dunn and Thompson, 1998*) при изучении выборочного внимания и воспроизведения информации; а также Вуд с коллегами (*Wood et al., 1998*) и Альтаб и Томпсоном (*Altabe and Thompson, 1996*) при изучении завершений, допускающих двоякое толкование предложений, связанных и не связанных с внешностью. Лиосси (*Lioffi, 2003*) выяснила, что люди,

обеспокоенные своим внешним видом, чаще используют схемы, связанные с внешностью, и испытывают психологический дистресс, а также выявляют более низкие уровни самооценки и социальной поддержки, чем люди, которые не беспокоятся по поводу своего внешнего вида. В регрессионном анализе, выполненном Лиосси, существование схемы внешности было наиболее важным фактором прогнозирования неудовлетворенности внешностью. Результаты анализа показали, что молодые люди в возрасте от 18 до 21 года, которые придают большее когнитивное значение внешности (у них высокий уровень использования схем, связанных с внешностью), уязвимы для негативных чувств, имеют более низкую самооценку, испытывают более сильный психологический дистресс и более высокую неудовлетворенность своим внешним видом. Результаты Лиосси совпадают с результатами специалистов, использующих когнитивные теории (например, *Cooper, 1997*), которые утверждают, что содержание дисфункциональных установок, связанных с внешностью, включает в себя убеждение, что внешность определяет личную ценность.

### *Сравнения с другими людьми*

Еще одна группа процессов, которая привлекает внимание специалистов, занимающихся вопросами адаптации, внешности и видимых отличий, связана с социальным сравнением. Теория социального сравнения (*Festinger, 1954*) утверждает, что мы практически постоянно занимаемся сравнениями наших характерных черт, сильных и слабых сторон с другими людьми, чтобы иметь возможность определить свое относительное положение в социальном окружении. Это спонтанный, естественный, непреднамеренный и обычный процесс, и потребность человека узнать, как он действует в сравнении с другими людьми, значительно возрастает в момент стресса, так как неопределенность вызывает тревогу. Нисходящие (*downward*, благоприятные) сравнения предполагают сравнения самого себя с другими людьми, которые находятся в худшем положении («Я потерял часть лица из-за рака, но я в лучшем положении, чем те, кого я видел в клинике»). Восходящие (*upward*, неблагоприятные) сравнения с другими людьми, положение которых воспринимается как лучшее, обычно менее адаптивны. Например, исследования дают убедительные доказательства того, что медийные образы играют важную роль в том, что женщины думают о своем теле (*Grogan, 1999*), и если люди выбирают идеализированную внешность моделей, звезд кинематографа и телевидения в качестве важных ориентиров для сравнения, то это ведет к большей неудовлетворенности их собственной внешностью.

Исследователи выявили различия как в степени вовлеченности людей в социальные сравнения, так и в их склонности отдавать предпочтение нисходящим или восходящим сравнениям. В исследовании Гиббонса (*Gibbons, 1999*) отчеты участников о степени использования ими нисходящих сравнений имели позитивную связь с их отчетами о позитивном аффекте или благополучии. Стормер и Томпсон (*Stormer and Thompson, 1996*) выяснили на примере выборки из 162 учащихся колледжей, что частота сравнений внешности в большей степени объясняет различия в уровнях удовлетворенности телом, чем другие потенциальные факторы прогнозирования, включая историю поддразнивания и уровни интернализации навязыва-

васмых социально-культурных стандартов, связанных с привлекательностью, при этом частота сравнений объясняет 32% различий после ковариативной обработки самооценки и веса тела. Биб с коллегами (*Beebe et al.*, 1996) выяснили, что женщины, которые уделяют особое внимание переживаниям по поводу собственной внешности, также предполагают, что подобные проблемы заботят и других людей, и придают этому значение при их оценке. Им свойственно больше прибегать к социальным сравнениям, чем их менее озабоченным сверстницам, и считать такие сравнения важными для своих самооценок. Эти результаты показывают, что различия людей в процессе социального сравнения могут объяснить некоторые расхождения в удовлетворенности и неудовлетворенности внешностью. Томпсон (*Thompson*, 2004) отмечает, что предстоит еще многое узнать, особенно касательно влияния частых восходящих сравнений на адаптацию.

### Оптимизм

На сегодняшний день в психологии здоровья существует единое мнение по поводу того, что при столкновении с несчастьями оптимизм имеет адаптивный характер, — например, среди людей с оптимистическим объяснительным стилем в моменты значимых событий менее вероятно развитие физических проблем со здоровьем или депрессии (*Carr*, 2004). Хотя пока еще не были проведены специальные исследования по изучению оптимизма в контексте внешности, специалисты, занимающиеся вопросами адаптации после появления физического недостатка, предполагают, что люди с оптимистическим взглядом на жизнь лучше справляются с последствиями отличия, видимого для других. Исследования в этой области привлекательны еще и тем, что некоторые специалисты считают, что оптимизму можно научить, — например, Селигман (*Seligman*, 1998) разрабатывает программы, помогающие взрослым и детям сменить пессимистический взгляд на жизнь на оптимистический. Следовательно, хотя окончательное решение по поводу конкретных связей между оптимизмом и адаптацией еще не вынесено, достаточное количество данных из соответствующих областей позволяет предположить, что этот конструкт должен оставаться в окончательном списке факторов, которые могут способствовать устойчивости и отчасти объяснить индивидуальные различия в адаптации.

### Стили совладания

В последние годы исследователи занимаются изучением адаптивных и неадаптивных стилей совладания в связи с переживаниями по поводу телесного образа и адаптацией людей с физическими недостатками, однако значительная часть собранных сведений имеет казуистический характер (см. обзор в *Moss*, 1997). До недавнего времени предполагалось, что использование стилей совладания, связанных с отрицанием или избеганием для физических недостатков, нецелесообразно, так как считается, что они еще больше усиливают страхи, связанные с определенной ситуацией, и препятствуют разработке более эффективных стратегий. Однако Пиллермер и Кук (*Pillemer and Cook*, 1989) считают, что у некоторых детей с лицевыми отличиями отрицание может действовать в качестве механизма защиты их самооценки. Робинсон с коллегами (*Robinson et al.*, 1996) и другие специалисты отмечают, что избегание (например, потенциально смущающей ситуации) также может

быть полезно в качестве одной из многочисленных копинг-стратегий. Они утверждают, что, вместо того чтобы игнорировать определенные стратегии совладания, которые считаются неадаптивными, следует сфокусировать усилия на увеличении числа и разнообразия навыков совладания, имеющихся в распоряжении человека. Это позволит повысить его гибкость при реагировании как на изменения собственного настроения, так и на разнообразные и часто непредсказуемые требования социальных ситуаций.

Несмотря на скептицизм по поводу причисления определенных стилей совладания к более или менее адаптивным, в литературе, посвященной совладанию, продолжают появляться некоторые полезные представления. Форчун с коллегами (*Fortune et al.*, 2005) использовали состоящую из четырех пунктов подшкалу системы COPE, оценивающую «позитивные повторные интерпретации и рост», в своем проспективном исследовании. Оно рассматривало факторы прогнозирования конструкта, называемого «противостоящий рост» и определяемого как способность объяснять выгоды, проистекающие из негативных событий, и в нем приняли участие 95 больных с псориазом. По завершении шестимесячного исследования у 18% выборки были выявлены признаки этого конструкта. Авторы сообщают, что для этой группы участников были характерны проявление псориаза в достаточно юном возрасте и реалистичность их представлений о своем заболевании (в частности, признание того факта, что данное заболевание является хроническим, рецидивным и, по сути, неизлечимым). В соответствии с многочисленными результатами последних исследований клиническая тяжесть данного заболевания не является важным фактором прогнозирования, то же самое можно сказать об оценках тревоги или депрессии, половой принадлежности или социально-экономическом статусе. Это служит еще одним подтверждением ключевой роли когнитивных процессов.

### **Роль навыков социального взаимодействия**

Множество проблем, с которыми сталкиваются люди с видимыми отличиями, связано с трудностями социального взаимодействия, поэтому многие исследования уделяют основное внимание социальному поведению таких людей (см. главу 4). Вне зависимости от реального поведения окружающих страх негативных оценок и избегание социальных ситуаций играют главную роль в возникновении социальных проблем, связанных с телесным образом (*Newell*, 2000a), а эффективные социальные навыки предполагают принятие ответственности за поведение и реакции других людей.

Партридж (*Partridge*, 1990: 123) объясняет, что «вас будут тщательно рассматривать, и в умах людей возникнут автоматические предположения о вашей внешности и вашем характере. Эти связи редко выставляют вас в выгодном свете, и они будут сохраняться, если вы не бросите им вызов».

Некоторые специалисты выдвигают убедительные аргументы в пользу того, что хорошие социальные навыки обеспечивают более позитивный опыт социального взаимодействия и лучшую адаптацию людям с видимыми отличиями (*Rumsey et al.*, 1986; см. также главу 4). Партридж (в личной беседе) рассказывает о том, как он перешел от неловкости и испуга после полученного им ожога к большей уверенности в себе.

Я понял, что, если у меня будет сильная и позитивная установка... и это ЕСЛИ имеет очень большое значение... я смогу с помощью своего поведения манипулировать тем, как люди реагируют на меня, в особенности в первые, решающие минуты встречи. Я экспериментировал с различными уровнями зрительного контакта, рукопожатиями, вербальной энергией и языком тела и со временем научился управлять контактами с другими людьми.

Исследователи также приводят свидетельства благотворного влияния обучения людей с видимыми отличиями навыкам социального взаимодействия (*Kapp-Simon et al.*, 1992; *Robinson et al.*, 1996; *Rumsey et al.*, 1986). Возможные выгоды такого рода методик для людей, испытывающих иные переживания по поводу внешности, еще предстоит изучить. Однако Крозье (*Crosier*, 2001) сообщает о многообещающих результатах использования похожих подходов для преодоления социального избегания и негативного самовосприятия у людей, страдающих застенчивостью.

## Вывод

В последнее время исследователи начали активно заниматься изучением факторов и процессов, которые способствуют устойчивости или повышают дистресс в области внешности. В данной главе собраны представления относительно тех факторов и процессов, которые с наибольшей вероятностью могут быть связаны с адаптацией. Однако не следует думать, что между этими немногими переменными есть лишь ограниченное число прямых связей: такие выводы не только наивны, но и могут ввести в заблуждение. Ответы на главные вопросы о причинно-следственных связях и относительном вкладе различных факторов в адаптацию все еще не получены. Когнитивные процессы, связывающие воспитание, прошлый опыт, представление о самом себе, предположения о том, что о нас думают другие люди, и их воспринимаемые реакции, очень сложны и поражают своей цикличностью. Достижение полной ясности в том, что касается этих процессов, — дело будущего, однако этот путь открыт не только для исследователей внешности, но и для тех, кто проявляет более широкий интерес к изучению компонентов адаптации и благополучия.

## Резюме

- Большинство исследований сфокусировано на проблемах, связанных с видимыми отличиями и обеспокоенностью внешностью, однако наблюдаются значительные индивидуальные различия, а некоторые люди демонстрируют позитивную адаптацию к своим физическим недостаткам.
- Сегодня в отличие от ранней ориентации на проблемы, связанные с физическими недостатками, исследователи прилагают больше усилий для определения факторов позитивного совладания, чтобы использовать полученную информацию для разработки соответствующих методик лечения и поддержки.
- Физические характеристики дефекта внешности (этиология, степень тяжести) играют достаточно незначительную роль в процессе адаптации, хотя его заметность может усиливать проблемы.

- Небольшую роль играют в адаптации демографические различия. Однако необходимо получить больше информации о влиянии культурного контекста, в котором находится человек.
- Для некоторых людей внешность является отличительным аспектом самооценки и может доминировать в процессе обработки социальной информации.
- Люди с высокими уровнями неудовлетворенности телом чаще используют восходящие сравнения с неподходящими объектами для сравнения.
- Высококачественная социальная поддержка и социальные навыки могут способствовать позитивной адаптации.
- Адаптация, связанная с внешностью, имеет многофакторный характер. Исследователи уже определили некоторые благоприятные факторы, однако им еще предстоит выявить их взаимосвязи и относительную значимость.

### Темы для обсуждения

- Как бы вы определили устойчивость?
- Как можно стимулировать устойчивость к тревогам по поводу внешности или обучать ей?
- Какое значение придается внешности в вашей семье?
- Какое влияние оказывает ваша внешность на вашу самооценку?
- Как можно выделить различные когнитивные компоненты адаптации применительно к внешности?

### Литература для дальнейшего чтения

Cash, T. F. (2002b) Cognitive-behavioral perspectives on body image, в T. F. Cash and T. Pruzinsky (eds) *Body Image: A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice* London: The Guilford Press.

Partridge, J. (1990) *Changing Faces* London: Penguin



## **Современные способы лечения и психологической поддержки при беспокойности внешностью**

*(при участии Алекс Кларк)*

В предыдущих главах мы рассказали о беспокойстве по поводу своей внешности у людей с видимыми отличиями и без них, а также выяснили, что этот вопрос важен и для всего населения в целом. Однако как же решаются такие проблемы, какие источники психологической поддержки и медицинской помощи доступны людям с подобного рода переживаниями? В этой главе мы проведем критический анализ способов психологической поддержки и медицинской помощи, применяемых на сегодняшний день в Великобритании. В главе 7 мы позволили себе нарисовать картину «идеального мира» и высказать свои предположения о том, как можно повысить качество предоставляемой помощи.

В начале главы мы рассмотрим способы, с помощью которых большинство людей стараются справиться с неудовлетворенностью собственной внешностью: за счет изменения своего внешнего вида, за счет придаваемого ему значения или за счет когнитивных процессов. Далее мы рассмотрим источники поддержки, доступные в нашем обществе (их количество достаточно ограничено), поговорим о росте популярности методов, «позволяющих быстро достичь результата», таких как косметическая хирургия или нехирургические процедуры, а также проанализируем эффективность решения вопросов, связанных с внешностью. Затем мы уделим внимание вопросам лечения и вопросам поддержки людей с видимыми отличиями, которую оказывают группы самопомощи и благотворительные организации, а также рассмотрим биомедицинские виды лечения. Проанализировав сильные и слабые стороны биомедицинской системы лечения, мы обратимся к потенциальным выгодам использования биопсихологического подхода.

### **Методы поддержки и лечения для населения в целом**

На фоне широкого признания дистресса, связанного с внешностью, у людей с видимыми отличиями очень хорошо заметна тенденция не осознавать масштаб и пагубное влияние переживаний по поводу внешнего вида в широких слоях населения (см. главу 3). Исключение составляет профессиональная медицинская помощь



и поддержка людям, которые находятся в крайней точке континуума беспокойности внешностью и которым ставятся такие диагнозы, как расстройство пищевого поведения или дисморфофобия (синдром, при котором видимое отличие существует в воображении больного или он его очень сильно преувеличивает). Мы рекомендуем читателям ознакомиться с последними обзорами дисморфофобии в работах Филлипс (*Phillips*, 2002) и Вила (*Veale*, 2004).

### **Самоуправление внешностью**

Хотя многие люди говорят о неудовлетворенности своей внешностью, большинство из них не обращаются в связи с этим за профессиональной помощью или поддержкой. Большая часть людей самостоятельно находит способы управления любыми несоответствиями между воспринимаемой ими реальной и идеальной внешностью, например тратя время и деньги на лечебно-косметические процедуры и препараты, одежду, прически и занятия физическими упражнениями (см. главу 1). Хотя некоторые из таких действий явно приносят пользу здоровью (например, следование здоровой диете), другие могут оказывать на него пагубное действие (например, загар или использование анаболических стероидов). По сути, люди, демонстрирующие такое поведение, стремятся изменить объективную информацию, которая определяет самооценку внешности (т. е. пытаются изменить свою физическую внешность). Попытки человека изменить свой внешний вид или контролировать его могут ограничиваться именно такими действиями, а многие даже получают от них удовольствие.

Тем не менее есть и другие люди, которые помимо внимания к своей физической, реальной внешности (или вместо этого) пытаются примириться с существующим расхождением, меняя свои мысли, оценки и представления о своем внешнем виде. Фактически они используют когнитивные процессы для изменения ценности и значения, которые они придают внешности, или сравнений себя с другими (это связано с системой, предложенной в главе 2, и процессами, описанными в главе 5). В этом им могут помочь разнообразные источники, включая материалы для самопомощи, такие, которые представлены в книге Кэша «Рабочая тетрадь для работы над телесным образом» (*Cash, Body Image Workbook*, 1997) (см. врезку 6.1).

Хотя результаты исследований показывают, что самостоятельные когнитивно-поведенческие программы могут приносить такой же эффект, как профессиональное медицинское вмешательство (см. *Cash and Strachan*, 2002), большинство источников самопомощи не подвергаются систематической оценке и, как правило, сфокусированы на установках относительно размера и веса тела.

Некоторые люди ищут дополнительной поддержки и медицинской помощи, например обращаясь в организации, которые есть в месте их проживания, посещая своего врача-терапевта или прибегая к косметическим хирургическим и нехирургическим методам лечения. Хотя в данной главе эти различные способы рассматриваются по отдельности, в реальной жизни люди могут одновременно прибегать к самым разным действиям и испытывать влияние множества факторов, таких как мнение значимых для них людей и средств массовой информации.

### Врезка 6.1. Рабочая тетрадь телесного образа

Это восьмизапальная программа, основанная на когнитивно-поведенческих принципах, в число которых входят:

- ◆ самооценка влияний на телесный образ;
- ◆ фиксирование переживаний, связанных с телесным образом;
- ◆ обучение релаксации и десенсибилизация;
- ◆ выявление и оспаривание предположений по поводу внешности;
- ◆ когнитивное реструктурирование;
- ◆ замена неадаптивных моделей поведения и копинг-стратегий на адаптивные;
- ◆ разработка упражнений для увеличения количества позитивных, доставляющих удовольствие опытов восприятия тела и отношений к нему;
- ◆ поддержка изменений и предотвращение рецидива.

Представленное средство самопомощи разработано на основе программы терапии телесного образа и предполагает ведение рабочей тетради и минимальные контакты с профессиональными медиками. Данные по использованию такого формата указывают на снижение инвестиций во внешность и повышение удовлетворенности телом (*Cash and Lavalley, 1997*).

### Группы самопомощи и добровольные группы поддержки

В отличие от большинства организаций, оказывающих помощь людям с видимыми отличиями, мало кто оказывает поддержку тем людям, у которых нет физических недостатков, но которые беспокоятся по поводу своей внешности. Исключение составляет поддержка для людей, чьи переживания связаны с весом тела. Клубы желающих похудеть, такие как *Weight Watchers*, предлагают советы и инструкции по соблюдению диеты, а также, что очень важно, оказывают психологическую поддержку и дают возможность общения с другими людьми, находящимися в похожей ситуации. Это подход пользуется очень большой популярностью: так, по данным самой организации, только в Великобритании каждую неделю проходит более 6 тыс. собраний *Weight Watchers*. В 2002 г. в Великобритании в связи с ростом числа взрослых, страдающих ожирением, была создана благотворительная организация *Weight Concern*. В ее цели входит создание площадки для обсуждения, на которой люди с избыточным весом могут высказать свои взгляды, и ознакомление профессиональных медиков и широких слоев населения с причинами ожирения и методами лечения людей, страдающих этим заболеванием. Эта организация также принимает участие в разработке и оценке программ лечения для детей и взрослых, имеющих избыточный вес. Однако группы самопомощи и добровольные группы поддержки существуют только для тех, кто страдает расстройствами пищевого поведения, а люди, которых беспокоят другие аспекты внешности, подобной помощи получить не могут.

### Поддержка на уровне первичного медицинского обслуживания

Пациенты могут обращаться в учреждения, оказывающие первичную медицинскую помощь, с самыми разными физическими и психологическими проблемами,

которые могут быть прямо или косвенно связаны с беспокойством по поводу внешности и сопутствующими этому моментами. Однако существует мнение, что значительная часть консультаций врачей-терапевтов связана исключительно с дерматологическими заболеваниями (*Papadopoulos and Borr, 1999*). Некоторых людей направляют к врачам-специалистам, а другим уже на этом уровне обслуживания прописывают амбулаторное лечение или отпускают как не нуждающихся в медицинской помощи. Обслуживание людей, чьи переживания по поводу внешности не соответствуют критериям Национальной системы здравоохранения, может ограничиваться общим информированием и рекомендациями по соответствующему самолечению, такому как соблюдение диеты и занятия физическими упражнениями.

### **Косметические хирургические и нехирургические методы лечения**

Некоторые аспекты внешности, такие как форма носа, невозможно изменить без хирургического вмешательства, однако они не соответствуют критериям для проведения пластической или реконструктивной хирургии (в Великобритании очень ограниченное число процедур может быть оплачено Национальной системой здравоохранения). Все большее количество людей, которые недовольны своей внешностью, но не соответствуют критериям НСЗ, прибегают к помощи частных косметических клиник. Те, кто уже искал помощи в других местах, могут считать, что консультация косметического хирурга — это единственная ситуация, в которой их тревоги будут восприняты серьезно. Привлекательность косметического вмешательства может быть связана с тем, что оно позволяет достичь результатов быстро и относительно легко — человеку достаточно принять решение, а потом пассивно следить за происходящим. Изменение фигуры с помощью физических упражнений или диеты, напротив, может быть медленным и тяжелым процессом, требующим постоянного проявления силы воли и целеустремленности.

Существует предположение (*Pertschuk et al., 1998*), что в последние годы личностный профиль человека, обращающегося за частным косметическим лечением, изменился, так как это лечение больше не кажется доступным только для элиты и богатых людей (*Sarwer, 2002*). Тем не менее для многих людей стоимость подобных методов все еще делает косметическую хирургию «необязательной» статьей расходов и непозволительной роскошью. Сарвер и Креранд (*Sarwer and Crerand, 2004*) называют факторы «активизации» использования хирургических и нехирургических косметических процедур: прямой маркетинг, освещение в средствах массовой информации, доступность менее инвазивных и более безопасных процедур (см. врезку 6.2).

Количество людей, готовых пойти на неминуемый риск хирургического или нехирургического лечения в случае отсутствия болезни или заболевания, может служить показателем желания изменить свою внешность, притом часто навсегда. Кэти Дэвис (*Davis, 1995*) утверждает, что рост числа женщин, пользующихся услугами косметической хирургии, свидетельствует о том, что они принимают на себя ответственность за свою жизнь и стараются максимизировать свои шансы в рамках культуры, которая предоставляет привилегии привлекательным людям. Интересно, что, в то время как некоторые люди, выбирающие косметическое лечение,

## Врезка 6.2. Современные тенденции в области косметических процедур

- ◆ Американское общество пластических хирургов (*ASPS*) (цитируется в *Sarwer and Crerand, 2004*) сообщает, что за десять лет – с 1992 по 2002 г., число американцев, которые прибегли к косметическому хирургическому и нехирургическому лечению, увеличилось на 1600%.
- ◆ Британская ассоциация эстетических пластических хирургов (*BAAPS*) подсчитала, что в 2002 г. в Великобритании в частных клиниках было проведено 21 тыс. косметических процедур. Однако эта цифра, вероятнее всего, занижена, так как членство в ассоциации не является обязательным.
- ◆ Сегодня в США нехирургические косметические процедуры (такие, как лечение ботоксом и химический пилинг) превосходят по количеству хирургические процедуры (данные *ASPS*, приведены в *Sarwer and Crerand, 2004*). По сведениям *ASPS*, в 2002 г. услугой химического пилинга кожи воспользовались 92 тыс. американцев в сравнении с 19 тыс. в 1992 г. По оценкам *BAAPS*, в 2002 г. в Великобритании было сделано более 75 тыс. инъекций ботокса.
- ◆ По данным *BAAPS*, в период между 2003 и 2004 гг. в Великобритании количество людей, воспользовавшихся косметическими хирургическими процедурами, увеличилось на 60%.

готовы к тому, что это станет известно всем, многие не хотят, чтобы другие узнали о том, что они выбрали такой путь. Это может объясняться тем, что их цель (как у многих людей с видимыми отличиями) может заключаться в том, чтобы выглядеть «обычно» и не выделяться на общем фоне, или тем, что они боятся обвинений в тщеславии. Специалисты считают, что людей, которые стремятся изменить то, что можно считать «эстетическим» недостатком, можно убедить принять свою внешность вместо того, чтобы прибегать к косметической хирургии (*Oberle and Allen, 1994*); однако можно с уверенностью предположить, что спрос на подобные операции не уменьшится.

Сарвер и его соавторы (*Sarwer et al., 1997: 1*) утверждают, что «косметическую хирургию можно считать психологическим методом или как минимум хирургической процедурой с психологическими последствиями». В последнее время появилось много литературы, посвященной вопросам мотиваций, переживаний и удовлетворенности человека, связанных с косметическим лечением. Результаты этих исследований показывают, что подобные методики очень эффективны в плане улучшения восприятия телесного образа, о котором сообщают сами пациенты, и повышения удовлетворенности той частью тела, которая подверглась лечению, без роста неудовлетворенности остальным телом (*Sarwer, 2002; Sarwer and Crerand, 2004*). Однако пока еще не проведены исследования долгосрочного влияния косметических процедур, поэтому неизвестно, сохраняются ли воспринимаемые выгоды после того, как проходит первоначальная эйфория по поводу измененной внешности. Точно так же еще предстоит изучить психологические моменты, связанные с решением прибегнуть к нехирургическим процедурам (например, лечению ботоксом) вместо хирургического вмешательства, хотя Сарвер и Креранд (*Sarwer and Crerand, 2004*) считают, что модель косметической хирургии и телесного образа Сарвера (см. главу 2) одинаково хорошо применима к обоим типам процедур.

В связи с ростом числа людей, прибегающих к этим видам лечения, неизбежно будет увеличиваться количество неудачных процедур и случаев появления побочных эффектов. В подобных обстоятельствах высока вероятность сожалений и взаимных обвинений, поскольку люди могут винить себя за то, что подверглись «не-нужной» хирургической операции. Несмотря на отсутствие подтверждающих данных, Хьюз (*Hughes*, 1998) утверждает, что все большее количество людей, которым была сделана косметическая операция, обращаются в Национальную службу здравоохранения за услугами пластической хирургии с целью «исправления» или «улучшения» результатов ранее пройденного лечения. Неудачные косметические процедуры вызывают интерес у желтой прессы, однако в научном мире остро не хватает исследований, изучающих психологическое влияние таких случаев. Расширение знаний о проблемах позволит оказывать соответствующую поддержку людям, оказавшимся в аналогичной ситуации, а также это может оказаться необходимым тогда, когда от человека требуется получить полностью информированное согласие перед проведением таких процедур. Исключение составляет очень незначительное количество работ, посвященных переживаниям женщин, которым были удалены грудные имплантаты (процесс, известный как эксплантация). По сведениям, представленным Американским обществом пластических хирургов (приведены в *Sarwer and Crerand*, 2004), в 2002 г. в США более 43 тыс. женщин прошли эксплантацию (в сравнении с 32 тыс., которые подверглись этой процедуре в 1998 г.) Согласно самым последним данным Национального реестра грудных имплантатов (*National Breast Implant Registry*, 2004), в 2002 г. в Великобритании более 10 тыс. женщин воспользовались услугами хирургии грудных имплантатов. В это число входят 1414 пациенток, которые прошли процедуры по замене имплантатов, и 79 женщин, которые подверглись удалению имплантатов без их замены. Однако данные цифры не отражают полной картины, так как в Великобритании регистрация имплантатов производится добровольно. Уолден и коллеги (*Walden et al.*, 1997) считают, что процедура эксплантации может оказать на человека серьезное влияние, подобное тому что возникает при потере груди вследствие лечения рака. Беспокойство вызывает то, что подавляющее большинство женщин, имеющих грудные имплантаты, может в какой-то момент оказаться в подобной ситуации, поскольку, как правило, имплантаты необходимо заменять примерно раз в четыре года. В связи с этим необходимы дальнейшие исследования в этой области.

Необходимо помнить о том, что подобные попытки изменения внешности (включая косметическую хирургию) или представлений и оценок, связанных с внешностью, предпринимаются не только людьми, у которых нет видимых отличий. Люди, у которых есть физический недостаток, влияющий на одну из частей их тела, могут стремиться к изменению и других аспектов своей внешности. Это хорошо видно на примере данного Марком Крэнком описания его собственных переживаний по поводу жизни с нейрофиброматозом: «Я знаю, что мне не нравится в моем лице, и это то, что в нем является не самым "ненормальным". Однако очень сложно убедить хирурга в том, что "Я знаю, что кожа у меня на лбу покрыта шрамами, но это меня не волнует; больше всего я хочу, чтобы мое ухо передвинули на два сантиметра!"» (*Lansdown et al.*, 1997).

## Медицинские и психологические методики для людей с видимыми отличиями

### Поддержка, предоставляемая организациями на местах и добровольческими организациями

Значительную поддержку людям, переживающим из-за имеющихся у них видимых отличий, оказывают добровольцы, работающие в благотворительных организациях (таких, как *Changing Faces* и *Let's Face It*) и в группах поддержки для людей с определенными заболеваниями. Знаменитый *Guinea Pig Club*, члены которого одними из первых испытали на себе возможности пластической и реконструктивной хирургии во время Второй мировой войны, представляет собой, возможно, первую группу самопомощи, связанной с вопросами внешности. Такие организации, как правило, предоставляют необходимую информацию и индивидуальную или групповую поддержку. Сегодня все более доступной становится поддержка для детей и подростков с видимыми отличиями, полученными чаще всего в результате ожогов или рака; эта поддержка оказывается в форме пребывания в лагерях, похожих на летние лагеря в США.

Польза от групп поддержки может быть самой разной. Во-первых, они дают человеку возможность впервые встретиться с другими людьми, имеющими схожие проблемы с внешностью. При этом важно, что встречи позволяют рассказать о своих чувствах и тревогах людям, не входящим в число членов семьи или друзей и которые могут быть расстроены подобной же собственной ситуацией. Во-вторых, они дают возможность поделиться впечатлениями от использования стратегий совладания, которые сами участники группы могут считать более или менее эффективными. Это может быть практическая (например, советы по использованию маскировочного грима) или эмоциональная помощь (например, поддержка). Важно то, что эти группы позволяют получать постоянную поддержку за пределами больницы и после неотложного этапа лечения. Они также могут оказывать помощь членам семьи и друзьям и проводить социальные мероприятия в поддерживающей обстановке — и это может быть особенно ценно для тех, у кого вызывают беспокойство социальные ситуации (более подробно см. в *Partridge and Nash, 1997*). Очевидно, что существует острая необходимость в таких группах, а свидетельством их успеха служит постоянный рост их числа — так, организация *Let's Face It* первоначально была создана в Великобритании, а сегодня у нее есть группы в США, Австралии, Норвегии и Индии (*Piff, 1998*).

Однако, в то время как некоторые люди «расцветают» в группах поддержки, другие активно избегают их из страха быть воспринятыми как своего рода стигма (*Rumsey and Harcourt, 2004*). Сближение с группой и вступление в нее может пугать, в особенности если человек боится, что о нем будут судить по его внешности и он уже имеет подобный негативный опыт знакомства с людьми. В своей работе Партридж и Робинсон (*Partridge and Robinson, 1995*) рассказывают о потенциальных проблемах, которые могут возникнуть у людей с ожоговыми заболеваниями в связи с участием в группах поддержки. Например, человек может сравнить свою внешность с внешностью других членов группы и испытать шок от мысли, что он сам

может точно так же выглядеть сейчас или в будущем. Кроме того, существует опасность, что группа может быть сфокусирована на негативных переживаниях, и это соответственно только усилит беспокойство ее участника, вместо того чтобы стать терапевтическим средством. Есть также вероятность того, что на участников группы будут оказывать неблагоприятное влияние негативные переживания других ее членов, такие как разочарование результатом долгожданного лечения.

Наконец, необходимо четко понимать мотивацию пациентов и людей, предлагающих свою поддержку группам, которые стараются избежать возможного влияния как на самих себя, так и на участников группы: профессионалы, члены семьи и друзья могут разрываться между оказанием необходимой поддержки и желанием не сделать членов группы слишком зависимыми от них (более подробный анализ возможных недостатков групп поддержки см. в *Partridge and Nash, 1997* и *Hughes, 1998*). Кроме того, существует опасность, что группы для людей с определенными заболеваниями могут вместо пропаганды разнообразия внешности содействовать сегрегации.

К сожалению, работа групп поддержки или людей, предоставляющих поддержку (включая лагеря и обычную работу клинических врачей и специалистов-медиков), часто остается без оценки (*Strauss and Broder, 1991*). Очевидные свидетельства их успеха могли бы помочь в определении направления улучшения и корректировки их работы. Исключением можно считать ретроспективное исследование группы поддержки для людей с ожоговыми заболеваниями, проведенное Купер и Бернсайд (*Cooper and Burnside, 1996*). Как правило, люди присоединялись к группе после индивидуальных занятий, которые помогали им подготовиться к участию в работе группы. Важно то, что группа должна была проявлять гибкость в реагировании на потребности ее участников и рассматривалась как неотъемлемая часть стандартного лечения людей с ожоговыми поражениями; все это облегчало для пациентов ее принятие. Люди ценили доступность и гибкость группы как средство, к которому они могут прибегнуть в любое время, а не только в ранний посттравматический период после ожога. Они также высоко оценивали персонал, руководящий работой этих групп, хотя в других исследованиях (*Wallace and Lees, 1988*) участники предпочитали, чтобы группами управляли сами их участники без вмешательства специалистов. Это поднимает интересный вопрос: «Могут ли люди без физических недостатков работать в группе для людей, имеющих такие недостатки?» В конечном счете успех и долговечность группы могут определять навыки фасилитатора (а не его внешность).

Однако группа не всегда является самым подходящим средством для решения всех проблем. Так, Купер и Бернсайд (*Cooper and Burnside, 1996*) выяснили, что участники группы предпочитают обсуждать деликатные вопросы, такие как секс и тяжелая утрата, в ходе индивидуальных занятий. Маддерн и Оуэн (*Maddren and Owen, 2004*), напротив, отмечают, что для некоторых людей более предпочтительны групповые сеансы, а мысль об индивидуальном занятии вызывает у них чувство неловкости. Благотворительная организация *Changing Faces* проводит специальный семинар для взрослых пациентов, у которых вызывают беспокойство личные или интимные отношения. В программу семинара входят занятия по языку тела и коммуникационным навыкам, обсуждение внешности и предугадывание по-

требностей других людей. Опять же такой формат может подходить не всем, поэтому совершенно очевидно, что людям должна быть доступна психологическая поддержка в самых разных формах.

Группы поддержки могут оказаться полезными для многих людей, но лучше всего, когда они являются частью всесторонней системы помощи. Такие группы и организации могут подтолкнуть человека к изменению его установок в отношении собственной внешности и предложить индивидуальную поддержку в умении справляться с реакциями других. Однако те люди, которых беспокоит их видимое отличие, могут по-прежнему стремиться изменить свою физическую внешность с помощью средств, доступных им в рамках системы здравоохранения.

## **Виды медицинской помощи, оказываемые учреждениями здравоохранения**

### *Первичное медицинское обслуживание*

Оказание таких услуг здравоохранения, как направление в специализированные лечебные центры или направление к консультантам, будет описано в данном разделе. В Великобритании эти услуги обычно выбираются терапевтами или врачами общей практики, которые, таким образом, играют главную роль в предоставлении лечения и выступают в роли «сторожей» на пути к специалистам. Клив с коллегами (*Kleve et al., 2002*) сообщают, что одна треть направлений к врачам-специалистам, помогающим людям с видимыми отличиями, была определена терапевтами, и это позволяет предположить, что врачи знали о необходимости и доступности такой поддержки. Однако поддержка врачей-специалистов доступна не повсеместно, поэтому непонятно, как проблемы с внешностью решаются терапевтами в иных географических точках. Исследования (*Broomfield et al., 1997*) показывают, что пациенты не чувствуют, что их потребности в психологической поддержке могут быть удовлетворены на уровне первичного медицинского обслуживания, и это требует дальнейшего совершенствования этого сектора.

Чарлтон с соавторами (*Charlton et al., 2003*) призывают терапевтов изучать мысли, переживания и ожидания пациентов, с тем чтобы достичь общего с ними понимания конкретного физического недостатка и вместе оценивать необходимость изменения внешности. Врачи-терапевты должны хорошо представлять ситуацию неудовлетворенности телесным образом, знать, как она может повлиять на социальное функционирование, и быть осведомлены об эффективных методах поддержки и лечения. Однако специалисты-медики, включая терапевтов, могут не замечать или упрощать проблемы, связанные с внешностью. Это может происходить не намеренно, из-за недостатка уверенности в умении выявлять психосоциальные переживания и переживания, связанные с внешностью, а также из-за опасения неумения работать с ними. Из общего числа людей, имеющих какое-либо видимое отличие, терапевт может заниматься лечением только двух или трех пациентов с тяжелыми физическими недостатками (*Clarke, 1999*). Тем не менее терапевты должны разбираться в вопросах внешности, так как у них может быть множество пациентов без видимых отличий, у которых все же наблюдается дистресс по поводу своего внешнего вида.



Мак-Грутер (*McGrouther, 1997*) придает большое значение роли, которую терапевты могут играть в лечении людей с тревогой по поводу внешности. Он предполагает, что, имея продолжительные отношения и связь с пациентом, они могут более успешно оценивать влияние физического недостатка на человека, чем врачи-специалисты, которые имеют возможность полагаться только на результаты короткой консультации. Однако в реальности такие «идеализированные» отношения между врачом и пациентом могут пострадать под нажимом терапевта и от перехода к групповому методу первичного медицинского обслуживания. Это означает отсутствие гарантий продолжительности подобных отношений, поскольку пациенты могут посещать нескольких терапевтов, у каждого из которых может быть собственное ценностное суждение о значимости внешности и лечения. Терапевты также могут обладать ограниченными знаниями о тревогах по поводу внешности или о контактах с пациентами, переживающими эти тревоги, в сравнении с консультантом, чьей специализацией является общение с множеством пациентов, имеющих видимые отличия. К счастью, на конференциях с участием врачей-специалистов и в специализированных журналах все больше внимания уделяется психологическим вопросам, поэтому мы надеемся, что врачи-специалисты по крайней мере получат лучшее представление о возможных психологических последствиях тех заболеваний, которые они лечат. Однако полученные нами данные (*Rumsey et al., 2004*) указывают на то, что этого пока еще не происходит, или, возможно, эти знания не всегда реализуются на практике.

К числу причин, мешающих полноценному обсуждению или решению проблем, связанных с внешностью, в рамках первичного медицинского обслуживания, относится ограниченность ресурсов, таких как время работы и физическое пространство (см. *Bradbury and Middleton, 1997*). Для обсуждения деликатных и личных вопросов, включая те, что связаны с внешностью, необходимо найти соответствующее время и создать уединенные условия в беспокойной обстановке учреждений первичной медицинской помощи, которая характерна для кабинетов терапевтов и амбулаторных отделений. Терапевтические кабинеты могут стать местом сосредоточения необходимых ресурсов, в том числе литературы по самопомощи и информации для пациентов, членов их семей и сиделок, однако очевидно, что оказание психологической поддержки в такой обстановке требует дальнейшего исследования и внимания клинических специалистов.

### *Медицинские и хирургические методики*

Нет сомнения в том, что основными целями лечения после полученной травмы или диагностирования заболевания должно быть сохранение жизни, восстановление жизненно важных функций и предотвращение развития заболевания. Усовершенствование хирургических и медицинских методик, применяемых учреждениями здравоохранения второго и третьего уровней, означает, что теперь многие люди с заболеваниями, раньше считавшимися «неизлечимыми или неоперабельными», могут пройти биомедицинское лечение (которое само по себе может привести к появлению рубцов или физических дефектов). Например, пациентам, проходящим лечение после тяжелых ожогов или рака, есть возможность предложить радикальное хирургическое вмешательство, результатом которого может стать потеря ка-

кой-либо функции или изменение внешности. Хотя такое лечение предполагает выгоды, а не только спасение жизни пациента, оно может привести к замене одного «заболевания» или «проблемы» на другие.

За пределами рассмотренного первого этапа оказания медицинской помощи и в случаях с врожденными заболеваниями (такими, как капиллярные гемангиомы), влияющими на внешность, а не на работоспособность, цели лечения (включая хирургию, медикаментозное и лазерное лечение) имеют эстетический характер и часто предполагают многочисленные специальные процедуры на протяжении долгого времени. К ним можно отнести возможности «удаления» или «обработки» рубцов, которые могут заинтересовать пациента, недовольного эстетическим результатом предыдущего лечения.

### *Реконструктивная и пластическая хирургия*

Реконструктивные процедуры предназначены для восстановления формы или наличия какого-либо видимого органа тела и предполагают использование ряда методик, включая пересадку кожи и тканей с одной части тела пациента на другую, наращивание тканей для увеличения объема используемой кожи и применение имплантатов. Они не позволяют воссоздать первоначальный орган или восстановить функцию. Методы пластической хирургии включают в себя липосакцию, аугментацию (увеличение размеров груди) и хирургическое изменение ушей и носа (обзор недостатков пластической и реконструктивной хирургии читатели могут найти в *Harris, 1997*).

Ожидания пациентов в отношении результатов пластических и реконструктивных операций могут быть очень высокими и оказывают сложное влияние на телесный образ, включающее в себя физические, психологические и социальные переменные (*Pruzinsky, 2002*). В Великобритании в последние годы постоянно растет доступность таких процедур в рамках Национальной службы здравоохранения. В 2002 г. в Англии было проведено более 15 тыс. реконструктивных операций, и в настоящее время они являются стандартным лечением для многих пациентов исходя из того, что приносят пользу в плане улучшения качества жизни и восприятия телесного образа. Например, согласно политике Национальной службы здравоохранения Великобритании (*NHS Executive, 1996*), реконструктивная хирургия груди должна быть доступна всем женщинам, которым была проведена мастэктомия.

Принятие решения по поводу лечения может быть достаточно трудным, а когда это решение может привести к изменению внешности (например, пластическая или реконструктивная хирургия), оно может вызывать особенно сильный стресс, поскольку невозможно предсказать эстетический результат такого вмешательства. Например, сложно прогнозировать, насколько келоидными (припухлыми или окрашенными) будут рубцы после лечения, даже если у человека имеется раннее рубцевание, дающее возможность сравнения. Выбираемые методы лечения связаны с риском, присущим любому хирургическому вмешательству, и, хотя они нацелены на улучшение внешнего вида одной части тела, возможно появление новых рубцов в том месте, откуда будут взяты донорские ткани. Специалисты должны четко разъяснять возможность такого «обмена» предполагаемым пациентам, чтобы они могли сделать полностью информированный выбор, а их ожидания были мотиви-

рованными. Подобные методики требуют от пациента большой самоотдачи, так как обычно являются сложными процедурами и за ними могут последовать несколько операций до достижения приемлемого результата. Более того, трудные и сложные решения об использовании таких методов могут приниматься в особенно травмирующих обстоятельствах, например после несчастного случая или во время проведения серии болезненных процедур. Так, специалисты обычно говорят женщинам с раком груди о возможности осуществления реконструктивной операции во время сообщения диагноза и предлагают различные варианты сроков ее проведения (немедленная или отложенная) и типов осуществляемой процедуры. Харкерт и Рамси (*Harcourt and Rumsey, 2004*) выяснили, что многие пациентки предпочитали принимать решение о реконструкции груди «в состоянии ожидания» — до того, как они узнавали о том, насколько успешно или неуспешно прошло первичное лечение рака. Некоторые также говорили, что чувствовали себя перегруженными информацией и неспособными принимать сложные решения по поводу своей будущей физической внешности в столь эмоциональной ситуации.

Хотя многие говорят о психологической пользе такой хирургии, эти представления не подкреплены надежными исследовательскими данными (см. *Harcourt and Rumsey, 2001; NHS Executive, 1996*). Одно из проспективных исследований (*Harcourt and Rumsey, 2004*) показывает, что хотя реконструктивная хирургия груди приносит пользу многим женщинам, не меньшему их количеству приходится бороться с постоянным чувством дискомфорта, мириться с обширными рубцами, возникающими в результате операции. Это часто воспринимается как «необходимая плата» за восстановленный внешний вид. Между тем специалисты не наблюдают особых различий в уровнях дистресса и изменений в удовлетворенности телесным образом у тех, кто принимает решение прибегнуть к реконструктивной хирургии, и тех, кто от нее отказывается, и это позволяет предположить, что подобное хирургическое вмешательство не является панацеей от расстройства, вызванного мастэктомией (*Harcourt et al., 2003*).

Вопрос о том, когда реконструктивная хирургия является чисто косметической процедурой, служит источником многочисленных обсуждений и споров. Услуги косметической хирургии предоставляются исключительно в рамках Национальной службы здравоохранения, однако постоянно разворачиваются дискуссии по поводу того, следует или нет сделать более доступными некоторые процедуры, такие как удаление татуировок или уменьшение груди, учитывая их психологические выгоды (*Horlock et al., 1999; Klassen et al., 1996*). В настоящее время в Великобритании разрабатываются национальные принципы проведения реконструктивных процедур, что связано с недостаточностью ресурсов для удовлетворения нынешней потребности, а также региональными различиями существующей политики в данной сфере. Так как решения о доступности пластической и реконструктивной хирургии в рамках Национальной службы здравоохранения по-прежнему принимаются на основе биомедицинской модели, лечение может быть одобрено для решения функциональных, а не психологических проблем. Например, необходимость операции по уменьшению бюста можно обосновывать болью в плечах и спине, тогда как процедуры по увеличению бюста объяснить чисто функциональными потребностями сложнее. Но обе ситуации могут оказывать одинаково губительное

влияние на социальную тревогу, самоосмысление, качество жизни и сексуальное поведение, а имеющиеся свидетельства указывают на то, что обе эти процедуры очень эффективны в улучшении качества жизни и удовлетворенности пациентов (см. *Shakespeare and Cole, 1997; Young et al., 1994*). Ограничение подобных процедур, которые ведут к позитивным психологическим результатам, может вызвать большое разочарование, учитывая общедоступность процедур, приносящих менее благоприятные результаты (например, общее оперативное лечение рубцов).

Система, в которой решение о лечении принимается на основе того, с какой вероятностью процедура сможет помочь в решении проблемы (не важно, психологической или физической), представляется более логичной, чем принятие решений о лечении на основе этиологии. Также не следует уделять первостепенное внимание определенной процедуре или ограничивать ее доступность исходя из объективных оценок степени физического недостатка, так как это мешает лечению людей, которые испытывают более сильное психологическое расстройство, связанное с менее обширными или тяжелыми дефектами внешности (см. главу 5). Если распределение услуг будет основываться на психологической потребности, то это может стимулировать использование методов оценки на основании самоотчетов. Проблема в том, что люди, стремящиеся воспользоваться хирургическими методами, могут давать ответы, повышающие вероятную необходимость лечения, поскольку формулировки систем оценки (например, Шкала внешности Деррифорда; Опросник общего состояния здоровья), как правило, составлены так, что становится очевидно, какие реакции указывают на выраженное расстройство (см. главу 2).

Наконец, постоянное совершенствование косметических и реконструктивных процедур ведет к множеству этических и нравственных проблем, а также психосоциальных вопросов — с ними связаны, например, лицевая трансплантация и хирургическое лечение людей с синдромом Дауна. О лицевой трансплантации мы поговорим в главе 8.

### **«Профилактическая» хирургия**

Особый интерес вызывают «профилактические» процедуры (например, профилактическая мастэктомия), которые сегодня часто делаются людям с высоким риском развития различных заболеваний, в особенности рака. Какое психологическое влияние оказывают такие процедуры, изменяющие внешность при отсутствии диагностированного заболевания, пока еще не ясно, поскольку результаты, представленные в литературе по этому вопросу, неоднозначны. Например, Хэтчер с соавторами (*Hatcher et al., 2001*) на основе своего исследования пришли к выводу, что профилактическая мастэктомия может принести психологическую пользу без какого-либо негативного влияния на телесный образ. Одно из ретроспективных исследований (*Hoopwood et al., 2000*) показало только незначительную степень ухудшения телесного образа, хотя более половины исследованных после мастэктомии чувствовали себя менее привлекательными физически и сексуально, а небольшое количество женщин сообщило о серьезных переживаниях по поводу своего телесного образа и чувстве разочарования. Точно так же около 5% участников исследования, проведенного Пейн и коллегами (*Payne et al., 2000*), выразили сожаление по поводу

принятого ими решения пройти эту же самую процедуру. Они чувствовали облегчение от того, что риск развития рака груди у них снизился, но их сожаления были связаны с вопросами телесного образа и сексуальности, специфическими хирургическими осложнениями, неудовлетворенностью косметическим результатом, появлением рубцов и потерей чувствительности. Более того, долгосрочное контрольное исследование свидетельствует о том, что одна треть пациенток отметила у себя более низкую удовлетворенность своим телесным образом после профилактической хирургической операции груди (*Frost et al.*, 2000). Понятно, что литературы по данному вопросу пока что абсолютно недостаточно и необходимы дальнейшие исследования в этой области, поскольку число пациентов, обдумывающих возможность использования снижающей риск заболеваний хирургии, и тех, кто ею уже воспользовался, постоянно растет. Сегодня уже совершенно очевидно, что пациентки, которые думают прибегнуть к данной методике, должны получать конкретную информацию о влиянии этого лечения на телесный образ и соответствующую поддержку (включая психологические консультации) как до, так и после прохождения лечения. Хэтчер и Фэллоуфилд (*Hatcher and Fallowfield*, 2003) считают, что в данном случае было бы полезно организовывать группы поддержки, поскольку многие женщины говорят о чувстве изолированности, возникающем из-за того, что они не знают никого, кто прошел такую операцию.

### *Лазерное лечение*

Национальная служба здравоохранения поддерживает не только хирургические вмешательства. Лазерное лечение, используемое для удаления капиллярных гемангиом, первоначально называли «чудодейственным средством», в связи с чем у пациентов могут возникать большие ожидания относительно результатов этой длительной и нередко очень болезненной процедуры (*Augustin et al.*, 1998). Однако результаты лазерного лечения могут быть неодинаковыми, при этом очень редко удастся удалить пятно полностью. Хансен с коллегами (*Hansen et al.*, 2003) провели оценку долгосрочного психологического влияния лазерной терапии среди пациентов с капиллярными гемангиомами. В ходе исследования 62% опрошенных отметили улучшение цвета пятна, но только несколько человек сообщили о каком-либо изменении его текстуры или размера, при этом большинство сказали, что лечение не оказало серьезного влияния на их социальные взаимодействия с другими людьми. Другими словами, лечение мало повлияло на решение психосоциальных проблем пациентов.

### **Маскировочные средства**

#### *Использование грима*

Пациентам нередко предлагаются протезирование и использование маскировочного грима; к подобным средствам могут прибегать люди, осознающие, как они выглядят, для ослабления немедленного воздействия своего внешнего вида, особенно в социально значимых ситуациях. Необходимо помнить, что методы маскировки используют не только люди с видимыми отличиями; все мы меняем или

скрываем свою внешность в зависимости от того, как оцениваем ситуацию, и от того, какое впечатление хотим произвести.

Если одежда позволяет достаточно легко спрятать физические недостатки рук, ног и тела, то лицевые дефекты, как правило, скрыть гораздо сложнее. Однако пигментные проявления на лице и теле (витилиго или капиллярные гемангиомы) можно нередко эффективно замаскировать с помощью грима (*Harris, 1997*), хотя некоторые заболевания подобным образом скрыть сложно. Например, шелушение кожи при псориазе спрятать проблематично, если вообще возможно. В отличие от косметических средств маскировочный грим не стирается и является водостойким. В Великобритании маскировочный грим, который можно использовать для лица и тела, раздается Национальной службой здравоохранения и через британский Красный Крест. Исследование, проведенное среди пациентов с капиллярными гемангиомами (*Lanigan and Cotterill, 1989*), показало, что вероятность использования маскировочного грима женщинами выше, чем мужчинами. Это может объясняться нежеланием мужчин пользоваться товарами, ассоциирующимися с женственностью, или тем, что маскировочный грим как возможную стратегию поддержки женщинам предлагают чаще, чем мужчинам. Также специалисты отмечают (*Spicer, 2002*), что маскировочные средства не всегда предлагают пожилым людям, возможно, из-за ошибочного представления о том, что видимость дерматологического заболевания беспокоит их меньше, чем молодых людей.

Принимая во внимание концептуальную схему, предложенную в главе 2, можно предположить, что маскировочный грим может в большей или меньшей степени скрыть физический недостаток, что, в свою очередь, может повлиять на когнитивное представление и ту обратную связь, которую получает человек о своей внешности. Считается, что разнообразие копинг-стратегий определяет более благоприятные психологические результаты (см. главу 2), поэтому косметическая маскировка может стать полезным дополнением к набору доступных человеку стратегий совладания и ее следует предлагать всем пациентам в качестве составляющей стандартного лечения.

Однако грим не является эффективным средством и не помогает решить проблемы пациента, обеспокоенного внешностью. Об этом свидетельствуют результаты оценки услуги по маскировке кожи (*Kent, 2002*), которые показывают высокие уровни удовлетворенности этой услугой, повышение чувства уверенности в социальной обстановке и снижение избегания. Однако при этом основные представления участников исследования о своей внешности и уровни социальной тревоги остаются неизменными. Рекламирование такого средства, как маскировочный грим, может привести к распространению убеждения, что видимые отличия следует прятать или исправлять, а это противоречит стимулированию более широкого принятия разных вариантов своей внешности.

Косметическая маскировка может стать проблемой, если люди начинают излишне на нее полагаться и уже не могут общаться без нее с другими людьми; при этом возникают такие проблемы, как вопросы идентичности и «реального я», излишнего доверия к маскировочному образу при социальном взаимодействии, избегание «разоблачающих» ситуаций (например, плавания) и страхи, что «правда» выйдет наружу (*Coughlan and Clarke, 2002*). Проблемы могут возникнуть и в том случае,

если необдуманное использование грима привлекает внимание к физическому недостатку, вместо того чтобы отвлекать от него. То же самое можно сказать о несоответствующей одежде, например когда человек постоянно носит свитера с длинными рукавами и закрытым горлом, чтобы скрыть руки и шею, не снимая их даже в жаркую погоду. Когда происходит нечто подобное, маскировка превращается в стратегию избегания, вместо того чтобы служить позитивной стратегией совладания.

Люди, которые полагаются на маскировочный грим, могут также оказаться перед интересной дилеммой: расхождением между убеждением, что внешний вид не имеет значения, и своими собственными попытками добиться идеальной внешности. Наряду с использованием косметики для получения «нормальной» внешности, согласно социальным идеалам, внешний вид должен быть «простым», поэтому избыточное, бросающееся в глаза использование косметики может интерпретироваться некоторыми как признак озабоченности внешностью (см. главу 2). Очевидно, что с подобной дилеммой сталкиваются не только люди, имеющие физические недостатки.

### *Протезирование*

Протезирование также можно рассматривать как вид маскировки. В некоторых случаях, например после мастэктомии, пациенты могут предпочесть воспользоваться протезом вместо реконструктивного хирургического вмешательства. В других случаях (например, после ампутации нижних конечностей) использование реконструктивной хирургии невозможно и единственным доступным вариантом является протезирование (Harris, 1997). Целью использования протезов помимо нормализации внешности может стать восстановление функций организма, например при ампутации нижних конечностей. Сегодня большое внимание уделяется разработке более совершенных методов производства протезов, которые все больше выглядят как живые, включая соответствие их цвета различным оттенкам кожи. Однако, несмотря на свою способность скрыть физический недостаток, они подходят не всем; к тому же человек, который адаптируется к своей измененной внешности, дополнительно должен привыкать к использованию протеза. Некоторые женщины, использующие грудные протезы, говорят о том, что они неудобны, мешают, служат неприятным напоминанием о прошедшей операции и часто приводят к решению об использовании реконструктивной хирургии (Reaby and Hort, 1995). Вполне вероятно, что в результате всего этого люди начинают уделять укрыванию протеза столько же внимания, сколько они уделяли маскировке своего физического недостатка. Тем не менее для некоторых протез становится неотъемлемой частью их идентичности, которую они предпочитают демонстрировать, а не скрывать. Например, собрано множество данных о подростках, которым нравится выставлять напоказ свои раскрашенные в яркие цвета протезы. Мак-Лаклэн (MacLachlan, 2004) высказывает идею об интеграции, происходящей при протезировании, когда в некоторых случаях протез становится частью телесного образа. Он приводит интересный пример женщины, которая при замене ножных протезов была расстроена больше, чем после ампутации ног в результате травмы после пожара.

Подводя итог, можно сказать, что маскировка с помощью грима, одежды или протезирования может помочь в некоторых обстоятельствах, но не является панацеей для всех проблем, с которыми сталкиваются люди, обеспокоенные своей внешностью (вне зависимости от того, есть у них видимые отличия или нет).

## Недостатки биомедицинского подхода

Те хирургические и медицинские вмешательства, которые мы только что описали, оказываются в рамках систем здравоохранения и основаны на биомедицинском подходе к заболеванию. Нет сомнения в том, что биомедицинские вмешательства приносят пользу многим пациентам отчасти благодаря изменению обратной связи (реальности физической внешности), которая формирует самооценку. Важно помнить о том, что успехи по совершенствованию лечения находятся в центре внимания не только Национальной службы здравоохранения, но нередко и самих пациентов. Несмотря на широко распространенное представление о «сборной» основе современного здравоохранения, биомедицинские методы лечения могут оставаться единственным вариантом, доступным или предлагаемым людям, которые могут не знать о существовании альтернатив. Однако эти методы не являются универсальным средством лечения и в контексте обеспокоенности внешностью биомедицинский подход имеет ряд недостатков. Несмотря на то что многие пациенты сообщают об улучшении самооценки, более позитивных оценках своей внешности и/или повышении социальной уверенности после хирургического вмешательства, результаты исследований нельзя назвать однозначными, а тем более нельзя гарантировать однозначные выгоды от хирургического вмешательства (Hughes, 1998).

Главная проблема заключается в том, что биомедицинский подход имеет скорее патологическую направленность, так как предполагает позитивную связь между тяжестью заболевания и недееспособностью (см. Clarke, 1999). Таким образом, хотя сторонники этого подхода признают, что видимое отличие может вызывать определенные последствия для человека, они неизменно предполагают, что влияние такого отличия будет негативным, а не позитивным и что оно будет сильнее для тех, кто имеет более тяжелые или обширные дефекты. В контексте оказания медицинской помощи это означает, что людям с более очевидными или крупными физическими недостатками отдается предпочтение перед теми, у кого видимое отличие менее обширно и предположительно считается менее заслуживающим лечения. Однако, как видно из предыдущих глав, данные исследований не подтверждают эту допускаемую и упрощенную связь, а, наоборот, постоянно указывают на значение психологических факторов в определении лечения. Более того, биомедицинская модель предполагает не только позитивную связь между тяжестью физического недостатка и психологическим расстройством, но и ее одностороннюю направленность. Биопсихологический подход, напротив, признает ее двустороннюю направленность и то, что психологическое расстройство может влиять на физические характеристики некоторых болезней (например, дерматологических заболеваний).

Недостаточность использования исключительно биомедицинского подхода при лечении наиболее ярко проявляется в случае помощи людям с заболеваниями, связанными с внешностью, когда лечение строится на описанных выше хирургических



и медицинских методах. Здесь главное внимание по-прежнему уделяется видам помощи, направленным на удовлетворение физических потребностей пациентов, т. е. на «регулирование» внешности с целью достижения воспринимаемой нормы (внешности, не имеющей никаких очевидных отличий). Основное допущение заключается в том, что любое биомедицинское вмешательство, которое ведет даже к незначительному или частичному улучшению внешности, желательно и результативно. Это способствует активизации негативных стереотипов и восприятий любой внешности, которая не соответствует строгим стандартам общества, и подкрепляет убеждения в том, что люди с видимыми отличиями должны стремиться к норме, т. е. к внешности, лишенной физических недостатков. При этом растущая доступность хирургических вмешательств для всех людей (вне зависимости от того, есть у них видимые отличия или нет) еще больше содействует распространению мифов о красоте и стереотипов о важности внешности и о том, что красивое значит хорошее (см. главу 1). Людям сообщаются культурные идеалы, с которыми они сравнивают себя в ходе когнитивных процессов, описанных в главах 2 и 5, и происходит подкрепление предположения, что люди должны использовать любое доступное лечение или хирургическую операцию, которые могут «улучшить» их внешность. Это может оказывать еще большее давление на тех людей, которые в надежде на чудесное изменение, по сути, перевели свою жизнь «в режим ожидания», и особенно заметно в случаях, когда люди верят, что «исправление» внешности также решит все другие проблемы в их жизни. Существуют веские свидетельства шока и разочарования, которые испытывают люди, когда понимают, что болезненное, дорогостоящее и длительное хирургическое лечение вовсе не сделало их жизнь идеальной. Партридж (*Partridge, 1990*), а также Брэдбери и Миддлтон (*Bradbury and Middleton, 1997*) говорят о важности определения того момента, когда дальнейшее лечение может повлечь за собой больше расходов, чем пользы. Хирург может стремиться к достижению идеального эстетического результата, однако многие люди с видимыми отличиями хотят быть обычными, а не «идеальными», поэтому они могут оказаться в ситуации, когда им потребуется прекращение хирургического вмешательства для устранения связанной с ним эмоциональной нестабильности (*Bradbury and Middleton, 1997; Pruzinsky, 2002*).

Еще одна проблема, связанная с биомедицинским лечением, заключается в том, что оно предоставляется в соответствии с инструкциями и протоколами, которые могут противоречить индивидуальному подходу, ориентированному на человека. Бездумное подчинение строгим хирургическим протоколам «исправления» внешности (например, существующему мнению, что пациентам с расщелинами необходимо проводить операцию на челюсти в раннем подростковом возрасте) может не только не принести пользы, но и оказывать чрезмерное давление на человека в вопросе проведения предписанного хирургического вмешательства. Это может осложнить для него участие в процессе принятия решения и стать причиной значительной дестабилизации его повседневной жизни. Специалисты должны не навязывать пациенту не допускающие изменений режимы лечения, а планировать их с учетом индивидуальных физических (например, развитие дефекта) и психосоциальных проблем.

Между тем, несмотря на постоянный рост числа доступных способов изменения внешности, специалисты-медики уделяют очень мало внимания удовлетворе-

нию психологических потребностей людей или анализу более широкого контекста, в рамках которого происходит лечение. Это хорошо видно на примере того незначительного финансирования, которое выделяется на работу специализированного подразделения по вопросам оказания поддержки людям с физическими недостатками Национальной службы здравоохранения, в сравнении с теми большими суммами, которые вкладываются в разработку биомедицинских вмешательств. Также об этом свидетельствует широко распространенная приоритетность биомедицинского подхода перед оказанием психологической помощи при заболеваниях.

Однако даже активное инвестирование в биомедицинские вмешательства не может гарантировать избавления от неудовлетворенности телом или восстановления внешности пациента до того состояния, которое было до болезни. Сообщения в средствах массовой информации наряду с растущей доступностью эстетических и косметических методов исправления внешности создают у людей впечатление, что хирурги могут сделать практически невозможное. Примером может служить популярное представление о том, что рубцы и дефекты кожи можно легко устранить. Людей, которые имеют рубцы, возникшие после лечения, очень много: специалисты говорят о том, что каждый год в развитых странах у 100 млн человек появляются рубцы (*Sund, 2000*, цитируется по *Bayat et al., 2003*), причем примерно у 80 млн они являются результатом хирургического вмешательства, а у 11 млн это келоидные рубцы (припухлые и окрашенные). На самом деле состояние рубцов часто можно улучшить (т. е. сделать их менее заметными для других), и все с радостью приветствуют медицинские и хирургические достижения в этой области (*Partndge and Rumsey, 2003*). Совершенствование лапароскопических хирургических методов позволяет сократить потребность в больших разрезах и, таким образом, снизить рубцевание, но пока еще не найден способ полного удаления рубцов.

Важно отметить, что понимание целей и возможных результатов любого биомедицинского лечения у пациентов и профессиональных медиков могут не совпадать. Если хирурги и другие специалисты сферы здравоохранения могут считать, что «лучше» означает, что рубец или пятно стали не такими обширными или заметными, как раньше, то для пациента «лучше» может быть равнозначно излечению или полному удалению дефекта. Сторри (цитируется по: *Lansdown et al., 1997*) дает яркое личное описание того, каким может быть разочарование, когда ожидания и понимание лечения пациента не совпадают с тем, что думают врачи:

С технической точки зрения хирурги проделали замечательную работу. Я могу дышать через ноздри, но я очень разочарован эстетическим результатом. Теперь у меня есть переносица, но нос остался плоским. У меня есть проблема, и я предполагал, что Национальная служба здравоохранения определит ее причину и порекомендует серию операций для ее решения. Вскоре я узнал, что мои предположения наивны. Если я хочу добиться успеха, то должен буду убедить хирурга сделать мне еще не одну операцию

(С 33)

Управление ожиданиями пациентов в отношении результатов лечения стало серьезной проблемой для медиков, работающих в этой области, и психологи могут помочь в ее решении (см. главу 7).

Более комплексный подход учитывает необходимость выявления психологических проблем и соответствующего лечения для их устранения. Дропкин (*Dropkin*, 1999) считает, что помимо улучшения психологического состояния это может принести прямые медицинские и экономические выгоды — помочь пациенту в адаптации к любым изменениям внешности после лечения, поскольку неудача в этом случае может привести к плохому соблюдению указаний врача и повысить возможности распространения инфекций. Результат многих процедур зависит от постоянного соблюдения режимов лечения. Например, после хирургического исправления расщелины ребенку может потребоваться носить ортодонтическую пластину, а пациентам с ожоговыми повреждениями иногда приходится носить герметические повязки для улучшения эстетического вида рубцов. На соблюдение режима лечения людьми, не имеющими видимых отличий, также может воздействовать воспринимаемое влияние на внешность: например, человек может считать, что прописанное ему лекарство способствует увеличению веса.

Итак, несмотря на значительное совершенствование способов и методов лечения, становится все более очевидно, что для удовлетворения всех потребностей пациента недостаточно обслуживания только на основе биомедицинской модели. Так, исследование с участием амбулаторных больных с различными видимыми отличиями показало, что в клиническом контексте их психологические потребности не находят удовлетворения (*Rumsey et al.*, 2004; *Rumsey*, 2003b), и, более того, сам работники здравоохранения признают, что эти проблемы не решаются. Причины, по которым это происходит, находят свое отражение в самых разных источниках (см. *Price*, 1990) и включают в себя дефицит времени, обучения, ресурсов, компетентности, знаний, уверенности и методологических указаний по поводу того, как справляться с такими проблемами. Позитивный факт в том, что компетентность и обученность хорошо поддаются воздействию и корректируются, и специалисты, занимающиеся психологией здоровья, могут внести в это дело серьезный вклад.

## **Оказание психологической помощи**

Нам, как людям, занимающимся психологией здоровья, совершенно очевидно, что достижения и выгоды биомедицинского подхода могут быть усилены включением психологической помощи и поддержки в стандартное лечение, так же как это происходит с процедурами обезболивания, физиотерапии и т. д. Все специалисты-медики в состоянии предложить пациенту психологическую поддержку во время общения с ним, однако это означает нагрузку на персонал и дополнительный объем работы, в результате чего психологическая помощь и поддержка не всегда бывают доступны. В данном разделе мы сначала рассмотрим выгоды, предлагаемые биопсихологическим подходом, а затем проанализируем то, как на сегодняшний день предоставляется психологическая помощь людям с видимыми отличиями.

Мы рекомендуем нашим читателям ознакомиться с биопсихологическим подходом и его преимуществами в сравнении с биомедицинской моделью, представленной в работах Энгел (*Engel*, 1997) и Отден (*Ogden*, 2004). Если говорить об исследованиях и практике в области внешности, то биопсихологический подход

предпочтительнее потому, что он не сфокусирован исключительно на «приведении внешности в порядок». Точнее говоря, его отличает более широкий круг вопросов, и этот подход отражает социальный характер проблем, с которыми обычно сталкиваются люди с видимыми отличиями. Согласно рассматриваемому подходу, оказание помощи людям в изменении мыслей, чувств и поведения, связанных с их внешним видом, так же важно, как и изменение их реальной физической внешности (а может быть, даже и больше). Как уже отмечалось ранее, этот подход отличается двойной направленностью, его последователи признают, что психологические факторы могут воздействовать на физические аспекты заболевания, и наоборот. Однако он также не лишен недостатков, и его часто критикуют за то, что он не очень сильно отличается от биомедицинского подхода и не способен соответствовать тем высоким ожиданиям, которые с ним связаны (см. обзор в *Marks et al., 2000*).

Несмотря на ту пользу, которую может принести всеобъемлющая концептуальная система «физического недостатка» в чистом виде (см. главу 2), клиническое обслуживание, как правило, строится вокруг конкретных заболеваний. Хорошим способом оценки лечения является анализ того, учитывает ли оно и/или решает ли проблемы, связанные с внешностью.

Вероятность предоставления большего количества услуг выше в тех случаях, когда заболевание более подробно изучено с психологической точки зрения. Так, есть множество свидетельств, собранных за длительный период времени, которые указывают на значимость психосоциальных факторов при расщелинах, лечении ожогов и рака груди. Сегодня большая часть ожоговых отделений и команд, работающих с пациентами с расщелинами и раком груди, имеют хорошо разработанные протоколы для оказания «скорой» психологической помощи, однако долгосрочная помощь, как правило, продумана недостаточно. Признание психосоциальных проблем четко прослеживается при лечении данных заболеваний. Например, разработанный на основе результатов работы Консультативной группы по клиническим стандартам (*Clinical Standards Advisory Group, 1998*) правительственный циркуляр рекомендовал включение «соответствующим образом подготовленного психолога» в каждую вновь создаваемую бригаду по лечению расщелин в Великобритании. План борьбы с раком Национальной службы здравоохранения (*NHS Cancer Plan, 2000*) и Отчет Калман-Хайн (*Calman-Hine Report, 1995*) подчеркивают необходимость решения психосоциальных проблем пациентов, страдающих раком, на каждом этапе их лечения. Подобную помощь часто оказывают медицинские сестры-специалисты, которые прошли обучение навыкам проведения психологических консультаций. Национальный комитет по лечению ожогов (*National Burns Care Committee, 2001*) указывает на важность психосоциальной поддержки и предлагает основу для создания в Великобритании ее общенационального стандарта. Однако все эти рекомендации и указания не смогут быть реализованы на практике до тех пор, пока не будет соответствующего финансирования и мотивации. В реальной жизни пациент не всегда может получить такую идеальную поддержку: согласно данным исследования психосоциальных потребностей 71 пациента с ожоговыми поражениями (*Kleve and Robinson, 1999*), только 39% опрошенных сообщили о том, что во время пребывания в больнице получили эмоциональную поддержку после полученной ими травмы. Это были в основном пациенты, которые оставались

в больнице в течение более длительного периода, поэтому, возможно, у врачей было больше времени на то, чтобы оказать им психологическую помощь. Также можно предположить, что в связи с тем, что лечение проводилось в рамках биомедицинской системы, исходящей из предположений о связи между тяжестью заболевания и дистрессом, такая помощь предлагалась только тем, у кого были более обширные ожоги. Если 66% респондентов говорили о том, что получили поддержку после выхода из больницы (от своего терапевта, членов семьи), то только 4% после выписки общались с психологом или психиатром. Эти результаты можно интерпретировать по-разному: это, с одной стороны, может указывать на то, что другие члены лечебной бригады владели навыками, позволяющими им оказать необходимую помощь, или, с другой — свидетельствовать о неудовлетворенной потребности. В любом случае на момент проведения опроса 39% его участников считали, что им бы пригодилась какая-либо профессиональная помощь.

При некоторых заболеваниях специалистами признается не только возможность воздействия на внешность, но и то, что это приведет к переживаниям негативного характера. В таких ситуациях психологическое расстройство, возникающее в результате изменения внешности, нередко рассматривается как норма, в особенности у людей с обширными видимыми дефектами, и, следовательно, требует оказания психологической помощи и поддержки. Парадокс в том, что подобное понимание таит в себе опасность: психосоциальные потребности людей с физическими недостатками небольшой или средней тяжести могут быть проигнорированы, поскольку существует ошибочное предположение, что эти недостатки вызывают меньшее расстройство (см. главу 4).

Однако при других заболеваниях вообще не предполагается никакая специальная психологическая помощь, возможно, из-за отсутствия данных исследований, подтверждающих ее необходимость, относительной редкости заболевания или неспособности признать, что данное заболевание может вызвать дистресс, связанный с внешностью. Так, ревматоидный артрит и диабет оказывают такое влияние на внешность, которое может быть неожиданным для самого пациента или для которого не существует доступного лечения. Кроме того, приоритетными считаются функциональные и психологические аспекты заболеваний, а в некоторых случаях они вообще могут стать единственным объектом внимания при лечении. К счастью, в некоторых организациях (например, оказывающих поддержку людям, больным артритом) разрабатываются программы поддержки, связанные с телесным образом, что является определенным сдвигом.

В идеале психологические потребности пациента по поводу внешности должны осознаваться, выявляться и удовлетворяться с помощью самых разных источников на протяжении всего периода лечения. Несомненно, многие клинические врачи и лечебные бригады знают о тех проблемах, с которыми их пациенты сталкиваются в повседневной жизни. Однако многие другие не осознают, какого масштаба могут достигать переживания, связанные с внешностью, у людей, которых они лечат. Высказывается предположение (*Hopwood and Maguire, 1988*), что недооценка уровней беспокойства по поводу внешности может быть связана с тем, что медицинская система и специалисты здравоохранения стремятся избегать этих вопросов, в результате чего пациенты воздерживаются от рассказов о своих трево-

гах из страха показаться неблагодарными, тщеславными или зря тратящими время медиков. Специалисты здравоохранения, которые регулярно работают с пациентами с измененной внешностью, также могут утратить восприимчивость к ее возможному влиянию на человека. Вамос (*Vamos, 1990*) указывает на то, что подобное нередко происходит с врачами, которые занимаются людьми, страдающими ревматоидным артритом. В таких обстоятельствах маловероятно, что человек, нуждающийся в дополнительной психологической поддержке, будет замечен и направлен к специалисту. Даже в случае возможности получения хорошей поддержки, доступ пациента к таким услугам может быть, осознано или неосознанно, ограничен лечащим врачом, выступающим в роли «привратника».

Вероятно, одна из причин сложностей адекватного удовлетворения психологических потребностей пациентов — это разнообразие индивидуальных переживаний и реакций на внешность. Это разнообразие, несомненно, создает проблемы при разработке соответствующих протоколов отбора пациентов в программу и стратегий поддержки. Хотя участники опроса, проведенного Рамси и ее коллегами (*Rumsey et al., 2004*) среди амбулаторных пациентов, в целом, были довольны качеством лечения в клинике, психологические результаты этого лечения положительно коррелировали с уровнем их вовлеченности в процесс принятия решений, простотой понимания и обеспеченностью информацией. Сотрудники клиники в основном понимали те трудности, с которыми сталкиваются пациенты, и чувствовали, что могут быть именно теми людьми, которые способны помочь в решении их проблем; но часто они осознавали, что не подготовлены к оказанию необходимой специализированной помощи. В предоставлении лечения также наблюдались некоторые интересные расхождения. Например, в глазной клинике психологическое консультирование стандартно предлагалось тем пациентам, которые должны были потерять глаз, в то время как исследование показало более высокие уровни дистресса среди пациентов с болезнями глаз, вызванными расстройствами щитовидной железы, — а при них психологическая поддержка не оказывалась (см. *Clarke et al., 2003*).

Непростая задача, стоящая перед любой медицинской командой, заключается в создании атмосферы, в которой переживания по поводу внешности могут обсуждаться на каждом этапе лечения и в которой участники не будут чувствовать себя стигматизированными, если окажется, что им нужна психологическая поддержка. Прузински (*Pruzinsky, 2004*) призывает сделать психологическую оценку и оценку телесного образа частью стандартного лечения любого медицинского заболевания или нарушения. Это могло бы стать долгожданным шагом к созданию профиля переживаний по поводу внешности среди людей, проходящих медицинское лечение. Однако знание о подобных переживаниях — это только одна сторона вопроса; другая заключается в предоставлении соответствующего лечения, а как уже отмечалось ранее, специалисты здравоохранения нередко бывают неподготовленными к удовлетворению потребностей пациентов. Так, опрос специализированных медицинских сестер, работающих с больными раком головы и шеи (*Clarke and Cooper, 2001*), показал, что эти медсестры не считают, что обладают достаточными навыками для оказания своим пациентам психологической помощи. Вполне вероятно, что медицинский персонал, специализирующийся на других болезнях, также мо-

жет сказать, что чувствует большую уверенность в случае физического лечения, а не психологического.

Людей с проблемами, связанными с их внешним видом (включая тех, у кого есть видимые отличия), могут направить к специалистам (в том числе клиническим психологам и специалистам в области психологии здоровья), которые не обладают знаниями и опытом в вопросах внешности и физических недостатков. Помимо проблемы ограниченного опыта такая система, как правило, имеет реактивный, а не проактивный характер, и, хотя работающие в ней специалисты могут предложить целый ряд полезных услуг по общей поддержке, необходимы четкие принципы направления пациентов к психологам, компетентным в вопросах внешности. К сожалению, таких специалистов очень мало, поэтому доступ к подобным услугам в лучшем случае затруднен. Однако существующие на данный момент системы, решающие вопросы обеспокоенности внешностью, могут служить полезной моделью для организации лечения в будущем (подробности см. в главе 7).

## Правовая поддержка

Если рассматривать ситуацию более широко, то законы Великобритании дают в руки специалистов инструмент, с помощью которого можно было бы оказать позитивное влияние на переживания и качество жизни людей с видимыми отличиями. Сегодня в результате кампаний тех организаций, которые оказывают поддержку людям с дефектами внешности, «тяжелый физический недостаток» был специально включен как вид недееспособности в Закон о дискриминации по состоянию здоровья (*Disability Discrimination Act*, 1995). Польза от этого закона заключается в том, что он предусматривает права в области занятости, доступ к услугам, товарам, учреждениям (в том числе системы здравоохранения), покупке и аренде земли и имущества. Применительно к физическим недостаткам не требуется доказательства того, что имеющийся у человека дефект оказывает существенное неблагоприятное воздействие на его способность заниматься обычными повседневными видами деятельности (определение физической недееспособности, использованное в законе). Однако, хотя теперь дискриминация любого человека на основании его внешности считается преступлением, существуют определенные трудности в применении этого закона, связанные со сложностью сбора и подтверждения доказательств. Например, кто должен решать, является ли физический недостаток человека «тяжелым» или нет? Влияние этого закона на жизнь людей с видимыми отличиями еще предстоит рассмотреть.

## Вывод

Итак, современная система здравоохранения в рассматриваемом аспекте основывается главным образом на биомедицинской модели при непостоянном и, как правило, редком оказании психологической поддержки. Мы приветствуем достижения в области биомедицинских вмешательств и не можем, да и не хотим этого менять. Правильнее сказать, что необходимо принять соответствующие меры, чтобы вопросы психосоциальной помощи заняли свое место наряду с медицинскими и хи-

рургическими видами лечения. В некоторых случаях специалисты признают и решают вопросы внешности, о чем свидетельствует доступность пластической и реконструктивной хирургии, однако в других областях им уделяется недостаточное внимание. Хотя психологическая помощь доступна в плановом порядке и иногда занимает приоритетное место в таких областях, как расстройство пищевого поведения, дисморфофобия и (все в большей степени) профилактическая хирургия, в целом лечение и поддержку для большинства людей трудно назвать идеальными. Это ставит непростые, но интересные задачи перед психологами, работающими в данной области. Очевидно, что в условиях, когда биомедицинская модель настолько укоренилась в обучении и практике, изменение характера лечения в связи с проблемами внешности представляет собой очень сложную задачу. Воодушевляет то, что результаты исследований способствуют росту внимания к важности психологического аспекта при лечении целого ряда заболеваний, например при ожогах. Тем не менее значительная часть психосоциальной помощи имеет реактивный, а не проактивный характер и в большинстве случаев люди получают поддержку только от добровольческих организаций, а это постоянно повышает лежащую на них нагрузку по сбору средств для покрытия своих расходов.

Если говорить о лечении и поддержке людей, не имеющих видимых отличий, то на данный момент существует мало средств подобной поддержки. Сегодня явно не хватает исследований, где изучались бы медицинские вмешательства, которые могут предотвратить развитие неудовлетворенности внешностью (Liossi, 2003). На сегодняшний день имеются многообещающие возможности, позволяющие более эффективно оказывать поддержку и лечить пациентов, и в следующей главе мы рассмотрим примеры решения вопросов психосоциальной помощи.

## Резюме

- Попытки решить вопросы обеспокоенности и неудовлетворенности внешностью предполагают изменение реальной физической внешности или когнитивных процессов, в ходе которых происходит ее оценка
- В большинстве случаев люди, которые пытаются изменить свою внешность, делают это без профессионального или хирургического вмешательства, хотя все большее число людей принимает решение прибегнуть к косметическому хирургическому или нехирургическому вмешательству в частных медицинских учреждениях.
- В целом, психологической поддержки людям, обеспокоенным своей внешностью, явно не хватает; исключения составляют случаи расстройств пищевого поведения, дисморфофобических нарушений и явного отличия внешности от «нормы».
- Большая часть поддержки людям, которых беспокоят их видимые отличия, предоставляется добровольческими организациями. Хотя группы поддержки подходят не всем людям, для многих они могут быть бесценным источником помощи.



- Достижения в области медицинских, хирургических и косметических вмешательств могут принести огромную пользу многим людям, но с каждым днем становится все более очевидно, что лечение, которое основывается исключительно на биомедицинской системе, не может служить панацеей для решения всех проблем, с которыми сталкиваются люди, имеющие видимые отличия
- К сожалению, современная система лечения и поддержки для большинства людей далека от идеала, однако существуют большие возможности для организации более эффективной поддержки и медицинских вмешательств.

### Темы для обсуждения

- Вспомните свой собственный опыт пользования услугами здравоохранения. Были ли у вас когда-либо проблемы с внешностью, и если да, то были ли они решены? Каким образом?
- Насколько хорошо биомедицинские вмешательства решают проблемы, связанные с обеспокоенностью внешностью?
- С психологической точки зрения следует ли сделать косметическую хирургию доступной для всех?

### Литература для дальнейшего изучения

Lansdown, R., Rumsey, N., Bradbury, E., Carr, T and Partridge, J. (eds) (1997) *Visibly Different: Coping with Disfigurement*. Oxford: Butterworth-Heinemann.

Pruzinsky, T. (2004) Enhancing quality of life in medical population. a vision for body image assessment and rehabilitation as standards of care. *Body Image*, 1: 71–81.

Sarwer, D B and Crerand, C. E. (2004) Body image and cosmetic medical treatments *Body Image*, 1: 99–111



## **Возможные направления оказания психологической помощи и поддержки**

*(при участии Алекс Кларк)*

После того как мы рассмотрели виды психологической поддержки и медицинской помощи, доступные сегодня в Великобритании людям, обеспокоенным своей внешностью (см. главу 6), нам стало очевидно, что в этой области возможны значительные улучшения. Данная глава посвящена анализу возможных способов оказания эффективной психологической помощи через системы здравоохранения, а также той роли, которую в этом могут играть учебно-просветительские программы, средства массовой информации и кампании по рекламе здоровья. Психологам — клиницистам и исследователям — предоставляется множество возможностей подобного рода. Как и раньше, психологическая поддержка должна быть направлена на изменение или реальной физической внешности человека, или связанных с ней установок. Комплексная помощь включает также вопросы общения человека с другими людьми и те установки, которых они придерживаются. В этой главе все виды поддержки перечислены последовательно, однако в идеале они должны быть одновременно доступны любому конкретному человеку, если он в них нуждается.

### **Методы, ориентированные на все население**

Изменение установок в отношении внешности среди населения в целом — колоссальная по масштабу задача; однако, учитывая, что «неудовлетворенность телом переживают большинство людей, воспитанных в условиях западной культуры» (Grogan, 1999: 189), возможности для такого изменения огромны.

#### ***Средства массовой информации***

Влияние средств массовой информации на возникновение и усиление беспокойств, связанных с внешностью, обсуждалось в главе 3. Очевидно, что СМИ могут оказывать сильное воздействие на многих людей, но обычно действия СМИ осуждаются, тогда как многие из них могут быть использованы для развенчания широко распространенных мифов о красоте и помочь сформировать более позитивное от-

ношение к внешности среди населения в целом. Хорошим примером влияния, оказываемого на людей СМИ, служат рекламная индустрия и телевидение.

На протяжении многих лет мужчины и женщины с идеализированной и недостижимо прекрасной внешностью уговаривают нас покупать самые разные товары: от освежителей воздуха до застёжек-молний. Экспериментальные исследования показывают, что даже короткое воздействие таких образов может повысить тревогу, сфокусированную на теле (*Halliwel and Dittmar, 2004*). Однако результаты исследования, проведенного Эммой Халливелл и Хельгой Диттмар, свидетельствуют о том, что использование «обычных», а не «тощих» моделей может способствовать снижению такой тревоги. Реакции специалистов по рекламе на результаты этого исследования еще предстоит оценить. В последние годы было проведено несколько успешных рекламных кампаний (например, реклама увлажняющего крема «Dove» в Великобритании), в которых были показаны модели «нормального» размера, однако это все еще исключения из общего правила. И что характерно, даже в случае использования более полных моделей все по-прежнему ждут от них «привлекательности»! Вне всякого сомнения, должно пройти еще какое-то время, прежде чем в средствах массовой информации нормой станут достижимые образы. В идеальном случае хотелось бы, чтобы индустрия моды и красоты не только использовала для демонстрации типичные образы, но и рекламировала позитивное здоровое поведение, например совершенствовала установки в отношении защиты кожи на солнце (*Carmel et al., 1994*). Однако Наоми Вулф (цитируется по: *Grogan, 1999*) утверждает, что подобные ожидания отличаются излишней оптимистичностью, так как индустрия красоты заинтересована в неудовлетворенности женщин своей внешностью.

Интересно заметить, что хотя в Великобритании запрещена реклама некоторых товаров, причиняющих вред здоровью (например, табака), но до сих пор не существует законов, контролирующих или ограничивающих рекламу косметической хирургии, хотя она связана с потенциальными рисками. Более того, на сегодняшний день подобные рекламные объявления более заметны и представлены более широко, чем когда-либо раньше; так, Сара Гроган (*Grogan, 1999*) не смогла найти ни одного британского журнала, ориентированного на молодых женщин, в котором не было бы подобной рекламы. Более того, сегодня реклама все чаще присутствует в изданиях для мужчин, а кроме того, услуги косметической хирургии предлагаются в телевизионных рекламных роликах и на рекламных плакатах в общественных местах. Точная степень влияния этих рекламных материалов на неудовлетворенность людей своей внешностью пока еще остается неясной.

Недавно на британском телевидении был выпущен в эфир ряд программ (например, «Ты — это то, что ты ешь» (*Channel 4*) и «Большая проблема» (*BBC 1*)), целью которых является поощрение людей к принятию более здорового образа жизни с помощью диет и физических упражнений. Мотивацией для участников этих программ служит в равной степени желание изменить свою внешность и улучшить здоровье, и это означает, что на здоровое поведение часто влияют факторы, связанные с внешностью, а не убеждения в отношении здоровья (*Leary et al., 1994*). Должно пройти некоторое время, прежде чем эти программы начнут влиять на воспринимаемые социальные нормы, связанные со здоровым образом жизни. Ис-

следования постоянно свидетельствуют о том, что люди, занимающиеся физическими упражнениями, имеют более высокие уровни удовлетворенности телесным образом и самооценки, чем те, кто этим не занимается (см. обзор в *Grogan, 1999*), поэтому следует использовать методы, активизирующие занятия физическими упражнениями. Однако пока еще нет ясности в вопросе долгосрочной эффективности методов информирования через СМИ.

Медийные образы, ориентированные на подростков, могут оказывать наиболее сильное влияние, так как для этой группы населения характерна очевидная озабоченность внешностью (см. главу 3). Мы были буквально поражены тем, какое сильное впечатление произвела на группу подростков в возрасте 16 и 17 лет выставка картин художника Марка Гилберта (которая состоялась в 1997 г.). Участники группы рассказали о том, что его портреты хирургических больных (у многих из которых был рак головы и шеи) стали для них сильной мотивацией для отказа от курения. Исследование с участием молодых людей, проведенное Хейст (*Haste, 2004*), показало, что многие девушки используют журналы в качестве источника информации по вопросам здоровья (см. главу 2). В идеале журналы должны предлагать восприимчивой возрастной группе альтернативные взгляды на значение внешности.

Медийные кампании, ориентированные на все население, также могут быть использованы для создания установок и стимулирования принятия большего многообразия внешности. В ходе недавней кампании, проведенной благотворительной организацией *Changing Faces*, использовались плакаты, изображающие людей с различными лицевыми дефектами, которые призывали зрителей контактировать с ними в повседневных социальных взаимодействиях с помощью таких сообщений, как «Если вы можете выдержать мой пристальный взгляд, то мы можем вести разговор» (см. также рис. 7.1). Эта удостоенная награды кампания была примечательной по двум причинам. Во-первых, она использовала позитивные образы людей с лицевыми дефектами и, во-вторых, предлагала определенные стратегии поведения в подобных обстоятельствах людям, которые не привыкли встречаться с теми, у кого есть физические недостатки. Похоже, люди нуждаются в таких советах — опрос мнений, проведенный в 2003 г. компанией *YouGov* для *Changing Faces*, показал, что 79% респондентов боятся сделать что-то неправильно, когда встречают человека с тяжелым лицевым дефектом.

В 2004 г. телевидение Великобритании показало программу под названием «Обезображенные знаменитости» (*Celebrities Disfigured*), целью которой было показать жизнь с видимыми отличиями с точки зрения хорошо известного актера и модели, которым с помощью грима на лицо были нанесены ложные рубцы после ожога или капиллярная гемангиома. Это был прием, использованный ранее в психосоциальном исследовании по изучению проксемического поведения по отношению к людям с видимыми отличиями (см. главы 2 и 4). Можно было бы возразить, что в данном случае действеннее документальные фильмы о реальном жизненном опыте людей с настоящими физическими недостатками (такие, как «The Boy Whose Skin Fell Off» (*Channel 4, 2004*), о жизни человека, больного буллезным эпидермолизом, и «One Life: In Your Face» (*BBC, 2003*), который рассказывает о женщине, принявшей решение больше не скрывать родимое пятно на лице). Однако участие



Привет. Приятно встретить тебя.

Как дела?

Ну, а теперь ты попробуй поддержать беседу.

Да я принадлежу к той категории мужчин, которым нравится знакомиться с новыми людьми. Возможно, вам не понравится, если я подойду прямо к вам и скажу «Привет». Ведь именно этого вы начнете бояться, как только увидите меня.

Не беспокойтесь, я постараюсь избавить вас от смущения. В этом я специалист. Давайте смело посмотрим друг на друга. Честно говоря, большинство людей пугает то, как я выгляжу.

Однако справиться с этим не сложно. Все, что вы должны сделать, это посмотреть на меня не с точки зрения моей внешности, а исходя из того, что я за человек.

Согласен, сделать это может быть не так просто. Лучшее всего в этом случае установить зрительный контакт, улыбнуться и, возможно,

обменяться рукопожатием. Если вы застенчивы, то я сам начну разговор.

Я могу гарантировать, что после пары минут общения вы будете меньше думать о моей внешности и больше о том, что я могу сказать. Вы больше не будете оглядываться комнату в поисках малознакомого человека, который может вас спасти. Ваши ладони перестанут потеть, и вы почувствуете странное ликование от того, что смогли преодолеть свой безотчетный страх.

Не успеете вы опомниться, как мы начнем прощаться, и я скажу вам: «Было приятно познакомиться» и на этот раз вы, возможно, согласитесь со мной.

CHANGING FACES 1 & 2 JUNCTION NEWS LONDON W2 JPN WWW.CHANGINGFACES.CO.UK

**Рис. 7.1.** Образец плаката кампании, проведенной благотворительной организацией *Changing Faces*

знаменитостей повышает рейтинг передач и, следовательно, позволяет донести сообщение программы до более широкой аудитории. Следует надеяться, что деликатно выстроенные и информативные программы помогут изменить установки в отношении внешности и таким образом будут способствовать повышению качества жизни людей с видимыми отличиями.

## Кампании по рекламе здоровья

Использование средств массовой информации в рамках кампаний по рекламе здоровья подробно рассмотрено Беннетт и Мэрфи (*Bennett and Murphy, 1997*). Однако, несмотря на растущее понимание того, что многие люди прибегают к здоровому поведению из-за его ожидаемого влияния на их внешний вид, а не подразумеваемых выгод для здоровья, очень мало таких кампаний ориентировано исключительно на внешность (см. *Leary et al., 1994* и главу 2). Лири с соавторами *Leary et al., 1994: 467*) пишут, что «серьезная проблема заключается в том, как убедить людей обращать больше внимания на свое здоровье и меньше — на свой имидж в социуме». Однако, учитывая то большое значение, которое придается внешнему виду человека в современном западном обществе, представляется более разумным использовать этот интерес к внешности для мотивации позитивного изменения поведения в отношении здоровья.

Одна область, в которой кампании по рекламе здоровья ориентированы на внешность, затрагивает поведение в отношении солнечного загара и рака кожи. Исследование, в ходе которого распространялись листовки (оно явилось частью кампании британского Управления санитарного просвещения под лозунгом «Если ты поклоняешься солнцу, не приноси ему в жертву свою кожу» (*Clarke et al., 1999*)), показало, что воспринимаемые выгоды загара (включая позитивные установки в отношении внешности) определяют намерение загорать без средств защиты. Расширение знаний о рисках, связанных с пребыванием на солнце, может изменить рискованное поведение, однако установки слишком глубоко укоренились в умах людей. Исследование, проведенное Американской академией дерматологии, показало, что 72% респондентов считают, что загар придает человеку здоровый вид. Одно только увеличение осведомленности (например, о риске заболеть раком) не может изменить поведение — для этого также необходимо воздействовать на установки. Джонс и Лири (*Jones and Leary, 1994*) считают, что это можно сделать с помощью образов людей с морщинами и признаками старения. В недавно проведенной кампании против курения, ориентированной на молодых женщин, было использовано в качестве аргумента негативное влияние, которое курение оказывает на внешность. Это решение было очень правильным, учитывая вызывающий всеобщее беспокойство рост числа курильщиков именно в этой группе, члены которой особенно заботятся о своем внешнем виде. Предупреждения о вреде для здоровья, размещаемые на табачной продукции в Великобритании, также включают в себя утверждение, что «курение вызывает старение кожи», а вскоре в Европе будет представлен набор плакатов с подобным предупреждением и изображением яблока со сморщенной кожей.

Сложность заключается в том, что изменения поведения не оказывают немедленного влияния на внешность. Морщины и признаки старения, например, относятся к проблемам будущего, в то время как воспринимаемые выгоды, такие как загар, контроль веса и имидж, достижимы в более короткие сроки. Некоторые люди более открыты для кампаний по рекламе здоровья, чем другие (*Bennett and Murphy, 1997*), и в этом случае восприимчивость может определяться отличительными особенностями внешности. Так, предупреждения против курения, апеллирующие к внешнему виду, быстрее обратят на себя внимание тех людей, которые хотят избе-

жать преждевременного появления морщин, а не тех, кто боится набрать вес в случае отказа от курения. Эти вопросы требуют дальнейшего изучения.

Наконец, есть возможность того, что кампании по рекламе здоровья, играющие на обеспокоенности внешностью, могут в действительности привести к усилению существующих негативных стереотипов, например связанных со старением.

### **Психологическая работа в школах**

Школы представляют собой одновременно образовательную и социальную среду, в которой можно подвергнуть сомнению установки и мифы о значимости внешности. Они могут быть особенно полезны, так как внешность нередко является элементом, который служит причиной подражания среди школьников (*Crozier and Dimmock, 1999*). Школьная среда также дает возможность оказывать поддержку учащимся с видимыми отличиями, позволяя при этом другим ученикам и работникам (включая преподавателей, кухонный персонал, уборщиц и т. д.) общаться и взаимодействовать с теми, у кого есть дефекты внешности. Будем надеяться, что это способствует более активному принятию разнообразия внешности.

Несмотря на то что дети и подростки очень часто беспокоятся о своей внешности, пока существует немного методов, помогающих молодым людям без видимых отличий решать проблемы, связанные с внешностью. Исключение составляет методика, применяемая в рамках учебной работы, которая была разработана и оценена посредством исследования действием (*Lovegrove and Rumsey, 2005*; см. также врезку 7.1).

#### **Врезка 7.1. Пример методики, применимой в школе**

Лавгроув и Рамси (*Lovegrove and Rumsey, 2005*) рассказывают о методике, которая построена на принципах, сформулированных организацией *Changing Faces* и предназначена для использования среди детей с видимыми отличиями. Ее целью является разъяснение ученикам средней школы причин появления видимых отличий, критическая оценка мифов, связанных с внешностью, и выработка стратегий для решения их социальных проблем. Эти стратегии включают в себя:

- ◆ формулирование и использование на практике собственного позитивного девиза,
- ◆ подготовку объяснения для своего воспринимаемого видимого отличия, которое будет убедительным для других людей («У меня угревая сыпь, это не заразно»);
- ◆ принятие на себя ответственности за разговор с помощью нейтрального реагирования на любые негативные или подражательные замечания,
- ◆ навык заводить друзей

Результаты исследования показали значительное улучшение телесного образа, самооценки и социальной уверенности в сравнении с контрольными группами, где эта методика не использовалась, при этом улучшения сохранялись на протяжении последующих шести месяцев. Одно из достоинств этого подхода заключается в простоте использования рабочего материала подготовленным преподавательским составом, что делает ненужным присутствие на каждом занятии специалиста-психолога.

Однако такие упреждающие методы могут применяться только в случае, если школы и их персонал осознают масштаб и влияние переживаний, связанных с внешностью, среди подростков. Необходима разработка скоординированной программы, позволяющей повысить осведомленность о подобных проблемах, предлагать возможные способы поддержки и оценивать результаты такой работы среди школьников.

### **Поддержка в рамках системы здравоохранения**

В главе 6 рассказывалось об относительном отсутствии психологической поддержки в рамках любой системы здравоохранения. В идеале поддержка, касающаяся внешности, должна стать частью стандартной медицинской помощи при любых заболеваниях (*Pruzinsky, 2002*). Для этого необходимо, чтобы все медики были осведомлены о возможном негативном психологическом влиянии переживаний по поводу внешности. Многие вопросы, с которыми сталкиваются люди, обеспокоенные своей внешностью (в особенности такие, как неудовлетворительная сексуальная жизнь), вообще не следует поднимать до тех пор, пока не будут созданы четкие протоколы для их психологической оценки (с помощью клинических интервью или опросников) в ходе стандартного лечения. Трудность заключается в том, чтобы поддержать баланс между атмосферой лечения, в которой чувствуется значимость вопросов внешности, и тем, чтобы избежать установки на то, что подобные переживания неизбежны. Специалисты в области психологии здоровья должны сыграть свою роль в повышении осведомленности медиков, обучении медперсонала умению выявлять пациентов, которым может быть полезна дальнейшая помощь, а также разработке, внедрении и оценке методик психологической поддержки.

В своей работе Лиосси (*Liossi, 2003*) говорит о возможных выгодах программ лечения неудовлетворенности внешностью среди людей, не имеющих видимых отличий. Она считает, что такие программы должны строиться на принципах когнитивно-поведенческой терапии, близких к структуре подхода Кэша (см. главу 6), и работать с корректировкой схем внешности, негативными мыслями о телесном образе, когнитивными ошибками в оценке внешности, дисфункциональными поведенческими стратегиями и расстройствами по поводу внешности. Лиосси также рекомендует поощрять людей к разработке стратегий для формирования более позитивной установки в отношении их внешнего вида (например, с помощью занятий спортом). Это не только позволит снизить неудовлетворенность телом, но и принесет сопутствующие выгоды для здоровья.

### **Совершенствование поддержки для людей с видимыми отличиями**

Советы и предложения, представленные выше, могут оказаться полезными для всех людей, беспокоящихся по поводу своей внешности, — не важно, есть у них видимые отличия или нет. Однако необходимо уделять пристальное внимание конкретным, индивидуальным потребностям людей с физическими недостатками, с тем



чтобы выявлять тех, кому может помочь психологическая поддержка, и оказывать им ее.

В главе 6 мы подчеркивали, что даже самое успешное хирургическое вмешательство не может удалить видимое отличие без следа. У человека так или иначе останется внешность, которая в чем-то отличается от «нормы», поэтому для него очень важна психологическая поддержка. Выгоды психосоциальных методов в сравнении с хирургическими были четко сформулированы Кочрейном и Слейдом (*Cochrane and Slade, 1999: 499*): «...содействие позитивным оценкам и адаптивному совладанию не менее, если не более, важно, чем реальные эстетические результаты хирургической операции».

Далее мы рассмотрим два способа, которые позволяют сделать психологическое лечение и поддержку доступными. Во-первых, речь идет об общей психологической помощи для всех пациентов как составляющей стандартного лечения (включая лечение в острый период заболевания или первичную медицинскую помощь) и, во-вторых, о методиках, ориентированных на конкретные проблемы, которые разрабатываются и реализуются психологами или подготовленными работниками здравоохранения.

Хотя главное внимание здесь уделяется роли системы здравоохранения и добровольных организаций поддержки, важно не упустить из вида вклад членов семьи и друзей. Их поддержка может иметь более постоянный характер и быть более доступной, чем помощь медиков или социальных организаций. (Вопрос значимости социальной поддержки как фактора адаптации рассматривался в главе 5.) Действительно, исследование того, как оценивали пациенты с орофациальным раком источники поддержки (*Broomfield et al., 1997*), подтвердило важную роль семьи и друзей, в то же время выявило проблемы с поддержкой со стороны врачей системы первичного медицинского обслуживания, участковых медицинских сестер и других пациентов.

### **Общая психологическая помощь**

Возможность включения психологической помощи в стандартное лечение подготовленными специалистами-медиками была проиллюстрирована Дропкин (*Dropkin, 1989*). Например, обсуждение копинг-стратегий управления измененной внешностью возможно одновременно с проведением лечебных процедур (к примеру, при посещении перевязочной для смены повязок). Таким образом, рассматриваемая модель лечения становится практически доступной, может способствовать созданию необходимой атмосферы при лечении, в которой вопросам внешности уделяется должное внимание, и созданию доверительной заботы, позволяющей пациентам более свободно обсуждать подобные вопросы.

Комплексная система психологического лечения предполагает, что будут выявляться люди, нуждающиеся в специализированной помощи; что пациентам, принимающим решение по поводу лечения, будет оказываться любая необходимая поддержка; а также что пациентам будет предоставляться вся необходимая информация для удовлетворения их индивидуальных потребностей.

### *Выявление людей, нуждающихся в специализированной помощи*

Одним из способов выявления тех, кому может быть полезна поддержка специалиста, является стандартная оценка переживаний, касающихся внешности. В идеальном варианте каждая медицинская бригада и каждый консультант, работающие по специальности, связанной с внешностью, должны действовать совместно с назначенным на эту должность психологом, в обязанности которого входит осмотр каждого пациента клиники. Однако из-за обычной ограниченности ресурсов психолог может проводить целенаправленный и сфокусированный скрининг только в те периоды лечения, для которых характерно возникновение трудностей. Например, исследования в области лечения расщелин показывают, что время наиболее активного поддразнивания приходится на возраст 7–8 лет, хотя переход в новую школу в возрасте 10 лет также становится источником сильного стресса для многих детей. В такие моменты специализированная психологическая помощь может помочь особенно сильно, однако в остальное время очень многое зависит от других специалистов-медиков. Это означает, что они должны внимательно следить за тем, не избегают ли пациенты каких-либо видов деятельности из-за своей внешности (например, не смотрят на себя в зеркало, уклоняются от социальных ситуаций), и направлять к специалисту тех из них, кому, по их мнению, требуется поддержка. К сожалению, последние исследования (*Clarke and Cooper, 2001; Clarke et al., 2003; Rumsey et al., 2004*) показывают, что нет четких схем для выявления пациентов, которым понадобится психологическая поддержка, и что необходима разработка психосоциального опросника.

Одна из проблем заключается в том, что отбор пациентов может показаться медицинскому персоналу слишком сложной задачей. Можно легко понять, почему клинические специалисты с готовностью используют стандартные системы оценки с заранее определенным минимальным количеством показателей, чтобы выявить пациентов, предположительно нуждающихся в дополнительной помощи. Однако, несмотря на быстроту и дешевизну подхода по принципу «общий список пациентов вывешивается на двери», вряд ли это позволит выявить конкретные переживания человека, связанные с его внешним видом. Кларк приводит примеры вопросов из альтернативной методики, выявляющей обеспокоенность внешностью у пациентов (см. врезку 7.2). Эти вопросы были составлены сотрудниками организации *Changing Faces* и предназначены для того, чтобы помочь работникам здравоохранения в обсуждении психосоциальных вопросов с их пациентами.

После выявления тех, кто нуждается в психологической поддержке, необходимо использовать протоколы для направления этих пациентов к врачам-специалистам (такие, как будут описаны далее), чтобы они могли получить незамедлительный доступ к соответствующему лечению.

### *Поддержка пациентов в процессе принятия решений*

Хотя многие пациенты (или в случае заболевания детей их родители) вынуждены принимать невероятное множество решений по поводу своего лечения (глава 6), некоторым может казаться, что они не участвуют в принятии решений о том, что может оказать явное и иногда необратимое влияние на их физическую внешность.

## **Врезка 7.2. Простой процесс психологического скрининга для выявления переживаний пациентов, связанных с внешностью**

### *Первый этап*

Как, по вашему мнению, изменение внешности повлияет на вашу жизнь и повлияет ли вообще?

Если пациент не упоминает никакого влияния, закрепите результат с помощью утверждения:

Итак, вы думаете, что, когда впервые вернетесь домой, ничто не вызовет у вас чувство неловкости?

Если ответ «нет», переходите ко второму этапу, если «да», переходите к третьему этапу

### *Второй этап*

Что конкретно вызовет у вас наибольшее чувство неловкости?

*(Назовите три примера)*

### *Третий этап*

Иногда пациенты спрашивают, что им делать, когда люди задают вопросы об .. (упомяните заболевание пациента). Мне было бы интересно услышать ваши мысли о том, что вы можете сделать, если кто-то будет проявлять любопытство

*(Запишите ответ)*

*Четвертый этап – наблюдение за поведением во время оценки*

Избегал ли пациент зрительного контакта с вами? Да/нет.

Пытался ли пациент скрыть свое лицо, отворачиваясь в сторону или прикрывая лицо руками? Да/нет.

### *Пятый этап – планирование действий*

Основываясь на вербальных и невербальных реакциях пациента на ваши вопросы, скажите, предполагаете ли вы какие-либо социальные или эмоциональные последствия изменения его внешности?

Да/нет/возможно *(обведите один ответ)*

Если ваш ответ «да» или «возможно», то вы:

- ◆ Посоветуете ему поговорить с психологом?
- ◆ Попросите психолога поговорить с ним?
- ◆ Предложите ему соответствующую информацию?
- ◆ Сами предложите конкретную стратегию совладания?

Этот вопрос может стоять наиболее остро для представителей более «уязвимых» групп, таких как пожилые люди и подростки. Тернер с коллегами (*Turner et al.*, 1997) сообщают о том, что 23% выборки, состоящей из пятнадцатилетних пациентов с расщелинами неба, считают, что они не были включены в процесс принятия решений о лечении, поскольку эти решения, по всей видимости, принимались родителями и специалистами-медиками.

Не все пациенты готовы взять на себя ответственность за принятие решений и предпочитают решение «проблемных» задач, требующих специальных знаний (например, «правильный выбор» лечения), доверять «экспертам» (*Deber et al.*, 1996). Однако эти люди могут изъявить желание участвовать в этом процессе, когда существуют варианты с разным уровнем риска и компромисса или когда решение определяется только предпочтениями пациента. Решения, связанные с внешностью, часто соответствуют этим критериям. Например, выбор пациента пройти дальнейшее хирургическое лечение для улучшения внешности предполагает оценку воспринимаемых расходов и выгод. Выбор определенной процедуры может быть связан с появлением рубцов и разной степенью их тяжести, при этом альтернатив-

ные косметические методики позволяют получить различные результаты, а решения, связанные с проведением серии реконструктивных операций, могут предполагать выбор времени проведения каждой процедуры. Комплексная поддержка включает в себя выявление степени того, насколько пациент хочет участвовать в принятии решения, содействие и помощь в достижении понимания, что его желание может измениться с течением времени и в зависимости от принимаемого решения.

Пациенты должны получать поддержку, которая поможет принять решение; в особенности она нужна тем, кому трудно. Опрос 103 женщин, которым предлагали операцию по реконструкции груди (*Harcourt and Rumsey, 2004*), показал, что небольшая подгруппа обследованных считала такое решение особенно трудным по двум причинам. Во-первых, они не могли определить основной аспект при проведении мастэктомии или реконструкции, который был бы наиболее существен для них как для личности. Это отличало их от тех женщин, которые находили это решение достаточно простым. Например, некоторые участницы исследования чувствовали, что лично для них использование протеза невозможно, и этого было достаточно для того, чтобы они довольно легко приняли решение в пользу реконструктивной хирургии. Во-вторых, те пациентки, которые находили решение очень сложным, сообщали, что информация и советы, которые предлагали им другие люди, включая медицинских работников, скорее усиливали, чем ослабляли их замешательство и неуверенность. Например:

. Я доверяю его мнению, поэтому мне не потребовалось много времени, чтобы решиться сделать то, что он сказал. А потом медсестра сказала: «Что ж, если вы не уверены, почему бы вам просто не сделать мастэктомию и не воспользоваться протезом, а затем позже не провести реконструкцию?» Да, я должна вам честно признаться, но я совершенно запуталась. Я ведь даже не думала об этом, поэтому голова у меня снова пошла кругом. Это глупо, я даже не знаю, что подумать...

(*Harcourt and Rumsey, 2004. 112*)

Деликатные и эмоциональные решения, например связанные с внешностью, принимаются не в соответствии с теориями принятия решений, исходящими из рациональных посылок. Отчасти это связано с тем, что они принимаются не в социальном вакууме; поэтому необходимо уделять особое внимание тому, какую роль играют при этом работники здравоохранения и значимые для человека люди, а также оказываемому ими влиянию. Например, в упомянутом ранее исследовании использование медицинскими работниками таких слов, как «уродующая» и «деформирующая», создавало негативный образ мастэктомии и это влияло на решения женщин, которые делали свой выбор в пользу реконструктивной хирургии (*Harcourt and Rumsey, 2004*). Целесообразно выяснять приоритеты пациента, его установки, знания и степень уверенности в принятии решений — все это может упростить предоставление необходимой информации.

### *Информация и материалы для самопомощи*

Полезные методики могут не требовать больших материальных и временных затрат и позволять пациентам получать пошатную и актуальную информацию. Это особенно важно, так как с учетом огромного количества людей, обеспокоенных

своей внешностью, было бы очень сложно оказать им всем психосоциальную поддержку с помощью методов, о которых говорилось ранее (Newell, 2000a). Кроме того, они могут подходить не всем людям или не соответствовать их конкретным потребностям.

Лучшая модель оказания помощи — это та, при которой информация предоставляется в связи с четко определенной потребностью, а затем она анализируется вместе с пациентом и ему по первому запросу даются все необходимые объяснения. Прежде всего это можно сделать, четко установив потребности пациента в информации и определив его тревоги. Специалисты предприняли ряд попыток разработать и реализовать на практике методики, облегчающие этот процесс. Например, Эмблер с коллегами (Ambler et al., 1999) упоминают о методике, стимулирующей пациентов готовиться к консультации, составляя список вопросов, которые они хотели прояснить, и дающей возможность в случае необходимости привлечь специализированную медицинскую сестру в качестве «защитника» во время консультации. Хотя оценка данной конкретной методики проводилась среди пациентов, ожидающих результатов тестов, показывающих наличие у них рака, этот подход может помочь во многих других ситуациях, например при подготовке к обсуждению возможного использования пластической или реконструктивной хирургии.

Печатная информация в сочетании с личными беседами может оказаться очень полезной при создании соответствующего словаря, с помощью которого можно описывать внешность и облегчать ее обсуждение на любом этапе лечения. Например, Кларк и Киш (Clarke and Kish, 1998) разработали буклет, который родители могут использовать при разговоре со своими детьми и который содержит общедоступный словарь. Этот словарь позволяет разрабатывать соответствующие стратегии совладания для применения в социальных ситуациях, в особенности в школе.

Кларк (Clarke, 2001) описывает «информационную серию», которая использует модели социального познания и совладания для того, чтобы помочь людям понять свои проблемы в социальном контексте, скорректировать любые негативные представления и использовать различные копинг-стратегии, чтобы активно участвовать в управлении своим заболеванием. Потребность пациентов в информации подтверждается тем, как много запросов направляется в такие организации, как *Changing Faces*, а также популярностью прямой линии Национальной службы здравоохранения. Подобные запросы можно рассматривать отчасти как попытки людей проявить инициативу и взять на себя управление ситуацией, в которой они находятся. У посетителей клиник листовки пользуются очевидной популярностью, поэтому методики с применением листовок могут приносить существенную пользу пациентам. Ньюэлл и Кларк (Newell and Clarke, 2000) провели исследование, оценивая использование листовок по самопомощи, содержащих объяснения по поводу испытываемой тревоги, изменений лица и избегания; также они описали целый ряд практических когнитивно-поведенческих стратегий для борьбы с тревогой по поводу внешности. Методика, основанная на модели «страх—избегание» Ньюэлла (см. главу 2), позволяет добиться ограниченного, но существенного улучшения в отношении социальной и общей тревоги. Спайсер (Spicer, 2002) выяснила, что почти четверть участников ее исследования из числа амбулаторных больных дерматологической клиники в возрасте старше 65 лет одобряют распространение информации об изменениях внешности в форме листовок.

Простота предоставления информации в печатном виде имеет свои преимущества и недостатки. Так, одна из сложностей состоит в том, что невозможно предсказать эстетический результат хирургического вмешательства для каждого конкретного человека, даже если известны возможные побочные эффекты и осложнения. Есть опасность, что пациент испытает разочарование, если будет ждать, что его внешний вид, полученный в результате хирургической операции, будет совпадать с теми образами, что представлены в серийно выпущенных буклетах. Пациенты выражают желание видеть более широкий спектр изображений послеоперационных образов, которые будут включать в себя людей разного возраста с различными физическими данными и цветом кожи (*Harcourt and Rumsey, 2004*).

Полезными источниками информации для пациентов могут служить аудио- и видеокассеты, которые, как и в случае печатных материалов, делают возможным участие в процессе родственников и сиделок. Больничная или амбулаторная библиотека или компьютер с доступом к рекомендуемым веб-сайтам создают прекрасную возможность получить информацию из разных наиболее качественных источников. Некоторые специалисты высказывают опасения по поводу того, что подобная информация не всегда достойна доверия, однако веб-сайты надежных и хорошо информированных организаций могут быть очень полезны. Исследования среди других групп заболеваний, включая людей с ВИЧ и диабетом, показывают, что Интернет является ценным источником информации для людей, страдающих хроническими заболеваниями (см. *Bennett, 2004*), и нет никаких причин полагать, что он не может также помочь людям, обеспокоенным своей внешностью. Несмотря на необходимость определенной квалифицированной поддержки в разработке и реализации таких методик (*Bennett, 2004*), Интернет позволяет сделать специализированную информацию доступной для всех желающих.

Совершенствование других аспектов компьютерных технологий также позволяет применять инновационные средства информирования и поддержки. Мак-Гарви с соавторами (*McGarvey et al., 2001*) описывают применение методики компьютерного моделирования внешности, дающего женщинам возможность заранее подготовиться к возможной потере волос в результате химиотерапии. В сопровождении психолога пациенты просматривают имитацию потери волос до начала лечения, так как считается, что возможность увидеть этот образ и выразить вызывающие его эмоции подготавливает пациента к реальной потере волос и помогает легче справиться с проблемой. Однако авторы этой работы представляют скорее казуистические, а не исследовательские доказательства выгод этого метода, и индивидуальные различия пациентов указывают на то, что такой тип помощи подойдет не всем пациентам, поскольку их потребности в информации и их копинг-стратегии отличаются. Вполне возможно, что подобный показ может привести к излишнему росту обеспокоенности внешностью, а в крайних случаях — к отказу пациента от лечения. Кроме того, такой метод требует значительных ресурсов и специально подготовленного персонала. При этом пациенты, которые облысели в результате химиотерапии, сообщают о том, что никакие предупреждения о возможной потере волос не могли подготовить их в полной степени к тому, что в действительности произойдет (*Williams et al., 1999*).

### Поддержка в период после лечения

Для многих пациентов момент, когда они впервые видят результаты лечения или свою изменившуюся внешность, имеет огромное значение и даже может вызвать шок. Опрос 222 медицинских сестер, ухаживающих за пациентами с ожоговыми травмами (*Birdsall and Weinberg, 2001*), показал, что момент, когда пациент в первый раз видит свою рану, обычно является незафиксированным и незапланированным событием. По мнению опрашиваемых медсестер, нередко пациенты впервые видят свою изменившуюся внешность в зеркальных или отражающих поверхностях, что может свидетельствовать о нетерпении увидеть произошедшие с ними изменения, но при этом и неготовность к реальности. В ходе названного исследования изучались мнения медицинских сестер, а не собственные переживания пациента, однако полученные результаты совпадают с личными отчетами (*Partridge, 1990*) больных, говоривших, что это было важным, хотя чаще незапланированным событием. Квази Афари-Минту пережил пожар на станции лондонского метрополитена «Кингз-Кросс» в 1987 г. В своем ярком и волнующем отчете о собственных переживаниях после пожара он описывает тот момент, когда впервые увидел ожоги у себя на лице:

...Я смог самостоятельно добраться до туалета... и я мыл руки, когда случайно взглянул в зеркало и увидел в нем незнакомого человека, который смотрел на меня. Я не мог поверить в это. Я некоторое время стоял там, словно мои ноги приросли к полу. Я просто не мог в это поверить. В самом деле, я даже провел рукой по лицу, чтобы убедиться в том, что тот человек, на которого я смотрю, действительно я, а потом мне стало очень, очень жаль себя. Я понял, что у меня изменилось не только лицо. Двадцать или тридцать минут я стоял, облокотившись на раковину, и просто плакал. Это был первый раз в моей жизни, когда я плакал по-настоящему.

(*Lansdown et al., 1997: 56*)

Сегодня разработаны различные протоколы, следуя которым можно обеспечить необходимую поддержку. Примером может служить система лечения людей с ожоговыми травмами — ее четкие стандарты основаны на том, что подобные вопросы нужно решать с особой осторожностью, что пациенты должны быть подготовлены, должно быть тщательно выбрано время и обязательно должна быть представлена соответствующая помощь (Национальный комитет по лечению ожогов, 2001). Необходимо проведение дальнейших исследований для изучения такой практики в разных специализированных областях (например, общей пластики, ампутации), чтобы разработать соответствующие рекомендации. Когда человек впервые видит свой изменившуюся внешность, он имеет дело не только с реальностью, но и с реакциями других людей. На этом этапе значимым для него людям также может потребоваться психологическая поддержка, направленная на то, чтобы облегчить общение между членами семьи в это сложное время (*Bradbury, 1997*).

Возвращение домой после хирургической операции или травмы может оказаться не только позитивным событием, поскольку именно в больничной обстановке обеспечивается определенная безопасность и защита от стрессов, а в реальном мире пациент рискует столкнуться с негативными реакциями на свой внешний вид окружающих людей. Возвращение домой особенно тяжело для тех, кто провел долгое

время в больнице (например, после получения серьезных ожогов) и привык находиться среди людей с похожими проблемами. Партридж (*Partridge*, 1990) описывает подобный опыт, пережитый им самим. Соответствующая помощь и информация (включая сведения об организациях поддержки) могут помочь пациентам подготовиться к этому сложному периоду и найти долговременную помощь (см. анализ достоинств и недостатков организаций поддержки в главе 6). Наиболее полезными для таких пациентов могут стать специализированные амбулаторные услуги, оказываемые такими организациями, как «Outlook» (см. далее).

### *Специалисты по психологии здоровья и многопрофильные медицинские бригады*

Все чаще многопрофильные медицинские бригады (МПБ) расцениваются как «золотой стандарт» оказания услуг, считаются наиболее перспективными для согласованного и комплексного лечения. Если некоторые из способов поддержки или лечения, описанных выше, могут быть реализованы любым членом МПБ, то другие (индивидуальные вмешательства) требуют участия специалиста-психолога. Однако на сегодняшний день имеется мало специалистов по психологии здоровья или клинических психологов, которые могут предложить соответствующее лечение. И это несмотря на то, что крупные клиники признают необходимость психологической помощи при адаптации к жизненным изменениям вследствие проблем со здоровьем (включая измененный телесный образ) (*Hutton and Williams*, 2001).

Выгоды от присутствия дипломированного специалиста по психологии здоровья, работающего в составе МПБ и в плановом порядке осматривающего всех пациентов, огромны, и их можно наглядно увидеть на примере успешной работы МПБ по лечению болевого синдрома. В этой программе психологи работают наряду с медицинским, сестринским и физиотерапевтическим персоналом, реализуя интегрированную программу лечения пациентов, которых объединяют одинаковые симптомы, но этиология заболевания разная. Данная модель четко нацелена на управление симптомами в случае, если их устранение невозможно. По сути, это управление жизнью с внешностью, которая отличается от нормы, в противовес переводу жизни «в режим ожидания» до тех пор, пока внешний вид не будет «исправлен». Возможно, основным преимуществом подхода является уменьшение чувства стигматизации и неуверенности при обращении за психологической помощью. Кларк предполагает, что многие пациенты отказываются от направления к специалисту, поскольку у них нет точного понимания того, что им предлагают.

Еще одна выгода включения психолога в МПБ — это возможность обучать и направлять членов бригады в психосоциальных аспектах. Исследование Кларк и Купера (*Clarke and Cooper*, 2001) показало, что специализированные медицинские сестры, работавшие с больными с ожогами и раком головы и шеи, считали, что их должность позволяет оказать пациентам соответствующую психологическую помощь, но чувствовали нехватку оборудования и недостаточную подготовленность для такой работы (см. главу 6). Эти результаты нашли подтверждение в ходе анализа качества предоставления услуг в клиниках Лондона и Бристолья, проведенного Рамси и ее коллегами (*Rumsey et al.*, 2004). Однако на основе полученных данных Кларк (*Clarke*, 2001) показала, что при наличии соответствующих ресурсов и подготовки медицинские сестры, работавшие с больными раком головы и шеи, могли



оказать необходимую психологическую помощь пациентам. Эти результаты говорят о важности создания системы психосоциальной подготовки медицинских сестер, работающих в настоящее время в соответствующих областях. Достаточно простой однодневный курс подготовки и набор вспомогательных материалов может значительно повысить у медицинских сестер способность удовлетворить особые потребности пациентов с раком головы и шеи, в частности посредством продвижения копинг-стратегий, которые можно использовать в социальных ситуациях (*Clarke and Cooper, 2001*). Подобное обучение, которое может быть продумано и реализовано специалистами по психологии здоровья, является эффективным средством передачи информации другим медицинским работникам, так как персонал, имеющий специальную подготовку и опыт ухода за пациентами с измененной внешностью, может в дальнейшем проводить обучение других членов бригады.

Совместные обсуждения в рамках МПБ также полезны для медицинских работников, поскольку способствуют повышению существующих знаний и приобретению новых из таких дисциплин, как логопедия, физиотерапия, диетология, стоматология и социальная работа. Однако принцип деятельности многопрофильной бригады несет в себе не только выгоды, но и проблемы. Например, совместные консультации, во время которых пациент встречается с самыми разными специалистами, сравнивают с «аквариумом для золотых рыбок»; они могут приводить пациента в уныние и даже пугать (*Hearst and Middleton, 1997*), в особенности если социальные и грушковые ситуации вызывают у этого человека стресс. Тревоги, связанные с такой системой, можно уменьшить с помощью модели защиты, при которой пациент и члены его семьи сначала встречаются с главным членом команды, в дальнейшем выступающим в роли «адвоката» во время консультацией с участием всей бригады, поддерживая пациента в анализе проблем, что способствует внесению большей ясности. Адвокат также может после проведения консультации проверить, насколько хорошо пациент понял сделанные на ней выводы. В альтернативном варианте пациенты могут индивидуально беседовать с каждым членом команды, после чего будет проведено совещание МПБ для группового обсуждения.

Внутри любой многопрофильной бригады у каждого из медицинских работников могут быть свои собственные установки и представления о вопросах внешности и физических недостатков, что может оказывать влияние на взаимодействия с пациентом. Например, члены бригады могут делать предположения о реакциях человека на изменения внешности или его о предпочтениях в лечении (*Lockhart, 1999*). Установки могут быть обнаружены при непосредственном общении с пациентами. Так, люди с псориазом сообщали, что лечащие врачи говорили о необходимости «просто привыкнуть» к своему заболеванию (*Rapp et al., 1997*), что, в свою очередь, могло восприниматься как свидетельство неспособности медиков контролировать заболевание (средство для лечения псориаза до сих пор не найдено), а также ослабляло чувство контроля у самого пациента. Согласно мнению исследователей (*Tanner et al., 1998*), существует необходимость эмоциональной поддержки и убеждения пациента в том, что врачи обладают новейшими данными о заболевании пациента, даже в тех случаях, когда сами медики не уверены в развитии данного заболевания у конкретного пациента и когда неизвестно, какое влияние окажет заболевание на внешность пациента (например, при гемангиоме). Специа-

листы по психологии здоровья могут обучить персонал навыкам оказания помощи и коммуникации, которые позволят им более эффективно справляться с такими сомнениями.

### *Специализированный сестринский персонал*

В наше время все больше людей признает, что специализированных медицинских сестер, прошедших обучение навыкам оказания психосоциальной поддержки и проведения психологических консультаций, можно считать ключевыми членами многопрофильных бригад, например в случае онкологических заболеваний (в особенности рака груди, головы и шеи). Последним достижением стала подготовка небольшого числа специализированных медицинских сестер, работающих в области реконструкции груди, которые помогают установить связь между консультирующими пластическими хирургами и женщинами, думающими об использовании реконструктивной хирургии. Однако лишь небольшое количество женщин сможет получить доступ к подобной специализированной помощи, тем более что нет никаких гарантий постоянного финансирования таких должностей. Существуют огромные возможности расширения компетенции специализированных медицинских сестер, связанные с помощью при других заболеваниях, имеющих следствием влияние на внешность, и это могло бы стать долгожданным дополнением к современной системе лечения.

### *Психологическая помощь, ориентированная на конкретные проблемы*

Некоторым пациентам на любом этапе лечения может потребоваться помощь в связи с определенными проблемами, например в случае, когда ожидания пациентов в отношении результатов лечения особенно нереалистичны, или когда пациенты демонстрируют излишнюю тревожность, или им непонятны варианты лечения и его результаты. Воспоминания о травме могут быть частью посттравматического стрессового расстройства. Долгосрочное наблюдение может выявить неспособность заново включиться в повседневные виды деятельности, привести к социальному избеганию и изоляции, плохому соблюдению лечебных предписаний (например, отказу от использования герметических повязок) или, у детей, к отказу от посещения школы либо плохой успеваемости. Традиционно необходимая в таких ситуациях психологическая поддержка, ориентированная на конкретные проблемы, оказывается специалистами из области психиатрии (например, клиническими психологами), и потребность в такой специализированной помощи неизменно растет.

Для создания системы комплексного лечения необходимо объединение стандартной психологической помощи и поддержки, ориентированной на конкретные проблемы. Однако подход с фокусированием на проблемах эффективен настолько же, насколько хорош процесс скрининга, который в первую очередь выявляет проблемы. Слишком часто команды, которым не хватает осведомленности в психосоциальных вопросах, ждут до тех пор, пока проблемы не достигнут «полного расцвета», т. е. ведут себя реактивно, а не проактивно. Безусловно, поддержка может быть бесценной, если ее оказывает профессионально подготовленный психолог, но в идеале необходимы специалисты со знаниями и опытом работы в области беспокойности внешностью.

## Специализированные услуги

Сегодня лишь незначительная часть пациентов, нуждающихся в дополнительной психосоциальной поддержке, получает направления к специалистам — профессионально ориентированным на работу с людьми, обеспокоенными внешностью. Большинство методик сконцентрировано на вопросах основных социальных контактов, обучение направлено на навыки социального взаимодействия (ОНСВ), применяется когнитивно-поведенческая терапия (КПТ). Эти подходы доказали свою эффективность при разработке набора позитивных копинг-стратегий для управления социальными ситуациями и когнитивной переоценки внешности как общей категории, а не индивидуальной отличительной черты. Например, Клив и ее соавторы (*Kleve et al.*, 2002) подчеркивают выгоды поощрения людей, обеспокоенных своей внешностью, к тому, чтобы они придавали меньше значения своему внешнему виду в качестве составляющей самоуважения и формировали более широкий взгляд на собственное «я». Это согласуется с моделью адаптации, предложенной в главе 2, и позволяет предположить, что такая концептуальная схема может послужить полезным инструментом для медиков.

В целом услуги специалистов направлены на то, чтобы дать людям набор стратегий совладания, позволяющих более эффективно справляться с теми проблемами, с которыми они сталкиваются. Однако, несмотря на свидетельства в пользу использования ОНСВ и КПТ, важно помнить о том, что эти методы подходят не всем, поэтому следует учитывать возможности альтернативных методов, например клиент-центрированных психологических консультаций.

Далее мы рассмотрим обучение навыкам социального взаимодействия (ОНСВ) и/или когнитивно-поведенческую терапию (КПТ).

### Обучение навыкам социального взаимодействия

Обучение навыкам социального взаимодействия (ОНСВ) предполагает повышение уверенности человека при знакомстве с другими людьми, формирование взаимоотношений и способность их поддержания. Этот подход доказал свою эффективность при работе с разными группами пациентов, включая подростков с расщелинами (*Kapp-Simon*, 1995) или ожоговыми травмами (*Blakeney et al.*, 1990). Робинсон с коллегами (*Robinson et al.*, 1996) сообщают, что ОНСВ способствовало снижению социальной тревоги и избегания, а также значительным клиническим изменениям у 64 пациентов с различными физическими недостатками. Такой тренинг включал в себя ролевые игры, моделирование, инструктирование, обратную связь и обсуждения в группах по 6–10 человек, которые проводились в течение двух дней, чтобы дать участникам возможность попрактиковаться в использовании навыков, полученных между занятиями. Подтвержденная удовлетворенность была высокой, при этом 73% участников сказали, что и в дальнейшем будут посещать эти семинары. Однако такое желание продолжить занятия может также указывать на то, что они не смогли достичь всего того, на что надеялись, за установленное время. Кроме того, хотя данный комбинированный подход принес значительную пользу, по-прежнему неясно, какие аспекты такого сложного метода действительно эффективны. Решение этого вопроса потребует времени, однако оно должно оставаться в центре

внимания будущих исследований. К тому же есть одна проблема: существующая на данный момент система ОНСВ сфокусирована на взрослых людях и пока что очень мало данных исследований по оценке ее использования для детей и подростков (*Kish and Lansdown, 2000*).

### *Когнитивно-поведенческая терапия*

Принципы когнитивно-поведенческой терапии лежат в основе многих методов работы с людьми, беспокоенными своей внешностью. Доступные свидетельства говорят о преимуществе коротких, ориентированных на проблемы программ на основе КПТ перед более продолжительными, дорогостоящими формами терапии. Например, Пападопулос и ее коллеги (*Papadopoulos et al., 1999a*) провели оценку программы КПТ при работе с пациентами с витилиго в сравнении с контрольной группой, состоящей из людей, включенных в список ожидания. Программа состояла из восьми часовых занятий, включающих в себя КПТ и обучение практическим навыкам противостояния негативному социальному воздействию (пристальным взглядам, замечаниям). Программа способствовала значительному улучшению телесного образа, самооценки и качества жизни, которое сохранялось во время последующего наблюдения на протяжении пяти месяцев. Пападопулос и ее коллеги пришли к выводу, что это была очень удачная методика, так как она проводилась в течение летнего периода, когда больной имеет меньше возможностей для эффективной маскировки и витилиго может вызывать сильный стресс. Также результаты исследования показали, что групповая программа оказала позитивное влияние на развитие заболевания, о чем свидетельствует подтвержденное улучшение на снятых до и после групповой работы фотографиях 12 пациентов, которые во время его проведения не принимали лекарственных препаратов. Однако это было ограниченное исследование с участием только 16 участников (восемь в контрольной группе и восемь в группе, к которой была применена методика), поэтому данный вопрос требует дальнейшего изучения и оценки.

### *«Outlook» – специализированное подразделение для оказания помощи людям с физическими недостатками*

ОНСВ и КПТ используются как специализированные методы, предлагаемые организацией под названием «Outlook». «Outlook» – это первое подразделение для оказания помощи людям с физическими недостатками британской Национальной службы здравоохранения, созданное в 1997 г. в больнице «Френчей» в Бристоле. В своей работе Клив и ее соавторы (*Kleve et al., 2002*) говорят о влиянии этой службы на управление проблемами, связанными с внешностью, при работе с людьми из репрезентативной больничной группы – в отличие от любой организации по оказанию поддержки, сфокусированной на физических недостатках. Результаты сделанной ими оценки представляют большой интерес. Особенно следует отметить, что среднее число лечебных занятий, после которых наступает измеримое улучшение, оказалось невелико ( $n = 3$ ). Более того, многим людям было достаточно всего одной консультации со специалистом-психологом. Оценки Клив и ее коллег показали, что методы психологической поддержки, предлагаемые «Outlook», способство-

вали снижению общей и социальной тревоги, дистресса, связанного с внешностью, и депрессивных симптомов, использования маскировки и избегания в качестве стратегий копинга. Участники исследования также упоминали улучшения в удовлетворенности жизнью, социальной уверенности и восприятиях социальной поддержки, а также самовосприятия и представлениях о заметности их физического недостатка для других людей.

Это важная и экономически оправданная услуга. Эффективность методики подтверждается оценкой навыков социального взаимодействия для людей с лицевыми видимыми дефектами, сделанной Робинсон с коллегами (*Robinson et al.*, 1996)

Специализированная амбулаторная служба, такая как «Outlook», крайне необходима, поскольку многие из проблем, с которыми сталкиваются люди, возникают только после того, как они покидают относительно безопасную обстановку больницы (*Kleve and Robinson*, 1999). «Outlook» предлагает индивидуальную и групповую поддержку. Хотя групповая форма работы более экономична, исследования показывают, что пациенты предпочитают индивидуальную терапию (*Fortune*, 1998; *Kleve and Robinson*, 1999), — возможно, из-за тревоги по поводу социальных контактов. Комбинированный, гибкий подход, предполагающий проведение на первом этапе индивидуальной терапии для повышения социальной уверенности и снижения социальной тревоги, позволяет человеку в дальнейшем получить пользу от групповой работы (см. главу 6).

Работа, проводимая «Outlook», свидетельствует о том, что концептуальная схема «физического недостатка» *per se*<sup>1</sup> (см. главу 2) может быть с пользой применена в специализированном, клиническом контексте. Однако важно помнить, что высокоспециализированная служба не может решить все проблемы человека. Клив и ее коллеги (*Kleve et al.*, 2002) выяснили, что методы поддержки, предлагаемые «Outlook», приносили наибольшую пользу подгруппе пациентов, чье расстройство было связано именно с внешностью, а не с другими дополнительными проблемами.

Работа «Outlook» включает в себя психологическую поддержку детей при переходе из начальной в среднюю школу, так как этот период может вызывать у них тревогу. Летняя программа для детей и взрослых помогает нормализовать переход с учетом того, что все дети испытывают беспокойство по поводу формирования новых дружеских отношений, смены знакомой обстановки одной школы на неопределенность, которая ждет их в другой. Программа, которая не ориентирована ни на какое заболевание, также включает в себя КПТ, а также однодневный тренинг, посвященный действиям по преодолению поддразнивания, и последующее наблюдение после перехода в новую школу. Имеющиеся на данный момент ограниченные оценки этого непродолжительного тренинга говорят о том, что оно отличается низкой стоимостью и эффективностью (*Maddern and Owen*, 2004). Оценки тренинга, подготовленного данным подразделением для детей (половина из которых имели черепно-лицевые заболевания, такие как расщелина), показали снижение частоты случаев поддразнивания в школе или на игровой площадке и степени дистресса, вызванного внешностью (*Maddern and Emerson*, 2002). Эти оценки также свидетельствуют о снижении количества отчетов родителей о проблемах их детей, в частности о соматическом поведении детей, замыкании в себе и тревоге.

<sup>1</sup> *Per se* (лат.) — сам по себе, по существу — Примеч лит ред

На сегодняшний день главной проблемой в области специализированных услуг является то, что они доступны не всем и воспользоваться ими могут только те, у кого есть возможность и время совершать разъезды. Данные услуги должны быть доступны практически и логистически. Малдерн и Оуэн (*Maddern and Owen, 2004*) говорят о том, что летняя программа «Outlook» по оказанию поддержки при переходе в среднюю школу проводится один день, поскольку в этом случае она становится доступной для тех семей, которые не могут проезжать значительные расстояния для участия в серии занятий продолжительностью в один час. А Хьюз (*Hughes, 1998*) отмечает, что рекомендациями, которые предлагает Центр управления физическими недостатками в Файфе (Шотландия), могут воспользоваться наиболее сильно мотивированные люди, которые готовы и имеют возможность много ездить. Это также означает, что исследования, проводимые в немногочисленных специализированных центрах, могут иметь систематические ошибки, так как охватывают только тех, кто способен приехать для прохождения тренинга. Позитивные оценки Робинсон, Клив и их коллег позволяли надеяться на то, что деятельность «Outlook» распространится на всю территорию Великобритании. Однако недостаточность финансовых средств, выделяемых на развитие специализированных услуг, подобных этой, или работу в области физических недостатков, мешает осуществлению этих планов, усиливая зависимость пациентов от добровольческих организаций.

### **Новые возможности**

Перед психологами, работающими в области внешности, стоит множество задач, одна из которых заключается в разработке новых эффективных методов психосоциальной помощи. Поиск идей в этой сфере следует начинать с рассмотрения тех методов поддержки, которые на сегодняшний день доступны различным группам населения. Например, одним из недостатков традиционной когнитивно-поведенческой терапии является стоимость психологической помощи. Однако люди с физическими недостатками тела могут эффективно использовать самостоятельную КПТ (например, «Рабочую тетрадь телесного образа» Кэша — см. главу 6), а оценки методик поддержки, оказываемых по Интернету (например, программы для лиц, страдающих от депрессии, *Beat the Blues*), говорят о том, что Всемирная сеть обладает большими возможностями для выгодной и доступной помощи, основанной на когнитивно-поведенческой терапии.

Еще одна интересная возможность связана с использованием письменного выражения эмоций. Доказано, что если человек проводит определенный период времени, описывая на бумаге стрессовое событие, то это оказывает на него позитивное воздействие, улучшая психологическое благополучие (краткий обзор см. в *Bennett, 2004*). Гамильтон-Уэст и Брайдл (*Hamilton-West and Bridle, 2004*) выяснили, что письменное выражение эмоций после пожара в студенческом общежитии значительно повысило уровень здоровья писавших (по оценкам Опросника общего состояния здоровья), возможно, отчасти это блокировало их спонтанные, неэффективные копинг-действия. В указанном случае никто из участников исследования не получил ожогов, поэтому данную психологическую поддержку еще предстоит

проверить на клинической группе людей, имеющих проблемы с внешностью. Хотя дальнейшее изучение этого метода, несомненно, представляет интерес, необходимо действовать осторожно, поскольку у участников может быть риск посттравматического стрессового расстройства и подобный метод может подтолкнуть некоторых людей к размышлениям об их проблемах и формированию неадаптивных копинг-стратегий. Камерон и Николлс (*Cameron and Nicholls, 1998*) считают, что методики, основанные на письменном выражении эмоций и саморегуляции, в сочетании с записыванием копинг-плана, который в дальнейшем оценивается и пересматривается, могут быть более полезны для людей с оптимистическим отношением к жизни. Кроме того, можно говорить о пользе фиксирования позитивных аспектов и мыслей о собственной внешности, а также фокусирования на том, что помогло человеку, вместо исключительного внимания к его проблемам и стрессам.

### **Психологическая поддержка, оказываемая в школах детям с видимыми отличиями**

Значительная часть специализированной помощи, предоставляемой взрослым и детям с видимыми отличиями, приходится на долю добровольцев. Большинство направлений (30,9%) в благотворительную организацию *Changing Faces* выдается ученикам с дефектами внешности, перешедшим в новую школу (*Frances, 2000*). *Changing Faces* предлагает рекомендации экспертов и специально разработанные услуги для учителей, работников дошкольных учреждений и специалистов системы образования, оказывающих помощь детям и подросткам с видимыми отличиями. Это необходимо в связи с тем, что учителям и работникам образования трудно получить опыт и знания в этой области, поскольку, несмотря на широкую распространенность переживаний по поводу внешности, в большинстве школ ученики с видимыми отличиями встречаются достаточно редко. Исследования показывают (*Cline et al., 1998*), что образовательная методика, разработанная организацией *Changing Faces*, помогает повысить у учеников начальной школы понимание их установок и поведения в отношении внешности, в частности других людей, и улучшить восприятие людей с видимыми отличиями.

Однако, учитывая степень распространения обеспокоенности внешностью среди подростков (см. главу 3), очевидно, что все работники школы контактируют с учащимися, у которых есть тревоги по поводу внешнего вида, и, следовательно, всему школьному коллективу нужны обучение и поддержка. (См. исследование Лавгроув и Рамси (*Lovegrove and Rumsey, 2005*), которое рассматривалось ранее.) Кто-то может возразить, что подобная ситуация существует в других профессиях и других рабочих обстановках. Несомненно, *Changing Faces* разрабатывает обучающие подходы и материалы для работников других областей, а также выпускает информационные пакеты для определенных заболеваний и проводит обучающие курсы для специалистов здравоохранения, работающих с людьми с видимыми отличиями.

Говоря о школьной поддержке для детей с дефектами внешности, Фрэнсис (*Frances, 2000*) подчеркивает: необходимо, чтобы все понимали, что важно знать другим людям и что следует говорить о внешности.

Серьезная проблема заключается в том, чтобы избежать чрезмерного подчеркивания отличия одного человека и, по умолчанию, преувеличения единообразия всех остальных. Главной целью должно быть содействие принятию и разнообразию. Например, сотрудники летнего лагеря «Outlook» ((*Maddern and Owen, 2004*)) осознают, что все дети испытывают беспокойство в связи с началом учебы в новой школе, однако, несомненно, проблемы, с которыми столкнется ребенок с видимым отличием, в чем-то будут иными, чем те, что возникнут у других детей.

## Создание комплексной системы лечения

Комплексная система лечения требует, чтобы помощь была доступна людям на протяжении всей жизни и, если это необходимо, на всех этапах лечения. Если этого не будет, то и дальше будет господствовать убеждение, рассмотренное в главе 2, — в том, что внешность всегда вызывает беспокойство у подростков, а пожилых людей этот вопрос не волнует. Так, изучение пациентов с расщелинами сфокусировано на детях и подростках и есть очень мало исследований и методов поддержки, ориентированных на взрослых людей, хотя психосоциальные проблемы, связанные с этим заболеванием, могут сохраняться и в период зрелости (*Elmendorf et al., 1993; Robinson, 1997*; см. также главу 4). Комплексная психосоциальная помощь может оказывать позитивное влияние на физические аспекты некоторых заболеваний. Например, методики по управлению стрессом могут помочь людям с заболеваниями, подобными псориазу, которые, как считается, обостряются под действием стресса (*Fortune et al., 2005; Rapp et al., 1997*).

Методы поддержки должны быть ориентированы не только на людей, у которых есть тревоги по поводу их внешности. Они должны быть доступны также членам их семей и более широкому сообществу через социально-культурные и информационные источники. В главе 4 мы говорили о вопросах оказания помощи родителям в тех случаях, когда их ребенку ставится пренатальный диагноз или он рождается с видимым отличием. Подразделение по оказанию помощи людям с физическими недостатками «Outlook» оказывает таковую как детям, так и их родителям (*Maddern and Owen, 2004*). Работа со взрослыми во время занятий с детьми привела к созданию специальной группы для родителей, хотя сотрудники подразделения считают, что в ее работе недостаточное участие принимают отцы. Это может указывать на то, что мужчинам принять такую помощь труднее, чем женщинам. В связи с этим создается группа специально для отцов в надежде, что такая форма работы покажется им более привлекательной.

Одно из главных преимуществ предоставления клинических услуг в добровольческих организациях заключается в возможности постоянного взаимодействия с пациентом. Такие организации, как *Changing Faces*, сразу же принимают людей по направлениям без консультаций с врачом-терапевтом. Направления в службы здравоохранения связаны с временным ожиданием и процессами скрининга, а проблема часто с самого начала ограничивается медицинскими рамками: психосоциальная поддержка предлагается пациенту в лучшем случае как эффективная альтернатива, а в худшем — как средство, которым можно воспользоваться за неимением



лучшего, если медицинское вмешательство неэффективно. В идеале добровольческий сектор и сфера здравоохранения могут получить значительные выгоды, тесно сотрудничая и совместно разрабатывая новые и инновационные методики психосоциальной помощи.

Последнее, что мы хотим рассмотреть, — это тема управления собственным «я» под руководством непрофессионалов, которая недавно была поднята в Великобритании в рамках программы *Expert Patient Programme*. Эта совершенно новая идея, впервые предложенная Лориг и ее коллегами (*Lorig et al.*, 1999), предполагает проведение структурированного курса для людей с хроническими заболеваниями. Эти курсы, которые предоставляют информацию и обучают личному планированию действий, ведут специалисты, не являющиеся специалистами в области здравоохранения. Курсы можно результативно использовать для повышения самооффективности, усиления чувства контроля и обучения навыкам, необходимым для управления заболеванием в дополнение к получаемому лечению (см. *Cooper and Clarke*, 2001). Организация *Changing Faces* стала одним из первых в Великобритании примеров эффективной программы самоуправления под руководством непрофессионалов. Однако специалисты говорят о необходимости подтверждения действенности таких программ надежными доказательными оценками (*Clarke and Cooper*, 2001), поэтому их возможности еще предстоит изучить.

## Вывод

В настоящее время растет интерес к использованию психосоциальной помощи не только в форме дополнения к биомедицинским методикам, но и в качестве их альтернативы. Специалисты, практикующие биомедицинский подход, все чаще признают, что он позволяет решать сложные проблемы только частично. Однако важно помнить, что не все люди нуждаются в психосоциальной поддержке. Кент и Кеохейн (*Kent and Keohane*, 2001) пришли к выводу, что потребность в помощи могут ощущать те люди, у которых заболевание имеет видимые проявления и наблюдается высокий уровень страха негативных оценок. Сочетание обучения социальным навыкам и когнитивно-поведенческой терапии является действенным комплексным средством поддержки, однако многие свидетельства указывают на возможность разработки более эффективной помощи. Именно это должно стать главной темой последующих исследований.

В идеальном варианте через несколько лет внешность и связанные с ней вопросы должны занять свое очевидное и законное место во многих системах лечения. Множество проблем, имеющих отношение к внешнему виду человека, должны решаться с помощью стандартного лечения, а те люди, которым необходима более специализированная поддержка, должны получить легкий доступ к соответствующим услугам медицинских учреждений или добровольческих организаций. Специалисты по психологии здоровья должны играть ключевую роль в этом процессе, начиная с подготовки и поддержки медицинского персонала и заканчивая оказанием специализированной помощи и оценкой эффективности предоставляемого лечения на всех уровнях.

Необходимо увеличение финансирования исследований и психосоциальной поддержки, которая должна стать проактивной, а не существовать как реакция на возникшую проблему. Кроме того, более позитивный подход к внешности требует изменения установок. В решение этого вопроса значительный вклад могут внести средства массовой информации и психологической поддержки в школах.

## Резюме

- Существуют значительные возможности для совершенствования системы оказания помощи людям, испытывающим тревогу по поводу своей внешности. В этом процессе важную роль должны сыграть специалисты по психологии здоровья.
- Возможности средств массовой информации могут быть использованы для содействия принятию внешности.
- Многие люди отдают предпочтение здоровому поведению из-за его взаимосвязи с внешностью, а не из-за ожидаемых выгод для здоровья. Кампании по рекламе здоровья могли бы более широко использовать это беспокойство, но действовать следует осторожно, чтобы не усиливать мифы о красоте и существующие стереотипы.
- Очень незначительное количество методик поддержки ориентировано на обеспокоенность внешностью у людей без видимых отличий, однако большим потенциалом для этого обладают методики, реализуемые в школах, предназначенные для молодых людей, и программы коррекции неудовлетворенности внешностью.
- Внешность и связанные с ней переживания должны занять свое законное место в рамках всех систем лечения, а не только тех, что предназначены для людей с видимыми физическими дефектами.
- В идеале психосоциальная поддержка для людей с видимыми отличиями должна сочетать в себе общую помощь в рамках стандартного лечения и специальные методики, предназначенные для тех, у кого выявлены определенные проблемы.
- Все работники здравоохранения должны участвовать в оказании комплексной помощи людям с видимыми отличиями и тем, кто их окружает. Соответственно для этого может потребоваться соответствующая подготовка персонала.
- Специализированные методики, как правило, сфокусированы на обучении навыкам социального взаимодействия и когнитивно-поведенческой терапии. Данные исследований свидетельствуют о приносимой ими пользе.
- В идеале специализированные центры по оказанию помощи людям с физическими недостатками должны быть доступны большему количеству людей, чем это происходит на данный момент.
- Существуют большие возможности для разработки новых и инновационных психосоциальных вмешательств в области внешности.

## Темы для обсуждения

- Как бы вы попытались повлиять на социетальные установки в отношении физических недостатков?
- Как специалисты по психологии здоровья могут влиять на выбор лечения людям, чувствующим беспокойство по поводу своей внешности?
- Насколько вы согласны с предположением о том, что людей следует убеждать обращать меньше внимания на имидж и больше на свое здоровье?

## Литература для дальнейшего изучения

Clarke, A. (1999) Psychological aspects of facial disfigurements: problems, management and the role of lay-led organization. *Psychology, Health and Medicine*, 4 128–141.

Newell, R. (2000) *Body Image and Disfigurement Care*. London Routledge.



## **Выводы, проблемы сегодняшнего дня и задачи будущего**

В этой книге мы предложили читателям обобщение и критический обзор исследований, связанных с психологическими аспектами внешности. В том внимании, которое люди проявляют к внешнему виду, нет ничего нового. Веками они интересуются внешностью и вкладывают в нее деньги. Однако сегодня появилось и нечто новое — признание последствий обеспокоенности внешностью для тех, кто ее испытывает; растущее понимание многообразия факторов, влияющих на адаптацию; постепенный отход от существовавшего ранее фокусирования на вопросах веса и фигуры.

Первоначально мы как исследователи сосредоточивали свое внимание на негативных переживаниях людей с видимыми отличиями, однако теперь мы понимаем, что внешность служит источником беспокойства и дистресса также и для значительной части людей, чей внешний вид воспринимается другими как «нормальный». Значительная часть населения вне зависимости от обычности или необычности их внешности говорит о таких проблемах, как социальная тревога и чувство неловкости. Эти люди также могут получить пользу от соответствующей психосоциальной помощи, но, к сожалению, существующие методы лечения и психологической поддержки далеки от идеала. Часть людей с видимыми отличиями и без них демонстрирует позитивную адаптацию к проблемам внешности, и исследователи и клинические специалисты могут многому у них научиться.

### **Задачи будущего**

Перед исследователями внешности стоит ряд проблем, включая повышение значимости психологии внешности; продвижение позитивного подхода к исследованию внешности и лечению; совершенствование услуг здравоохранения, развитие теории и исследований; изменение установок в отношении внешности, а также активизацию обсуждения существующих на сегодняшний день проблем (например, влияния новых компьютерных технологий на стандарты физической привлекательности) и проблемы, связанные с достижениями в области технологий скрининга, генетических разработок и трансплантации.

### ***Повышение осведомленности о важности понимания и изучения внешности***

Мы надеемся, что к настоящему моменту читатели уже убедились в том, что внешность вызывает интерес специалистов по психологии здоровья и людей, занимающихся оптимизацией здоровья и благополучия. Переживания по поводу внешности могут повлиять на самые разные стили поведения, связанные со здоровьем, включая, к примеру, соблюдение диет и занятия физическими упражнениями. Сегодня эти вопросы занимают центральное место в политике правительства Великобритании в области здравоохранения, и было бы недальновидно игнорировать свидетельства того, что внешность лежит в основе многих изменений в поведении, связанных со здоровьем. Вопросы внешности могут также влиять на принятие решений в области медицинской помощи, например когда лечение или его побочные эффекты оказывают влияние на наш внешний вид.

Учитывая всеобъемлющий характер беспокойности внешностью и далеко идущие последствия таких проблем, мы надеемся, что вопросы внешности будут включены в учебные программы и программы подготовки практикующих врачей. Существует множество разнообразных, интересных и оправдывающих себя возможностей, позволяющих специалистам по психологии здоровья участвовать в связанных с внешностью исследованиях и лечебных процедурах.

### ***Продвижение позитивного подхода к внешности***

В прошлом специалисты уделяли главное внимание патологии и негативным переживаниям, связанным с внешностью (например, психологическому дистрессу и неудовлетворенности телом), однако пришло время перейти к более широкому подходу. В последние годы звучат постоянные призывы к применению более позитивной программы действий для людей, живущих с дефектами внешности, поскольку лечение, ориентированное исключительно на проблемы и трудности, мало помогает позитивной адаптации к видимым отличиям (см. главу 6). Исследователи и клиницисты могут внести значительный вклад в то, чтобы убедить общество уважать разнообразие внешности людей, а не рабски потакать «идеалам», предлагаемым средствами массовой информации. Однако мы понимаем, что не следует слишком усердствовать в реализации программы позитивной адаптации, так как если излишне акцентировать внимание на устойчивости к переживаниям по поводу внешности, то люди с дефектами внешности будут чувствовать себя обязанными справляться с ними позитивно и это помешает им рассказывать о своих тревогах специалистам.

### ***Совершенствование лечения***

Количество людей, которые стремятся получить какой-либо вид психологической помощи или лечения, будет неизбежно увеличиваться в связи с ростом неудовлетворенности и беспокойств, связанных с внешностью. Это означает рост числа людей, прибегающих к косметическим хирургическим и нехирургическим процедурам. Харрис и Карр (*Harris and Carr, 2001*) говорят о необходимости предоставления

хорошо организованных хирургических и психологических услуг людям, имеющим проблемы с внешностью, как в рамках Национальной службы здравоохранения, так и в независимых секторах. Специалисты по психологии здоровья обладают навыками и знаниями, необходимыми для того, чтобы повлиять на ситуацию.

Хирурги постоянно разрабатывают новые технологии, которые могут повысить качество жизни людей, обеспокоенных своей внешностью, поэтому необходимо тщательно изучать психосоциальные последствия этих нововведений. Специалисты по психологии здоровья могут сыграть свою роль во внедрении этих достижений, например предоставляя соответствующую точную информацию о рисках и выгодах таких процедур, оказывая поддержку пациентам в процессе принятия решений и проводя исследования предполагаемых результатов.

Еще одна важная задача, стоящая перед специалистами по психологии здоровья и клиницистами, заключается в том, чтобы помочь работникам здравоохранения осознать распространенность беспокойства о внешности и его влияние. При работе на нижнем уровне системы здравоохранения наиболее эффективным способом совершенствования лечения людей с тревогами по поводу внешности является понимание последствий таких проблем. Если говорить о журналах, то не существует однозначной оценки влияния публикуемых в них материалов на совершенствование оказываемой помощи. Очень важно повысить осведомленность о проблемах внешности при заболеваниях, которые ранее рассматривались только с точки зрения функционирования, например глазных (*Clarke et al.*, 2003). Это позволит создать атмосферу лечения, в которой внешность станет важным вопросом при любой форме оказания медицинской помощи. В этом плане мы поддерживаем призыв Прузински (*Pruzinsky*, 2004) сделать оценку телесного образа/внешности частью стандартной диагностики (см. главу 6). В данном случае хорошим шагом вперед является недавно принятое в Великобритании требование включать во все бригады по лечению расщелин губы/неба специально подготовленного психолога. Прецедент создан, а в идеале этот стандарт лечения должен быть распространен на другие специализации и заболевания.

Необходимо разрабатывать четкие принципы направления к специалистам людей, которые нуждаются в дополнительной психосоциальной поддержке и специализированных методах лечения. В идеальном варианте такая помощь должна оказываться специально подготовленным персоналом через национальную сеть специализированных центров. Однако, учитывая недостаточность профильных ресурсов, нужно изучать альтернативные варианты, в том числе новые методики и технологии. Интернет создает возможности получения легко доступной информации и помощи, которые в данном контексте еще предстоит серьезно исследовать (см. главу 7).

Помимо непосредственной работы с лечащими врачами один из наиболее эффективных способов воздействия психологов — установление контактов с администраторами системы здравоохранения, т. е. людьми, которые формируют системы лечения. Это можно сделать двумя способами: во-первых, принимая необходимые меры, чтобы люди, определяющих политику в области здравоохранения, познакомились с результатами исследований. И во-вторых, участвуя в соответствующих форумах, на которых обсуждаются различные аспекты медицинской помощи, в том

числе и вопросы внешности. В Пятый отчет Специального комитета по здравоохранению палаты общин был включен раздел о регулировании индустрии косметической хирургии в Великобритании. В докладе критиковалось давление, оказываемое на потребителей коммерческими клиниками, деятельность которых на тот период контролировалась недостаточно строго. Согласно стандартам Великобритании, предложенным в январе 2005 г., индустрия косметической хирургии (включая введение ботокса, установку имплантатов и проведение химического пилинга кожи) подчиняется ряду нормативных актов, целью которых является повышение стандартов и защита будущих пациентов от деятельности неквалифицированных врачей, вводящих в заблуждение рекламных материалов и неполноценной информации о возможных побочных эффектах и осложнениях. Исследователям еще предстоит оценить успех и влияние этих нормативных актов на благополучие людей, прибегающих к услугам частной косметической хирургии.

### ***Изменение установок в отношении внешности***

Благодаря средствам массовой информации и все большей доступности видов лечения, меняющих внешность, наши надежды на то, что мы можем быть привлекательными, постоянно возрастают. Тем не менее общество переживает эпидемию неудовлетворенности телом и недовольства своей внешностью (см. главы 3 и 4). К сожалению, многие из людей, испытывающих такую неудовлетворенность, связывают со своей внешностью возникающие у них проблемы и начинают верить в то, что их жизнь станет гораздо лучше, если они будут выглядеть по-другому. Постоянный рост индустрии моды, производства средств и распространение частной хирургии являются свидетельством того, на что готовы пойти некоторые люди в своем стремлении получить идеальную, хотя, возможно, недостижимую, внешность. Другие люди гораздо менее восприимчивы к сообщениям этих отраслей через средства массовой информации, и нам еще предстоит изучить эти индивидуальные различия. Изменение установок относительно внешности — это сложная задача, но ее необходимо решать, если мы хотим изменить тенденцию недовольства внешним видом и научить общество принимать внешность во всем ее многообразии. Действия по изменению социетальных установок могут помочь повысить качество жизни людей, для которых обеспокоенность внешностью и неспособность соответствовать строгим стандартам общества могут стать источниками дистресса. Однако для этого нужно привлекать к этой работе самих людей, специалистов здравоохранения и его организаторов, добровольческие организации, средства массовой информации, исследователей и школы.

### ***Развитие теории и исследований***

На сегодняшний день теории, целью которых является объяснение и понимание переживаний человека по поводу внешности, используются очень ограниченно. Причина этого — фокусирование на патологии и множество сложных факторов, определяющих адаптацию к внешности (см. главу 2). К этим факторам относятся когнитивные и эмоциональные реакции, семейное окружение, ценности ровесников,

реакции других людей, социально-культурный контекст, реальная физическая внешность и стадия развития. Создание интегративной, прогностической и проверяемой схемы для работы с людьми с видимыми отличиями и без них стало бы новой, более согласованной теоретической базой. Однако в рамках такой схемы нужно уделять внимание не только проблемам и сложностям, но и позитивному опыту. Кроме того, должны появиться четкие методологические принципы для клинического применения, и это позволит предоставлять доказательное лечение.<sup>1</sup> Данные такого рода исследований следует собирать из самых разных источников с помощью широкого спектра методов и методологий.

Вопросы внешности – перспективная, интересная и увлекательная область исследований для специалистов по психологии здоровья (см. главу 2), следовательно, необходимо проводить лонгитюдные исследования, включать в них рассмотрение позитивных и негативных аспектов внешности и в полной мере использовать весь спектр имеющихся в нашем распоряжении методов. Необходимо включать в исследования более широкий круг людей, в особенности тех, что относятся к разным этническим, культурным и возрастным группам. Исследования также должны оказывать влияние на процесс разработки лечебных подходов, например в разработке новых дисциплин, таких как онкопластика (объединяющая онкологию и пластическую хирургию), и внедрение новых технологий и процедур.

Мы не стали заканчивать эту книгу, как это принято, выводами авторов, а решили предложить читателям взглянуть на ряд проблем, которые волнуют нас на сегодняшний день и которые открывают массу возможностей для специалистов по психологии внешности и других исследователей, работающих в этой области.

## Проблемы сегодняшнего дня

Те, кто получает удовольствие от решения этических и моральных проблем, могут найти для себя ряд интересных задач в области исследований внешности. Мы живем в эпоху снижения уровня терпимости к физическим проявлениям природы и генетическому наследию. Сегодня взрослые и даже дети используют пластическую хирургию, ортодонтию, физические упражнения, диеты и ставшие привычными лекарственные препараты в попытке соответствовать идеальным физическим показателям и достичь той счастливой жизни, которую демонстрируют средства массовой информации. Многие сегодня с легкостью пробуют на самих себе новые методы улучшения внешности сразу же после их появления.

Быстро развивающиеся новые технологии, включая те, что на первый взгляд кажутся удивительными и очень полезными, могут создать ряд проблем. Хотя предполагается, что новые технологии приносят психологические выгоды, однако их реальное влияние точно определить невозможно: оно может быть гораздо более

<sup>1</sup> Доказательное лечение (*evidence-based medicine, evidence-based care*) – медицинская концепция, предложенная в 1990 г. учеными канадского Университета Мак-Мастера (Торонто) и получившая широкое развитие в последние десятилетия. Согласно концепции доказательной медицины, врач, назначая лечение, использует в первую очередь знания, полученные в ходе масштабных исследований, проводимых по всему миру – *Примеч. лит. ред.*



сложным, чем предполагают организаторы здравоохранения и медицинские работники.

Далее в качестве примера мы рассмотрим ряд технологических прорывов в различных областях. Во-первых, это влияние современных технологий на стандарты физической внешности и привлекательности, а во-вторых, три непосредственных медицинских примера: пренатальный скрининг и диагностика расщелины губы и/или нёба; генная инженерия и понятие «спроектированные дети» и, наконец, возможность трансплантации всего лица.

### **Влияние технологий на стандарты физической привлекательности**

Достижения в области компьютерных технологий в последние годы делают возможным создание «виртуальных» лиц, представляющих собой композицию из «лучших» черт разных людей либо полностью смоделированных компьютером. Эта технология была встречена с большим энтузиазмом и, несомненно, найдет достойное применение в ряде случаев, включая различные криминалистические методы, такие как моделирование лица по скелетным останкам. Кроме того, хирургов очень привлекает возможность использования цифровых технологий и программного обеспечения, разработанных киноиндустрией (которые позволяют заменять в фильмах реальных актеров компьютерными образами и улучшать или замещать какие-либо особенности внешности актера с помощью оцифрованных изображений), для демонстрации вероятных послеоперационных результатов эстетической или реконструктивной хирургии.

Трехмерная компьютерная анимация сегодня широко используется в играх и мультипликационных фильмах. Аватары (компьютеризированные фигуры или изображения, представляющие реальных людей), самым известным из которых является Лара Крофт из игры «Расхитительница гробниц» (*Tomb Raider*), создаются и регулярно улучшаются, чтобы включить в себя все более широкий спектр поведенческих и эмоциональных проявлений, и используются для ролевых игр и взаимодействия в режиме онлайн. Все более широкое распространение получает применение этих технологий в других средствах информации. Цифровые модели начинают появляться в телевизионных рекламных роликах, фильмах и контенте мобильных телефонов. В Великобритании первый виртуальный телевизионный диктор был представлен в Интернете в 2000 г.: «Анапова» запрограммирована на то, чтобы сообщать новости в «приятной, спокойной интеллигентной манере», и сделана так, чтобы отображать характеристики двадцативосьмилетней привлекательной незамужней «городской девушки» ростом 5 футов 8 дюймов (175 см), которая любит «Oasis» и Симпсонов» (*Kemp et al., 2004*). В Японии цифровые модели используются для продажи целого ряда товаров — от компьютеров и косметики до денежных кредитов. Первая японская виртуальная поп-звезда попала в список наиболее популярных исполнителей еще в 1996 г.

Кемп и соавторы (*Kemp et al., 2004*) сообщают, что в 2003 г. специалистам по компьютерной графике со всего мира предложили составить компьютерный портрет «идеальной» женщины, а также системы оценок для проводимого в Интернете конкурса красоты «Цифровая мисс мира». Они также рассказывают об исследова-

нии, в ходе которого модельному агентству предлагался набор изображений реальных и смоделированных компьютером лиц. Четырнадцать из шестнадцати изображений, выбранных в качестве наибольших претендентов на успех, представляли нереальных людей. Будут ли лица и тела моделей будущего все больше соответствовать кукольным, определяемым куклой Барби? Казалось бы, ответом на этот вопрос будет «да», но есть одна особенность! Долгое время считалось, что в основе красоты лежит симметрия. Сегодня компьютерные технологии позволяют нам оценить эти предположения и найти наиболее симметричные лица (или составить их). Однако как замечают в связи с этим Кемп с соавторами (*Kemp et al.*, 2004), «в единообразии очень симметричного лица есть что-то почти жуткое — люди с менее симметричными лицами кажутся более живыми». Интересно то, что, по наблюдениям исследователей, некоторые создатели компьютерных изображений начинают добавлять им «недостатки», такие как веснушки, чересчур густые брови, щербатые или неровные зубы. Другие стремятся к совершенству — хотя кое-кто оценивает более совершенные лица как безжизненные (*Kemp et al.*, 2004), в особенности в том, что касается глаз и подвижности лица. Как утверждает Кемп с коллегами: «...вот была бы злая шутка, если бы призывы сирен к совершенству могли бы сгладить то несходство, которое делает нас людьми».

Отчасти утешает то, что, в то время как специалисты по компьютерной графике успешно создают все более красивые «застывшие» лица, художники-мультипликаторы испытывают серьезные трудности с воспроизведением с помощью компьютерной анимации реалистичных движущихся лиц. Естественность изображаемых лиц определяется сложными движениями, а также точным расчетом времени. Улыбка может выглядеть натурально, только если сохраняется спонтанность, а движение всех частей четко синхронизировано. Это особенно заметно по глазам и недостаточной подвижности лица.

Мы ждем результатов исследований, которые покажут, какое психологическое влияние будут оказывать лица и тела, не только сформированные природой, но и созданные с помощью новых технологий. Повьются ли дистресс и неудовлетворенность тех, кто недоволен своим внешним видом, под действием недостижимых образов или эти образы полностью исчезнут из реальности?

## **Новые технологии в контексте здравоохранения**

### **Достижения в области антенатального скрининга**

Последние достижения в области технологий антенатального скрининга означают, что все большее число врожденных аномалий, влияющих на внешность, можно будет выявить до рождения ребенка. Наиболее распространенной среди них является расщелина губы (см. главу 4). Несмотря на то что прервать беременность по закону после 24 недель можно только в случае «тяжелой эмбриональной аномалии», интерпретацию слова «тяжелая» оставляют на усмотрение врачей и родителей. Недавно в Великобритании возник юридический спор, инициатором которого стал Дженсон, викарий англиканской церкви, который выступил против прерывания беременности в случае диагностирования у эмбриона расщелины губы на том основании, что ее нельзя классифицировать как «тяжелую аномалию». Расщелина

не представляет угрозы для жизни. В западных странах такой дефект исправляется хирургическим путем в течение первых шести месяцев жизни ребенка, хотя лечение (включая логопедическое, лечение расстройства слуха, ортодонтическое лечение и хирургия губы, носа и верхней челюсти) может продолжаться в подростковом периоде и в зрелости. Считается, что 20–35% тех, кто родился с расщелиной, испытывают психологические трудности в какой-либо момент своего развития, однако большинство переносят свое заболевание хорошо (см. главу 4). Как отмечает Штраусс (*Strauss, 2001*), расщелины поддаются лечению и, несомненно, не являются препятствием для активной и полноценной жизни. Однако случай с Дженсоном остро поднимает вопрос о том значении, которое придастся физической внешности, и о том, на что готовы пойти будущие родители, чтобы иметь «идеального» ребенка. Кроме того, в странах, где здравоохранение финансируется государством, таких как США, финансовые расходы на первоначальное и последующее лечение могут быть очень большими, поэтому дополнительным фактором, влияющим на принятие родителями решения о прерывании беременности, могут стать уровень их доходов и возможности страховки.

В области антенатального скрининга могут быть с пользой применены знания специалистов по психологии здоровья. Хотя некоторые люди после проведения обычного сканирования получают обнадеживающую информацию, для других результат может оказаться не очень хорошим, поэтому в некоторых случаях этот вид скрининга может создать определенные сложности. В случае выявления нарушения решение по поводу прерывания или сохранения желанной беременности может быть связано с глубоким чувством вины и дистрессом (см. главу 4), в особенности если заболевание не угрожает жизни ребенка.

Высокие показатели прерывания беременности, наблюдаемые в США, заставили специалистов здравоохранения и психологов Великобритании рассмотреть вопрос о том, кто должен сообщать родителям о выявлении у ребенка расщелины, а также о том, какую информацию следует им предоставлять. Сегодня в Великобритании практические руководства рекомендуют, чтобы член медицинской бригады по расщелинам губы/нёба (часто хирург) встретился с родителями в течение 24 часов после установления диагноза и предоставил родителям понятную и сбалансированную информацию о вариантах лечения. Так как в настоящее время в Великобритании в состав таких бригад входят психологи (см. главу 6), они могут играть ключевую роль в информировании и последующей помощи

Кроме того, необходимо помнить о возможном влиянии растущего числа случаев прерывания беременности на людей, которые уже живут с прооперированной расщелиной. Обсуждение того, можно ли рассматривать ребенка с таким физическим недостатком как «неполноценного» или имеющего «тяжелую аномалию», может повлиять и на них. Они могут посчитать, что их собственная жизнь обесценивается, и им может потребоваться психологическая помощь.

### *Достижения в области геной инженерии («спроектированные дети»)*

В последние годы шумиха вокруг составления генома человека дала толчок к появлению самых разных предположений о возможном применении геной терапии. Сторонники геной инженерии уделяют главное внимание возможностям данных

технологий в области исключения доклинических нарушений или борьбы с предрасположенностью к развитию серьезных заболеваний в старческом возрасте. Однако скептики считают, что существует очень тонкая грань между устранением нарушений и созданием спроектированных детей.

С точки зрения внешности комментаторы начинают делать предположения о последствиях «проектирования» более красивых детей. Некоторые утверждают, что это было бы достойным применением геной инженерии, однако какими могут быть психологические последствия создания таких «спроектированных» детей для самих детей, членов их семей и общества в целом? Однако как своевременно предупреждает Пикеринг (*Pickering, 1991*), необходимо как минимум «выразить опасение по поводу того тумана, которым покрыто будущее». На ум сразу же приходит масса вопросов. Например, кто должен решать, какие генетические изменения внешности допустимы? Какие стандарты или нормы будут использоваться? Будет ли позволительно людям подвергаться инжинирингу в соответствии с современными социальными ценностями (*Agar, 1998*)? Лучше ли быть высокого роста, а не низкого? Что предпочтительнее — темный цвет волос или светлый? Лучше ли голубые глаза, чем карие? Появятся ли новые классы неполноценности? Что станет нормой — кукла Барби, какой-либо аватар или Цифровая мисс мира? Имея возможность менять свою внешность, станем ли мы более чувствительны к отличиям и будем ли относиться к ним более предвзято? Опыт изучения влияния используемых ранее процедур, улучшающих внешность, показывает, что ответ на эти вопросы, скорее всего, будет утвердительным. В более широком контексте Мерфи и Лэпп (*Murphy and Lappe, 1994*) утверждают, что нравственный смысл проекта генома человека заключается в его влиянии на интерпретацию «нормальности» и «отличия».

Как это будет влиять на ребенка — в особенности на чувство идентичности и самоуважения? Будут ли те, чья последовательность генов претерпит модификацию, считать, что их изменили в угоду ожиданиям родителей? Будут ли они считать, что нужны своим родителям, друзьям и любимым, только если красивы? Не будут ли они излишне полагаться на свою внешность для привлечения других людей и смогут ли развивать другие навыки взаимоотношений? Что будет, если с течением времени нормы внешности изменятся или если их собственные предпочтения в плане внешности будут отличаться от тех, которые есть у их родителей? Возможно, им не будет нравиться цвет глаз и волос, который их родители «заказали» из самых лучших побуждений.

А что насчет влияния на родителей? Как физическая внешность ребенка будет воздействовать на их более широкие ожидания? Хотят ли они, чтобы их ребенок выглядел более красивым, так как считают, что это ключ к счастью в жизни? Свидетельств, подтверждающих это предположение, не существует (см. главу 3). Ожидают ли они, что красивому внешнему виду будет сопутствовать внутренняя красота, и не будут ли они разочарованы, когда выяснится, что это не всегда так? Возможно, они будут «заказывать» красивого ребенка в качестве трофея, который будут демонстрировать миру? Уорнок (*Warnock, 1992*) и другие предупреждают, что пристальное внимание к геной инженерии отвлекает от понимания воздействий, оказываемых на развитие и адаптацию детей, подростков и взрослых их

окружением. Как сказал генетик Эрик Ландер (*Lander, 1992*): «Проводите больше времени со своим ребенком; это изменит его гораздо больше [чем попытки исправить последовательность генов]».

Как и в случае введения других новых способов изменения внешности, генная инженерия приведет к последствиям для миллионов людей, уже живущих с внешностью, которая считается отличной от преобладающей нормы, а их число возрастет, так как определение нормального станет более узким. Кроме того, с этими последствиями столкнутся еще многие миллионы, которые обеспокоены тем, как они выглядят. Разнообразие внешности необходимо для того, чтобы избежать маргинализации тех, кто имеет необычную внешность. Прежде всего следует понять, какими будут последствия использования все более экстремальных способов изменения внешних проявлений нашей наследственной и генетической «упаковки».

Не слишком ли надуманной является мысль о том, что родители действительно воспользуются возможностью улучшения внешности своего ребенка с помощью генной инженерии, если такая возможность появится? Евгенический импульс очень силен (*Davis, 1995*). Родители хотят для своих детей самого лучшего, поэтому, если у них будет шанс, они, несомненно, могут его использовать. Эпплгард (*Appleyard, 1999*) сообщает, что 11% американцев сказали, что они могут прервать беременность, если у ребенка обнаружится предрасположенность к ожирению. Первоначально данный тип генетического вмешательства, скорее всего, будет прерогативой богатых людей, но, как отмечает Эпплгард, мы живем в век титеславия — если что-то можно купить, оно будет куплено. Если будет возможность сделать своего ребенка более красивым, многие пойдут на это.

### *Достижения в области хирургии и иммунологии*

В 2003 г. хирурги в США, Великобритании и Франции мгновенно привлекли к себе внимание средств массовой информации, объявив, что готовы провести трансплантацию лица. Эта процедура предполагает срезание и снятие кожи и жира, артерий и вен (и возможно, нервов и мускулов) с лица недавно умершего донора и их пересадку реципиенту, у которого также удалена кожа лица и жир. Хотя работавшие над этим трансплантационные бригады первоначально планировали эту процедуру для тех людей, у которых лицо сильно изуродовано в результате получения ожогов, рака или обширной травмы, степень внимания средств массовой информации к этой операции и точность описания связанных с ней рисков были самыми разными. В Великобритании СМИ начали с безумным рвением искать первого возможного реципиента. Общественное понимание рисков, связанных с этой процедурой, было разнородным.

Первоначальный шум вокруг возможности трансплантации лица вызывал воспоминания о словах, сказанных Йеном Кеннеди (*Kennedy, 1988*): «...если вы можете это сделать, то вы должны это сделать. Когда вы поймете, что можете сделать новую операцию, она должна быть проведена вне зависимости от расходов и опасности и невзирая на доступность более безопасного, более простого, эффективного и более экономичного варианта. Пусть затем другие люди подбирают интеллектуальную, юридическую и нравственную «колыбель для кошки», которую вы можете оставить после себя». Уорд (*Ward, 1999*) расширил мысль Кеннеди о технологи-

ческом императиве, переживаемом хирургами, в контексте пластической хирургии. Он придумал термин «высокая трапециидальная хирургия» для обозначения желая «пройти по туго натянутому хирургическому канату» вместо того, чтобы отказаться от новой и увлекательной процедуры. Это желание, по мнению Уорда, может помешать объективной оценке воспринимаемых выгод и рисков для пациента и привести к появлению хирургических процедур, которые представляют собой неконтролируемое экспериментирование.

Несмотря на энтузиазм трансплантационных бригад, объявление об их готовности провести трансплантацию лица вызвало смешанную реакцию специалистов и ученых в их странах. В Великобритании Королевский колледж хирургов собрал экспертную группу, чтобы обсудить, рекомендуется ли осуществлять эту процедуру в настоящее время. Группа пришла к выводу, что трансплантационным бригадам следует подождать, пока не появится больше информации о рисках, связанных как с отторжением тканей, так и с психологическим влиянием на членов семей реципиента и донора (*Royal College of Surgeons*, 2003; см. также *Morris et al.*, 2004). В марте 2004 г., после двухлетних размышлений, Французский национальный консультативный совет по этике сказал «нет» трансплантации лица, охарактеризовав ее как «излишне экспериментальную», а также как «эффектную», но «бессмысленную и слишком рискованную». Однако хирурги и ученые в Университете Кентукки продолжают добиваться этического одобрения от своего наблюдательного совета (университетского комитета по этике) для проведения этой процедуры.

Психологические последствия трансплантации лица могут быть очень серьезными. Уникальная значимость лица мешает строить предположения на основе данных из ограниченного числа материалов по психологическому влиянию других форм трансплантации, и психологи находятся в сложном положении, поскольку лишены непосредственной возможности изучить последствия такой процедуры. Как и в случае многих других хирургических операций, улучшающих внешность, предположения хирургических бригад отражают превалирующую биомедицинскую модель лечения (см. главу 6) и основополагающее предположение о том, что жизнь станет только лучше, если вы будете лучше выглядеть, — откуда многие ожидаемые психологические выгоды внешности, которая может быть более «нормальной». Однако читатели уже знают, что картина гораздо сложнее! Невозможно правильно прогнозировать адаптацию исходя из тяжести физического недостатка (см. главу 4). Важными элементами адаптации являются уровни самооценки (и то, в какой степени она определяется другими качествами, кроме внешности), качество социальной сети, поддерживающей человека, и эффективность его навыков социального взаимодействия (см. главу 5). Испытывающие сильное расстройство по поводу своей внешности могут быть более уязвимыми в психологическом плане и менее подготовленными к столкновению со сложной хирургией, неясными результатами и жестким послеоперационным режимом (*Rumsey*, 2004). Могут возникнуть серьезные последствия для реципиента, его семьи, донора и членов его семьи, а также более широкие социальные последствия. Подробное обсуждение этого вопроса выходит за рамки данной главы (заинтересованным читателям мы рекомендуем обратиться к книге, написанной Моррис и коллегами (*Morris et al.*, 2004)), однако литература по трансплантации и материалы других исследований,

связанных со значимостью лица, свидетельствуют о необходимости учитывать ряд аспектов.

Ученые все больше приходят к пониманию того, что другие формы трансплантации могут дать толчок к возникновению набора факторов стресса, психологических проблем и адаптивных потребностей (*Ziegelmann et al.*, 2002). В их число входят страхи, связанные с жизнеспособностью трансплантированного органа и возможностью его отторжения, а также последствиями такого отторжения; груз персональной ответственности за успех или неудачу трансплантации в связи с необходимостью соблюдать нередко очень сложный режим приема лекарств; с изменением некоторых моделей поведения (например, соблюдением диеты для снижения риска постоперационного диабета, который возникает у 7–12% прошедших трансплантацию пациентов, и избеганием солнечных лучей из-за риска заболевания раком кожи в связи с ослаблением иммунной системы). Несоблюдение режимов лечения после трансплантации наблюдается на удивление часто и, по данным более ранних исследований, составляет 15–18% (*Dew et al.*, 2001). Сегодня, по оценкам исследователей, до 10% лицевых трансплантатов будут подвержены реакции отторжения в течение 12 месяцев после операции и от 30 до 50% подвергнутся отторжению в течение первых пяти лет после первоначальной процедуры (*Concar*, 2004). Последствия отторжения могут быть очень тяжелыми, так как исправить ситуацию можно только двумя способами — с помощью повторной трансплантации с пересадкой на лицо тканей, взятых с собственного тела реципиента, или проведением новой трансплантации.

Еще целый ряд переживаний связан с возможными побочными эффектами иммунодепрессивных лекарственных препаратов, которые необходимо принимать в течение всей жизни, чтобы снизить риск отторжения трансплантата. Это, в свою очередь, предполагает значительное повышение риска инфекции и появления различных злокачественных новообразований, особенно тех, причиной которых является вирус. В случае возникновения злокачественного новообразования у пациента есть выбор: отказаться от иммунодепрессивных препаратов, что связано с риском потери трансплантата, или продолжать подавлять иммунитет и тем самым повышать риск развития злокачественной опухоли.

Реципиентам, членам их семей и друзьям придется сделать новую внешность частью существующего телесного образа и восприятия идентичности. Будет ли для членов семьи и друзей это менее или более сложно, чем привыкнуть к поврежденной версии первоначального лица? Первые планируемые реципиенты лицевых трансплантатов могут предпочесть иметь чужое неизуродованное лицо, а не жить со своим лицом, которое имеет видимые отличия. Однако никто не знает, какими могут быть психологические и социальные последствия «ношения» лица, которое раньше было у совершенно другого человека. В этом случае можно вспомнить материалы исследований, посвященных стрессу, связанному с повреждением лица, и вопросам представления «реального «я» другим людям (*Bradbury*, 1997). Выражения лица играют важную роль в наших контактах с другими людьми. Проблемы с общением могут сыграть свою роль в мотивации возможных реципиентов к трансплантации лица. Однако то, насколько хорошо будет функционировать новое лицо после операции, неизвестно. По современным оценкам, специалисты могут добиться

ся 50% полного функционирования, хотя лицевым нервам потребуется некоторое время, чтобы врасти, поэтому конечный уровень функционирования может оцениваться более оптимистично (*Concar, 2004*). Невербальные коммуникации могут быть нарушены, а лицо может быть похоже на неподвижную маску. Есть также шанс возникновения неконтролируемых лицевых спазмов и выражений.

Очевидно, что доноров будет очень мало, поэтому возможному реципиенту придется долго и терпеливо ожидать подходящего донора. Переведут ли они свою жизнь «в режим ожидания» на это время и как возможные реципиенты будут справляться в этот период с неизбежным беспокойством по поводу своей возможной послеоперационной внешности (*Rumsey, 2004*)? Насколько близким будет совпадение по полу, возрасту, цвету и оттенку кожи? Будет ли реципиентам позволено выбирать лицо потенциального донора и захотят ли они это делать?

Реципиентам придется иметь дело с реакциями друзей и членов семьи как на новую внешность, так и на изменения знакомых моделей выражения и невербальной коммуникации. Реакции могут отличаться, даже едва заметно. Вполне вероятно некоторое несоответствие между предоперационными ожиданиями пациента и реальными реакциями людей. Также возможно, что первая трансплантация лица будет широко освещаться в средствах массовой информации.

Хотя на сегодняшний день проведено очень мало исследований влияния трансплантации на членов семей реципиента и донора, очевидно, что им может понадобиться психосоциальная помощь. Не только у реципиентов, но и у членов их семей ожидание донора может вызывать стресс. Поддержка может также потребоваться в связи с принятием измененной послеоперационной внешности члена семьи. Необходимо тщательно исследовать мотивацию семьи донора к предоставлению лица. Надеются ли они, что любимый ими человек будет каким-то образом продолжать жить? Будет ли у них желание общаться с реципиентом? Ведь даже если хирургическая бригада не выявит характерных личностных особенностей реципиента, это сделают средства массовой информации.

Можно не сомневаться в том, что первая трансплантация лица произойдет не в столь отдаленном будущем. И специалисты по психологии здоровья имеют возможность внести свой вклад в этот процесс. Они могут участвовать в подготовке к операции; в частности, эта помощь возможным реципиентам может заключаться в анализе сложной и подробной информации о рисках и выгодах данной процедуры; поддержки при принятии решений; формировании реалистических ожиданий в отношении результата операции и оказании постоянной поддержки после ее проведения (см. *Clarke and Butler, 2004*).

Не стоит недооценивать влияние новых процедур, позволяющих улучшить внешность, на общество. Публичная огласка, сопровождающая трансплантацию лица, может сформировать нереалистичные ожидания в отношении выгод этой процедуры и еще больше подкрепить представление о том, что люди с внешностью, имеющей видимые отличия, не могут достичь хорошего качества жизни. Может произойти снижение степени принятия разнообразия внешности и повышение давления на людей с видимыми отличиями, которые стремятся пройти лечение. Как сказала Люси Грили (*Grealy, 1994*): «...[другие люди] постоянно рассказывают мне о тех чудесных вещах, которые в наши дни могут делать хирурги».



На данный момент перечисленные выше проблемы вызывают множество вопросов, не на все из которых есть ответы. И это всего лишь часть тех волнующих тем, которые и в будущем останутся источником интереса, беспокойства и возможностей для специалистов по психологии здоровья, поэтому мы с нетерпением ждем новых дискуссий и готовимся к предстоящей работе.

## Литература для дальнейшего изучения

- Clarke, A. and Butler, P. E. M. (2004) Face transplantation. psychological assessment and preparation for surgery. *Psychology, Health and Medicine*, 9: 315–326.
- Kemp, S., Bruce, V. and Linney, A. (2004) *Future Face: Image, Identity and Innovation*. London: Profile Books.
- Morris, P., Bradley, A., Doyal, L., Early, M., Hagan, P., Milling, M and Rumsey, N. (2004) Facial transplantation: is the time right? *Transplantation*, 77: 329–338.



## Литература

- Abel, T. (1952) Personality characteristics of the facially disfigured. *Transactions of the New York Academy of Sciences*, 4: 325–9.
- Adachi, T., Kochi, S., Yamaguchi, T. (2003) Characteristics of nonverbal behaviour in patients with cleft lip and palate during interpersonal communication. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 40: 310–316.
- Adams, G., Crossman S., (1978) *Physical Attractiveness: A Cultural Imperative*. Rosslyn Heights, NY: Libra.
- Agar, N. (1998) Liberal eugenics, chapter 18, in H. Kuhse and P. Singer (eds) *Bioethics: An Anthology*. Oxford: Blackwell.
- Altabe, M., Lhompson, J. K. (1996) Body image: a cognitive self-schema construct. *Cognitive Therapy and Research*, 20. 171–193.
- Ambler, N., Rumsey, N., Harcourt, D., Khan, E., Cawthorn, S., Barker, J. (1999) Specialist nurse counsellor interventions at the time of diagnosis of breast cancer: comparing «advocacy» with a conventional approach. *Journal of Advanced Nursing*, 29. 445–453.
- Andrews, B. (1998) Shame and childhood sexual abuse, in P. Gilbert and B. Andrews (eds) *Shame: Interpersonal Behavior, Psychopathology and Culture*, pp. 176–190. New York: Oxford University Press
- Appleyard, B. (1999) *Brave New Worlds. Genetics and the Human Experience*. London: Harper-Collins.
- Argyle, M., McHenry, R. (1971) Do spectacles really affect judgments of intelligence? *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 4: 27–29.
- Armstrong, M. L., Murphy, K.R. (1997) Tattooing: another adolescent risk behavior warranting health education. *Applied Nursing Research*, 10: 181–189.
- Augustin, M., Zschocke, I., Peschen, M., Vanscheidt, W. (1998) Psychosocial stress of patients with port wine stains and expectations of dye laser treatment *Dermatology*, 197: 353–360.
- Bacon, F. (1597) *The Essayes or Counsels Civill and Morall of Francis Bacon*. Available at: <http://darkwing.uoregon.edu/%7Erbear/bacon.html>.
- Baker, C. (1992) Factors associated with rehabilitation in head and neck cancer. *Cancer Nursing*, 15: 395–400
- Banister, E. M. (1999) Women's midlife experience of their changing bodies. *Qualitative Health Research*, 9: 520–537.
- Barden, R. C., Ford, M. E., Jensen, A. G., Salyer, K. E. (1989) Effects of craniofacial deformity in infancy on the quality of mother–infant interactions, *Child Development*, 60: 819–824.

- Batchelor, D* (2001) Hair and cancer chemotherapy: consequences and nursing care - a literature study. *European Journal of Cancer Care*, 10: 147–163
- Bates, B., Cleese, J.* (2001) *The Human Face*, New York: DK Publishing.
- Baumeister, R.* (1997) Identity, self concept and self esteem the self lost and found, in R. Hogan, J. Johnson and S. Briggs (eds) *Handbook of Personality Psychology* New York: Academic Press.
- Baumeister, R., Leary, M. R.* (1995) The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117: 497–529
- Bayat, A., McGrouther, D. A., Ferguson, M. W. J.* (2003) Skin scarring. *BMJ*, 326: 88–92.
- Beale, S., Lisper, H. O., Palm, B.* (1980) A psychological study of patients seeking augmentation mammoplasty. *The British Journal of Psychiatry*, 136: 133–138.
- Beaune, L., Forrest, C. R., Keith, T.* (2004) Adolescents' perspectives on living and growing up with Treacher Collins Syndrome: a qualitative study, *Cleft Palate – Craniofacial Journal*, 41: 343–350
- Beebe, D. W., Hombeck, G. N., Schober, A., Lane, M., Rosa, K.* (1996) Is body focus restricted to self evaluation? Body focus in the evaluation of self and others. *International Journal of Eating Disorders*, 20: 415–422.
- Ben-Tovim, D. I., Walker, M. K.* (1995) Body image, disfigurement and disability *Journal of Psychosomatic Research*, 39: 283–291.
- Bennett, P.* (2004) Psychological interventions in patients with chronic illness, in A. Kaptein and J. Weinman (eds) *Health Psychology*. Oxford: BPS Blackwell
- Bennett, P., Murphy, S.* (1997) *Psychology and Health Promotion*. Buckingham. Open University Press.
- Bernstein, N.* (1976) *Emotional Care of the Facially Burned and Disfigured* Boston: Little, Brown.
- Berscheid, E.* (1981) An overview of the psychological effects of physical attractiveness, in G. Lucker, K. Ribbens and J. McNamara (eds) *Psychological Aspects Official Form* Ann Arbor: University of Michigan Press.
- Berscheid, E.* (1986) The question of the importance of physical attractiveness, in C. Herman, M. Zanna and E. Higgins (eds) *Physical Appearance, Stigma and Social Behavior*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum
- Birdsall, C., Weinberg, K.* (2001) Adult patients looking at their burn injuries for the first time *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 22: 360–364
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, X. T., Neckelmann, D.* (2002) The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 2: 69–77.
- Blakeney, P., Herndon, D. N., Desai, M. H., Beard, S., Wales-Seale, P.* (1988) Long-term psychosocial adjustment following burn injury. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 9: 661–665.
- Blakeney, P., Portman, S., Rutan, R.* (1990) Familial values as factors influencing long-term psychological adjustment of children after severe burn injury *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 11: 472–475.
- Blood, G. W., Hyman, M.* (1977) Children's perceptions of nasal resonance. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 42: 446–448
- Bluman, L. G., Borstelmann, N. A., Rimer, B. K., Iglehart, J. D., Winer, E. P.* (2001) Knowledge, satisfaction and perceived cancer risk among women diagnosed with ductal carcinoma in situ *Journal of Women's Health and Gender Based Medicine*, 10: 589–598.
- Bond, M. J., McDowell, A. J.* (2001) An adolescent conception of body image and weight loss behaviours *Journal of Applied Health Psychology*, 3: 8–15.

- Bottomley, A* (1997) To randomize or not to randomize methodological pitfalls of the RCT design in psychosocial intervention studies *European Journal of Cancer Care*, 6: 222-230
- Bowling, A.* (1997) *Research Methods in Health* Buckingham Open University Press
- Bradbury, E.* (1993) Psychological approaches to children and adolescents with disfigurement: a review of the literature. *ACPP Review and Newsletter*, 15: 1-6
- Bradbury, E.* (1997) Understanding the problems, in R. Lansdown, N. Rumsey, E. Bradbury, T. Carr and J. Partridge (eds) *Visibly Different: Coping with Disfigurement*. Oxford. Butterworth-Heinemann.
- Bradbury, E., Hewison, J* (1994) Early parental adjustment to visible congenital disfigurements *Child: Care, Health and Development*, 20: 251-266.
- Bradbury, E., Middleton, J.* (1997) Patient involvement in decision making about treatment, in R. Lansdown, N. Rumsey, E. Bradbury, T. Carr and J. Partridge (eds) *Visibly Different Coping with Disfigurement* Oxford Butterworth-Heinemann
- Brandberg, Y., Malm, M., Rutqvist, L.-E., Jonsson, E., & Blomqvist, L* (1999) A prospective randomised study (named SVEA) of three methods of delayed breast reconstruction. Study design, patients' preoperative problems and expectations *Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Hand Surgery*, 33: 209-216
- British Medical Association (BMA) (2000) *BMA Takes Part in Body Image Summit* Available at: [www.bma.org.uk](http://www.bma.org.uk)
- Broder, H.* (2001) Using psychological assessment and therapeutic strategies to enhance well-being. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 38: 248-254.
- Broomfield, D., Humphris, G. M., Fisher, S. E., Vaughan, D., Brown, J. S., Lane, S.* (1997) The orofacial cancer patient's support from the general practitioner, hospital teams, family and friends. *Journal Cancer Education*, 12: 229-232.
- Brown, B., Roberts, J., Browne, G., Byrne, C., Love, B., Streiner, D.* (1988) Gender differences in variables associated with psychosocial adjustment to a burn injury *Research in Nursing and Health*, 11: 23-30.
- Brown, M., Koch, T., Webb, C* (2000) Information needs of women with non-invasive breast cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 9: 713-722.
- Browne, G., Byrne, C., Browne, B., Pennock, M., Streiner, D., Roberts, R., Eyles, P., Truscott, D., Dabbs, R.* (1985) Psychosocial adjustment of burns survivors. *Burns*, 12: 28-35.
- Bruce, V., Young, A.* (1998) *In the Eye of the Beholder The Science of Face Perception* Oxford: Oxford University Press.
- Bull, R* (1979) The psychological significance of facial deformity, in M. Cook and G. Wilson (eds) *Love and Attraction*. Oxford Pergamon
- Bull, R., Rumsey, N* (1988) *The Social Psychology of Facial Appearance*. London: Springer-Verlag.
- Bull, R., Stevens, J.* (1981) The effects of facial disfigurement on helping behaviour *Italian Journal of Psychology*, 8: 25-33.
- Bull, R., Jenkins, M., Stevens, J* (1983) Evaluation of politicians' faces. *Political Psychology*, 4: 713-716.
- Burr, C.* (1935) Personality and physiognomy, in *The Human Face A Symposium*. Philadelphia: The Dental Cosmos
- Calman-Hine (1995) Policy framework for commissioning cancer services, Dept. of Health.
- Cameron, L. D., Nicholls, G* (1998) Expression of stressful experiences through writing: effects of a self-regulation manipulation for pessimists and optimists. *Health Psychology*, 17: 84-92.

- Carmel, S., Shani, E., Rosenberg, L. (1994) The role of age and an expanded health belief model in predicting skin cancer protective behaviour. *Health Education Research*, 9: 433–447
- Carr, A. (2004) *Positive Psychology: The Science of Happiness and Human Strengths*. Hove. Brunner-Routledge.
- Carr, A. T., Harris, D. L., James, C. (2000) The Derriford Appearance Scale: a new scale to measure individual responses to living with problems of appearance. *British Journal of Health Psychology*, 5. 201–215.
- Carr, T., Moss, T., Harris, D. (2005) The DAS24: A short form of the Derriford Appearance Scale (DAS59) to measure individual responses to living with problems of appearance. *British Journal of Health Psychology*, 10. 285–298.
- Cash, T. F. (1992) The psychological effects of androgenetic alopecia in men. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 26 926–931
- Cash, T. F. (1996) The treatment of body image disturbances, in J. K. Thompson (ed.) *Body Image, Eating Disorders, and Obesity. An Integrative Guide for Assessment and Treatment*, pp 83–107 Washington, DC: APA
- Cash, T. F. (1997) *The Body Image Workbook: An 8-step Programme for Learning to Like your Looks* Oakland New Harbinger Publications.
- Cash, T. F. (2002a) Beyond traits: assessing body image states, in T. F. Cash and T. Pruzinsky (eds) *Body Image: A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice*, London: The Guilford Press.
- Cash, T. F. (2002b) Cognitive-behavioral perspectives on body image, in T. F. Cash and T. Pruzinsky (eds) *Body Image: A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice*. London: The Guilford Press
- Cash, T. F. (2004) Body image: past, present and future *Body Image*, 1. 1–5.
- Cash, T., Derlega, V. (1978) The matching hypothesis: physical attractiveness among same-sexed friends. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 4: 240–243
- Cash, T. F., Labarge, A. S. (1996) Development of the Appearance Schemas Inventory: a new cognitive body-image assessment. *Cognitive Therapy and Research*, 20: 37–50
- Cash, T. F., Lavallee, D. M. (1997) Cognitive-behavioral body-image therapy: further evidence of the efficacy of a self-directed program. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behaviour Therapy*, 15. 281–294
- Cash, T., Pruzinsky, T. (1990) *Body Image: Development, Deviance and Change*, London: The Guilford Press
- Cash, T. F., Pruzinsky, T. (2002) *Body Image: A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice*, London. The Guilford Press
- Cash, T. F., Pruzinsky, T. (2002) Future challenges for body image theory, research and clinical practice, in T. F. Cash and T. Pruzinsky (eds) *Body Image: A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice*, pp. 509–516 London. The Guilford Press
- Cash, T. F., Strachan, M. D. (2002) Cognitive-behavioral approaches to changing body image, in T. F. Cash and T. Pruzinsky, T. (eds) *Body Image: A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice*. London: The Guilford Press.
- Cash, T. F., Melnyk, S. E., Hrabosky, J. I. (2004) The assessment of body image investment: an extensive revision of the Appearance Schemas Inventory. *International journal of Eating Disorders*, 35: 305–316

- Cash, T. E., Winstead, B. A., Janda, L. H. (1986) The great American shape-up. *Psychology Today*, 20: 30–37.
- Cash, T. E., Fleming, E. C., Alindogan, J., Steadman, L., Whithead, A. (2002) Beyond body image as a trait: the development and validation of the Body Images States Scale. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 10: 103–113.
- Castle, C. M., Skinner, T. C., Hampson, S. E. (1999) Young women and suntan-ning: an evaluation of a health education leaflet. *Psychology and Health*, 14: 517–527.
- Chaikin, A., Gillen, B., Derlega, V., Heinen, J., Wilson, M. (1978) Students' reactions to teachers' physical attractiveness and nonverbal behavior: two explanatory studies. *Psychology in the Schools*, 15: 588–595
- Charlton, R., Rumsey, N., Partridge, J., Barlow, J., Saul, K. (2003) Editorial – Disfigurement – neglected in primary care? *British Journal of Primary Care*, 53: 6–8.
- Chaudhary, V. (1996) The state we're in. *The Guardian*, 11 June.
- Ching, S., Thomas, A., McCabe, R. E., Antony, M. M. (2002) Measuring outcomes in aesthetic surgery: a comprehensive review of the literature. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 111: 469–480
- Clarke, A. (1999) Psychosocial aspects of facial disfigurement: problems, management and the role of a lay-led organization. *Psychology, Health and Medicine*, 4: 128–141.
- Clarke, A. (2001) Managing the psychological aspects of altered appearance: the development of an information resource for people with disfiguring conditions. *Patient Education and Counseling*, 43: 305–309.
- Clarke, A., Butler, P. E. M. (2004) Face transplantation: psychological assessment and preparation for surgery. *Psychology, Health and Medicine*, 9: 315–326.
- Clarke, A., Cooper, C. (2001) Psychological rehabilitation after disfiguring injury or disease: investigating the training needs of specialist nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 34: 18–26
- Clarke, A., Kish, V. (1998) *Exploring Faces Through Fiction*. London: Changing Faces
- Clarke, A., Rumsey, N., Collin, J. R. O., Wyn-Williams, M. (2003) Psychosocial distress associated with disfiguring eye conditions. *Eye*, 17: 35–40.
- Clifford, E. (1973) Psychological aspects of orofacial anomalies: speculations in search of data, in *Orofacial Anomalies: Clinical and Research Implications*. Rockville, MD: American Speech and Hearing Association.
- Cline, T., Proto, A., Raval, P., Di Paolo, T. (1998) The effects of brief exposure and of classroom teaching on attitudes children express towards facial disfigurement in peers. *Educational Research*, 40: 55–68.
- Clinical Standards Advisory Group (CSAG) (1998) *Cleft Lip and/or Palate*. London: HMSO
- Cochrane, V. M., Slade, P. (1999) Appraisal and coping in adults with cleft lip: associations with well-being and social anxiety. *British Journal of Medical Psychology*, 72: 485–503.
- Concar, D. (2004) The boldest cut. *New Scientist*, 29 May.
- Cook, S. (1939) The judgment of intelligence from photographs. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 23: 33–39.
- Cooper, C. (2000) Face on: discovering resilience to disfigurement. *The New Therapist*, Vol 7, No. 3, pp 31–33
- Cooper, M. (1997) Do interpretive biases maintain eating disorders? *Behaviour Research and Therapy*, 35: 363–365.

- Cooper, J. M., Clarke, A. (1999) *Expert Patients: Who Are They? Lay-led Self-management Programmes: An Additional Resource in the Management of Chronic Illness*, for The Long-Term Medical Conditions Alliance (LMCA). Available at: [www.lmca.org.uk/docs/article.htm](http://www.lmca.org.uk/docs/article.htm).
- Cooper, R., Burnside, I. (1996) Three years of an adult burns support group: an analysis *Burns*, 22: 65–68.
- Coopersmith, S. (1967) *Antecedents of Self Esteem* London: Freeman.
- Cotterill J. and Cunliffe, W. (1997) Suicide in dermatological patients. *British Journal of Dermatology*, 137. 246–250.
- Coughlan, G., Clarke, A. (2002) Shame and burns, in P. Gilbert and J. Miles (eds) *Body Shame*. Hove: Brunner-Routledge.
- Coyne, J. C. and Gottlieb, B.H. (1996) The mismeasure of coping by checklist. *Journal of Personality*, 64: 961–991.
- Crittenden, P., Ainsworth, M. (1989) Child maltreatment and attachment theory, in D. Cicchetti and V. Carlson *Child Maltreatment*. New York: Cambridge University Press.
- Crozier, W. R. (2001) *Understanding Shyness: Psychological Perspectives*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Crozier, W. R., Dimmock, P. S. (1999) Name-calling and nicknames in a sample of primary school children *British Journal of Educational Psychology*, 69: 505–516
- Cusumano, D., Thompson, J. (2001) Media influence and body image in 8–11 year old boys and girls: a preliminary report on the Multidimensional Media Influence Scale, *International Journal of Eating Disorders*, 29: 37–44.
- Davalbhakta, A., Hall, P. N. (2000) The impact of antenatal diagnosis on the effectiveness and timing of counselling for cleft lip and palate. *British Journal of Plastic Surgery*, 53. 298–301
- Davis, K. (1995) *Reshaping the Female Body: The Dilemma of Cosmetic Surgery*. New York: Routledge
- Dean, C., Chetty, U. and Forrest, A. (1983) Effects of immediate breast reconstruction on psychosocial morbidity after mastectomy. *The Lancet*: 459–462.
- Deber, R. B., Kraetschmer, N., Irvine, J. (1996) What role do patients wish to play in treatment decision making? *Archives of Internal Medicine*, 156: 1414–1420.
- Dee, J. (2001) *The Complete Guide to Chinese Face Reading*. Cullompton: D & S Books.
- Demarest, J. and Allen, R. (2000) Body image: gender, ethnic and age differences *Journal of Social Psychology*, 140: 465–472.
- De Morgan, S., Redman, S., White, K. J., Cakir, B., Boyages, J. (2002) Well, have I got cancer or haven't I? The psycho-social issues for women diagnosed with ductal carcinoma in situ. *Health Expectations*, 5: 310–318.
- Department of Health *Hospital Episode Statistics 2000–2001*. London: Department of Health.
- Department of Health (2004) *Choosing Health: Making Healthy Choices Easier – White Paper* London: Department of Health.
- Dew, M., Dunbar-Jacob, J., Switzer, G., DiMartini, A., Stille, C., Kormos, R. (2001) Adherence to the medical regimen in transplantation, in J. Rodrigue (ed.) *Biopsychosocial Perspective on Transplantation* New York. Kluwer Academic.
- Dion, K. (1973) Young children's stereotyping of facial attractiveness. *Developmental Psychology*, 9: 183–188.
- Dion, K., Berscheid, E., Walster, E. (1972) What is beautiful is good. *Journal of Personality and Social Psychology*, 24: 285–290.
- Dittmar, H., Lloyd, B., Dugan, S., Halliwell, E., Cramer, H., Jacobs, N. (2001) The «body beautiful»: English adolescents' images of ideal bodies. *Sex Roles*, 42. 887–915.

- Donaldson, C. (1996) A study of male body image and the effects of the media. Unpublished BSc dissertation, Manchester Metropolitan University.
- Dropkin, M J (1989) Coping with disfigurement and dysfunction after head and neck cancer surgery: a conceptual framework. *Seminars in Oncology Nursing*, 5: 213–219.
- Dropkin, M J (1999) Body image and quality of life after head and neck cancer surgery. *Cancer Practice*, 1: 309–313
- Dropkin, M.J. (2001) Anxiety, coping strategies and coping behaviours in patients undergoing head and neck cancer surgery. *Cancer Nursing*, 24. 143–148.
- Duncan, M.J., Al-Nakeeb, Y., Nevill, A. M. (2004) Body esteem and body fat in British school children from different ethnic groups. *Body Image*, 1: 311–315.
- Eagly, A. H , Ashmore, R. D, Makhijani, M. G., Longo, L. C. (1991) What is beautiful is good, but.... a meta analytic review of research on the physical attractiveness stereotype. *Psychological Bulletin*, 110. 109–128.
- Eiser, C. (1998) Practitioner review: long-term consequences of childhood cancer *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39: 621–633.
- Eiserman, W. (2001) Unique outcomes and positive contributions associated with facial difference: expanding research and practice. *Cleft Palate Craniofacial Journal*, 3: 236–644.
- Elmendorf, E. N., D'Antonio, L L., Hardesty, R A. (1993) Assessment of the patient with cleft lip and palate. *Clinics in Plastic Surgery*, 20: 607–621.
- Emerson, M., Rumsey, N (2004) Psychosocial audit off cleft-affected patients Unpublished conference paper at annual conference of the Craniofacial Society of Great Britain and Ireland, Bath.
- Endriga, M. C., Kapp-Simon, K A (1999) Psychological issues in craniofacial care: state of the art *Cleft Palate Craniofacial Journal*, 36: 3–9.
- Engel, G. L (1977) The need for a new model. a challenge for biomedicine. *Science*, 196: 129–136
- Etcoff, N. (1999) *Survival of the Prettiest: The Science of Beauty*. London. Little, Brown and Company.
- Fabian, L J and Thompson, J K. (1989) Body image and eating disturbance in young females. *International Journal of Eating Disorders*, 8: 63–74.
- Fallowfield, L , Clarke, A. (1991) *Breast Cancer* London Routledge.
- Farrimond J. and Morris, M (2004) Knowing or not knowing before birth: parents' experiences of having a baby with a cleft malformation. Paper presented at the British Psychological Society Division of Health Psychology annual conference, Edinburgh, September 2004.
- Feingold, A (1988) Matching for attractiveness in romantic partners and same sex friends. A meta analysis and theoretical critique *Psychology Bulletin*, 104: 226–235
- Feingold, A (1992) Good looking people are not what we think. *Psychological Bulletin*, 111: 304–341.
- Feingold, A., Mazzella, R (1998) Gender differences in body image are increasing *Psychological Science*, 9: 190–195
- Festinger, L (1954) A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7: 117–140
- Field, T, Vega-Lahr, N. (1984) Early interactions between infants with craniofacial abnormalities and their mothers. *Infant Behavior and Development*, 7 527–530.
- Fisher, S., Cleveland, B (1958) *Body Image and Personality*. New York Dover Publications.
- Fortune, D G , Richards, H. L., Griffiths, C E.M., Main, C. J (2005) Adversarial growth in patients undergoing treatment for psoriasis: a prospective study of the ability of patients to construe benefits from negative events. *Psychology, Health and Medicine*, 10 44–56.



- Fortune, D. G., Richards, H. L., Main, C. J., Griffiths, C. E. M (2000) Pathological worrying, illness perceptions and disease severity in patients with psoriasis *British Journal of Health Psychology*, 5, 71–82.
- Fortune, D. G., Richards, H. L., Main, C. J., O'Sullivan, T. M., Griffiths, C. E. M (1998) Developing clinical psychology services in an out-patient dermatology clinic: what factors are associated with non-uptake of the service? *Clinical Psychology Forum*, 115: 34–37.
- Frances, J. (2000) Providing effective support in school when a child has a disfigurement *Support for Learning*, 15: 177–182.
- Freedman, R. (1986) *Beauty Bound*. Lexington, MA. Heath
- Frith, H., Gleeson, K (2004) Clothing and embodiment. men managing body image and appearance. *Psychology of Men and Masculinity*, 5: 40–48
- Frith, H., Gleeson, K. (in press) Deconstructing body image. *Journal of Health Psychology*.
- Frost, L. (2003) Doing bodies differently? Gender, youth, appearance and damage *Journal of Youth Studies*, 6: 53–70
- Frost, M. H., Schaid, D. J., Sellars, T. A. et al. (2000) Long-term satisfaction and psychological and social function following bilateral prophylactic mastectomy. *JAMA*, 284 319–324.
- Frost, P. (1994) Preference for darker faces in photographs at different phases of the menstrual cycle: preliminary assessment of evidence for a hormonal relationship *Perceptual Motor Skills*, 79 507–514.
- Gallagher, P., MacLachlan, M. (2000) Positive meaning in amputation and thoughts about amputated limb. *Prosthetics and Orthotic International*, 24: 196–204.
- Galton, F. (1883) *Inquiries into Human Faculty and Its Development* London: Macmillan.
- Gamba, A., Romano, M., Grosso, I. M., Tamburini, M., Cantu, G., Molinari, R., Venetofrida, V. (1992) Psychosocial adjustment of patients surgically treated for head and neck cancer. *Head and Neck*, 14. 218–223
- Garner, D. M. (1997) The 1997 body image survey results *Psychology Today*, 30: 30–44, 75–80, 84.
- Gibbons, E. X (1999) Social comparison as a mediator of response shift *Social Science and Medicine*, 48. 1517–1530.
- Gilbert, P. (1997) The evolution of social attractiveness and its role in shame, humiliation, guilt and therapy *British Journal of Medical Psychology*, 70. 19–22
- Gilbert, P (2002) Body shame: a biopsychosocial conceptualization and overview, with treatment implications, in P. Gilbert and J Miles (eds) *Body Shame: Conceptualisation, Research and Treatment* Hove. Brunner-Routledge
- Gilbert, S., Miles, J. (eds) (2002) *Body Shame: Conceptualisation, Research and Treatment* Hove Brunner-Routledge.
- Gilbert, S., Thompson, J (2002) Body shame in childhood and adolescence, in P Gilbert and J Miles (eds) *Body Shame: Conceptualisation, Research and Treatment* Hove. Brunner-Routledge
- Ginsberg, I., Link, B (1989) Feelings of stigmatization in patients with psoriasis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 20 53–63. ♣
- Gitings, J. (2001) The unwanted. China's abandoned children August 7th, 2001. *The Guardian*
- Goffman, E (1963) *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, NJ. Prentice-Hall.
- Grant, P (1996) *If you could change your breasts. Self*, 186–189, 210–211
- Grealy, L. (1994) *In the Mind's Eye. An Autobiography of a Face* London. Arrow.

- Green J D, Sedikides, C. (2001) When do self-schemas shape social perception? The role of descriptive ambiguity *Motivation and Emotion*, 25: 67–83.
- Groesz, L M., Levine, M R., Murnen, S K. (2002) The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction. a meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders*, 31: 1–16.
- Grogan, S. (1999) *Body Image Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women and Children* London: Routledge.
- Haig-Ferguson, A. (2003) How do blind people construct their concept of body image? Unpublished thesis, University of Bath.
- Haiken, E. (2000) The making of the modern face: cosmetic surgery. *Social Research*, 67–82
- Hall, A, Fallowfield, L. (1989) Psychological outcome of treatment for early breast cancer: a review *Stress and Medicine*, 5: 167–175.
- Hall, C (1995) Asian eyes. Body image and eating disorders of Asian and Asian American women *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 3: 8–19.
- Halliwell, E, Dittmar, H (2003) A qualitative investigation of women's and men's body image concerns and their attitudes towards aging. *Sex Roles*, 49: 675–684.
- Halliwell, E., Dittmar, H (2004) Does size matter? The impact of model's body size on women's body-focused anxiety and advertising effectiveness. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23 104–122
- Hamilton-West, K, Bridle, C (2004) Effects of written emotional disclosure following residential fire: triple blind randomized controlled trial. Paper presented at the British Psychological Society Division of Health Psychology Annual Conference, Edinburgh, September 2004
- Hanna, K. M., Jacobs, P. (1993) The use of photography to explore the meaning of health among adolescents with cancer. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 16: 155–164.
- Hansen, K., Kreiter, C. D., Rosenbaum, M., Whitaker, D. C., Arpey, C J (2003) Long-term psychological impact and perceived efficacy of pulsed-dye laser therapy for patients with port wine stains. *Dermatological Surgery*, 29: 49–55.
- Harcourt, D., Griffiths, C (2003) Women's experiences of ductal carcinoma in situ (DCIS). Paper presented at the British Psychological Society Division of Health Psychology Annual Conference, Stafford, September 2003.
- Harcourt, D., Rumsey, N. (2001) Psychological aspects of breast reconstruction: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 35: 477–487.
- Harcourt, D, Rumsey, N. (2004) Mastectomy patients' decision-making for or against immediate breast reconstruction. *Psycho-Oncology*, 13. 106- 115
- Harcourt, D., Rumsey, N, Ambler, N., Cawthorn, S.J., Reid, C, Maddox, P., Kenealy, J., Rainsbury, R, Umpleby, H (2003) The psychological impact of mastectomy with or without immediate breast reconstruction: a prospective, multi-centred study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 111: 1060–1068.
- Harri, J. (2003) Plastic surgery won't make you beautiful. *The Independent*, 26 November.
- Harris, D. (1997) Types, causes and physical treatment, in R Lansdown, N Rumsey, E Bradbury, T. Carr and J. Partridge (eds) *Visibly Different: Coping with Disfigurement* Oxford: Butterworth-Heinemann
- Harris, D, Carr, A. (2001) Prevalence of concern about physical appearance in the general population. *British Journal of Plastic Surgery*, 54. 223–226

- Harter, S. (1999) *The Construction of Self: A Developmental Perspective*. New York. The Guilford Press
- Haste, H. (2004) *My Body, My Self. Young People's Values and Motives About Healthy Living*. London: Nestle Social Research Programme.
- Hatcher, M., Fallowfield, L. (2003) A qualitative study looking at the psychosocial implications of bilateral prophylactic mastectomy, *Breast*, 12: 1–9.
- Hatcher, M B, Fallowfield, L., A'Hern, R. (2001) The psychosocial impact of bilateral prophylactic mastectomy: prospective study using questionnaires and semi-structured interviews. *BMJ*, 322: 76–79.
- Hatfield, E., Sprecher, S. (1986) *Mirror, Mirror . . . The Importance of Looks on Everyday Life*. New York: SUNY Press.
- Hearst, D., Middleton, J. (1997) Psychological intervention and models of current working practice, in R. Lansdown, N. Rumsey, E. Bradbury, T. Carr and J. Partridge (eds) *Visibly Different: Coping with Disfigurement* Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Heason, S. L. (2003) The development of a model of disfigurement: the process of living with vitiligo. Unpublished PhD thesis, University of Sheffield.
- Heatherton, T. E, Mahamedi, E., Strieppe, M., Field, A. E., Keel, P. (1997) A 10-year longitudinal study of body weight, dieting and eating disorder symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 106: 117–125.
- Heinberg, L H., Thompson, J. K. (1995) Body image and televised images of thinness and attractiveness: a controlled laboratory investigation. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 14. 325–338.
- Heinrichs, N., Hoffmann, S. G. (2001) Information processing in social phobia: a critical review. *Clinical Psychology Review*, 21: 751–70.
- Herskind, A. M., Christensen, K., Juel, K., Fogh-Anderson, P. (1993) Cleft lip: A risk factor for suicide Paper presented at the 7th International Congress on cleft palate and related craniofacial anomalies, Australia.
- Higgins, E T, Brendl, C. M. (1995) Accessibility and applicability: some «activation rules» influencing judgement. *Journal of Experimental Social Psychology*, 31. 218–243.
- Hill, L., Kennedy, P (2002) The role of coping strategies in mediating subjective disability in people with psoriasis *Psychology, Health and Medicine*, 7: 261–269.
- Holmes, S., Hatch, C. (1938) Personal appearance as related to scholastic records and marriage selection in college women. *Human Biology*, 10: 65–76
- Holsen, I., Kraft, P., Roysamb, E. (2001) The relationship between body image and depressed mood in adolescence: a 5-year longitudinal panel study. *Journal of Health Psychology*, 6: 613–627.
- Hopwood, P., Maguire, G. P. (1988) Body image problems in cancer patients. *British Journal of Psychiatry*, 153: 47–50.
- Hopwood, P., Fletcher, I., Lee, A., Al Ghazal, S. (2001) A body image scale for use with cancer patients. *European Journal of Cancer*, 37: 189–197
- Hopwood, P., Lee, A., Shenton, A., Baidam, A., Brain, A., Laloo, E, Evans, G., Howell, A. (2000) Clinical follow-up after bilateral risk reducing («prophylactic») mastectomy: mental health and body image issues *Psycho-Oncology*, 9: 462–472
- Horlock, N, Cole, R R., Rossi, A. R. (1999) The selection of patients for breast reduction: should health commissions have a say? *British Journal of Plastic Surgery*, 52: 118–121.

- Houghton, S., Durkin, K., Carroll, A. (1995) Children's and adolescents' awareness of the physical and mental health risks associated with tattooing a focus group study. *Adolescence*, 30 971–988
- Houston, V., Bull, R. (1994) Do people avoid sitting next to someone who is facially disfigured? *European Journal of Social Psychology*, 24: 279–284.
- Hughes, M. (1998) *The Social Consequences of Facial Disfigurement*. Aldershot Ashgate Publishing
- Humphreys, P., Paxton, S.J. (2004) Impact of exposure to idealized male images on adolescent boys' body image. *Body Image*, 1: 253–266
- Hutton, J. M., Williams, M. (2001) Assessment of psychological issues and needs in the specialties of a large teaching hospital. *Psychology, Health and Medicine*, 6 313–319
- Ilfsee, A. (1960) A study of preferences in feminine beauty *British Journal of Psychology*, 51 267–273.
- Jackman, L. P., Williamson, D. A., Netemeyer, R. G., Anderson, D. A. (1995) Do weight preoccupied women misinterpret ambiguous stimuli related to body size? *Cognitive Therapy and Research*, 19, 341–355
- Joachim, G., Acorn, S. (2003) Life with a rare chronic disease: the scleroderma experience. *Journal of Advanced Nursing*, 42: 598–606.
- Johnson, S., Burrows, A., Williamson, I. (2004) «Does my bump look big in this?» The meaning of bodily changes for first-time mothers-to-be. *Journal of Health Psychology*, 9: 361–374.
- Johnston, O., Reilly, J., Kremer, J. (2004) Women's experiences of appearance concern and body control across the lifespan. challenging accepted wisdom *Journal of Health Psychology*, 9: 397–410
- Jones, D., Hill, K. (1993) Criteria of physical attractiveness in five populations *Human Nature*, 4: 271–296.
- Jones, E. E., Farina, A., Hastorf, A. H., Markus, H., Miller, D. T., Scott, R. A., de S. French, R. (1984) *Social Stigma. The Psychology of Marked Relationships* New York W H Freeman and Company.
- Jones, J. L., Leary, M. R. (1994) Effects of appearance-based admonitions against sun-exposure on tanning intentions in young adults. *Health Psychology*, 13. 86–90
- Jowett, S., Ryan, T. (1985) Skin disease and handicap: an analysis of the impact of skin conditions *Social Science and Medicine*, 20: 425–429.
- Kapp-Simon, K. A. (1995) Psychological interventions for the adolescent with cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofacial Journal*, 32. 104–108
- Kapp-Simon, K. A., Dawson, P. (1998) Behavior adjustment and competence of children with craniofacial conditions. Paper presented at the Annual Meeting of the American Cleft-Palate Craniofacial Association, Baltimore, April 1998.
- Kapp-Simon, K. A., McGuire, D. (1997) Observed social interaction patterns in adolescents with and without craniofacial conditions *Cleft Palate Craniofacial Journal*, 34: 380–384.
- Kapp-Simon, K. A., Simon, D. J., Kristovitch, S. (1992) Self-perception, social skill, adjustment and inhibition in young adolescents with craniofacial anomalies. *Cleft Palate Craniofacial Journal*, 29 352–357
- Kearney-Cooke, A. (2002) Familial influences on body image development, in T. F. Cash and T. Pruzinsky (eds) *Body Image. A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice*. New York: The Guilford Press.

- Kellett, S (2002) Shame-fused acne: a biopsychosocial conceptualization and treatment rationale, in P Gilbert and J Miles (eds) *Body Shame* Hove. Brunner-Routledge
- Kemp, S, Bruce, V., Linney, A. (2004) *Future Face. Image, Identity, Innovation*. London Profile Books
- Kennedy, I. (1988) The technological imperative and its application in health care, in *Treat Me Right. Essays in Medicine, Law and Ethics* Oxford Clarendon Press.
- Kent, G (1999) Correlates of perceived stigma in vitiligo *Psychology and Health*, 14 241–252.
- Kent, G (2000) Understanding the experiences of people with disfigurements. an integration of four models of social and psychological functioning *Psychology, Health and Medicine*, 5 117–129
- Kent, G. (2002) Testing a model of disfigurement: effects of a skin camouflage service on well-being and appearance anxiety. *Psychology and Health*, 17: 377–386
- Kent, G, Keahone, S. (2001) Social anxiety and disfigurement. the moderating effects of fear of negative evaluation and past experience *British Journal of Clinical Psychology*, 40 23–34
- Kent, G., Thompson, A. R. (2002) The development and maintenance of shame in disfigurement: Implications for treatment, in P Gilbert and J Miles (eds) *Body Shame*. Hove: Brunner-Routledge.
- King, M. T., Kenny, P, Shiell, A., Hall, J, Boyages, J (2000) Quality of life three months and one year after first treatment for early-stage breast cancer: influence of treatment and patient characteristics *Quality of Life Research*, 9. 789–800.
- Kish, V., Lansdown, R. (2000) Meeting the psychosocial impact of facial disfigurement: developing a clinical service for children and families *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 5 497–511.
- Klassen, A., Fitzpatrick, R. Jenkinson, C., Goodacre, T. (1996) Patients' health-related quality of life before and after aesthetic surgery. *British Journal of Plastic Surgery*, 49 433–438.
- Neck, R., Strenta, A. (1980) Perceptions of the impact of negatively valued physical characteristics on social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39: 861–873
- Kleinke, C. (1974) *First Impressions The Psychology of Encountering Others* Englewood Cliffs, NJ Prentice Hall
- Kleve, L., Robinson, E. (1999) A survey of psychological need amongst adult burn-injured patients. *Burns*, 25: 575–579.
- Kleve, L., Rumsey, N., Wyn-Williams, M, White, P (2002) The effectiveness of cognitive-behavioural interventions provided at Outlook: a disfigurement support unit. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 8. 387–395
- Kligman, A (1989) Psychological aspects of skin disorders in the elderly. *Cutis*, 43. 498–501
- Koo, J (1995) The psychosocial impact of acne: patients' perceptions. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 32. 26–30
- Krueckeberg, S, Kapp-Simon, K, Ribordy, S. (1993) Social skills of preschoolers with and without craniofacial anomalies. *Cleft Palate Craniofacial Journal*, 30(5): 475–481
- Lakoff, R., Scherr, R (1984) *Face Value The Politics of Beauty* Boston. Routledge and Kegan Paul
- Lander, E (1992) Winding your way through DNA. Symposium, University of California, San Francisco. Available at: [www.accessexcellence.org/RC/CC/lander.html](http://www.accessexcellence.org/RC/CC/lander.html)
- Lanigan, S., Cotterill, J. (1989) Psychological disabilities amongst patients with port wine stains *British Journal of Dermatology*, 121: 451–463.
- Langer, E., Fiske, S, Taylor, S., Chanowitz, B (1976) Stigma, staring and discomfort: a novel-stimulus hypothesis *Journal of Experimental Social Psychology*, 12: 451–463

- Langlois, J. (1986) From the eye of the beholder to behavioral reality: development of social behaviors and social relations as a function of physical attractiveness, in C. Herman, M. Zanna and E. Higgins (eds) *Physical Appearance, Stigma, and Social Behavior* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Langlois, J. H., Kalakanis, L., Rubenstein, A. J., Larson, A., Hallam, M., Smoot, M. (2000) Maxims or myths of beauty? A meta-analytic and theoretical review *Psychological Bulletin*, 126: 390–423.
- Lansdown, R. (1976) *The Psychological Management of Children with a Facial Deformity*. (Available from the author, The Hospital for Sick Children, Great Ormond Street, London, UK.)
- Lansdown, R., Rumsey, N., Bradbury, E., Carr, T., Partridge, J. (1997) *Visibly Different. Coping with Disfigurement* Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Lavater, J. C. (1789) *Essays on Physiognomy* London: Thomas Tegg.
- Leary, M. (1990) Responses to social exclusion: social anxiety, jealousy, loneliness, depression and low self-esteem. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9: 221–229
- Leary, M., Rapp, S., Herbst, K., Exum, M., Feldman, S. (1998) Interpersonal concerns and psychological difficulties of psoriasis patients: effects of disease severity and fear of negative evaluation. *Health Psychology*, 17: 1–7
- Leary, M. R., Tchividjian, L. R., Kraxberger, B. E. (1994) Self-presentation can be hazardous to your health: impression management and health risk. *Health Psychology*, 13: 461–470
- Lee, C., Owens, R. G. (2002) *The Psychology of Men's Health*. Buckingham: Open University Press
- Leventhal, H., Meyer, D., Nerenz, D. (1980) The commonsense representations of illness danger, in S. Rachman (ed.) *Medical Psychology*, Vol. 11. New York: Pergamon.
- Levine, R. M. (1999) Identity and illness: the effects of identity salience and frame of reference of illness and injury *British Journal of Health Psychology*, 4: 63–80.
- Levine, M. P., Smolak, L. (1992) Toward a developmental model of the psycho-pathology of eating disorders: the example of early adolescence, in J. H. Crowther, S. E. Hobfoll, D. L. Tennenbaum and M. A. P. Stephens (eds) *The Etiology of Bulimia Nervosa: The Individual and Family Context*, pp. 59–80
- Levine, M. P., Smolak, L. (1996) Media as a context for the development of disordered eating, in L. Smolak and M. P. Levine (eds) *The Developmental Psycho-pathology of Eating Disorders. Implications for Research, Prevention and Treatment*, pp. 235–257
- Levine, M. P., Smolak, L. (2002) Body image development in adolescence. In T. Cash and T. Pruzinsky (eds) *Body Image: A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice*, pp. 74–82.
- Linney, A. (2004) London: The Guilford Press. Perils of Perfection, in *Secrets of the Face Supplement to New Scientist*, 2nd October, 2004, pp. 6–7
- Liessi, C. (2003) Appearance related concerns across the general and clinical populations. Unpublished thesis, City University, London
- Lockhart, J. S. (1999) Nurses' perceptions of head and neck oncology patients and surgery: severity of facial disfigurement and patient gender *Head and Neck Nursing*, 17: 12–25.
- Long, K., Sobel, D. S., Stewart, A. L. et al. (1999) Evidence suggesting that a chronic disease self-management programme can improve health status while reducing hospitalisation: a randomised trial *Medical Care*, 1: 5–14
- Love, B., Bryne, O., Roberts, J., Browne, G., Brown, B. et al. (1987) Adult psychosocial adjustment following childhood injury: the effect of disfigurement *Journal of Burn Care Rehabilitation*, 8: 280–285
- Lovegrove, E. (2002) Adolescence: Appearance and anti-bullying strategies, Unpublished PhD thesis, University of the West of England, UK.

- Lovegrove, E., Rumsey, N (2005) Ignoring it doesn't make it stop adolescents, appearance and anti-bullying strategies. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 42: 33–44.
- Lucker, G., Graber, L., Pietromonaco, P (1981) The importance of dentofacial appearance in facial esthetics a signal detection approach. *Basic and Applied Psychology*, 2: 261–274
- MacGregor, F. C. (1970) Social and psychological implications of dentofacial disfigurement. *Angle Orthodontics*, 40. 231–233.
- MacGregor, F. C (1974) *Transformation and Identity: The Face and Plastic Surgery* New York: Quadrangle/New York Times Books.
- MacGregor, F. C. (1979) *After Plastic Surgery: Adaptation and Adjustment*. New York: Praeger
- MacGregor, F. C. (1989) Social, psychological and cultural dimensions of cosmetic and reconstructive plastic surgery. *Aesthetic Plastic Surgery*, 13 1–8
- MacGregor, F. C (1990) Facial disfigurement: problems and management of social interaction and implications for mental health. *Aesthetic Plastic Surgery*, 14: 249–257.
- MacGregor, F. C., Abel, T. M., Bryt, A., Laver, E., Weissman, S. (1953) *Facial Deformities and Plastic Surgery* Springfield, IL: Thomas
- MacLachlan, M (2004) *Embodiment: Clinical, Critical and Cultural Perspectives on Health and Illness*. Maidenhead Open University Press.
- Maddern, L., Emerson, M (2002) Outcomes of a psychological intervention for children with different appearance. Paper presented to the Annual Scientific Meeting of the Craniofacial Society of Great Britain and Ireland, East Grinstead, April 2002.
- Maddern, L., Owen, T. (2004) The Outlook summer group: a social skills workshop for children with a different appearance who are transferring to secondary school *Clinical Psychology*, 33: 25–29.
- Malt, U., Uglund, O. (1989) A long-term psychosocial follow-up study of burned adults. *Acta Psychiatr. Scand. Suppl*, 355: 94–102.
- Marks, D. E., Murray, M., Evans, B., Willig, C. (2000) *Health Psychology Theory, Research and Practice*. London. SAGE Publications
- Markus, H (1977) Self-schemata and processing information about the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35 63–78.
- Martin, O. R., Newell, R. (2004) Factor structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale in individuals with facial disfigurement *Psychology, Health and Medicine*, 9: 327–36
- Mathews, M., Cohen, M., Viglione, M., Brown, A (1998) Prenatal counseling for cleft lip and palate *Plastic and Reconstructive Surgery*, 101: 1–5.
- McArthur, L (1982) Judging a book by its cover: a cognitive analysis of the relationship between physical appearance and stereotyping, in A. Hastorf and A. Isen (eds) *Cognitive Social Psychology* New York: Elsevier
- McCabe, M. P., Ricciardelli, L. A. (2003) A longitudinal study of body change strategies among adolescent males *Journal of Youth and Adolescence*, 32: 105–113.
- McGarvey, E. L., Baum, L. D., Pinkerton, R. C., Rogers, L. M. (2001) Psychological sequelae and alopecia among women with cancer. *Cancer Practice*, 9: 283–289
- McGrouther, D. A. (1997) Facial disfigurement. *BMJ*, 314: 991.
- Melynk, S. E., Cash, T. E., Janda, L. H. (2004) Body image ups and downs. prediction of intra-individual level and variability of women's daily body image experiences. *Body Image*, 1: 225–235

- Meyers-Paal, R, Blakeney, P., Robert, R, Murphy, L., Chinkers, D, Meyer, W, Desai, M., Hendon, D. (2000) Physical and psychologic rehabilitation outcomes of pediatric patients who suffer 80% or more TBSA, 70% or more 3rd degree burns. *Journal of Burn Care Rehabilitation*, 21. 43–49.
- Meyerson, M. D. (2001) Resiliency and success in adults with moebius syndrome. *Cleft Palate Craniofacial Journal*, 38. 232–235.
- Miles, J. (2002) Psoriasis: the role of shame on quality of life, in P. Gilbert and J Miles (eds) *Body Shame*, pp. 119–134 Hove: Brunner-Routledge
- Mintz, L B, Betz, N E. (1986) Sex differences in the nature, realism and correlates of body image. *Sex Roles*, 15. 185–195.
- Morris, P, Bradley, A, Doyal, L., Earley, M., Milling, M., Rumsey, N. (2004) Facial transplantation. is the time right? *Transplantation*, 77: 329–338
- Montepare, J. M. (1996) An assessment of adults' perceptions of their psychological, physical and social age *Journal of Clinical Geropsychology*, 2 117–128.
- Moss, T (1997) Individual variation in adjusting to visible differences, in R Lansdown, N. Rumsey, E Bradbury, T Carr and J. Partridge (eds) *Visibly Different. Coping with Disfigurement*. Oxford: Butterworth-Heinemann
- Moss, T (2005) The relationship between objective and subjective ratings of disfigurement severity, and psychological adjustment *Body Image: An International Journal of Research*, 2: 151–159.
- Moss, T., Carr, T (2004) Understanding adjustment to disfigurement: the role of the self-concept. *Psychology and Health*, 19. 737–748.
- Mouradian, W. E. (2001) Deficits versus strengths. ethics and implications for clinical practice and research. *Cleft Palate Craniofacial Journal*, 38: 255–259.
- Moyer, A (1997) Psychological outcomes of breast-conserving surgery versus mastectomy: a meta-analytic review *Health Psychology*, 16: 284–298
- Munro, I (1981) The psychological effects of surgical treatment of facial deformity, in G. Lucker, K. Ribbens and J McNamara (eds) *Psychological Aspects of Facial Form* Ann Arbor: University of Michigan Press.
- Murphy, T, Lappe, M (eds) (1994) *Justice and the Human Genome Project*. Berkeley: University of California Press.
- Murstein, B. (1972) Physical attractiveness and marital choice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 22: 8–12
- National Breast Implant Registry (2004) *Annual Report 2002*. Salisbury: National Breast Implant Registry.
- National Burns Care Review Committee (2001) *Standards and Strategies for Burn Care: A Review of Burn Care in the British Isles* British Association of Plastic Surgeons.
- Navon, L., Morag, A. (2003) Advanced prostate cancer patients' relationships with their spouses following hormonal therapy. *European Journal of Oncology Nursing*, 1: 73–80.
- Newell, R. J. (2000a) *Body Image and Disfigurement Care*. London: Routledge.
- Newell, R. J (2000b) Psychological difficulties amongst plastic surgery ex-patients following surgery to the face: a survey. *British Journal of Plastic Surgery*, 53 386–92
- Newell, R J., Clarke, M (2000) Evaluation of a self-help leaflet in treatment of social difficulties following facial disfigurement. *International Journal of Nursing Studies*, 37: 381–388.



- NHS Executive (1996) *Improving Outcomes in Breast Cancer The Research Evidence* London: Department of Health
- Norton, K. I., Olds, T. S., Olive, S., Dank, S. (1996) Health concerns of artistic women gymnasts *Sports Medicine*, 21: 321–325
- Novak, D. W., Lerner, M. J. (1968) Rejection as a consequence of perceived similarity *Journal of Personality and Social Psychology*, 9: 147–152
- O'Gorman, E. C., McCrum, B. (1988) A comparison of the self-perceptions of women who have undergone mastectomy with those receiving breast reconstruction *Irish Journal of Psychological Medicine*, 5: 26–31.
- Oberle, K., Allen, M. (1994) Breast augmentation surgery. a women's health issue *Journal of Advanced Nursing*, 20: 844–852.
- Ogden, J. (1992) *Fat Chance The Myth of Dieting Explained* London Routledge
- Ogden, J. (2004) *Health Psychology*. Maidenhead Open University Press.
- Orr, D. A., Reznikoff, M., Smith, G. M. (1989) Body image, self esteem and depression in burn-injured adolescents and young adults. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 10: 454–461
- Papadopoulos, L., Bor, R. (1999) *Psychological Approaches to Dermatology*. Leicester BPS Books
- Papadopoulos, L., Bor, R., Legg, C. (1999a) Coping with the disfiguring effects of vitiligo: a preliminary investigation into the effects of cognitive-behavioural therapy *British Journal of Medical Psychology*, 72: 385–396.
- Papadopoulos, L., Bor, R., Legg, C. (1999b) Psychological factors in cutaneous disease: an overview of research. *Psychology, Health and Medicine*, 4: 107–126
- Papadopoulos, L., Bor, R., Legg, C., Hawk, J. I. M. (1998) Impact of life events on the onset of vitiligo in adults. preliminary evidence for a psychological dimension in aetiology. *Clinical and Experimental Dermatology*, 23: 243–248
- Papadopoulos, L., Bor, R., Walker, C., Flaxman, P., Legg, C. (2002) Different shades of meaning illness beliefs among vitiligo sufferers *Psychology, Health and Medicine*, 7: 425–433.
- Partridge, J. (1990) *Changing Faces*. London: Penguin
- Partridge, J. (1999) Then and now. reflections on burn care past, present and future towards a new paradigm of language and care. *Burns*, 25: 739–744
- Partridge, J., Nash, P. (1997) The role of support groups, in R. Lansdown, N. Rumsey, E. Bradbury, T. Carr and J. Partridge (eds) *Visibly Different: Coping with Disfigurement* Oxford Butterworth-Heinemann
- Partridge, J., Robinson, E. (1995) Psychological and social aspects of burns. *Burns*, 21: 453–457.
- Partridge, J., Rumsey, N. (2003) Skin scarring: new insights may make adjustment easier. *BMJ*, 326: 765
- Partridge, J., Rumsey, N., Robinson, E. (1997) An evaluation of a pilot disfigurement support unit Report for the Nuffield Provincial Hospital Trust.
- Payne, D. K., Biggs, C., Tran, K. N., Borgen, P. I., Massie, M. J. (2000) Women's regrets after bilateral prophylactic mastectomy. *Annals of Surgical Oncology*, 7: 150–154.
- Pendley, J. S., Dahlquist, L. M., Dreyer, Z. (1997) Body image and psychosocial adjustment in adolescent cancer survivors *Journal of Pediatric Psychology*, 22: 29–43.
- Penton-Voak, I. S., Perrett, D. I. (2000a) Consistency and individual differences in facial attractiveness judgements — an evolutionary perspective. *Social Research*, 67: 219–244

- Penton-Voak, I S., Perrett, D I (2000b) Female preference for male faces changes cyclically – further evidence. *Evolution and Human Behaviour*, 20: 295–307.
- Perrett, D I., Moore, F. (2004) Face Values *New Scientist*. Perrin, F. (1921) Physical attractiveness and repulsiveness. *Journal of Experimental Psychology*, 4: 203–217.
- Pertschuk, M.J., Sarwer, D B., Wadden, T A., Whitaker, L. A (1998) Body image dissatisfaction in male cosmetic surgery patients. *Aesthetic Plastic Surgery*, 22: 20–24.
- Peter, J., Chinsky, R. (1974) Sociological aspects of cleft palate adults: 1 marriage. *Cleft Palate Journal* 11: 295–309.
- Phillips, K. A. (2002) Body image and body dysmorphic disorder, in T.E. Cash and T. Pruzinsky (eds) *Body Image. A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice*. London: The Guilford Press.
- Pickering, P (1991) Ethics and the human genome. *Bulletin of Medical Ethics*, Oct 1991, pp. 25–31.
- Piff, C. (1998) Body image. a patient's perspective *British Journal of Theatre Nursing*, 8. 13–14.
- Pillemer, F., Cook, K (1989) The psychosocial adjustment of pediatric craniofacial patients after surgery. *Cleft Palate and Craniofacial Journal*, 26: 207.
- Pope, A. W. (1999) Points of risk and opportunity for parents of children with craniofacial conditions. *The Cleft Palate Craniofacial Journal*, 36: 36–39.
- Pope, A. W., Ward, J. (1997) Self perceived facial appearance and psychosocial adjustment in preadolescents with craniofacial anomalies *Cleft Palate Craniofacial Journal*, 34: 396–401.
- Porter, J R, Beuf, A. H., Lerner, A, Nordlund, J. (1986) Psychosocial effect of vitiligo: a comparison of vitiligo patients with “normal” control subjects, with psoriasis patients, and with patients with other pigmentary disorders. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 15: 220–224.
- Porter, J. R., Beuf, A. H., Lerner, A., Nordlund, J. (1990) The effects of vitiligo on sexual relationships. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 22: 221–222.
- Price, B (1990) *Body Image: Nursing Concepts and Care*. Englewood Cliffs, NJ. Prentice Hall
- Price, B (1992) Living with altered body image: the cancer experience. *British Journal of Nursing*, 1: 641–645.
- Prokhorov, A., Perry, C., Kelder, S., Kleep, K (1993) Lifestyle values of adolescents. results from the Minnesota Heart Health Youth Program *Adolescence*, 28: 637–647.
- Pruzinsky, T. (2002) Body image adaptation to reconstructive surgery for acquired disfigurement, in T. F. Cash and T. Pruzinsky (eds) *Body Image: A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice*, pp 440–449
- Pruzinsky, T (2004) Enhancing quality of life in medical populations: a vision for body image assessment and rehabilitation as standards of care. *Body Image*, 1: 71–81
- Pruzinsky, T., Cash, T. E. (2002) Understanding body images: historical and contemporary perspectives, in T. F. Cash and T. Pruzinsky (eds) *Body Image: A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice*, pp 3–12.
- Prynn, J. (2004) Whisper it .. but men are joining the slimming set. *Evening Standard*, 4 November
- Radley, A (2001) Using photography in health-related research. *Health Psychology Update*, 10: 3–5.
- Ramsey, B, O'Reagan, M. (1988) A survey of the social and psychological effects of psoriasis. *British Journal of Dermatology*, 118: 195–201
- Rapp, S., Exum, M. X., Reboussin, D M., Feldman, S R., Fleischer, A., Clark, A. (1997) The physical, psychological and social impact of psoriasis. *Journal of Health Psychology*, 2. 525–237

- Reaby, L.L. (1998) The quality and coping patterns of women's decision-making regarding breast cancer surgery. *Psycho-Oncology*, 7 252–62.
- Reaby, L. L., Hort, L. K. (1995) Postmastectomy attitudes in women who wear external breast prostheses compared to those who have undergone breast reconstruction. *Journal of Behavioural Medicine*, 18: 55–67.
- Richman, L., Millard, T. (1997) Cleft lip and palate: longitudinal behaviour and relationships to behaviour and achievement. *Journal of Paediatric Psychology*, 22. 487–494.
- Rieves, L., Cash, T. F. (1996) Social developmental factors and women's body image attitudes *Journal of Social Behavior and Personality*, 11. 63–78.
- Rizvi, S. L., Stice, E., Agras, W. S. (1999) Natural history of disordered eating attitudes and behaviours over a 6-year period. *International Journal of Eating Disorders*, 26 406–413
- Roberts-Harry, D (1997) Anthropometry: the physical measurement of visible differences, in R. Lansdown, N. Rumsey, E. Bradbury, T. Carr and J. Partridge (eds) *Visibly Different. Coping with Disfigurement*. Oxford Butterworth-Heinemann.
- Robinson, E. (1997) Psychological research on visible differences in adults, in R. Lansdown, N. Rumsey, E. Bradbury, T. Carr and J. Partridge (eds) *Visibly Different Coping with Disfigurement* Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Robinson, E., Rumsey, N., Partridge, J. (1996) An evaluation of the impact of social interaction skills training for facially disfigured people. *British Journal of Plastic Surgery*, 49: 281–289.
- Robson, C (2002) *Real World Research*. Oxford: Blackwell.
- Rodin, J., Silberstein, L., Streigel Moore, R. (1985) Women and weight: a normative discontent, in T. Sonderegger (ed) *Nebraska Symposium on Motivation*, 32: *Psychology and Gender*, pp 267–308
- Rosen, M. C., Orosan-Weine, P and Tang, T. (1997) Critical experiences in the development of body image. *Eating Disorders: The Journal of Prevention and Treatment*, 5: 151–204.
- Rosman, S. (2004) Cancer and stigma: experience of patients with chemotherapy-induced alopecia. *Patient Education and Counselling*, 52: 333–339.
- Rowland, J. (1990) Developmental stage and adaptation: child and adolescent model, in J. C. Holland and J. H. Rowland (eds) *Handbook of Psycho-oncology*. Oxford. Oxford University Press.
- Royal College of Surgeons of England (2003) *Facial Transplantation. Working Party Report* London. Royal College of Surgeons of England.
- Rucker, C. E., Cash, T. E. (1992) Body images, body-size perceptions, and eating behaviors among African-American and white college women. *International Journal of Eating Disorders*, 12 291–299.
- Rumsey, N. (1983) Psychological problems associated with facial disfigurement. Unpublished doctoral thesis, North East London Polytechnic, London
- Rumsey, N. (1997) Historical and anthropological perspectives on appearance, in R. Lansdown, N. Rumsey, E. Bradbury, T. Carr and J. Partridge (eds) *Visibly Different. Coping With Disfigurement* Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Rumsey, N (2002a) Optimizing body image in disfiguring congenital conditions: surgical and psychosocial interventions, in T. E. Cash and T. Pruzinsky (eds) *Body Image: A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice*. London. The Guilford Press.
- Rumsey, N (2002b) Body image and congenital conditions with visible differences, in T. F. Cash and T. Pruzinsky (eds) *Body Image. A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice*. London: The Guilford Press

- Rumsey, N (2004) Psychological aspects of face transplantation: read the small print carefully. *American Journal of Bioethics*, 4: 10–13.
- Rumsey, N., Harcourt, D (2004) Body image and disfigurement. issues and interventions. *Body Image*, 1: 83–97
- Rumsey, N., Bull, R, Gahagan, D (1982) The effect of facial disfigurement on the proxemic behaviour of the general public. *Journal of Applied Social Psychology*, 12: 137–150.
- Rumsey, N., Bull, R, Gahagan, D (1986) A preliminary study of the potential social skills for improving the quality of social interaction for the facially disfigured. *Social Behaviour*, 1: 143–145.
- Rumsey, N., Clarke, A., Musa, M. (2002) Altered body image the psychosocial needs of patients. *British Journal of Community Nursing*, 7: 563–566.
- Rumsey, N, Clarke, A., White, P. (2003a) Exploring the psychosocial concerns of outpatients with disfiguring conditions. *Journal of Wound Care*, 12: 247–252.
- Rumsey, N., Clarke, A., White, P, Hooper, E. (2003b) Investigating the appearance-related concerns of people with hand injuries. *British Journal of Hand Therapy*, 8: 57–61
- Rumsey, N., Clarke, A., White, P, Wyn-Williams, M., Garlick W (2004) Altered body image. appearance-related concerns of people with visible disfigurement. *Journal of Advanced Nursing*, 48: 443–453.
- Rusch, M D, Grunert, B K, Sanger, J R, Dzwierzynski, W. W., Matloub, H. S. (2000) Psychological adjustment in children after traumatic disfiguring injuries. a 12 month follow-up. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 106: 1451–1458
- Rutzen, S (1973) The social importance of orthodontic rehabilitation: report of a 5 year follow-up study. *Journal of Health and Social Behavior*, 14: 233–240.
- Sambler, G., Hopkins, A (1986) Being epileptic. coming to terms with stigma. *Sociology of Health and Illness*, 8: 26–43
- Santrock J. W (2001) *Adolescence*. New York: McGraw-Hill.
- Sarwer, D. B. (2002) Cosmetic surgery and changes in body image, in TE Cash and T. Pruzinsky (eds) *Body Image. A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice*. London: The Guilford Press
- Sarwer, D B., Crerand, C E. (2004) Body image and cosmetic medical treatments. *Body Image*, 1: 99–111
- Sarwer, D B., Wadden, T. A., Pertschuk, M. J., Whitaker, L. A. (1998) The psychology of cosmetic surgery: a review and reconceptualisation. *Clinical Psychology Review*, 18: 1–22
- Sarwer, D B, Wadden, T A., Pertschuk, M. J., Whitaker, L. A. (1997) Body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 101: 1644–1649
- Schilder, P. (1935) *The Image and Appearance of the Human Body*. New York: International Universities Press.
- Schwartz, M B., Brownell, K D. (2004) Obesity and body image. *Body Image*, 1: 43–56.
- Searle, A, Vedhara, V, Norman, P., Frost, A., Harrad, R (2000) Compliance with eye patching in children and its psychosocial effects: a qualitative application of protection motivation theory. *Psychology, Health and Medicine*, 5: 43–54
- Secord, P (1958) Facial features and interference processes in interpersonal attraction, in R. Tagiuri and L. Petrullo (eds) *Person Perception and Interpersonal Behavior*. Stanford, CA: Stanford University Press.

- Seligman, M. (1998) *Learned Optimism: How to Change Your Mind and Your Life* New York. Pocket Books.
- Shakespeare, V, Cole, R. P (1997) Measuring patient-based outcomes in a plastic surgery service: breast reduction surgical patients. *British Journal of Plastic Surgery*, 50: 242–248.
- Shaw, W. (1981) The influence of children's dentofacial appearance on their social attractiveness as judged by peers and lay adults. *American Journal of Orthodontics*, 79. 399–415.
- Sheerin, D., Macleod, M., Kusumakar, V. (1995) Psychosocial adjustment in children with port-wine stains and prominent ears *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34: 1637–1647
- Shepherd, J. P (1989) Surgical, socio-economic and forensic aspects of assault: a review. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 27: 89–98.
- Sigall, H., Aronson, E. (1969) Liking for an evaluator as a function of her physical attractiveness and nature of the evaluation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 5: 93–100.
- Smith, P. (1999) *The nature of school bullying A cross national perspective*. London. Routledge
- Smolak, L. (2004) Body image in children and adolescents: where do we go from here? *Body Image*, 1: 15–28.
- Smolak, L., Levine, M P., Schermer, F. (1998) A controlled evaluation of an elementary primary school prevention program for eating problems. *Journal of Psychosomatic Research*, 44. 339–354
- Smolak, L., Levine, M.P., Schermer, F. (1999) Parental input and weight concerns among elementary school children *International Journal of Eating Disorders*, 25: 263–271.
- Somerfield, M. (1997) The utility of systems models of stress and coping for applied research: the case of cancer adaptation. *Journal of Health Psychology*, 2: 133–151.
- Speltz, M., Goodell, E., Endriga, M., Clarren, S (1994) Feeding interactions of infants with unrepaired cleft lip and/or palate. *Infant Behavior Development*, 17.131 - 140.
- Speltz, M, Norton, K., Goodell, E., Clarren, S. (1993) Psychological functioning of children with craniofacial anomalies and their mothers. follow up from late infancy to school-entry. *Cleft Palate Journal*, 30: 482–489.
- Spicer, J (2002) Appearance-related concern in older adults with skin disorder: an exploratory study. Unpublished doctoral thesis, Exeter University.
- Spira, M., Chizen, J., Gerow, F., Hardy, S. (1966) Plastic surgery in the Texas prison system. *British Journal of Plastic Surgery*, 19 364–371.
- Stanford J. N., McCabe, M P. (2002) Body image ideal among males and females. sociocultural influences and focus on different body parts. *Journal of Health Psychology*, 7: 675–684
- Starr, P. (1980) Facial attractiveness and behavior of patients with cleft lip and/or palate *Psychological Reports*, 46. 579–582
- Stephan, C, Langois, J. (1984) Baby beautiful adult attributions of infant competence as a function of infant attractiveness. *Child Development*, 55 576-85
- Stormer, S M, Thompson, J K (1996) Explanations of body image disturbance: a test of maturational status, negative verbal commentary, social comparison and sociocultural hypotheses *International Journal of Eating Disorders*, 19: 193–202.
- Strauss, R P (1985) Culture, rehabilitation and facial birth defects: international case studies. *Cleft Palate Journal*, 21: 56 -62.
- Strauss, R.P. (2001) «Only skin deep». health, resilience and craniofacial care *Cleft Palate Craniofacial Journal*, 38. 226–230.

- Strauss, R. P., Broder, H. (1991) Directions and issues in psychosocial research and methods as applied to cleft lip and palate and craniofacial anomalies. *Cleft Palate Craniofacial Journal*, 28: 150–156.
- Strenta, A., Kleck, R. (1985) Physical disability and the attribution dilemma: perceiving the causes of social behavior. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 3: 129–142.
- Sund, B. (2000) *New Developments in Wound Care*. London: PJB Publications.
- Tanner, J. L., Dechert, M. P., Frieden, I. J. (1998) Growing up with a facial hemangioma: parent and child coping and adaptation. *Pediatrics*, 101: 446–452.
- Tantleff-Dunn, S., Thompson, J. K. (1998) Body image and appearance-related feedback: recall, judgement and affective response. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17: 319–340.
- Tashakkori, A., Teddlie, C. (1998) *Mixed Methodology: Combining Qualitative and Quantitative Approaches*. London: SAGE Publications.
- Thomas, C. M., Keery, H., Williams, R., Thompson, J. K. (1998) The fear of appearance evaluation scale: development and preliminary validation. Paper presented at the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Washington, DC.
- Thompson, A. R., Kent, G. (2001) Adjusting to disfigurement processes involved in dealing with being visibly different. *Clinical Psychology Review*, 21: 663–682.
- Thompson, A. R., Kent, G., Smith, J. A. (2002) Living with vitiligo: dealing with difference. *British Journal of Health Psychology*, 7: 213–225.
- Thompson, J. K. (1990) *Body Image and Disturbance*. Oxford: Pergamon Press.
- Thompson, J. K. (2004) The (mis)measurement of body image: ten strategies to improve assessment for applied and research purposes. *Body Image*, 1: 7–14.
- Thompson, J. K., Van den Berg, P. (2002) Measuring body image attitudes among adolescents and adults, in T.F. Cash and T. Pruzinsky (eds) *Body Image: A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice*. London: The Guilford Press.
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M., Tantleff-Dunn, S. (1999) *Exacting Beauty. Theory, Assessment and Treatment of Body Image Disturbance*. Washington, DC: APA.
- Tiggemann, M. (2002) Media influences on body image development, in T. F. Cash and T. Pruzinsky (eds) *Body Image: A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice*, pp 91–98.
- Tiggemann, M. (2004) Body image across the adult lifespan: stability and change. *Body Image*, 1: 29–41.
- Tiggemann, M., Pennington, B. (1990) The development of gender differences in body-size dissatisfaction. *Australian Psychologist*, 25: 301–11.
- Tobiasen, J. M., Hiebert, J. M. (1993) Clefting and psychosocial adjustment. *Clinical Plastic Surgery*, 20: 623–631.
- Trust, D. (1977) *Skin Deep: An Introduction to Skin Camouflage and Disfigurement Therapy*. Edinburgh: Harris.
- Tunaley, J. R., Walsh, S. and Nicholson, P. (1999) 'I'm not bad for my age': the meaning of body size and eating in the lives of older women. *Ageing and Society*, 19: 741–759.
- Turner, S., Thomas, P., Dowell, T., Rumsey, N., Sandy, J. (1997) Psychological outcomes amongst cleft patients and their families. *British Journal of Plastic Surgery*, 50: 1–10.
- Udry, J. (1965) Structural correlates of feminine beauty preferences in Britain and the U.S.: a comparison. *Sociology and Social Research*, 49: 330–342.

- Udry, J., Eckland, B (1984) Benefits of being attractive: differential payoffs for men and women. *Psychological Reports*, 54: 47–56.
- Vamos, M. (1990) Body image in rheumatoid arthritis: the relevance of hand appearance to desire for surgery. *British Journal of Medical Psychology*, 63 267–277.
- Van der Donk, J., Hunfield, J., Passcher, J, Knegt-Junk, K, Nieboer, C. (1994) Quality of life and maladjustment associated with hair loss in women with alopecia androgenetic. *Social Science and Medicine*, 38: 159–163
- Vance, Y., Morse, R. C. Jenney, M. E., Eiser, C. (2001) Issues in measuring quality of life in childhood cancer: measures, proxies, and parental mental health. *Journal of Childhood Psychology and Psychiatry*, 42: 661–667.
- Veale, D. (2004) Advances in a cognitive behavioural model of body dysmorphic disorder. *Body Image*, 1: 113–125
- Vincent, M, McCabe, M (2000) Gender differences among adolescents in family and peer influences on body dissatisfaction, weight loss, and binge eating behaviors *Journal of Youth and Adolescence*, 29: 205–221.
- Wahl, A. K., Gjengedal, E., Hanestad, B R. (2002) The bodily suffering of living with severe psoriasis: in-depth interviews with 22 hospitalized patients with psoriasis. *Qualitative Health Research*, 12: 250–261.
- Walden, K. J., Thompson, J K., Wells, K. E (1997) Body image and psychological sequelae of silicone breast explantation: preliminary findings *Plastic and Reconstructive Surgery*, 100: 1299–306
- Wallace, L. M., Lees, J. (1988) A psychological follow-up study of adult patients discharged from a British burn unit. *Burns*, 14: 39–45.
- Wallace, M. (2004) The appearance-related concerns of adolescents who have undergone treatment for cancer. Paper presented at the British Psychological Society Division of Health Psychology Annual Conference, Edinburgh, September 2004.
- Walters, E. (1997) Problems faced by children and families living with visible differences, in R. Lansdown, N Rumsey, E. Bradbury, T. Carr and J Partridge (eds) *Visibly Different: Coping With Disfigurement*. Oxford: Butterworth-Heinemann
- Walster, E., Aronson, E., Abrahams, D, Rottman, L. (1966) The importance of physical attractiveness in dating behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4. 508–516
- Ward, C. (1999) The technological imperative in the treatment of craniofacial deformity *Cleft Palate Craniofacial Journal*, 36: 1–2
- Wardle, J., Collins, E. (1998) Body dissatisfaction: Social and emotional influences in adolescent girls. Unpublished manuscript, University College, London
- Wardle, J., Marsland, L. (1990) Adolescent concerns about weight and eating a social-developmental perspective. *Journal of Psychosomatic Research*, 34. 377–391.
- Warnock, M. (1992) Ethical challenges of embryo manipulation *British Medical Journal*, 304: 1045–1049.
- White, C. A. (2000) Body image dimensions and cancer. a heuristic cognitive behavioural model *Psycho-Oncology*, 9: 183–192
- White, C. A. (2002) Body image issues in oncology, in T. F. Cash and T. Pruzinsky (eds) *Body Image: A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice*. London: The Guilford Press.
- Wilcox, S. (1997) Age and gender in relation to body attitudes: is there a double standard of ageing? *Psychology of Women Quarterly*, 21: 549–565.

- Williams, J., Wood, C., Cunningham-Warburton, P (1999) A narrative study of chemotherapy-induced alopecia. *Oncology Nursing Forum*, 26: 1463–1468.
- Wood, K. C., Becker, J. A., Thompson, J. K. (1998) The commentary interpretation scale a measure of judgment of neutral appearance commentary. Unpublished manuscript, University of South Florida
- Wright, S. R. (2002) Appearance, disfigurement and self-perceptions. Unpublished MSc dissertation, University of the West of England, Bristol
- Yardley, L. (2001) Mixing theories: (how) can qualitative and quantitative health psychology research be combined? *Health Psychology Update*, 10: 6–9
- YouGov (2003) *Opinion Poll for the Charity Changing Faces*, Changing Faces, London.
- Young, V. L., Nemecek, J. R., Nemecek, D. A. (1994) The efficacy of breast augmentation breast size increase, patient satisfaction and psychological effects. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 94: 958–969.
- Zabora, J., Brintzenhofesoc, K., Curbow, B., Hooker, C., Piantadosi, S. (2001) the prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology* 10: 19–28.
- Ziegelmann, J. R., Griva, K., Hankins, M., Davenport, A., Thompson, D., Newman, S. (2002) The Transplant Effects Questionnaire (TxEQ): the development of a questionnaire for assessing the multidimensional outcome of organ transplantation - example of end stage renal disease (ERSD). *British Journal of Health Psychology*, 1: 393–408
- Zigmond, A. S., Snaith, R. P. (1983) The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67: 361–370.



*Н. Рамси, Д. Харкорт*

## **ПСИХОЛОГИЯ ВНЕШНОСТИ**

*Перевела с английского Е. Виноградова*

Заведующий редакцией  
Ведущий редактор  
Выпускающий редактор  
Научный редактор  
Литературный редактор  
Художник  
Корректоры  
Верстка

*П Алесов  
О Кувакина  
Е Маслова  
А Федоров  
Е Павлова  
К Радзевич  
М Одишкова, Н Сулейманова  
А Полянский*

Подписано в печать 24.12.08. Формат 70×100/16. Усл. п. л. 20,64.  
Тираж 3000. Заказ 13151.

ООО «Питер-Пресс», 198206, Санкт-Петербург, Нестергофское шоссе, д. 73, лит. А29

Налоговая льгота — общероссийский классификатор продукции ОК 005-93, том 2; 95 3005 — литература учебная

Отпечатано по технологии СІР в ОАО «Печатный двор» им. А. М. Горького

197110, Санкт-Петербург, Чкаловский пр., 15

В уникальной книге известных английских психологов Николы Рамси и Дианы Харкорт изложены ключевые вопросы современной психологии внешности. Книгу отличает подробное и всестороннее рассмотрение психологических проблем, связанных с внешностью, а также описание эффективных способов их решения.

Представленные разделы посвящены теоретическим и прикладным аспектам психологии внешности, нормальному и аномальному принятию своей внешности людьми, имеющими видимые отличия разной степени выраженности или испытывающими тревогу и неудовлетворенность своей внешностью.

Дает ли привлекательная внешность преимущества в повседневной жизни? Какие трудности возникают у людей с врожденными и приобретенными дефектами внешности? Какие вмешательства целесообразны в таких ситуациях? Книга содержит исчерпывающие ответы на эти и многие другие вопросы.

Издание предназначено для психологов, психотерапевтов, психиатров, пластических хирургов и представителей смежных специальностей, работающих в сфере красоты и здоровья.

**Спрашивайте в книжных магазинах или заказывайте по почте**  
**КНИГИ ИЗДАТЕЛЬСТВА «ПИТЕР»**



**ПИТЕР®**

**Заказ книг:**

197198, Санкт-Петербург, а/я 619  
тел.: (812) 703-73-74. postbook@piter.com

61093, Харьков-93, а/я 9130

тел.: (057) 758-41-45, 751-10-02. piter@kharkov.piter.com

ISBN 978-5-388-00200-6



9 785388 002006

**www.piter.com — вся информация о книгах и веб-магазин**