

Санкт-Петербургский государственный университет

Выпускная квалификационная работа на тему:
***ВЗАИМОСВЯЗЬ САМООБЪЕКТИВАЦИИ И ХАРАКТЕРИСТИК ПСИХИЧЕСКОГО
ЗДОРОВЬЯ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН***
по направлению подготовки 37.04.01 — Психология
основная образовательная программа «Психическое здоровье»

Выполнил:
Студент 2 курса магистратуры
Руденко Оксана Игоревна

Рецензент:
кандидат психологических наук,
руководитель психологической службы
Сабунаева Мария Леонидовна

Научный руководитель:
кандидат психологических наук, доцент
Александрова Ольга Владимировна

Рецензент:
кандидат психологических наук, доцент
Зиновьева Елена Викторовна

Санкт-Петербург
2017

СОДЕРЖАНИЕ

Generating Table of Contents for Word Import ...

АННОТАЦИЯ

Для исследования взаимосвязи самооbjectивации с выраженностью симптоматики расстройств пищевого поведения и уровнем депрессии у молодых женщин было обследовано 423 женщины в возрасте от 18 до 44 лет.

Измерялись: уровень самооobjectивации (шкала N.M. McKinley и J.S. Hyde), выраженность симптоматики расстройств пищевого поведения (тест EAT-26 в адаптации О.А. Скугаревского), уровень депрессивной симптоматики (шкала А. Бека в адаптации Н.В. Тарабриной), а также значения предполагаемых медиаторов — стыда тела (шкала N.M. McKinley и J.S. Hyde) и беспокойства по поводу внешности (шкала K.L. Dion с соавт.).

Обработка данных: метод квартильного деления, дисперсионный, корреляционный и факторный анализы, метод моделирования структурными уравнениями.

Результаты. У молодых женщин из групп риска формирования расстройств пищевого поведения и депрессии значимо более высокий уровень самооobjectивации, стыда тела и беспокойства по поводу внешности, чем в контрольных группах. Уровень самооobjectивации статистически значимо положительно взаимосвязан с выраженностью расстройств пищевого поведения и уровнем депрессии. Во взаимосвязи самооobjectивации с расстройствами пищевого поведения модераторами являются стыд тела и беспокойство по поводу внешности, во взаимосвязи самооobjectивации с уровнем депрессии медиатором выступает беспокойство по поводу внешности. Таким образом, самооobjectивацию можно рассматривать как один из возможных факторов формирования расстройств пищевого поведения и депрессивной симптоматики.

ABSTRACT

The research “Correlates of self-objectification and characteristics of mental health among young women” is aimed at studying the correlation of young women’s self-objectification with disordered eating and depressed mood. A sample of women between 18 and 44 years (N = 423) completed questionnaire measures of self-objectification (Body Surveillance Subscale of the Objectified Body Consciousness Scale by N.M. McKinley & J.S. Hyde), depressed mood (Beck Depression Inventory), disordered eating (EAT-26), as well as the proposed mediating variables of body shame (Body Shame Subscale by N.M. McKinley & J.S. Hyde) and appearance anxiety (Appearance Anxiety Scale by K.L. Dion et al.).

Processing: method of quartile division, variance analysis (ANOVA), correlation analysis, factor analysis, path analysis within Structural Equation Model (SEM).

The main results. It was found that self-objectification, body shame and appearance anxiety of young women with high risk of eating disorders and depression were significantly higher than the relevant variables of young women from control groups. The self-objectification was significantly positively related to disordered eating and depressed mood. Body shame and appearance anxiety mediated the relationship between self-objectification and disordered eating. The relationship between self-objectification and depressed mood was mediated by appearance anxiety only.

It was concluded that self-objectification and its psychological consequences — body shame and appearance anxiety — can be considered as possible predictors of disordered eating and depressed mood.

ВВЕДЕНИЕ

В 1997 году психологами Барбарой Фредриксон (Barbara Fredrickson) и Томи-Энн Робертс (Tomi-Ann Roberts) была предложена теория женской самообъективации (Fredrickson B.L., Roberts T.A., 1997), которая, с одной стороны, явилась синтезом различных теоретических подходов и исследований на тему сексуальной объективации женщин, с другой — предложила теоретическую рамку для исследования психологических последствий проживания в объективирующей культуре (Moradi B., Huang Y.P., 2008). Среди рисков для психического здоровья модель самообъективации включает расстройства пищевого поведения и депрессию — нарушения, которые диспропорционально чаще встречаются у женщин, чем у мужчин (Hyde J.S. et al., 2008; Jones B.A., Griffiths K.M., 2015; Lewinsohn P.M. et al., 2002; Striegel-Moore R.H., Bulik C.M., 2007).

Актуальность исследования. Одно из центральных мест в современной психотерапевтической и психиатрической практике занимает проблема ранней диагностики, прогностической оценки, лечения и профилактики депрессии, а также расстройств пищевого поведения (например, Александрова Р.В., Мешкова Т.А., 2015; Олейчик И.В., 2011). Актуальность проблематизации депрессии и расстройств пищевого поведения объясняется, прежде всего, широтой распространения, трудностями диагностики, социальными последствиями (аддиктивное и суицидальное поведение, социальная дезадаптация и др.), а также высоким процентом летальности (Кравченко Н.Е., Зикеев С.А., 2012; Олейчик И.В. и др., 2013).

Депрессия все чаще возникает в юношеском возрасте: по последним данным распространенность депрессии среди 15–20-летних составляет от 8 до 20% и превышает 50% всей психической заболеваемости юношеского возраста (Олейчик И.В., 2011). По абсолютному количеству самоубийств среди

подростков 15–19 лет Россия занимает одно из ведущих мест в мире. С 14–15-летнего возраста суицидальная активность резко возрастает, достигая пика к 16–19 годам (Кравченко Н.Е., Зикеев С.А., 2012). В детском возрасте (до 10 лет) соотношение девочек и мальчиков среди болеющих расстройствами депрессивного спектра примерно одинаково, с незначительным перевесом мальчиков. Однако по мере приближения к подростковому возрасту гендерные показатели меняются в сторону преобладания девочек, а в интервале 12–13 лет вероятность депрессивных расстройств у девочек возрастает в два раза и такой остается до средних лет взрослой жизни (Кравченко Н.Е., 2012). Согласно международным данным, эта гендерная пропорция (1:2) среди страдающих депрессией лиц мужского и женского пола выявляется независимо от расового или этнического происхождения (Hyde J.S. et al., 2008; Jones B.A., Griffiths K.M., 2015).

Кроме того, в современном мире прослеживается отчетливая тенденция к увеличению числа больных с расстройствами пищевого поведения (Crow S.J. et al., 2009; Smink F.R.E. et al., 2012). Частота нарушений пищевого поведения среди женщин в возрасте от 15 до 40 лет составляет примерно 0,5%; около 80% всех больных анорексией составляют девушки в возрасте от 12 до 24 лет (Бобров А.Е., 2015; Матусевич М.С., 2013). По разным данным, от 5 до 17% больных анорексией умирают, при этом около 20% из них совершают суицид (Arcelus J. et al., 2011). Российские исследователи, изучающие проблему расстройств пищевого поведения, также отмечают высокие показатели риска формирования подобных нарушений в неклинической популяции (Александрова Р.В., Мешкова Т.А., 2015; Дурнева М.Ю., Мешкова Т.А., 2014; Николаева Н.О., Мешкова Т.А., 2011).

Депрессия и расстройства пищевого поведения являются многофакторными явлениями, вызванными комплексом причин (Николаева Н.О., Мешкова Т.А., 2011; Hölzel L. et al., 2011; Striegel-Moore R.H., Bulik C.M., 2007). В настоящей работе самообъективация, которая до настоящего момента не являлась объектом научного исследования на русском языке,

рассматривается как один из возможных факторов, воздействующих на формирование расстройств пищевого поведения и депрессии, и, следовательно, заслуживающий отдельного изучения.

Значительное количество эмпирических исследований подтверждает коморбидность депрессии и расстройств пищевого поведения (например, Boujut E., Gana K., 2014; Fennig S., Hadas A., 2010; Mischoulon D. et al., 2011; Presnell K. et al., 2009; Skinner H.H. et al., 2012), поэтому рассмотрение взаимосвязи самообъективации и депрессии, а также расстройств пищевого поведения в одной работе видится обоснованным.

На диаграмме, приведенной на рис. 1, проиллюстрирована история актуальности теории самообъективации в англоязычной информационной среде согласно поисковой системе Академия Google (Google Scholar).

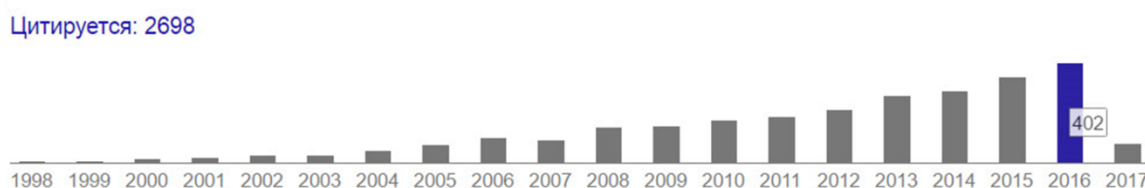


Рис. 1. Fredrickson V.L., Roberts T.A., 1997: история цитирования согласно поисковой системе Академия Google

В 1997 году, когда была опубликована оригинальная статья психологов Барбары Фредриксон и Томи-Энн Робертс (Fredrickson V.L., Roberts T.A., 1997), ссылки на нее отсутствовали. В 1998 и 1999 годах, согласно системе Академия Google, на статью сослались по семь раз. Наибольшее количество ссылок было зафиксировано в 2016 году — 402 ссылки. Таким образом, можно сделать вывод о том, что в англоязычной исследовательской среде интерес к теории самообъективации за двадцать лет ее существования неуклонно растет.

В русскоязычном информационном пространстве тема самообъективации практически не представлена: на ключевые слова «самообъективация» и «Фредриксон» поисковая система Google обнаружила шесть ссылок, четыре из

которых — на книгу И.С. Кона «Мужчина в меняющемся мире» (2009). И.С. Кон в главе «Самообъективация» рассматривает теорию применительно к мужчинам, прежде всего гомосексуалам. Кроме того, поисковая система Академия Google обнаружила три научные работы на русском языке, ссылающиеся на оригинальную статью авторов теории самообъективации: книга И.С. Кона «Мужчина в меняющемся мире» и две статьи — статья Т.А. Ребеко об отношении к коже как репрезентации фемининности (Ребеко Т.А., 2006), а также статья о гендерных саморепрезентациях подростков на страницах социальной сети «ВКонтакте» (Щекотуров А.В., 2012). В обеих статьях тема самообъективации не является основной темой анализа. Таким образом, тема самообъективации в русскоязычном информационном пространстве практически не представлена и не являлась объектом научного исследования на русском языке.

Научная новизна настоящего исследования заключается в том, что данная работа представляет собой первое в отечественной психологии исследование психологических особенностей женской самообъективации.

Теоретическое предположение Б. Фредриксон и Т.-Э. Робертс о взаимосвязи самообъективации с расстройствами пищевого поведения нашло эмпирическое подтверждение в значительном количестве зарубежных исследований, которые проводились на выборках женщин различных возрастных групп, проживающих в Австралии, Великобритании, США, Китае, Швейцарии и Италии (Augustus-Horvath C.L., Tylka T.L., 2009; Calogero R.M., 2009; Calogero R.M., Pina A., 2011; Calogero R.M., Thompson J.K., 2009; Calogero R.M. et al., 2005; Choma B.L. et al., 2009; Dakanalis A., Riva G., 2013; Dakanalis A. et al., 2015; Engeln-Maddox R. et al., 2011; Fitzsimmons-Craft E.E. et al., 2011; Fredrickson B.L. et al., 1998; Greenleaf C., 2005; Greenleaf C., McGreer R., 2006; Harrison K., Fredrickson B.L., 2003; Hurt M.M. et al., 2007; Jackson T., Chen H., 2015; Kozee H.B., Tylka T.L., 2006; Lindner D. et al., 2012; McKinley N.M., 1999, 2006; Mitchell K.S., Mazzeo S.E., 2009; Muehlenkamp J.J., Saris-Baglama R.N., 2002; Myers T.A., Crowther J.H., 2008; Noll S.M.,

Fredrickson B.L., 1998; Peat C.M., Muehlenkamp J.J., 2011; Rolnik A.M. et al., 2010; Slater A., Tiggemann M., 2002, 2010, 2012; Steer A., Tiggemann M., 2008; Tiggemann M., 2013; Tiggemann M., Lynch J.E., 2001; Tiggemann M., Kuring J.K., 2004; Tiggemann M., Slater A., 2001; Tiggemann M., Williams E., 2012; Tylka T.L., Sabik N.J., 2010). В ряде исследований связь между самообъективацией и расстройствами пищевого поведения была опосредована стыдом тела (Calogero R.M., 2009; Calogero R.M., Pina A., 2011; Calogero R.M., Thompson J.K., 2009; Calogero R.M. et al., 2005; Choma B.L. et al., 2009; Engeln-Maddox R. et al., 2011; Fitzsimmons-Craft E.E. et al., 2011; Greenleaf C., 2005; Greenleaf C., McGreer R., 2006; Jackson T., Chen H., 2015; Kozee H.B., Tylka T.L., 2006; Lindner D. et al., 2012; Rolnik A.M. et al., 2010; Slater A., Tiggemann M., 2002, 2010, 2012; Tiggemann M., Lynch J.E., 2001; Tiggemann M., Kuring J.K., 2004; Tiggemann M., Williams E., 2012; Tylka T.L., Sabik N.J., 2010). Беспокойство по поводу внешности в качестве предполагаемого медиатора во взаимосвязи самообъективации с расстройствами пищевого поведения было исследовано в меньшей степени (Mitchell K.S., Mazzeo S.E., 2009; Peat C.M., Muehlenkamp J.J., 2011; Slater A., Tiggemann M., 2002; Tiggemann M., Lynch J.E., 2001; Tiggemann M., Kuring J.K., 2004; Tiggemann M., Williams E., 2012).

По сравнению с количеством исследований взаимосвязи самообъективации с расстройствами пищевого поведения зарубежных исследований взаимосвязи самообъективации с депрессией и депрессивными состояниями было проведено в меньшем объеме (Tiggemann M., 2011, p. 145). Исследования, проведенные на выборках девушек и женщин, проживающих в Австралии, США, Канаде, Швейцарии, Грузии и Италии, подтверждают применимость теории самообъективации по отношению к депрессии (Carr E.R., Szymanski D.M., 2011; Chen F.F., Russo N.F., 2010; Choma B.L. et al., 2009; Grabe S., Hyde J.S., 2009; Grabe S., Jackson B., 2009; Grabe S. et al., 2007; Haines M.E. et al., 2008; Hurt M.M. et al., 2007; Impett E.A. et al., 2011; Kahumoku E.P. et al., 2011; Mitchell K.S., Mazzeo S.E., 2009; Peat C.M., Muehlenkamp J.J., 2011; Rubin L.R., Steinberg J.R., 2011; Szymanski D.M.,

Henning S.L., 2007; Tiggemann M., Kuring J.K., 2004; Tiggemann M., Williams E., 2012; Tolman D.L. et al., 2006). В большей части исследований была обнаружена опосредованная связь между самообъективацией и депрессией. Наиболее часто встречающимися медиаторами выступили стыд тела (Carr E.R., Szymanski D.M., 2011; Chen F.F., Russo N.F., 2010; Choma B.L. et al., 2009; Grabe S. et al., 2007; Haines M.E. et al., 2008; Hurt M.M. et al., 2007; Muehlenkamp J. J. et al., 2005; Szymanski D.M., Henning S.L., 2007; Tiggemann M., Kuring J.K., 2004; Tiggemann M., Williams E., 2012) и беспокойство по поводу внешности (Szymanski D.M., Henning S.L., 2007; Tiggemann M., Kuring J.K., 2004; Tiggemann M., Williams E., 2012).

Целью настоящего исследования является изучение психологических особенностей женской самообъективации, в частности, исследование взаимосвязи самообъективации у молодых женщин и таких характеристик психического здоровья, как уровень депрессии и выраженность симптоматики расстройств пищевого поведения.

Объектом исследования является самообъективация.

Предметом исследования является самообъективация у молодых женщин.

Основные гипотезы исследования:

1. Молодые женщины с высоким уровнем самообъективации более подвержены риску формирования расстройств пищевого поведения и депрессивной симптоматики, чем молодые женщины с низким уровнем самообъективации.
2. Существует положительная взаимосвязь между уровнем самообъективации и выраженностью симптоматики расстройств пищевого поведения у молодых женщин.
3. Существует положительная взаимосвязь между уровнем самообъективации и уровнем депрессии у молодых женщин.
4. Стыд тела и беспокойство по поводу внешности являются промежуточными переменными в приведенных выше взаимосвязях.

В соответствии с целью и гипотезами были сформулированы следующие **задачи исследования**:

1. Изучить понятие самообъективации с целью разработки теоретической модели применительно к настоящему исследованию.
2. Определить распространенность риска расстройств пищевого поведения и депрессивной симптоматики у молодых женщин, провести сравнение групп с разным уровнем риска.
3. Выявить и исследовать взаимосвязи между самообъективацией и выраженностью симптоматики расстройств пищевого поведения, а также между самообъективацией и уровнем депрессии.
4. Проанализировать соответствие теоретической модели самообъективации эмпирическим данным.

Для достижения поставленных задач исследования были использованы психодиагностический и математико-статистический методы. **Психодиагностический метод** был реализован с помощью следующих методик: шкала наблюдения над телом (McKinley N.M., Hyde J.S., 1996), шкала стыда тела (McKinley N.M., Hyde J.S., 1996), шкала беспокойства по поводу внешности (Dion K.L. et al., 1990), тест отношения к приему пищи (EAT-26) (Garner D.M. et al., 1982, Скугаревский О.А., 2007), шкала депрессии Бека (Beck A.T. et al., 1961, Тарабрина Н.В., 2001).

Для обработки результатов исследования применялись следующие **математико-статистические методы**: метод квартильного деления, однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA), корреляционный анализ (r -Пирсона), эксплораторный и конфирматорный факторный анализ, метод моделирования структурными уравнениями (SEM). Кроме того, был выполнен анализ описательных статистик, вычислены критерий согласия Колмогорова-Смирнова (λ), критерий хи-квадрат Пирсона (χ^2), коэффициент α -Кронбаха.

ГЛАВА 1. Психологические особенности женской самообъективации

1.1 Сексуальная объективация и социокультурный идеал женской телесности

Философский энциклопедический словарь определяет объективацию как «опредмечивание, превращение в объект» (Ивин А.А., 2004).

Американский философ Марта Нуссбаум (Martha Nussbaum) в эссе «Объективация» приводит семь ключевых признаков объективации в отношениях между людьми:

- (1) инструментализм — отношение к человеку как к инструменту для осуществления различного рода целей;
- (2) отказ в автономии — лишение другого человека права на автономию и свободное волеизъявление;
- (3) инертность — отказ человеку в наличии свободы воли и, возможно, какой-либо активности в целом;
- (4) взаимозаменяемость объекта другими объектами, обладающими такими же или другими характеристиками;
- (5) возможность нарушения физических границ;
- (6) собственность — отношение к человеку как к имуществу, которое можно приобрести или продать;
- (7) отказ в субъектности — жизненный опыт и чувства другого человека не принимаются во внимание (Nussbaum M.C., 1995, p. 257).

Впоследствии философ Рей Хелен Лангтон (Rae Helen Langton) добавила к этому списку три дополнительных признака:

- (8) сведение к телу (reduction to body) — идентификация человека с его телом или частями тела;
- (9) сведение к внешности (reduction to appearance) — человек оценивается в соответствии с его физической привлекательностью;

(10) замалчивание (silencing) — отношение к человеку как к лишенному способности говорить (Langton R., 2009, p. 228–229).

Таким образом, объективация означает отношение к человеку как к объекту, который подлежит использованию, манипуляциям, контролю, а также оценке с точки зрения его физических характеристик.

Одним из видов объективации является сексуальная объективация. Несмотря на то, что понятие сексуальной объективации является комплексным понятием и предметом разного рода дискуссий, остановимся на определении Сандры Ли Барткли (Sandra Lee Bartky): «Женщина сексуально объективируется в том случае, когда ее части тела или сексуальные функции рассматриваются отдельно от личности и наделяются статусом простых инструментов (для удовлетворения сексуальных желаний объективирующего лица. — О.Р.)» (Bartky S., 2012, p. 35). Согласно ряду исследований, женщины гораздо чаще мужчин становятся объектом сексуальной объективации, в частности, в средствах массовой информации (Ваньке А., 2011; Dakanalis A., Riva G., 2013; Eck B.A., 2003; Ward L.M., 2003; Zhang Y. et al., 2010). Однако, следует отметить, что в последнее время и мужские телесные репрезентации, транслируемые в СМИ, становятся более стереотипизированными и недостижимыми (Ваньке А., 2011; Knauss C. et al., 2008; Tylka T.L., 2011), следовательно, и мужские тела в современной западной культуре становятся более объективированными (Dakanalis A., Riva G., 2013; Daniel S., Bridges S.K., 2010).

Понятие сексуальной объективации тесно связано с социокультурным идеалом женской телесности (Bordo S., 2004). Социальный психолог В.А. Scott, анализируя социально-культурные идеалы женской внешности, приходит к выводу, что при всех различиях идеалов красоты в XX–начале XXI века общими являются следующие три признака:

1) идеальные тела, вне зависимости от их характеристик, воплощают труднодостижимые физические стандарты и не являются репрезентациями большинства женщин;

2) для достижения этих стандартов от женщин требуются значительные временные, энергетические и эмоциональные ресурсы;

3) женские тела являются объектом критической оценки как со стороны мужчин, так и со стороны женщин (Scott B.A., 1997 цит. по: Forbes G.B. et al., 2007, p. 265).

Механизм интернализации женщинами нереалистичного идеала женского тела помогает понять метафора паноптикона, предложенная Мишелем Фуко в книге «Надзирать и наказывать». Паноптикон — проект тюрьмы, предложенный в начале XIX века английским философом Иеремией Бентамом. В центре паноптикона находится башня тюремного надзирателя, камеры заключенных расположены по кругу, что позволяет осуществлять постоянный надзор за заключенными, в то время как они сами не видят надзирателей и не знают, находятся ли они в данный момент под наблюдением. «Основная цель паноптикона: привести заключенного в состояние сознаваемой и постоянной видимости, которая обеспечивает автоматическое функционирование власти» (Фуко М., 1999, с. 294). Таким образом, надзиратель не должен постоянно находиться в башне: сама возможность наблюдения заставляет заключенных осуществлять постоянный самоконтроль, опасаясь наказаний за любое нарушение правил.

По мнению M.C. Duncan (1994), паноптический взгляд (panoptic gaze) наблюдает за женщинами на предмет возможных нарушений неписанных правил идеальной женской телесности. Эффективность подобного наблюдения достигается за счет личного самоконтроля: женщины интернализируют паноптический взгляд и обращают его против самих себя, критикуя и обесценивая собственную внешность при сравнении с социокультурным идеалом. При этом невидимость и амбивалентность паноптического взгляда заставляют женщин поверить, что данные стандарты телесности являются их собственными стандартами.

1.2 Определение понятия самообъективации

1.2.1 Теория самообъективации: основные положения

В 1998 году психологами Барбарой Фредриксон и Томи-Энн Робертс была предложена концепция женской самообъективации, объясняющая, почему «женщины начинают видеть себя глазами других» (Вульф Н., 2013, с. 231), почему «многие, если не большинство женщин готовы (часто с энтузиазмом) принимать участия в культурных практиках, которые их объективируют и сексуализируют» (Bordo S., 2004, p. 28).

Согласно теории самообъективации, женщины интернализируют объективирующий их взгляд внешнего наблюдателя, а также социокультурные стандарты красоты, и начинают рассматривать самих себя как объекты, подлежащие оцениванию в первую очередь с точки зрения их физической и сексуальной привлекательности (Fredrickson B.L., Roberts T.A., p. 179–180).

Изначально под объективирующим взглядом понимался прежде всего мужской взгляд. «Мужской взгляд» (male gaze) — термин, впервые появившийся в 1975 году в статье теоретика кино Лауры Малви «Визуальное удовольствие и нарративный кинематограф» (2000). На данную работу, ознаменовавшую начало плодотворному сотрудничеству между психоанализом и теорией кино, существенное влияние оказали психоаналитические идеи Зигмунда Фрейда и Жака Лакана. Л. Малви провела анализ голливудских фильмов и сделала вывод о конструировании женских тел как пассивных объектов спектакля, лишенных полноценной субъектности: женщина является «образом», а мужчина — «обладателем взгляда» (Малви Л., 2000, с. 288).

Однако объективирующий взгляд не всегда является мужским. Так, исследование P. Strelan и D. Hargreaves продемонстрировало, что женщины склонны объективировать других женщин в большей степени, чем самих себя. При этом чем выше уровень самообъективации, тем выше показатели объективации других женщин. Тем не менее, отмечают исследователи, уровень

объективации женщин со стороны других женщин гораздо ниже, чем со стороны мужчин (Strelan P., Hargreaves D., 2005b).

Самообъективация может принимать различные формы: «женщины прикладывают усилия по изменению своего тела и внешности посредством диеты, физических упражнений, модной одежды, косметических товаров» (Fredrickson V.L., Roberts T.A., p. 182). Однако зачастую самообъективация оказывает негативное воздействие на качество и продуктивность жизни женщин. Интернализация женщинами объективирующего взгляда внешнего наблюдателя приводит к озабоченности и неудовлетворенности собственной внешностью и, как следствие, к постоянному самонаблюдению (self-surveillance) и мониторингу собственной внешности. Постоянный контроль и самонаблюдение имеют определенные психологические последствия: стыд и беспокойство относительно собственного тела и внешности, прерывание потоковых состояний и ухудшение восприятия телесных ощущений (например, голода, насыщения, усталости, сексуального возбуждения, учащенного сердцебиения и т. д.). Накапливаясь, перечисленные субъективные переживания могут привести к таким рискам психического здоровья, как депрессия, расстройства пищевого поведения и сексуальная дисфункция — нарушения, которые диспропорционально чаще встречаются у женщин, чем у мужчин. Таким образом, негативные последствия, которые самообъективации может оказывать на психическое здоровье, в соответствии с оригинальной статьей авторов теории можно представить в виде схемы, приведенной на рис. 2.

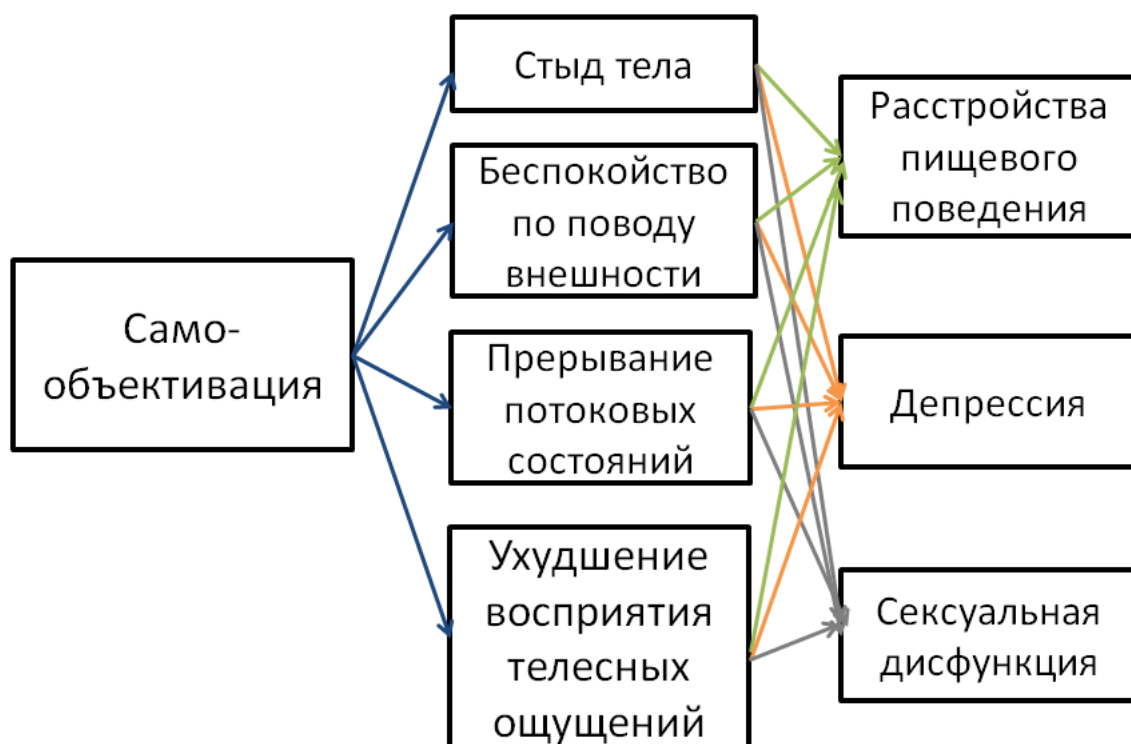


Рис. 2. Модель самообъективации: психологические последствия и риски для психического здоровья

1.2.2 Теория самообъективации: смежные теории

Предшественником теории самообъективации была теория Маккинли (McKinley) и Хайд (Hyde) об осознанности объективации тела (McKinley N.M., Hyde J.S., 1996), соответствующая статья была опубликована за год до появления статьи Фредриксон и Робертс. Маккинли и Хайд описали особую форму осознанности, которая сопровождается постоянным самонаблюдением и при которой тело рассматривается скорее в терминах, имеющих отношение к внешности, чем к телесным ощущениям. Заслугой Маккинли и Хайд является то, что они операционализировали осознанность объективации тела, разработав соответствующую шкалу (Objectified Body Consciousness Scale), которая состоит из трех подшкал: наблюдение над телом (Body Surveillance), стыд тела (Body Shame) и убеждения о контроле (Control Beliefs). В исследованиях, посвященных самообъективации, часто используются подшкалы для измерения степени стыда тела и наблюдения за телом. Третья подшкала — убеждений о

контроле над телом — отображает степень уверенности женщин, что они несут ответственность за свою внешность и могут ее контролировать, если приложат достаточно усилий. Именно наличие этой подшкалы является принципиальным отличием двух рассматриваемых теорий, поскольку контроль над телом может, с одной стороны, выступать как адекватное поведение (ассоциироваться с силой и компетенцией), а с другой — привести к проблемным практикам модификации тела.

Другой важной теоретической моделью, которая пересекается с теорией самообъективации, является модель тройственного влияния (tripartite influence model, van den Berg P. et al., 2002). Согласно данной модели, родители, сверстники (peers) и СМИ являются основными источниками социокультурного давления, воздействуя на формирования образа тела и способствуя интернализации социокультурных стандартов привлекательности. По крайней мере, два фактора опосредуют взаимосвязь между перечисленными источниками влияния и неудовлетворительным образом тела: сравнение внешности (appearance comparison) и интернализация образов, транслируемых СМИ. В терминах теории самообъективации влияние семьи, сверстников и СМИ может быть рассмотрено в качестве отдельных проявлений опыта сексуальной объективации, а сравнение внешности может быть интерпретировано как отражение самообъективации и наблюдения над телом (например, Aubrey J.S., 2006; Basow S.A. et al., 2007; Starr C.R., Ferguson G.M., 2012).

Таким образом, теория самообъективации представляет собой теоретическую рамку, интегрирующую исследования относительно гендерной специфики негативного образа тела и его последствий.

1.2.3 Формы самообъективации

Согласно авторам теории, самообъективация может принимать две формы. Характерологическая самообъективация (trait self-objectification, TSO) представляет собой общую склонность женщины, проживающей в сексуально

объективирующей женские тела культуре, воспринимать себя сквозь призму взгляда других людей. Между женщинами существуют индивидуальные различия, в какой степени они интернализируют взгляд внешнего наблюдателя. Таким образом, характерологическая самообъективация представляет собой индивидуальную характеристику, относительно стабильную в течение времени, что подтверждают эмпирические исследования (например, Slater A., Tiggemann M., 2012).

Вторая форма самообъективации — ситуационная самообъективация (state self-objectification, SSO) — это тенденция воспринимать себя сквозь призму взгляда других, спровоцированная специфическим событием. Вследствие данной зависимости от внешних обстоятельств, ситуационная самообъективация является величиной, которая изменяется с течением времени.

Данным двум формам самообъективации соответствуют разные подходы к операционализации. Характерологическая самообъективация измеряется с помощью одного из двух методов. Посредством опросника самообъективации (Self-Objectification Questionnaire (SOQ), Noll S.M., Fredrickson B.L., 1998) измеряется соотношение оценок своего тела с помощью характеристик, имеющих отношение к внешности (вес, сексуальность, размеры тела, физическая привлекательность тела, рельефность мышц.), с оценками с помощью характеристик, имеющих отношение к функциональности тела (сила, физическая координация, уровень энергии, здоровье, физическое состояние). Вторым способом измерения уровня характерологической самообъективации является измерение с помощью подшкалы наблюдения над телом (Body Surveillance Subscale) шкалы осознанности объективации тела (Objectified Body Consciousness Scale (OBC); McKinley N.M., Hyde J.S., 1996) (см. параграф 1.2.2 «Теория самообъективации: смежные теории»).

Операционализация ситуационной самообъективации заключается в манипулировании уровнем самообъективации при создании сексуально объективирующих экспериментальных условий. В соответствующих исследованиях использовались различные методы манипулирования уровнем

ситуационной самообъективации: примерка участницами эксперимента купальника перед зеркалом в полный рост (например, Fredrickson V.L. et al., 1998; Quinn D.M. et al., 2006), создание условий, когда женщины становились объектом мужского «взгляда» (например, Calogero R.M., 2004; Gay R.K., Castano E., 2010), демонстрация медийных образов идеализированных женских тел (например, Roberts T.A., Gettman J.Y., 2004) и т. д.

1.2.3 Медиаторы, опосредующие взаимосвязь между самообъективацией и рисками для психического здоровья

Согласно теории самообъективации, связь между самообъективацией и проблемами психического здоровья объясняются рядом опосредующих механизмов (mediating mechanisms), к которым относятся стыд тела, беспокойство по поводу внешности, прерывание потоковых состояний и ухудшение восприятия телесных ощущений. Из перечисленных медиаторов наибольшее исследовательское внимание и эмпирическое подтверждение получили стыд тела и беспокойство по поводу внешности (Moradi V., Huang Y.P., 2008).

1.2.3.1 Самообъективация и стыд тела

Чувство стыда относится к группе эмоций, которые в англоязычной литературе получили название «эмоции самосознания» (self-conscious emotions), поскольку являются связанными с «Я-концепцией» в социальных взаимоотношениях. В русскоязычном дискурсе подобные эмоции именуется «социальными» или «моральными» (Макогон И.К., Ениколопов С.Н., 2009, с. 74). Исследователи рассматривают стыд как эмоцию, связанную либо с отношением другого человека или людей, либо с невозможностью соответствовать определенным стандартам, правилам или целям (например, Кули Ч.Х., 2000; Lewis M., 2010). Собственная невозможность соответствовать определенным стандартам, правилам или целям приписывается скорее не

конкретным действиям (например, «Я сделал что-то плохое, ужасное»), а негативной оценке самого себя в целом («Я недостойный, неспособный или плохой человек» (Tangney J.P et al, 1996, p. 1257). При этом эмоция стыда запускается чаще всего не конкретной ситуацией, а интерпретацией какого-либо события как частного, так и публичного (Lewis M., 2010, p. 748).

Согласно теории самообъективации, объективирующие себя люди сравнивают себя с интернализированным социокультурным идеалом, при этом любое несоответствие между действительным и идеальным телом вызывает стыд (Fredrickson V.L., Roberts T.A., 1997; Fredrickson V.L. et al. 1998). Кроме того, стыд может вызывать сильное желание убежать, спрятаться и исчезнуть (Lewis M., 2010). Применительно к теории самообъективации это означает, что женщины включаются в процессы модификации собственного тела и внешности посредством косметических средств, диетических практик, физических упражнений и пластической хирургии (Fredrickson V.L., Roberts T.A., 1997).

Учитывая то, что идеальное женское тело является мифом, нереалистичным и практически недостижимым (Вульф Н., 2013), большинство женщин, постоянно сравнивая свое реальное тело с мифическим идеалом, в той или иной степени склонны испытывать стыд тела. Эмпирические исследования демонстрируют несоответствие между действительным телом и образом идеального тела (например, Fingeret M.C. et al., 2004; Grogan S., 2007). Данная невозможность соответствовать идеалу может привести к тому, что женщины начинают ощущать себя толстыми и потерявшими хорошую форму. Так, хотя лишним весом обладают лишь небольшое количество женщин и девушек, эмпирические исследования демонстрируют, что большинство из них считают себя толстыми и стыдятся этого (например, Grogan S., 2007).

Кроме того, рядом исследователей стыд рассматривается как моральная эмоция, то есть эмоция, которая необходима для приспособления к социальным стандартам (Lewis M., 2010). С этой позиции телесные идеалы конструируются как идеалы моральные. Так, стройное тело в современном западном обществе

интерпретируется, в частности, в СМИ как здоровое, молодое, сексуально привлекательное и успешное, в то время как полнота считается показателем нездоровья, а также лени, отсутствия дисциплины и самоконтроля, нежелания подчиняться социальным нормам (Bordo S., 2004; Crandall C.S., 1994; Van Amsterdam N., 2013). В связи с этим постоянные попытки изменения тела и внешности, а также приведения тела в соответствии с социальными стандартами красоты посредством диетических практик, косметической продукции, модной индустрии, фитнес-практик и даже порой пластической хирургии приравниваются к моральному обязательству (Noll S.M., Fredrickson B.L., 1998).

В современной западной культуре СМИ транслируют гомогенную репрезентацию идеального женского тела, под которым понимается здоровое, вечно молодое и стройное тело (например, Bordo S., 2004) — идеал, который является практически недостижимым для большинства женщин (Вульф Н., 2013; Harper B., Tiggemann M., 2008; Hausenblas H.A. et al., 2013). Постоянно сравнивая свое реальное тело с телесным каноном, большая часть женщин склонна в той или иной степени испытывать стыд тела. Особенно сильный стыд тела отличает женщин с высоким уровнем самообъективации, что подтверждается рядом исследований, демонстрирующих взаимосвязь между стыдом тела и самообъективацией (Augustus-Horvath C.L., Tylka T.L., 2009; Calogero R.M., 2009; Calogero R.M., Pina A., 2011; Calogero R.M., Thompson J.K., 2009; Carr E.R., Szymanski D.M., 2011; Chen F.F., Russo N.F., 2010; Choma B.L. et al., 2009; Dakanalis A. et al., 2015; Downs D.M. et al., 2006; Engeln-Maddox R. et al., 2011; Fitzsimmons-Craft E.E. et al., 2011; Grabe S. et al., 2007; Greenleaf C., McGreer R., 2006; Haines M.E. et al., 2008; Hurt M.M. et al., 2007; Jackson T., Chen H., 2015; Kozee H.B., Tylka T.L., 2006; Lindner D. et al., 2012; Roberts T.A., Gettman J.Y., 2004; Rolnik A.M et al., 2010; Szymanski D.M., Henning S.L., 2007; Slater A., Tiggemann M., 2002, 2010, 2012; Steer A., Tiggemann M. 2008; Tiggemann M., Lynch J.E., 2001; Tiggemann M., Kuring J.K., 2004; Tiggemann M., Williams E., 2012; Tylka T.L., Sabik N.J., 2010).

1.2.3.2 Самообъективация и беспокойство по поводу внешности

В связи с постоянным мониторингом тела самообъективация также сопровождается повышенным беспокойством по поводу внешности. Беспокойство представляет собой негативную эмоцию, которую люди испытывают при ожидании опасности или угрозы, однако в отличие от страха в основе тревоги лежит амбивалентное отношение к объекту (Изард К.Э., 2006; Öhman A., 2010).

Согласно теории Б. Фредриксон и Т.-Э. Робертс, культура, объективирующая женские тела, создает множество условий для проживания женщинами беспокойства по поводу внешности (Fredrickson B.L., Roberts T.A., 1997). Когда человек точно не знает, кто, когда и каким образом будет оценивать его/ее тело, подобная ситуация может спровоцировать беспокойство, которое часто манифестируется в постоянной проверке и регуляции собственной внешности. Эмпирические исследования подтверждают, что женщины испытывают гораздо большее беспокойство по поводу внешности, чем мужчины (например, Tiggemann M., Kuring, 2004).

В ряде исследований была установлена положительная взаимосвязь между беспокойством по поводу внешности и самообъективацией (Greenleaf C., McGreer R., 2006; Mitchell K.S., Mazzeo S.E., 2009; Peat C.M., Muehlenkamp J.J., 2011; Roberts T.A., Gettman J.Y., 2004; Slater A., Tiggemann M., 2002; Steer A., Tiggemann M., 2008; Szymanski D.M., Henning S.L., 2007; Tiggemann M., Lynch J.E., 2001; Tiggemann M., Kuring J.K., 2004; Tiggemann M., Williams E., 2012), однако в целом беспокойство по поводу внешности в рамках модели самообъективация исследовано в меньшей степени, чем стыд тела (Moradi B., Huang Y.P., 2008). Авторы М. Tiggemann и Е. Williams, изучив массив исследований, где в качестве медиаторов рассматривались как стыд тела, так и беспокойство по поводу внешности, пришли к выводу, что стыд тела оказывает более сильное воздействие на расстройства пищевого поведения, тогда как беспокойство по поводу внешности — на депрессивное состояние (Tiggemann M., Williams E., 2012, p. 72).

1.3 Самообъективация и расстройства психического здоровья

1.3.1 Самообъективация и расстройства пищевого поведения: теоретические положения и эмпирические данные

С точки зрения теории самообъективации, опыт таких расстройств пищевого поведения как анорексия, булимия, переедание и ожирение рассматриваются не как проявления отдельных психических заболеваний и отклонений от нормы, а скорее согласуется с широко распространенными в западной культуре идеалами телесности.

Несмотря на расхождение в терминологии различных теорий, объясняющих возникновение расстройств пищевого поведения, такие конструкты как интернализация социокультурных стандартов привлекательности и неудовлетворенность собственным телом находятся среди факторов риска, наиболее часто встречающихся в литературе по расстройствам пищевого поведения (Stice E., 2002; Striegel-Moore R.H., Bulik C.M., 2007; López-Guimerà G. et al., 2010). Согласно теории самообъективации расстройства пищевого поведения могут быть вызваны двумя способами. Во-первых, подобно диетам, использованию косметических средств и другим практикам по изменению внешности/тела расстройства пищевого поведения могут быть рассмотрены как непосредственное следствие самообъективации, то есть как практики по достижению телесного канона — стройного тела. Во-вторых, расстройства пищевого поведения могут явиться следствием такого негативного опыта как стыд тела и беспокойство по поводу внешности, которые связаны с самообъективацией (Fredrickson B.L., Roberts T.A., 1997).

Исследователи Нолл (Noll) и Фредриксон расширили теоретическое предположение Фредриксон и Робертс о том, что стыд тела как следствие самообъективации может явиться фактором риска возникновения у женщин расстройств пищевого поведения. Культурные установки относительно веса включают в себя убеждения, что люди могут контролировать свой вес и выбирать желательный для себя показатель веса. Диеты обещают женщинам

освобождение от стыда, происходящего из неудовлетворенности собственным размером тела. Парадоксально, но практики по снижению веса, в частности, ограничение в питании, могут скорее усилить, чем облегчить стыд тела. Практики по снижению веса заставляют женщин уделять больше внимания своему весу и объему тела, усиливая осознание собственной невозможности соответствовать физическим канонам. Неспособность снизить вес либо поддерживать сброшенный вес на постоянном уровне вновь провоцирует стыд тела (Noll S.M., Fredrickson B.L., 1998).

Нолл и Фредриксон полагают, что к диетическим практикам также может привести не действительный, а ожидаемый стыд тела, то есть опасения не соответствовать социокультурным телесным канонам в будущем. Таким образом, женщины, не испытывающие стыда тела, могут также прибегать к диетическим практикам в качестве превентивной стратегии. Кроме того, по мнению Нолл и Фредриксон, стыд тела может запустить эпизоды компульсивного переедания у женщин, постоянно придерживающихся диеты или страдающих булимией. Эмпирические данные демонстрируют, что переедание может быть запущено негативными эмоциями, в том числе связанными с чувством собственной неполноценности или несостоятельности (например, Blackburn S. et al., 2006; Spoor S.T. et al., 2007). Стыд тела как неспособность соответствовать телесным идеалам, очевидно, может быть отнесен к подобным негативным эмоциям, запускающим эпизоды переедания.

Теоретически постулируемая взаимосвязь между самообъективацией и расстройствами пищевого поведения нашла эмпирическое подтверждение в значительном количестве исследований, которые проводились на выборках женщин различных возрастных групп, проживающих в Австралии, Великобритании, США, Китае, Швейцарии и Италии (Augustus-Horvath C.L., Tylka T.L., 2009; Calogero R.M., 2009; Calogero R.M., Pina A., 2011; Calogero R.M., Thompson J.K., 2009; Choma B.L. et al., 2009; Dakanalis A., Riva G., 2013; Dakanalis A. et al., 2015; Engeln-Maddox R. et al., 2011; Fitzsimmons-Craft E.E. et al., 2011; Fredrickson B.L. et al., 1998; Greenleaf C.,

2005; Greenleaf C., McGreer R., 2006; Harrison K., Fredrickson B.L., 2003; Hurt M.M. et al., 2007; Jackson T., Chen H., 2015; Kozee H.B., Tylka T.L., 2006; Lindner D. et al., 2012; McKinley N.M., 1999, 2006; Mitchell K.S., Mazzeo S.E., 2009; Muehlenkamp J.J., Saris-Baglama R.N., 2002; Myers T.A., Crowther J.H., 2008; Noll S.M., Fredrickson B.L., 1998; Peat C.M., Muehlenkamp J.J., 2011; Rolnik A.M. et al., 2010; Slater A., Tiggemann M., 2002, 2010, 2012; Steer A., Tiggemann M., 2008; Tiggemann M., 2013; Tiggemann M., Lynch J.E., 2001; Tiggemann M., Kuring J.K., 2004; Tiggemann M., Slater A., 2001; Tiggemann M., Williams E., 2012; Tylka T.L., Sabik N.J., 2010).

Связь между самообъективацией и расстройствами пищевого поведения в ряде исследований была опосредована стыдом тела и/или беспокойством по поводу внешности, что также соответствует теоретическим положениям теории самообъективации.

По мнению исследователей эмоций, стыд может быть связан с различными психопатологиями, в том числе расстройствами пищевого поведения (например, Goss K., Allan S., 2009). Значительное количество эмпирических данных подтверждает связь между общим стыдом и нарушениями пищевого поведения (например, Troop N.A. et al., 2008). Однако N. A. Troop и C. Redshaw на основании лонгитюдного исследования, продолжавшегося 2,5 года, делают вывод, что стыд тела является более значительным прогностическим фактором расстройств пищевого поведения, чем общий стыд (Troop N.A., Redshaw C., 2012). Связь между самообъективацией и расстройствами пищевого поведения оказалась опосредована стыдом тела в ряде исследований, проведенных на неклинических (Calogero R.M., 2009; Calogero R.M., Pina A., 2011; Calogero R.M., Thompson J.K., 2009; Choma B.L. et al., 2009; Engeln-Maddox R. et al., 2011; Greenleaf C., 2005; Greenleaf C., McGreer R., 2006; Jackson T., Chen H., 2015; Kozee H.B., Tylka T.L., 2006; Lindner D. et al., 2012; Rolnik A.M. et al., 2010; Slater A., Tiggemann M., 2002, 2010, 2012; Tiggemann M., Kuring J.K., 2004; Tiggemann M., Lynch J.E., 2001; Tiggemann M., Williams E., 2012; Tylka T.L.,

Sabik N.J., 2010) и клинических выборках (Calogero R.M. et al., 2005; Fitzsimmons-Craft E.E. et al., 2011).

Эмпирические данные также подтверждают, что люди с диагностируемыми расстройствами пищевого поведения испытывают гораздо более сильное социальное беспокойство, чем люди, не имеющие подобных нарушений, что позволило J. Swinbourne с коллегами предположить, что социальное беспокойство предшествует дебюту нарушений пищевого поведения (Swinbourne J. et al., 2012). Беспокойство по поводу внешности также выступило в качестве медиатора взаимосвязи самооbjectивации и расстройств пищевого поведения в ряде исследований (Mitchell K.S., Mazzeo S.E., 2009; Peat C.M., Muehlenkamp J.J., 2011; Slater A., Tiggemann M., 2002; Tiggemann M., Lynch J.E., 2001; Tiggemann M., Kuring J.K., 2004; Tiggemann M., Williams E., 2012).

Таким образом, теоретическое предположение Б. Фредриксон и Т.-Э. Робертс о взаимосвязи самооbjectивации и расстройств пищевого поведения нашло значительное эмпирическое подтверждение. Также подтвердилось, что стыд тела и беспокойство по поводу внешности являются медиаторами во взаимосвязи самооbjectивации и расстройств пищевого поведения. Другие предполагаемые медиаторы — прерывание потоковых состояний и ухудшение восприятия телесных ощущений — не получили достаточного эмпирического подтверждения.

Тогда как ранние исследования взаимосвязи самооbjectивации и расстройств пищевого поведения проводились преимущественно на выборках девушек-студенток (Fredrickson B.L. et al., 1998; Muehlenkamp J.J., Saris-Baglama R.N., 2002; Noll S.M., Fredrickson B.L., 1998; Tiggemann M., Slater A., 2001), впоследствии данная взаимосвязь была подтверждена на выборках взрослых и пожилых женщин (Augustus-Horvath C.L., Tylka T.L., 2009; Greenleaf C., 2005; McKinley N.M., 1999, 2006; Tiggemann M., Lynch J.E., 2001), а также девушек-подростков (Dakanalis A. et al., 2015; Harrison K.,

Fredrickson B.L., 2003; Jackson T., Chen H., 2015; Slater A., Tiggemann M., 2002, 2010, 2012).

К ограничениям приведенных исследований взаимосвязи самооbjectивации и расстройств пищевого поведения можно отнести тот факт, что они проводились на неклинических выборках. На клинических выборках было проведено два исследования. В первом из них (Calogero R.M. et al., 2005) исследовалась взаимосвязь самооobjectивации и расстройств пищевого поведения на выборке молодых женщин, имеющих соответствующий диагноз и прошедших стационарное лечение. В результате исследования было выявлено, что самооobjectивация связана с расстройствами пищевого поведения напрямую, а также опосредованно через стыд тела, тем самым исследование воспроизвело результаты исследований, проведенных на неклинических выборках.

Во втором исследовании (Fitzsimmons-Craft E.E. et al., 2011) выборку составили женщины, которые в предшествующие исследованию 12 лет были пациентами с расстройствами пищевого поведения в определенной клинике. По результатам диагностического интервью женщины были распределены по трем группам: те, кто имели расстройства пищевого поведения в момент проведения исследования, а также те, кто полностью или частично вылечились. В результате исследования было установлено, что уровень самооobjectивации у женщин, полностью излечившихся от расстройств пищевого поведения, соответствовал уровню самооobjectивации у женщин из контрольной группы, не имевших расстройств пищевого поведения. Этот уровень самооobjectивации был значительно ниже, чем у женщин с расстройствами пищевого поведения и частично вылечившихся женщин (показатели самооobjectивации у данных двух групп значимо не различались). Авторы исследования предположили, что полное выздоровление от расстройств пищевого поведения может быть связано с изменением образа тела и отказом от самооobjectивации, а также, что снижение уровня самооobjectивации может предшествовать выздоровлению от расстройств пищевого поведения и способствовать ему.

1.3.2 Самообъективация и депрессия: теоретические положения и эмпирические данные

За последние сорок лет эпидемиологические исследования по всему миру постоянно демонстрируют, что распространенность депрессии среди женщин примерно в два раза выше, чем среди мужчин. Эта диспропорция начинает проявляться примерно в период полового созревания и продолжает сохраняться до средних лет взрослой жизни (Hyde J.S. et al., 2008; Jones V.A., Griffiths K.M., 2015). Существует большое количество теорий, объясняющих значительный гендерный дисбаланс риска возникновения депрессии: от биологических до социокультурных. Однако эти модели объясняют лишь часть гендерных различий (Jones V.A., Griffiths K.M., 2015). Теория самообъективации объединяет ряд существующих подходов к объяснению возникновения женской депрессии, смещая фокус внимания на женский опыт проживания в условиях объективирующей культуры. Этот подход основывается на предположении, выдвинутом исследователями, которые придерживаются биопсихосоциального подхода: воздействие гормонов на женский опыт и соответствующие переживания опосредуются публично наблюдаемыми телесными изменениями. Таким образом, гормоны создают заметные изменения в женском организме, что, в свою очередь, приводит к изменению опыта и способов взаимодействия девушек и женщин в социальном мире.

Фредриксон и Робертс отмечают несколько возможных механизмов возникновения депрессии в результате самообъективации. Во-первых, чувства стыда и беспокойства по поводу собственной внешности являются практически непреодолимыми, поскольку социально желательный идеал телесности практически недостижим для большинства женщин. Подобная невозможность контроля или его потеря являются причиной возникновения депрессии согласно теории выученной беспомощности (Abramson L.Y., Seligman M.E., Teasdale J.D., 1978). По мнению Фредриксон и Робертс, чувство беспомощности возникает не только по причине неспособности исправить свои физические «недостатки», но также из-за невозможности контролировать мнения других людей относительно

собственной внешности, что приводит к самофокусировке внимания (Grabe S. et al., 2007), повышающей риск формирования депрессивной симптоматики (Mor N., Winqvist J., 2002). Самофокусировка внимания часто принимает форму руминации — способе мышления, который, согласно эмпирическим исследованиям, также является риском возникновения депрессии (Nolen-Hoeksema S., 2000; Nolen-Hoeksema S. et al., 2007; Spasojević J., Alloy L.B., 2001). Результаты исследований выявили, что опыт руминации чаще встречается у девочек и женщин, чем у мальчиков и мужчин, что может являться причиной гендерных различий депрессивной симптоматики (Grabe S. et al., 2007; Nolen-Hoeksema S. et al., 1999; Treynor W. et al., 2003). Кроме того, отмечается, что навязчивые мысли у девочек и женщин, главным образом, связаны с собственной внешностью, личной безопасностью и межличностными взаимоотношениями, то есть сферами, в которых осуществления контроля крайне проблематично, поэтому беспокойство и руминация сохраняются (Mezulis A.H. et al., 2002; Nolen-Hoeksema S. et al., 1999).

Во-вторых, как упоминалось выше (см. параграф 1.2.1 «Теория самообъективации: основные положения»), одним из последствий самообъективации, по мнению авторов теории, является недостаточность опыта переживания потоковых состояний, что в свою очередь, согласно Михаю Чиксентмихайи, автору концепции потока, снижает качество жизни (Чиксентмихайи М., 2011). В соответствии с наиболее известным поведенческим подходом к терапии депрессии Питера Левинсона, впоследствии расширенным до многофакторной поведенчески-когнитивной концепции, отсутствие или уменьшение позитивной обратной связи со стороны внешнего мира способствует возникновению эмоциональных, когнитивных и соматических симптомов депрессии и формированию мотивационного депрессивного симптома (Комер Р., 2005; Перре М., Бауманн У., 2002). Применительно к теории самообъективации, социальная успешность женщин как в личном, так и профессиональном планах, зачастую связана с оценкой их внешности со стороны других людей, поэтому женщины не могут напрямую

контролировать многие из своих положительных переживаний, что снижает количество положительных подкреплений и увеличивает риск возникновения депрессии у женщин.

В-третьих, начиная с подросткового возраста, женщины чаще, чем мужчины, становятся жертвами сексуального насилия и сексуальных домогательств — проявлений сексуальной объективации женщин в обществе в целом. Подобный травмирующий опыт, согласно ряду исследований также является причиной возникновения депрессии (Cutler S.E., Nolen-Hoeksema S., 1991; Kendler K.S. et al., 2004; Weiss E.L. et al., 1999).

По сравнению с исследованиями расстройств пищевого поведения исследований взаимосвязи самообъективации с депрессией и депрессивными состояниями было проведено значительно в меньшем объеме (Tiggemann M., 2011, p. 145). Исследования, проведенные на выборках девушек и женщин, проживающих в Австралии, США, Канаде, Швейцарии, Грузии и Италии, подтверждают применимость теории самообъективации по отношению к депрессии (см. систематический обзор Jones V.A., Griffiths K.M., 2015).

В большей части исследований была обнаружена опосредованная связь между самообъективацией и депрессией. Наиболее часто встречающимся медиатором выступал стыд тела (Carr E.R., Szymanski D.M., 2011; Chen F.F., Russo N.F., 2010; Choma V.L. et al., 2009; Grabe S. et al., 2007; Haines M.E. et al., 2008; Hurt M.M. et al., 2007; Muehlenkamp J.J. et al., 2005; Szymanski D.M., Henning S.L., 2007; Tiggemann M., Kuring J.K., 2004; Tiggemann M., Williams E., 2012). Помимо стыда тела в качестве медиаторов в исследованиях выступали беспокойство по поводу внешности (Szymanski D.M., Henning S.L., 2007; Tiggemann M., Kuring J.K., 2004; Tiggemann M., Williams E., 2012), осознанность тела (body awareness) (Peat C.M., Muehlenkamp J.J., 2011; Rubin L.R., Steinberg J.R., 2011), копинг-стратегии образа тела (body image coping strategies) (Choma V.L. et al., 2009), руминация (Grabe S. et al., 2007), неудовлетворенность телом (Mitchell K.S., Mazzeo S.E., 2009) и состояние потока (Szymanski D.M., Henning S.L., 2007).

Ряд исследований, изучавших взаимосвязь самообъективации и депрессии, проводился на выборках девушек-подростков (Grabe S., Hyde J.S., 2009; Grabe S et al., 2007; Impett E.A. et al., 2011; Kahumoku E.P. et al., 2011; Tolman D.L. et al., 2006). Исследование E.P. Kahumoku с коллегами, которое проводилось на выборке из 18 239 девушек-школьниц, проживающих в Грузии (N = 9 499) и Швейцарии (N = 8 740), подтвердило кросскультурную универсальность теории самообъективации. Были обнаружены лишь небольшие различия во взаимосвязи самообъективации и депрессии у девушек, проживающих в разных странах: у швейцарок данная связь оказалась несколько сильнее. Кроме того, в случае грузинской выборки самообъективация оказалась в большей степени предиктором депрессивной симптоматики, тогда как в швейцарской выборке — предиктором суицидальных мыслей и переживаний (Kahumoku E.P. et al., 2011).

Кроме того, на выборках девушек-подростков было проведено два лонгитюдных исследования. В первом из них изучалась выборка младших подростков (10–12 лет) (Grabe S. et al. 2007). В результате исследования была обнаружена связь между самообъективацией и депрессивными симптомами как во время первоначального тестирования, так и во время повторного тестирования через два года. Связь между самообъективацией и депрессией была полностью опосредована стыдом тела и руминацией. То, что данная взаимосвязь сохранялась в течение продолжительного периода (2 года), позволило авторам исследования сделать вывод о том, что наличие самообъективации в момент времени 1 может предсказывать наличие депрессивной симптоматики в момент времени 2.

Во втором лонгитюдном исследовании (Impett E.A. et al., 2011) изучалось, в какой степени изменения в самообъективации с течением времени могут предсказывать изменения в депрессивном состоянии. С этой целью исследовалась взаимосвязь между изменениями в уровне самообъективации, депрессии и самооценки. Авторы установили, что снижение уровня

самообъективации в течение исследуемого периода (восьмой, десятый и двенадцатый классы) было связано со снижением уровня депрессии.

Таким образом, как в лонгитюдных, так и в кросс-секционных исследованиях обнаружилось, что высокие показатели самообъективации соответствовали высоким показателям депрессивной симптоматики.

К ограничениям приведенных исследований можно отнести, прежде всего, однородность выборок: большинство исследований проводилось на выборках гетеросексуальных молодых женщин или девушек-студенток европеоидной расы. Также к ограничениям проведенных исследований можно отнести тот факт, что большинство из них являлись кросс-секционными, то есть не способными установить причинно-следственную связь между рассматриваемыми переменными. При этом данные двух лонгитюдных исследований (Grabe S. et al. 2007; Impett E.A. et al., 2011), рассмотренных выше, не были воспроизведены (replicated). Поэтому на основании рассмотренных исследований можно сделать вывод о взаимозависимости самообъективации и депрессии, однако нельзя говорить о причинно-следственной связи между данными переменными. Так, высокие показатели депрессивной симптоматики могут предшествовать самообъективации. Поэтому необходимо проведение дополнительных лонгитюдных исследований для изучения причинно-следственной связи между самообъективацией и депрессией. Кроме того, к ограничениям приведенных исследований можно отнести то, что они проводились на неклинических выборках, для которых уровень депрессии является относительно низким. Как следствие, во всех исследованиях изучались депрессивная симптоматика или депрессивные состояния, а не клинически диагностируемая депрессия.

Выводы по главе 1

В результате анализа приведенных источников можно сделать следующие выводы:

1. Теория самообъективации, с одной стороны, является синтезом различных теоретических подходов и исследований на тему сексуальной объективации женщин, с другой — предлагает теоретическую рамку для исследования психологических последствий проживания в объективирующей культуре.
2. Полная модель самообъективации включает следующие расстройства психического здоровья: депрессия, расстройства пищевого поведения и сексуальная дисфункция. К промежуточным переменным (медиаторам), опосредующим риски для психического здоровья, относятся стыд и беспокойство относительно тела и внешности, прерывание потоковых состояний и ухудшение восприятия телесных ощущений.
3. Актуальность проблематизации депрессии и расстройств пищевого поведения объясняется широтой распространения, трудностями диагностики, социальными последствиями (в том числе суицидальным поведением), а также высоким процентом летальности. По этой причине в модель самообъективации применительно к настоящему исследованию были включены данные риски для психического здоровья.
4. Теоретическое предположение Б. Фредриксон и Т.-Э. Робертс о взаимосвязи самообъективации с уровнем депрессии и выраженностью симптоматики расстройств пищевого поведения нашло значительное эмпирическое подтверждение.
5. Из перечисленных медиаторов наибольшее исследовательское внимание и эмпирическое подтверждение получили стыд тела и беспокойство по поводу внешности. Именно эти промежуточные переменные были включены в модель настоящего исследования. Таким образом, модель самообъективации и ее последствий применительно к данному исследованию соответствует блок-схеме, представленной на рис. 3.

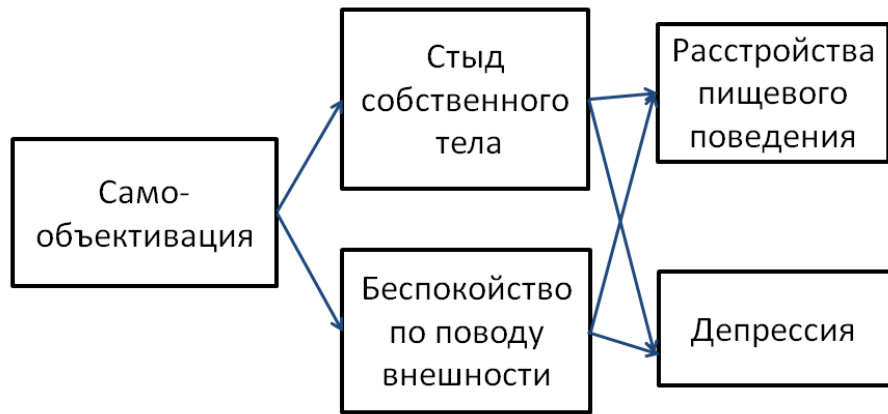


Рис. 3. Модель исследования: психологические последствия самообъективации и риски для психического здоровья

ГЛАВА 2. Методы и организация исследования

Целью исследования является изучение психологических особенностей женской самообъективации, в частности, исследование взаимосвязи самообъективации у молодых женщин и таких характеристик психического здоровья, как уровень депрессии и выраженность симптоматики расстройств пищевого поведения.

Объектом исследования является самообъективация.

Предметом исследования является самообъективация у молодых женщин.

Основные гипотезы исследования:

1. Молодые женщины с высоким уровнем самообъективации более подвержены риску формирования расстройств пищевого поведения и депрессивной симптоматики, чем молодые женщины с низким уровнем самообъективации.
2. Существует положительная взаимосвязь между уровнем самообъективации и выраженностью симптоматики расстройств пищевого поведения у молодых женщин.
3. Существует положительная взаимосвязь между уровнем самообъективации и уровнем депрессии у молодых женщин.
4. Стыд тела и беспокойство по поводу внешности являются промежуточными переменными в приведенных выше взаимосвязях.

В соответствии с целью и гипотезами были сформулированы следующие **задачи исследования:**

1. Изучить понятие самообъективации с целью разработки теоретической модели применительно к настоящему исследованию.

2. Определить распространенность риска расстройств пищевого поведения и депрессивной симптоматики у молодых женщин, провести сравнение групп с разным уровнем риска.
3. Выявить и исследовать взаимосвязи между самообъективацией и выраженностью симптоматики расстройств пищевого поведения, а также между самообъективацией и уровнем депрессии.
4. Проанализировать соответствие теоретической модели самообъективации эмпирическим данным.

2.1 Описание выборки и процедуры исследования

Выборку исследования составили женщины в возрасте 18–44 лет, проживающие на территории Российской Федерации. Опрос респондентов проходил среди пользователей сети интернет в электронном виде с использованием возможностей сервиса Google Формы.

Общее число участников составило 431 человек, 8 анкет было исключено из обработки. Таким образом, выборку настоящего исследования составили 423 женщины в возрасте от 18 до 44 лет с различными социально-демографическими характеристиками, в частности, уровнем образования, семейным положением, социальным статусом и т. д. (см. таблицу 1)

Таблица 1. Социально-демографические показатели выборки

		N	M±SD
Возраст	Вся выборка	423	25,4±5,8
	Юношеский возраст (15–24 лет)	225 (53,2%)	20,9±1,9
	Молодой возраст (25–44 лет)	198 (46,8%)	30,4±4,4
		N	%
Образование	Неполное среднее	8	1,9%
	Среднее общее	16	3,8%
	Среднее специальное	22	5,2%
	Неоконченное высшее (не учится в настоящее время)	37	8,7%
	Неоконченное высшее (учится в настоящее время)	124	29,3%
	Высшее	216	51,1%
Занятость	Учится	108	25,5%
	Учится и работает	82	19,4%
	Работает	178	42,1%
	Не учится и не работает	55	13,0%
Религиозность	Определенно верующий	41	9,7%
	До какой-то степени верующий	152	35,9%
	Не считает себя верующим	230	54,4%
Конфессии	Буддизм	11	2,6%
	Ислам	5	1,2%
	Иудаизм	3	0,7%
	Православие	139	32,9%
	Другое христианство	8	1,9%
	Свой вариант	43	10,2%
Уровень дохода	Низкий	124	29,3%
	Средне-низкий	64	15,1%
	Средне-высокий	102	24,1%

	Высокий	37	8,7%
	Отказ от ответа	96	22,7%
Семейное положение	Не замужем, ни с кем не встречается (свободна)	169	40,0%
	Не замужем, встречается (в отношениях)	118	27,9%
	З а м у ж е м / незарегистрированный брак	136	32,2%
Продолжительность отношений	Меньше 1 года	56	13,2%
	От 1 года до 3 лет	68	16,1%
	От 3 до 5 лет	49	11,6%
	Более 5 лет	90	21,3%
Дети	Есть	70	16,5%
	Нет	353	83,5%

Выборка гомогенна по полу (только женщины). Средний возраст участниц исследования составил 25,4 ($\pm 5,8$) лет.

В соответствии с рекомендациями по стандартной международной возрастной классификации Статистического отдела ООН (United Nations, 1982) выборка была разделена на две возрастные группы: юношеский возраст (youth) — участницы исследования в возрасте 15–24 лет и молодой возраст (young adulthood) — участницы в возрасте 25–44 лет. Выборка респондентов юношеского возраста (18–24 лет) составила 225 человек (53,2%) со средним возрастом $20,9 \pm 1,9$ лет. Выборка респондентов молодого возраста составила 198 человек (46,8%) со средним возрастом $30,4 \pm 4,4$ лет.

51,1% участниц исследования сообщили о наличии у себя законченного высшего образования. Незаконченное высшее образование — у 38% респондентов, 29,3% продолжают учиться в настоящее время. О наличии у себя среднего образованием заявили 10,9% респондентов.

Что касается занятости, то большинство участниц исследования в настоящий момент работают — 42,1%, 25,5% учатся, 19,4% респондентов совмещают учебу с работой, 13,0% не учатся и не работают.

О низком уровне дохода (до 20 000 рублей) сообщили 29,3% участниц исследования, о средне-высоком (от 30 000 до 60 000 рублей) — 24,1%. Средне-низкий доход (от 20 000 до 30 000 рублей) оказался у 15,1%, высокий (свыше 60 000 рублей) — у 8,7% респондентов. Отказались предоставлять информацию о своем уровне дохода 22,7% респондентов.

По семейному положению участницы исследования распределились следующим образом: идентифицировали себя как свободных 40% респондентов, состоящими в браке, в том числе незарегистрированном — 32,2% и состоящими в отношениях — 27,9%. Из тех, кто находится в браке или состоит в отношениях, об отношениях, длящихся менее 1 года, заявили 13,2%, от 1 года до 3 лет — 16,1%, от 3 до 5 лет — 11,6%, свыше 5 лет — 21,3% от общего числа респондентов. Большинство участниц исследования заявили об отсутствии у них детей (83,5%), соответственно, о наличии детей сообщили 16,5% респондентов.

Что касается религиозности, большинство участниц исследования не считают себя верующими (54,4%), до какой-то степени считают себя верующими 35,9%, определенно считают себя верующими 9,7% респондентов. По конфессиям участницы, идентифицирующие себя как верующих, распределились следующим образом: православие — 32,9%, буддизм — 2,6%, ислам — 1,2%, иудаизм — 0,7%, другое христианство — 1,9% от общего числа респондентов. Свой вариант ответа указали 10,2% от общего числа участниц.

2.2 Методы исследования

2.2.1 Шкала наблюдения над телом (McKinley N.M., Hyde J.S., 1996)

Для измерения *самообъективации* использовалась подшкала наблюдения над телом (Body Surveillance Subscale) шкалы осознанности объективации тела (Objectified Body Consciousness Scale (OBC); McKinley N.M., Hyde J.S., 1996). В настоящем исследовании использовались две подшкалы указанной шкалы —

подшкала наблюдения над телом и подшкала стыда тела. Подшкала наблюдения над телом состоит из 8 вопросов, оценивающих степень, с которой женщина объективирует себя посредством постоянного разглядывания своего тела и размышлений о том, как ее тело оценивают окружающие (например, «Я редко сравниваю то, как я выгляжу, с тем, как выглядят другие люди», «В течение дня я много раз думаю о том, как я выгляжу»). Каждому вопросу соответствует 7-балльная шкала Лайкерта от 1 («полностью не согласен») до 7 («полностью согласен»). Итоговые значения колеблются в пределах от 8 до 48. Более высокие значения соответствуют более высокому уровню самообъективации.

Шкала осознанности объективации тела была апробирована авторами на выборке, состоящей из 113 девушек-студенток в возрасте от 18 до 21 года ($M = 18,75$; $SD = 0,74$) и 126 женщин среднего возраста в возрасте от 38 до 58 лет ($M = 46,32$; $SD = 4,13$). Подшкала наблюдения над телом продемонстрировала высокую внутреннюю согласованность: коэффициент α -Кронбаха составил 0,79 для девушек и 0,76 для женщин среднего возраста. Кроме того, подшкала продемонстрировала высокую ретестовую надежность: корреляция между двумя тестированиями с разницей в две недели составила 0,79 ($p < 0,001$). Конструктивная валидность шкалы осознанности объективации тела была подтверждена посредством эксплораторного и конфирматорного факторного анализа, а также корреляционного анализа результатов ОВС с результатами измерений расстройств пищевого поведения, оценки тела и социального беспокойства (McKinley N.M., Hyde J.S., 1996).

В рамках настоящего исследования коэффициент α -Кронбаха шкалы наблюдения над телом составил 0,803, что говорит о хорошей внутренней согласованности (см. Приложение А).

2.2.2 Шкала стыда тела (McKinley N.M., Hyde J.S., 1996)

Для измерения *стыда собственного тела* использовалась подшкала стыда тела (Body Shame Subscale) шкалы осознанности объективации тела (Objectified Body Consciousness Scale (OBC); McKinley N.M., Hyde J.S., 1996).

Подшкала состоит из 8 вопросов, относящихся к чувству стыда, вызванного невозможностью соответствовать телесному социокультурному идеалу (например, «Мне стыдно, когда я не прикладываю усилий, чтобы выглядеть как можно лучше», «Когда я не могу контролировать свой вес, я чувствую, что со мной что-то не так»). Каждому вопросу соответствует 7-балльная шкала Лайкерта от 1 («полностью не согласен») до 7 («полностью согласен»). Итоговые значения колеблются в пределах от 8 до 48. Более высокие значения соответствуют более сильному стыду собственного тела.

Подшкала продемонстрировала высокую внутреннюю согласованность: альфа Кронбаха составила 0,84 для выборки из 113 девушек-студенток и 0,70 для выборки из 126 женщин среднего возраста. Кроме того, подшкала продемонстрировала высокую ретестовую надежность: корреляция между двумя тестированиями с разницей в две недели составила 0,79 ($p < 0,001$) (McKinley N.M., Hyde J.S., 1996).

В рамках настоящего исследования коэффициент α -Кронбаха шкалы стыда тела составил 0,846, что говорит о хорошей внутренней согласованности (см. Приложение Б).

2.2.3 Шкала беспокойства по поводу внешности (Dion K.L. et al., 1990)

Для измерения *беспокойства по поводу внешности* использовалась шкала беспокойства по поводу внешности (Appearance Anxiety Scale (AAS); Dion K.L. et al., 1990). 30 утверждений шкалы сформулированы от первого лица и описывают беспокойство по поводу различных аспектов собственной внешности и того, как внешность оценивают окружающие (например, «Я беспокоюсь о том, как другие оценивают то, как я выгляжу», «Я нервничаю, когда другие люди комментируют мою внешность»). Респондент оценивает каждое утверждение по 5-балльной шкале Лайкерта (1 = «никогда», 5 = «почти всегда»).

Авторами шкала была апробирована на выборке, состоящей почти из 300 студентов обоих полов. Шкала продемонстрировала высокую внутреннюю согласованность $\alpha = 0,86$, а также высокую ретестовую надежность через две недели после первоначального тестирования ($r = 0,89$) как для женщин, так и для мужчин. Были обнаружены различия по результатам шкалы: общие значения для женщин были выше, чем значения для мужчин. Валидность шкалы была подтверждена посредством корреляции результатов с результатами измерения социального беспокойства, самооценки, стеснительности (робости), социальной желательности (Dion K.L. et al., 1990).

В рамках настоящего диссертационного исследования использовалась сокращенная версия опросника, состоящая из 14 утверждений. Данная версия чаще всего применялась в соответствующих исследованиях (например, Tiggemann M., Kuring J.K., 2004; Tiggemann M., Slater A., 2001). Внутренняя согласованность сокращенной версии в одном из исследований составила $\alpha = 0,91$ (Tiggemann M., Slater A., 2001). Общий балл по шкале в сокращенной версии имеет значения от 14 до 70. Чем выше итоговый балл, тем сильнее беспокойство по поводу внешности.

В рамках настоящего исследования коэффициент α -Кронбаха шкалы беспокойства по поводу внешности составил 0,922, что говорит об отличной внутренней согласованности (см. Приложение В).

2.2.4 Тест отношения к приему пищи (Garner et al., 1982, Скугаревский О.А., 2007)

Для оценки выраженности симптоматики *расстройств пищевого поведения* использовалась шкала «Тест отношения к приему пищи» (Eating Attitudes Test, EAT). В настоящее время опросник EAT является одним из наиболее распространенных во всем мире инструментов для изучения расстройств пищевого поведения (Mintz L.B., O'Halloran M.S., 2000).

Тест был разработан в Институте психиатрии Кларка университета Торонто в 1979 году (Garner D.M., Garfinkel P.E., 1979). Оригинальная шкала

предназначалась для популяционного скрининга с целью выявления ранних симптомов нервной анорексии. Первоначально была разработана и апробирована на клинических выборках в сопоставлении со здоровыми индивидами версия теста EAT из 40 вопросов (EAT-40). В 1982 году посредством факторного анализа тест был сокращен до 26 вопросов (EAT-26) (Garner D.M. et al., 1982). Кроме того, была разработана версия для детей (Maloney M.J. et al., 1988).

Опросник EAT-26 продемонстрировал сильную корреляционную связь с оригинальной шкалой ($r = 0,98$), а также высокую ретестовую надежность (0,84). Ряд исследователей трактуют EAT-26 более широко и определяют как инструмент для скрининга и изучения не только нервной анорексии и булимии, но также неуточненных расстройств пищевого поведения согласно DSM-IV (например, Garner D.M. et al., 1982; Kashubeck-West S. et al., 2001; Koslowsky M. et al., 1992; Mintz L.B., O'Halloran M.S., 2000). EAT-26 позволяет выявить дезадаптивные пищевые предпочтения, а также связанные с ними поведение и установки. В настоящее время опросник используется для осуществления скрининговых исследований и первоначальной диагностики наличия симптомов расстройств пищевого поведения. Рекомендуется для использования как для клинических, так и для неклинических выборок (например, Mintz L.B., O'Halloran M.S., 2000).

Опросник EAT-26 состоит из 26 высказываний, соответствующих различным симптомам расстройств пищевого поведения, сформулированных от первого лица. Каждому высказыванию соответствует 6 вариантов ответа: «никогда», «редко», «иногда», «довольно часто», «как правило» и «всегда». 26 вопросов теста объединены в три шкалы: шкала диетических ограничений, шкала булимии и озабоченности едой и шкала контроля в отношении еды.

При использовании EAT-26 существует два способа подсчета результатов суммарного балла (Дурнева М.Ю., Мешкова Т.А., 2013; Зеленкова М.А., Николаева Н.О., 2012). При исследовательском способе каждому высказыванию соответствует 6-балльная шкала Лайкерта от 0 («никогда») до 5 баллов

(«всегда»). Суммарный балл при такой оценке результатов дает более выраженные индивидуальные различия. Второй способ подсчета результатов — диагностический — используется для оценки вероятности риска клинических форм расстройств пищевого поведения. В диагностическом варианте ответам «никогда», «редко» и «иногда» соответствует 0 баллов, ответам «часто», «обычно» и «всегда» — 1, 2 и 3 балла, соответственно. Суммарное значение, равное или превышающее 20 баллов, означает высокую вероятность наличия расстройств пищевого поведения.

В настоящем магистерском исследовании использовались оба варианта подсчета результатов. С помощью диагностического варианта была выделена группа риска формирования расстройств пищевого поведения, а с помощью исследовательского метода — выявлены крайние группы респондентов. Кроме того, результаты, полученные исследовательским методом, применялись при дисперсионном, корреляционном и факторном анализе, а также при использовании метода моделирования структурными уравнениями.

Согласно обзору методик оценки расстройств пищевого поведения среди женщин (Kashubeck-West S. et al., 2001), альфа Кронбаха для шкалы EAT-26 колеблется в пределах от 0,79 до 0,94 в зависимости от выборки. Кроме того, в обзоре указана высокая корреляция шкалы с другими методиками оценки симптоматики расстройств пищевого поведения. Ретестовая надежность через 2-3 недели составила 0,84 (Carter P.I., Moss R.A., 1984).

Белорусским исследователем О.А. Скугаревским (2007) была проведена психометрическая адаптация методики, переведенной на русский язык, в белорусской популяции. Выборку исследования составили 359 студенток 2–5 курсов Белорусского государственного медицинского университета (средний возраст — $20,36 \pm 0,099$ лет) и 53 больных с нарушениями пищевого поведения по МКБ-10. Суммарный балл у обследованных студентов составил $6,52 \pm 0,34$, а у больных — $28,66 \pm 2,11$. Различия между указанными подгруппами статистически достоверны ($p < 0,001$). Внутренняя согласованность (альфа Кронбаха) EAT-26 составила 0,78.

Шкала ЕАТ-26 зарекомендовала себя в качестве адекватного инструмента для выявления риска расстройств на российских выборках, в частности, на выборках девушек подросткового и юношеского возраста (Александрова Р.В., Мешкова Т.А., 2015, 2016; Дурнева М.Ю., Мешкова Т.А., 2013, 2014; Келина М.Ю. и др., 2011; Келина М.Ю., Мешкова Т.А., 2012; Николаева Н.О., Мешкова Т.А., 2011), а также выборке пожилых людей (Захарченко В.М. и др., 2007).

В рамках настоящего исследования коэффициент α -Кронбаха шкалы «Тест отношения к приему пищи» составил 0,896, что говорит о хорошей внутренней согласованности.

2.2.5 Шкала депрессии Бека (Beck et al., 1961, Тарабрина Н.В., 2001)

Для оценки уровня *депрессии* использовалась шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory, BDI), направленная на выявление и оценку депрессивной симптоматики.

Шкала депрессии была разработана Аароном Беком с соавторами в 1961 году (Beck A.T. et al., 1961) на основе депрессивной симптоматики, выявленной посредством клинических наблюдений. Шкала Бека неоднократно модифицировалась, чаще всего в исследованиях используется пересмотренная версия шкалы 1979 года (Бек А. и др., 2003; Beck A.T. et al., 1988).

Шкала Бека состоит из 21 пункта, представляющих собой отдельные депрессивные симптомы. Каждому пункту соответствуют четыре высказывания, которые оцениваются от 0 до 3 баллов в зависимости от степени выраженности депрессивной симптоматики. Суммарный балл по шкале составляет от 0 до 63. Суммарное значение меньше 9 баллов означает отсутствие депрессивных симптомов; значение от 10 до 18 определяется как «умеренно выраженная депрессия», от 19 до 29 баллов — «критический уровень» и от 30 до 63 баллов — «явно выраженная депрессивная симптоматика» (Тарабрина Н.В., 2001, с. 183).

Согласно обзорам психометрических свойств шкалы Бека (Beck A.T. et al., 1988, Richter P. et al., 1998), коэффициент альфа Кронбаха в большинстве исследований превышает значение 0,75. Для клинических выборок среднее значение коэффициента составило 0,88, для неклинических выборок — 0,82. Ретестовая надежность шкалы зависит от исследуемой выборки и временного промежутка между испытаниями. Значение коэффициента корреляции между двумя тестированиями колеблется от 0,48 до 0,86 для клинических выборок и от 0,60 до 0,83 для неклинических выборок.

Валидность опросника была подтверждена посредством корреляции результатов шкалы Бека с результатами измерения уровня депрессии посредством других методик. Так, коэффициенты корреляции с результатами по шкале самооценки депрессии Цунга колеблются от 0,57 до 0,83 со средним значением 0,76.

В настоящем исследовании используется опросник Бека в переводе и адаптации на русский язык Н.В. Тарабриной (2001). При адаптации шкалы использовались данные, полученных в результате комплексного исследования, проводившегося лабораторией психологии посттравматического стресса и психотерапии ИП РАН на выборках нормальной и клинической популяций. Для оценки надежности использовались коэффициенты α -Кронбаха (0,86) и стандартизованная α (0,88), а также метод расщепления теста пополам (split-half) (0,89). Высокие значения полученных показателей продемонстрировали, что русскоязычная версия шкалы Бека в адаптации Н.В. Тарабриной обладает достаточно хорошей надежностью.

В рамках настоящего исследования коэффициент α -Кронбаха шкалы депрессии Бека составил 0,918, что говорит об отличной внутренней согласованности.

2.3 Математико-статистические методы обработки данных

Для анализа эмпирических данных и проверки гипотез использовались следующие методы математической статистики.

Для составления представления о характеристике выборки по каждому параметру производился расчет описательных статистик: среднее значение (M), медиана (Md), минимальное (Min) и максимальное (Max) значение параметра, стандартное отклонение (σ), дисперсия (D), асимметрия (As) и эксцесс (Ex), а также их стандартные ошибки для оценки нормальности распределения признака. Кроме того, для проверки на нормальность распределения полученных результатов использовался критерий согласия Колмогорова-Смирнова λ . Распределения и частоты встречаемости событий сравнивались при помощи критерия хи-квадрат Пирсона (χ^2) (таблицы сопряженности). Для выделения крайних групп испытуемых применялся метод квартильного деления. Для выявления статистически значимых различий между группами испытуемых использовался однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA). Для оценки надежности на основе внутренней согласованности шкал и подшкал опросников вычислялся коэффициент α -Кронбаха. Для анализа взаимосвязей между исследуемыми переменными использовался корреляционный анализ с учетом коэффициентов линейной корреляции r -Пирсона. Для формирования измерительной модели самообъективации и включения в нее новых переменных были проведены эксплораторный факторный анализ с использованием метода главных компонент опросника EAT-26, а также конфирматорный факторный анализ (КФА) опросника. И наконец, для анализа соответствия теоретической модели самообъективации эмпирическим данным применялся метод моделирования структурными уравнениями (SEM).

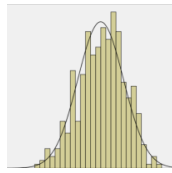
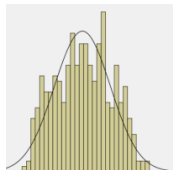
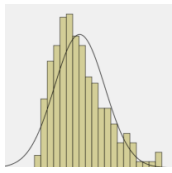
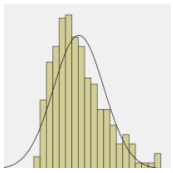
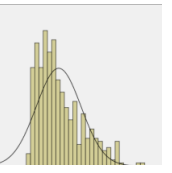
В качестве инструментов обработки данных были использованы статистические возможности компьютерных программ Microsoft Excel 2010 и IBM SPSS Statistics 23, а также модуля AMOS на базе статистического пакета SPSS.

Глава 3. Взаимосвязь самооbjectивации с выраженностью симптоматики расстройств пищевого поведения и уровнем депрессии у молодых женщин: результаты исследования

3.1 Описательные статистики

Описательные статистики основных конструкторов исследования приведены в таблице 2.

Таблица 2. Описательные статистики

Шкалы	СО	СТЫД	БЕСП	РПП	ДЕПР
Меры центральной тенденции					
М±m	33,96±0,44	23,97±0,46	41,47±0,62	32,93±0,96	14,30±0,52
Медиана (Md)	34,00	23,00	42,00	29,00	11,00
Меры изменчивости					
Мин. значение (Min)	9	8	15	0	0
Макс. значение (Max)	56	48	70	95	54
Стандартное отклонение (σ)	9,00	9,45	12,79	19,85	10,63
Дисперсия (D)	81,04	89,31	163,55	393,90	112,89
Асимметрия (As)	-0,23	0,385	0,01	0,816	0,99
Стд. ошибка асимметрии	0,12	0,119	0,12	0,119	0,12
Эксцесс (Ex)	-0,33	-0,599	-0,89	0,326	0,46
Стд. ошибка эксцесса	0,24	0,237	0,24	0,237	0,24
Гистограмма					
Критерий нормальности Колмогорова-Смирнова (λ)					
Значение критерия	0,054	0,70	0,058	0,093	0,137

Вероятность (Asymp. Sig.)	0,005	0,000	0,002	0,000	0,000
------------------------------	-------	-------	-------	-------	-------

Условные обозначения: СО — самообъективация, СТЫД — стыд тела, БЕСП — беспокойство по поводу внешности, РПП — расстройства пищевого поведения, ДЕПР — уровень депрессии.

С одной стороны, значения критерия нормальности Колмогорова-Смирнова свидетельствуют о том, что распределение значений всех конструкторов настоящего исследования статистически отличается от нормального ($p < 0,05$). С другой — поскольку для всех переменных значения асимметрии и эксцесса по модулю не превышают 1, то в отношении этих переменных допустимо использование любых методов статистического анализа (Наследов А.Д., 2013, с. 107). Кроме того, в том случае, когда размер выборки превышает 100, А.Д. Наследов рекомендует использование параметрических методов сравнения (Наследов А.Д., 2007, с. 173).

3.2 Расстройства пищевого поведения: встречаемость риска в выборке, сравнение групп с разным уровнем риска

Для оценки встречаемости риска нарушений пищевого поведения в исследуемой выборке использовался диагностический вариант опросника ЕАТ-26. Как упоминалось в параграфе 2.2.4 «Тест отношения к приему пищи», у испытуемых, набравших при диагностическом методе подсчета результатов 20 и более баллов, есть высокая вероятность расстройств пищевого поведения. Результаты анализа показали, что у 74 респондентов суммарный балл по тесту ЕАТ-26 равен или превышает 20, что составляет 17,5% от всей выборки.

Распределение критических оценок ЕАТ-26 (20 и более баллов) в двух возрастных группах показало, что чаще всего склонность к расстройствам пищевого поведения встречается среди девушек юношеского возраста (20,9%), в молодом возрасте группа риска меньше (13,6%). Однако проверка достоверности различий по критерию Хи-квадрат не подтвердила

статистическую значимость этих возрастных различий ($\chi^2 = 3,8$ при $p = 0,05$) (см. Приложение Г). Таким образом, выявленные возрастные различия в степени выраженности риска нарушений пищевого поведения не достигают уровня достоверности и могут рассматриваться лишь как статистическая тенденция.

Для возможности сравнения групп с высокими и низкими баллами по шкале ЕАТ-26, была использована исследовательская шкала опросника ЕАТ-26 и применен метод квартильного деления. Были выделены крайние группы участниц исследования (приблизительно по 25%) с высокими и низкими суммарными баллами ЕАТ-26. Остальные респонденты составили промежуточную группу. В таблице 3 приводятся средние значения и стандартные отклонения суммарных баллов теста отношения к приему пищи (ЕАТ-26), вычисленных исследовательским и диагностическим способами, применительно к трем выделенным группам.

Таблица 3. Средние значения и стандартные отклонения суммарных баллов теста отношения к приему пищи (ЕАТ-26) в выделенных группах

	Средние значения и стандартные отклонения (M±SD) суммарных баллов опросника ЕАТ-26		
	Нет риска РПП (N = 114)	Промежуточная группа (N = 195)	Возможен риск РПП (N = 114)
Исследовательский вариант	11,6±5,0	29,8±6,5	59,7±13,2
Диагностический вариант	1,7±1,6	7,6±4,2	24,3±9,4

В выделенной группе риска средний балл диагностической шкалы превышает значение 20, что свидетельствует о правомерности рассмотрения данной группы как группы риска возникновения расстройств пищевого поведения.

Дисперсионный анализ (ANOVA) позволил выявить статистически значимые различия между группой риска и контрольной группой по всем переменным: независимой переменной «самообъективация», а также предполагаемыми медиаторами «стыд тела» и «беспокойство по поводу внешности» (см. таблицу 4).

Таблица 4. Сравнение уровня самооbjectивации и предполагаемых медиаторов в группах с разной выраженностью расстройств пищевого поведения (результаты дисперсионного анализа)

	Нет риска РПП (N = 114)	Возможен риск РПП (N = 114)	F
	M±SD	M±SD	
Самоobjectивация	29,9±9,1	37,9±8,3	48,0*
Стыд тела	17,2±6,6	32,2±9,5	228,0*
Беспокойство по поводу внешности	32,8±10,7	51,5±10,2	182,2*

* — $p < 0,001$

Таким образом, существует статистически достоверная взаимосвязь между высоким уровнем самооobjectивации, стыда собственного тела, беспокойства по поводу внешности и риском расстройств пищевого поведения: возможному риску соответствуют высокие значения самооobjectивации, стыда тела и беспокойства по поводу внешности.

3.3 Уровень депрессии: встречаемость риска в выборке, сравнение групп с разным уровнем риска

Для оценки встречаемости депрессивной симптоматики в исследуемой выборке использовался анализ таблиц сопряженности. Результат анализа показал, что у 47 респондентов (11,1 % от всей выборки) суммарный балл по опроснику Бека составляет 30 и более баллов, что может говорить о явно выраженной депрессивной симптоматике (см. параграф 2.2.5).

Распределение критических оценок шкалы Бека (30 и более баллов) в двух возрастных группах показало, что чаще всего явно выраженная депрессивная симптоматика встречается среди девушек юношеского возраста (16,4%), в молодом возрасте депрессивная симптоматика наблюдается значительно реже (5%). Проверка достоверности различий по критерию Хи-

квадрат подтвердила статистическую значимость этих возрастных различий ($\chi^2 = 13,8$ при $p < 0,001$) (см. Приложение Д).

Для возможности сравнения групп с высокими и низкими баллами по шкале Бека, был применен метод квартильного деления. Были выделены крайние группы участниц исследования (приблизительно по 25%) с высокими и низкими суммарными баллами по шкале Бека. Остальные респонденты составили промежуточную группу (см. таблицу 5).

Таблица 5. Средние значения и стандартные отклонения суммарных баллов шкалы депрессии Бека в выделенных группах

Средние значения и стандартные отклонения (M±SD) суммарных баллов шкалы Бека		
Нет риска депрессии (N=108)	Промежуточная группа (N=208)	Возможен риск депрессии (N=107)
3,4±1,7	12,1±3,8	29,6±7,1

В выделенной группе возможного риска формирования депрессии средний балл шкалы Бека приближается к значению 30, что свидетельствует о правомерности рассмотрения данной группы как группы риска.

Дисперсионный анализ (ANOVA) позволил выявить статистически значимые различия между группой риска и контрольной группой по всем переменным: независимой переменной «самообъективация», а также предполагаемыми медиаторами «стыд тела» и «беспокойство по поводу внешности» (см. таблицу 6).

Таблица 6. Сравнение уровня самообъективации и предполагаемых медиаторов в группах с разными уровнями депрессии (результаты дисперсионного анализа)

	Нет риска депрессии (N=108)	Возможен риск депрессии (N=107)	F
	M±SD	M±SD	

Самообъективация	32,8±8,6	35,5±8,5	5,1*
Стыд тела	21,0±7,7	27,7±9,9	30,5**
Беспокойство по поводу внешности	33,6±10,5	51,3±10,9	146,4**

* — $p < 0,05$ ** — $p < 0,001$

Таким образом, существует статистически достоверная взаимосвязь между высоким уровнем самообъективации, стыда собственного тела, беспокойства по поводу внешности и риском формирования депрессивной симптоматики: возможному риску соответствуют высокие значения самообъективации, стыда тела и беспокойства по поводу внешности. Таким образом, полностью подтверждается гипотеза исследования о том, что молодые женщины с высоким уровнем самообъективации более подвержены риску формирования расстройств пищевого поведения и депрессивной симптоматики, чем молодые женщины с низким уровнем самообъективации.

3.4 Взаимосвязь основных конструктов исследования: результаты корреляционного анализа

Был проведен корреляционный анализ основных конструктов исследования. Вычисленные коэффициенты линейной корреляции Пирсона приведены в таблице 7.

Таблица 7. Результаты корреляционного анализа: коэффициенты r -Пирсона

	СО	СТЫД	БЕСП	РПП	ДЕПР
СО	1,000				
СТЫД	0,437**	1,000			
БЕСП	0,481**	0,647**	1,000		
РПП	0,375**	0,634**	0,576**	1,000	
ДЕПР	0,114*	0,297**	0,547**	0,374**	1,000

Условные обозначения: СО – самооbjectивация, СТЫД – стыд тела, БЕСП – беспокойство по поводу внешности, РПП – расстройства пищевого поведения, ДЕПР – уровень депрессии.

** Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).

* Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя).

В результате анализа были выявлены статистически значимые положительные взаимосвязи между всеми конструктами исследования. Так, самооobjectивация положительно коррелирует с расстройствами пищевого поведения ($r = 0,375$ при $p < 0,001$) и уровнем депрессии ($r = 0,114$ при $p = 0,019$). Таким образом, связь между самооobjectивацией и расстройствами пищевого поведения является умеренной: влияние самооobjectивации объясняет 14% дисперсии расстройств пищевого поведения. Связь между самооobjectивацией и депрессией слабая и объясняет лишь 1,3% общей доли депрессии. Таким образом, полностью подтверждаются гипотезы исследования о положительной взаимосвязи самооobjectивации с расстройствами пищевого поведения и уровнем депрессии.

Более сильная корреляционная связь самооobjectивации, расстройств пищевого поведения и уровня депрессии наблюдается с предполагаемыми медиаторами — стыдом тела и беспокойством по поводу внешности. Так, самооobjectивация положительно коррелирует со стыдом тела ($r = 0,437$ при $p < 0,001$), объясняя тем самым 19% дисперсии переменной «стыд тела», а также с беспокойством по поводу внешности ($r = 0,481$ при $p < 0,001$; 23,1% дисперсии). Еще более сильная связь выявлена между предполагаемым медиатором «беспокойство по поводу внешности» с расстройствами пищевого поведения ($r = 0,576$ при $p < 0,001$; 33,2% дисперсии) и уровнем депрессии ($r = 0,547$ при $p < 0,001$; 29,9% дисперсии). Что касается медиатора «стыд тела», то его связь с расстройствами пищевого поведения составила $r = 0,634$ при $p < 0,001$, следовательно, взаимосвязь между этими переменными объясняет 40,2% общей дисперсии расстройств пищевого поведения. Взаимосвязь, выявленная в результате корреляционного анализа, между стыдом тела и

уровнем депрессии наблюдается слабая и составляет $r = 0,297$ при $p < 0,001$. Таким образом, воздействие стыда тела на уровень депрессии объясняет лишь 8,8% общей дисперсии депрессии.

Кроме того, была выявлена статистически значимая взаимосвязь между предполагаемыми медиаторами — стыдом тела и беспокойством по поводу внешности ($r = 0,647$ при $p < 0,001$), а также между двумя зависимыми переменными — расстройствами пищевого поведения и уровнем депрессии ($r = 0,374$ при $p < 0,001$).

3.5 Анализ соответствия теоретической модели самообъективации результатам эмпирического исследования (метод SEM)

Для анализа соответствия теоретической модели самообъективации (см. выводы к главе 1) эмпирическим данным был применен метод моделирования структурными уравнениями (SEM — Structural Equation Modeling) в рамках модуля AMOS (Analysis of Moment Structures — анализ структур моментов) на базе статистического пакета SPSS 23.0.

Метод моделирования структурными уравнениями (SEM) активно применяется в зарубежных психологических исследованиях с 1990-х годов. В России SEM пока не получил широкого распространения в гуманитарных дисциплинах, несмотря на широкий круг решаемых с его помощью задач. Однако в последние годы также отмечается рост популярности данного исследовательского метода (Наследов А.Д., 2013).

SEM, представляя собою комбинацию таких известных методов обработки эмпирических данных, как корреляционный, множественный регрессионный, дисперсионный, факторный и ковариационный анализы, значительно превосходит их по своим возможностям. Так, в отличие от множественного регрессионного анализа метод SEM позволяет включить в модель более одной зависимой переменной, а также учесть не только прямые, но и опосредованные связи, в частности, медиаторы, что особенно важно для настоящего исследования.

Кроме того, с помощью данного метода можно оценивать степень соответствия теоретической модели эмпирическим данным. Для этой цели с помощью SEM выполняется предварительное построение структурной модели согласно гипотезам исследования. Затем априорная модель проверяется на соответствие исходным данным посредством оценки статистической значимости различных параметров: регрессионных коэффициентов, ковариаций, дисперсий и т. д. Степень расхождения между априорной (исходной) и апостериорной (итоговой) моделями оценивается с помощью различных критерии согласия. Как правило, априорная модель плохо соответствует исходным данным, что требует ее модификации.

Следует отметить, что метод SEM часто применялся в последние годы в западных исследованиях самообъективации (например, Augustus-Horvath C.L., Tylka T.L., 2009; Buchanan T.S. et al., 2008; Grabe S., Hyde J.S., 2009; Kozee H.B., Tylka T.L., 2006; Mitchell K.S., Mazzeo S.E., 2009; Peat C.M., Muehlenkamp J.J., 2011; Slater A., Tiggemann M., 2010; Szymanski D.M., Henning S.L., 2007) для проверки соответствия модели взаимосвязи самообъективации с различными характеристиками психического здоровья, в частности, взаимосвязи самообъективации и расстройств пищевого поведения, а также для проверки влияния модераторов, в том числе стыда тела и беспокойства по поводу внешности.

В результате применения метода SEM в рамках настоящего исследования в соответствии с теоретической моделью была разработана регрессионная модель (модель путей) направленных связей переменных, проведена оценка соответствия этой модели эмпирическим данным и выполнена последующая коррекция модели средствами SEM. Полученная таким образом итоговая структурная модель позволила судить как о прямых, так и косвенных связях влияния самообъективации на расстройства пищевого поведения и уровень депрессии.

Корректность применения SEM подтверждается соблюдением двух условий: достаточная численность выборки и многомерная нормальность

распределения переменных. Достаточность объема выборки проверяется путем соотношения общего количества испытуемых (N) к числу оцениваемых параметров (T). В рамках настоящего исследования данное соотношение составило 32,54, что значительно превосходит 5-кратное превышение (предельно малое допустимое значение), 10-кратное оптимальное превышение и 20-кратное идеальное превышение (Наследов А.Д., 2013).

Многомерная нормальность распределения переменных проверяется по значению критического коэффициента для многомерного эксцесса, которое оказалось значительно меньше предельного значения, равного пяти ($c.r. = 2,279$). Кроме того, значения асимметрий (*skew*) и эксцесса (*kurtosis*) для каждой переменной по модулю не превосходят 1 (см. Приложение Ж). Следовательно, подтверждается предположение о многомерной нормальности переменных, и корректно применение наиболее мощного метода анализа — метода максимального правдоподобия (ML — Maximum likelihood).

На рис. 4 в виде блок-схемы представлена априорная модель путей, в своей структуре воспроизводящая исходную гипотетическую модель (см. рис. 3 в выводах к главе 1). Независимой переменной, то есть предиктором возникновения расстройств пищевого поведения и депрессии, выступает самообъективация, зависимыми переменными — расстройства пищевого поведения и депрессия. Переменные «стыд тела» и «беспокойство по поводу внешности» являются медиаторами, то есть одновременно выступают в качестве зависимых от одних переменных (самообъективация) и независимых — от других (расстройства пищевого поведения, уровень депрессии). Односторонние стрелки на блок-схеме означают направленные (причинно-следственные) связи от независимой переменной к зависимой. Двусторонние стрелки означают ненаправленные (ковариационные) связи между переменными.

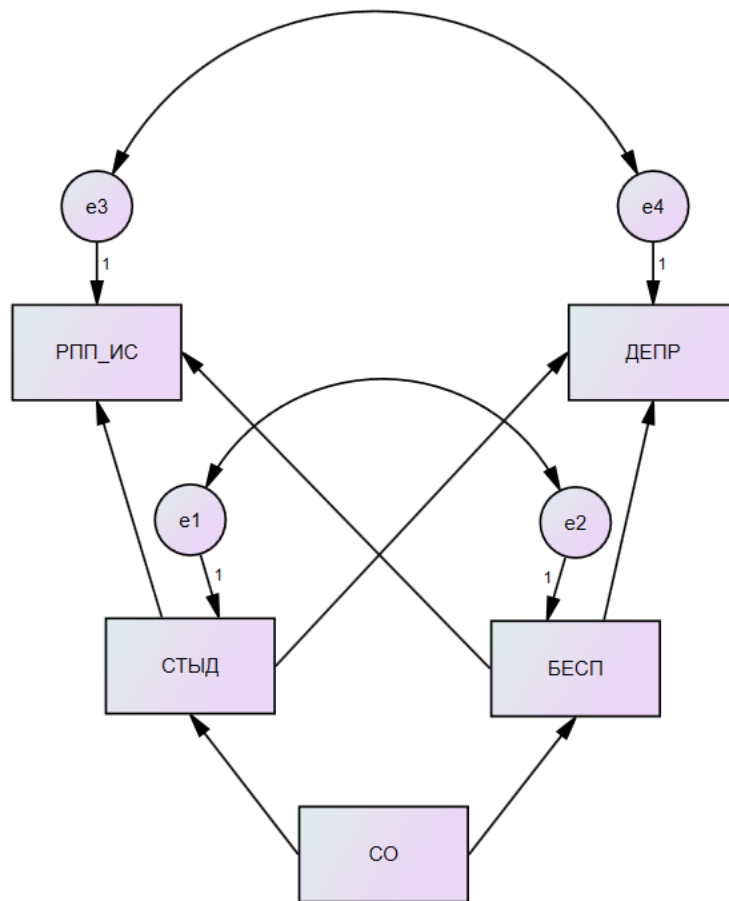


Рис. 4. Априорная (исходная) модель самообъективации

Условные обозначения: «СО» — самообъективация; «СТЫД» — стыд тела; «БЕСП» — беспокойство по поводу внешности; «РПП» — расстройства пищевого поведения; «ДЕПР» — уровень депрессии; e1, e2, e3, e4 — ошибки модели.

Пошаговая коррекция априорной модели производилась путем удаления статистически недостоверных связей и добавлением новых связей в соответствии с индексами модификации. В результате анализа обнаружилось, что однонаправленную связь между переменными «стыд тела» и «уровень депрессии» следует исключить из модели, поскольку уровень значимости связи составил $p = 0,07$ ($p > 0,05$), и связь, таким образом, оказалась статистически не достоверной. Кроме того, анализ показал, что имеется статистически значимая связь между двумя медиаторами — стыдом тела и беспокойством по поводу внешности. Все оцениваемые параметры для итоговой модели —

регрессионные коэффициенты и значения ковариаций между ошибками — оказались статистически достоверны ($p \leq 0,001$) (см. Приложение Ж). Полученная в результате перечисленных корректировок структурная модель самооbjectивации представлена на рис. 5.

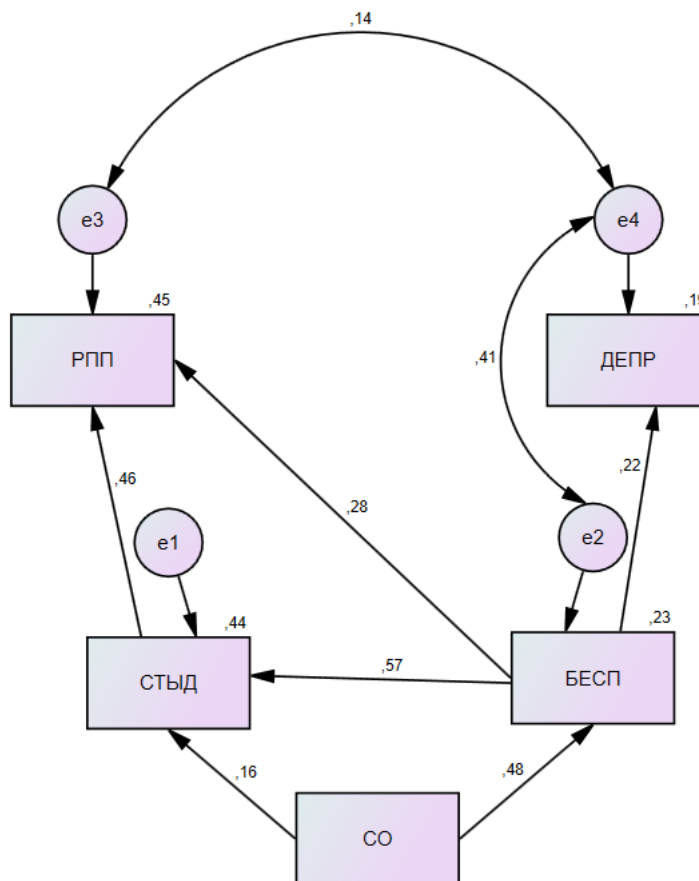


Рис. 5. Апостериорная (итоговая) структурная модель самооobjectивации
Условные обозначения: «СО» — самооobjectивация; «СТЫД» — стыд тела; «БЕСП» — беспокойство по поводу внешности; «РПП» — расстройства пищевого поведения; «ДЕПР» — уровень депрессии; e1, e2, e3, e4 — ошибки модели

Кроме того, с помощью модуля AMOS были вычислены различные критерии согласия модели, с помощью которых оценивается расхождение между исходной (теоретической) и эмпирической ковариационными матрицами. В таблице 8 приведены наиболее популярные критерии согласия, а также их предельные значения, на основании которых принимается решение о

согласованности модели. Первые пять критериев, указанные в таблице 8, приводятся в монографии А.Д. Наследова (2013), последние три критерия часто упоминаются в западных источниках (например, Byrne В.М., 2010). В последнем столбце таблицы 8 указаны значения критериев согласия применительно к рассматриваемой модели.

Таблица 8. Критерии согласия модели с исходными данными

Критерий	Описание	Интерпретация	Значение в рамках модели
Chi-square, df, p	Критерий хи-квадрат проверяет H_0 на предмет того, что разность между эмпирической и воспроизведенной по модели матрицами ковариаций равна 0	$p > 0,05$ — хорошее согласие	Chi-square = 2,791 Degrees of freedom = 2 Probability level = 0,248
GFI	Goodness-of-Fit Index — критерий согласия	не менее 0,90 (хорошее согласие)	GFI = 0,997
AGFI	Adjusted Goodness-of-Fit Index — исправленный критерий согласия	не менее 0,90 (хорошее согласие). Обычно AGFI < GFI	AGFI = 0,980
RMSEA	Root mean square error of approximation (RMSEA) — квадратный корень среднеквадратической ошибки аппроксимации: границы его 90 % доверительного интервала	не более 0,05 — хорошее согласие; не более 0,08 — приемлемое; 0,08-0,1 — слабое; более 0,1 — нет согласия. Верхняя граница (HI90) не должна существенно превышать 0,1.	RMSEA = 0,031 HI90 = 0,106
PCLOSE	Оценка точности критерия RMSEA	около 0,5 и выше — хорошее согласие; ниже 0,1 — приемлемое согласие	PCLOSE = 0,553
CFI	Comparative Fit Index — сравнительный критерий согласия	не менее 0,90 (хорошее согласие)	0,999

TLI	Tucker-Lewis Index — критерий Такера–Льюиса	не менее 0,95 (хорошее согласие)	TLI = 0,995
IFI	Incremental Index of Fit — инкрементальный критерий согласия	не менее 0,95 (хорошее согласие)	IFI = 0,999

Несмотря на значительную численность выборки настоящего исследования ($N = 423$), значения всех семи критериев, приведенных в таблице 8, удовлетворяют указанным требованиям и свидетельствуют об очень хорошем соответствии модели исходным данным. Таким образом, модель продемонстрировала свою состоятельность, что позволяет содержательно ее интерпретировать.

В представленной модели стыд тела и беспокойство по поводу внешности выступают как медиаторы во взаимосвязи между самообъективацией и расстройствами пищевого поведения. 45% дисперсии расстройств пищевого поведения можно объяснить влиянием и взаимодействием таких переменных, как стыд тела ($\beta = 0,46$) и беспокойство по поводу внешности ($\beta = 0,28$), воздействующих на расстройства пищевого поведения напрямую, а также влиянием самообъективации, воздействующей опосредованно — через стыд тела и беспокойство по поводу внешности. В свою очередь, влияние самообъективации на беспокойство по поводу внешности ($\beta = 0,48$) объясняет 23% дисперсии последней. 44% дисперсии стыда тела ($\beta = 0,44$) можно объяснить влиянием самообъективации ($\beta = 0,16$) и беспокойства по поводу внешности ($\beta = 0,57$). Таким образом, полностью подтверждается гипотеза исследования, что стыд тела и беспокойство по поводу внешности являются медиаторами, опосредующими положительную взаимосвязь самообъективации с расстройствами пищевого поведения.

Что касается гипотезы о том, что страх тела и беспокойство по поводу внешности являются медиаторами во взаимосвязи самообъективации с уровнем депрессии, то она подтвердилась частично. Самообъективация влияет на уровень депрессии опосредованно через беспокойство по поводу внешности ($\beta = 0,22$), объясняя тем самым 19% дисперсии депрессии. Связь между стыдом

тела и депрессией оказалась статистически не достоверной, поэтому предположение о том, что стыд тела также является медиатором во взаимосвязи самообъективации и депрессии не нашло подтверждения.

3.6 Формирования измерительной модели самообъективации: эксплораторный факторный анализ опросника ЕАТ-26

Как было указано в параграфе 2.2.4 «Тест отношения к приему пищи», опросник ЕАТ-26, согласно публикации авторов (Garner D.M. et al., 1982), содержит 3 шкалы: диетические ограничения, булимия, а также озабоченность и контроль в отношении еды. Белорусский исследователь О.А. Скугаревский в монографии «Нарушения пищевого поведения» (2007) ссылается на последующее изучение факторной структуры опросника ЕАТ-26 в Новой Зеландии, Израиле и Пакистане, которое выявило 4-факторную структуру: к указанным выше трем факторам был добавлен четвертый фактор, связанный с очистительным поведением (самовызывание рвоты или использование слабительных препаратов). О.А. Скугаревским была проведена психометрическая адаптация методики ЕАТ-26 на выборке из 359 студенток Белорусского государственного медицинского университета. В результате факторного анализа О.А. Скугаревским были выделены четыре фактора, значительно отличающиеся от полученных до этого результатов западных исследований. Белорусским исследователем полученные им четыре подшкалы опросника были интерпретированы следующим образом: «Нарушение пищевого поведения», «Самоконтроль пищевого поведения», «Озабоченность образом тела» и «Социальное давление в отношении пищевого поведения» (Скугаревский О.А., 2007).

В рамках настоящего исследование было принято решение провести факторно-аналитическое исследование с целью изучения психологической структуры расстройств пищевого поведения и вычисления факторных оценок в качестве новых переменных для дальнейшего анализа. Факторизации были

подвергнуты 26 переменных, соответствующих оценкам 423 респондентов по каждому пункту опросника ЕАТ-26.

Вопрос выбора оптимального количества факторов решался сочетанием критериев Кайзера и Кеттела. В соответствии с критерием Кайзера (критерий собственных значений), в факторной модели стоит оставить все факторы, чьи собственных значений больше 1. Таких факторов обнаружилось 5. В соответствии с критерием Кеттела, графически отображенном в виде графика собственных значений на рис. 6, область, после которой кривая становится более пологой находится между 3 и 5 факторами.

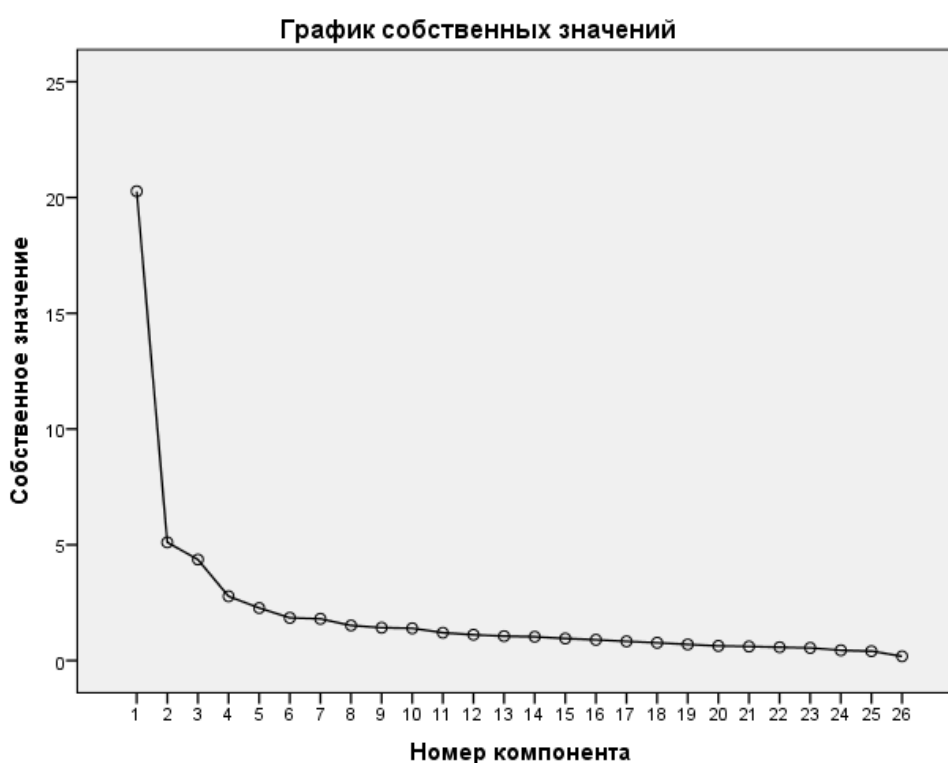


Рис. 6. Факторный анализ опросника ЕАТ-26: график собственных значений

Окончательное решение о числе факторов было принято после выделения четырех и пяти факторов, а также их последующей интерпретации. На данном этапе анализа при выделении факторов мы руководствовались не только формальными показателями (факторными нагрузками), но и содержательными соображениями, выбирая решение, которое явилось наилучшим по признакам

простоты структуры и концептуальной осмысленности. В результате было выделено 4 содержательно гомогенных фактора, имеющих наиболее понятную и отчетливую логическую интерпретацию и в совокупности объясняющих 54,2% общей дисперсии, что является вполне приемлемым для последующего содержательного анализа (см. Приложение К).

Для выделения шкал опросника использовался метод главных компонент с Varimax-вращением с нормализацией Кайзера. Вращение сошлось за 6 итераций. Итоговые результаты факторизации в сокращенном виде (только пункты с наибольшими факторными нагрузками), пригодном для интерпретации, представлены в таблице 9. В таблице указаны номера (№) и утверждения («Пункты опросника»), а также соответствующие четырем факторам нагрузки, величина которых не ниже 0,3. В предпоследней строке таблицы 9 указаны проценты суммарной дисперсии для каждого из четырех факторов. В последней строке приведены значения α -Кронбаха для соответствующих шкал. В последнем столбце — α -Кронбаха всего опросника при удалении данного пункта из шкалы. В целом α -Кронбаха опросника до удаления каких бы то ни было пунктов составила $\alpha = 0,896$, что говорит об очень хорошей внутренней согласованности.

Таблица 9. Факторный анализ опросника EAT-26: матрица нагрузок (метод главных компонент, вращение Varimax)

№	Пункты опросника	Факторы и факторные нагрузки				α-Кронбаха, если пункт удален
		1	2	3	4	
1	Меня пугает мысль о том, что я располнею.		0,821			0,889
2	Я воздерживаюсь от еды, даже будучи голодной.		0,391	0,388	0,308	0,891
3	Я считаю, что поглощена мыслями о еде.	0,833				0,889
4	У меня бывают приступы неконтролируемого поглощения пищи, во время которых я не могу себя остановить.	0,721				0,888
5	Я нарезаю свою еду на маленькие кусочки.					0,896
6	Я знаю, сколько калорий в пище, которую я ем.			0,637		0,891
7	Я в особенности воздерживаюсь от еды с высоким содержанием углеводов (хлеб, рис, картофель и т. д.).			0,749		0,891
8	Я чувствую, что окружающие предпочли бы, чтобы я больше ела.				0,840	0,901
9	У меня бывает рвота после еды.					0,895
10	Я испытываю сильную вину после еды.	0,552	0,592			0,886
11	Я озабочена желанием похудеть.	0,340	0,763	0,323		0,885
12	Я думаю о сжигании калорий при выполнении физических упражнений.		0,671	0,353		0,888
13	Окружающие думают, что я слишком худая.				0,761	0,905
14	Я озабочена мыслями о жировых отложениях на моем теле.	0,361	0,759			0,886
15	Прием пищи у меня занимает больше времени, чем у других людей.				0,505	0,896
16	Я воздерживаюсь от еды, содержащей сахар.			0,737		0,891
17	Я употребляю диетические продукты.			0,750		0,891
18	Я чувствую, что еда контролирует мою жизнь.	0,805				0,887
19	Я проявляю самоконтроль в отношении еды.			0,605	,	0,896
20	Я чувствую, что другие люди заставляют меня есть.				0,581	0,894
21	Я уделяю слишком много времени еде и мыслям о ней.	0,815				0,887
22	Я испытываю дискомфорт после того, как поем сладостей.	0,483	0,520			0,887

23	Я соблюдаю диету.			0,752		0,890
24	Мне нравится ощущение пустого желудка.		0,363	0,312	0,316	0,891
25	После еды у меня бывает импульсивное желание вызвать у себя рвоту.	0,388	0,335			0,892
26	Я испытываю удовольствие, когда пробую новые и вкусные блюда.					0,899
Доля общей дисперсии, объясненная фактором (%)		15,38	14,99	14,92	8,95	
α-Кронбаха для шкалы		0,894	0,884	0,828	0,674	

В процессе осмысления выделенных факторов было принято решение интерпретировать их, воспользовавшись терминологией белорусского исследователя О.А. Скугаревского (см. начало текущего параграфа): «Нарушение пищевого поведения» (фактор 1 в таблице 9), «Озабоченность образом тела» (фактор 2), «Самоконтроль пищевого поведения» (фактор 3) и «Социальное давление в отношении пищевого поведения» (фактор 4).

Несмотря на совпадение названий факторов с вышеупомянутым исследованием, произошла некоторая реорганизация факторной структуры по сравнению с результатами О.А. Скугаревского. Так, пункт опросника № 23 «Я соблюдаю диету», включенный О.А. Скугаревским в шкалу «Нарушение пищевого поведения», в рамках настоящего исследования был отнесен к шкале «Самоконтроль пищевого поведения». Следует также отметить, что процент объясненной общей дисперсии в случае нашего исследования значительно выше, чем в соответствующем белорусском исследовании (54,2% против 40,5%). Кроме того, данные настоящего исследования и исследования О.А. Скугаревского демонстрируют значительное отличие весов факторов, то есть долей общей дисперсии, обусловленной конкретным фактором. Так, доли общей дисперсии выделенных белорусским исследователем подшкал (20,4% — фактор 1; 6,8% — фактор 2; 7,4% — фактор 3 и 5,9 % — фактор 4) свидетельствуют о весьма умеренной гомогенности общей шкалы. В нашем случае веса факторов различались не столь значительно и доли дисперсии, объясненные четырьмя факторами, составили 15,38%, 14,99%, 14,92% и 8,95%, демонстрируя тем самым валидность (гомогенность) общей шкалы. В этом отношении несколько выделяется лишь четвертый фактор, получивший

интерпретацию «Социальное давление в отношении пищевого поведения», чья доля дисперсии составила 8,95%. Кроме того, альфа Кронбаха четвертой шкалы составляет всего 0,674, что говорит о сомнительной внутренней согласованности шкалы. Коэффициент альфа рассматриваемого фактора значительно отличается от данного показателя трех других шкал, составивших 0,894, 0,884 и 0,828, что говорит, соответственно, о хорошей внутренней согласованности трех шкал. К четвертому фактору «Социальное давление в отношении пищевого поведения» мы еще вернемся при дальнейшем анализе, пока лишь отметим это обстоятельство.

Возвратимся к таблице 9, представляющей матрицу факторных нагрузок. Жирным шрифтом в таблице 9 выделены значения нагрузок, соответствующие тому пункту опросника, который после интерпретации был включен в указанную подшкалу. В том случае, когда значения факторных нагрузок, соответствующие одному пункту опросника, незначительно различались по двум или нескольким факторам, решение, к какой из шкал будет относиться данный пункт, принималось по содержательным соображениям. Так, пункт № 2 «Я воздерживаюсь от еды, даже будучи голодной» был включен в шкалу «Самоконтроль пищевого поведения», несмотря на то, что факторная нагрузка по этому фактору несколько меньше, чем по фактору «Озабоченность образом тела».

Кроме того, в случае трех пунктов опросника EAT-26 — № 5, 9 и 26 — ячейки таблицы 9, соответствующие факторным нагрузкам по всем четырем шкалам, остались пустыми. Этот факт говорит о том, что данные пункты опросника имели незначимые факторные нагрузки по всем четырем факторам (их значения оказались ниже 0,3). Встает закономерный вопрос о том, следует ли исключить данные пункты из опросника применительно к настоящему исследованию. В случае удаления этих пунктов (№ 5, 9 и 26) альфа Кронбаха общего опросника вырастает до 0,900, что соответствует отличной внутренней согласованности шкалы (Наследов А.Д., 2013). Что касается отдельных шкал опросника, то при добавлении указанных трех пунктов в соответствующую

шкалу (даже учитывая их крайне низкую факторную нагрузку), альфа Кронбаха шкалы также снижается. Так, при включении пункта № 5 «Я разрезаю свою еду на маленькие кусочки» в соответствующую шкалу «Контроль пищевого поведения» альфа Кронбаха шкалы снижается с 0,828 до 0,810, а при включении пункта № 9 «У меня бывает рвота после еды» в шкалу «Нарушения пищевого поведения» альфа снижается с 0,894 до 0,885.

Лучшим способом проверки адекватности результатов эксплораторного факторного анализа является конфирматорный факторный анализ, что связано с рядом недостатков эксплораторного (традиционного) факторного анализа. Так, с помощью эксплораторного факторного анализа невозможно определить, является ли значение факторной нагрузки достаточной, чтобы причислить соответствующую переменную к определенному фактору. Кроме того, традиционная факторная модель предполагает, что факторы не коррелируют друг с другом (являются ортогональными). Эти неопределенности снимаются применением конфирматорного факторного анализа в рамках SEM (Наследов А.Д., 2013).

3.7 Формирования измерительной модели самообъективации: конфирматорный факторный анализ опросника ЕАТ-26

Конфирматорный факторный анализ опросника ЕАТ проводился с помощью модуля AMOS на базе статистического пакета SPSS 23.0. Структура факторных нагрузок была задана в соответствии с результатами эксплораторного факторного анализа. В качестве априорной (исходной) модели была выбрана модель конфирматорного факторного анализа с пересекающимися факторами. Данная модель допускает, что некоторые факторы имеют индикаторы, общие с другими факторами. Так, на априорной модели (рис. 7) можно видеть, что пункт опросника a10 связан как с первым, так и со вторым факторами. Полученная в результате априорная (исходная) модель опросника ЕАТ-26 приводится на рис. 7.

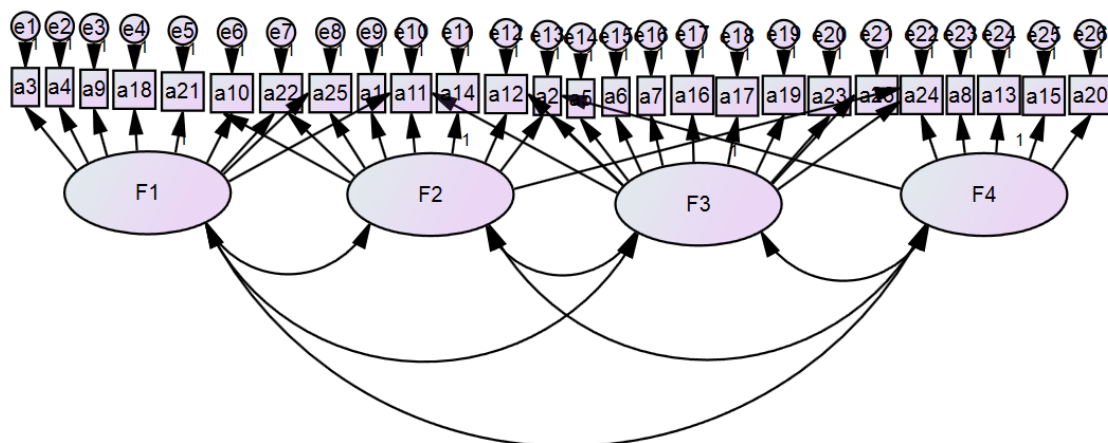


Рис. 7. Априорная (исходная) модель опросника EAT-26

Условные обозначения: F1, F2, F3 и F4 — факторы; a1, a2, ..., a26 — пункты опросника EAT-26; e1, e2, ..., e26 — ошибки модели.

Количество оцениваемых параметров составило $T = 68$. Объем выборки $N = 423$ меньше рекомендуемого соотношения $10T$, но больше предельно малой численности $5T$. Таким образом, по рекомендации А.Д. Наследова (2013), для оценки соответствия модели исходным данным следует применять самые строгие из рекомендуемых величин критериев согласия модели.

Поскольку требование многомерной нормальности распределения переменных, выполнено не было (с.г. = 45,9, что значительно превышает предельное значение 5) (см. Приложение Л), то наиболее робастный метод анализа Maximum likelihood (Максимального правдоподобия) оказался неприменим и использовался метод Asymptotically distribution-free (Приблизительно свободный от распределения). Как отмечает А.Д. Наследов (2013), данный метод применим только для очень больших выборок (более 400–500 наблюдений). Данное требование в нашем случае соблюдается ($N = 423$).

В результате коррекции исходной модели были внесены следующие изменения. Были удалены статистически недостоверные связи отдельных индикаторов с факторами, например, были удалены связи индикатора a11 с факторами F1 ($p = 0,994$) и F3 ($p = 0,054$). Также обнаружилась статистически недостоверная связь индикатора a26 с фактором F3 ($p = 0,318$). Поскольку связь

с данным индикатором была только у третьего фактора, то переменная а26 была удалена из модели как переменная, статистически недостоверно связанная с другими переменными. Кроме того, статистически не достоверными оказались ковариационные связи четвертого фактора «Социальное давление в отношении пищевого поведения» с первым («Нарушение пищевого поведения») ($p = 0,621$) и третьим («Самоконтроль пищевого поведения») ($p = 0,221$) факторами. Напомним, что данный фактор при эксплораторном факторном анализе объяснил наименее значительную долю дисперсии (8,95%). Кроме того, альфа Кронбаха четвертой шкалы составила всего 0,674, что говорит о сомнительной внутренней согласованности шкалы (см. параграф 3.6).

Для анализа взаимосвязи между подшкалами и взаимосвязи подшкал с общей шкалой ЕАТ-26 был выполнен корреляционный анализ, результаты которого приведены в таблице 10.

Таблица 10. Результаты корреляционного анализа подшкал ЕАТ-26: коэффициенты корреляции Пирсона

	РПП	НПП	ОБРАЗТЕЛА	КОНТРПП	СОЦДАВ
РПП	1,000				
НПП	0,833**	1,000			
ОБРАЗТЕЛА	0,819**	0,666**	1,000		
КОНТРПП	0,771**	0,474**	0,592**	1,000	
СОЦДАВ	0,279**	0,141**	-0,032	0,045	1,000

** Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).

Условные обозначения: РПП — расстройства пищевого поведения, НПП — нарушение пищевого поведения, ОБРАЗТЕЛА — озабоченность образом тела, КОНТРПП — самоконтроль пищевого поведения, СОЦДАВ — социальное давление в отношении пищевого поведения.

Как видно из данных, приведенных в таблице 10, у всех подшкал, кроме подшкалы «Социальное давление в отношении пищевого поведения», выявлена

сильная связь с общей шкалой и умеренная связь с другими шкалами. Что касается подшкалы «Социальное давление в отношении пищевого поведения», то она продемонстрировала слабую корреляционную взаимосвязь с общей шкалой EAT-26 и шкалой «Нарушение пищевого поведения» (низкие коэффициенты корреляции — 0,279 и 0,141, соответственно), а также отсутствие статистически значимых связей с подшкалами «Самоконтроль пищевого поведения» и «Озабоченность образом тела».

Все приведенные аргументы свидетельствуют в пользу того, чтобы в рамках настоящего исследования исключить подшкалу «Социальное давление в отношении пищевого поведения» из шкалы расстройств пищевого поведения и не учитывать переменную «Социальное давление в отношении пищевого поведения» в дальнейшем анализе.

Кроме того, в процессе пошаговой коррекции модели конфирматорного факторного анализа были добавлены дополнительные связи между переменными с помощью индексов модификации. Так, индикатор а19 «Я проявляю самоконтроль в отношении еды» оказался связанным с фактором 1 «Нарушение пищевого поведения», а индикатор а3 «Я считаю, что поглощена мыслями о еде» — с фактором 3 «Самоконтроль пищевого поведения». Также была установлена взаимосвязь между двумя индикаторами а10 «Я испытываю сильную вину после еды» и а16 «Я воздерживаюсь от еды, содержащей сахар». Наконец, с помощью таблицы стандартизованных остатков ковариаций (Standardized Residual Covariances) были выявлены три переменные (а5, а9 и а25), продемонстрировавшие плохо воспроизводимые моделью ковариации с другими переменными. Экстремальное расхождение эмпирических и модельных ковариаций этих переменных (значения стандартизованных остатков ковариаций по модулю гораздо больше предельного значения 2) дает основание для удаления этих переменных из модели. После осуществления приведенных выше корректировок была построена модель с высокими показателями согласия. Полученная апостериорная модель представлена на рис. 8, критерии согласия модели с исходными данными — в таблице 11.

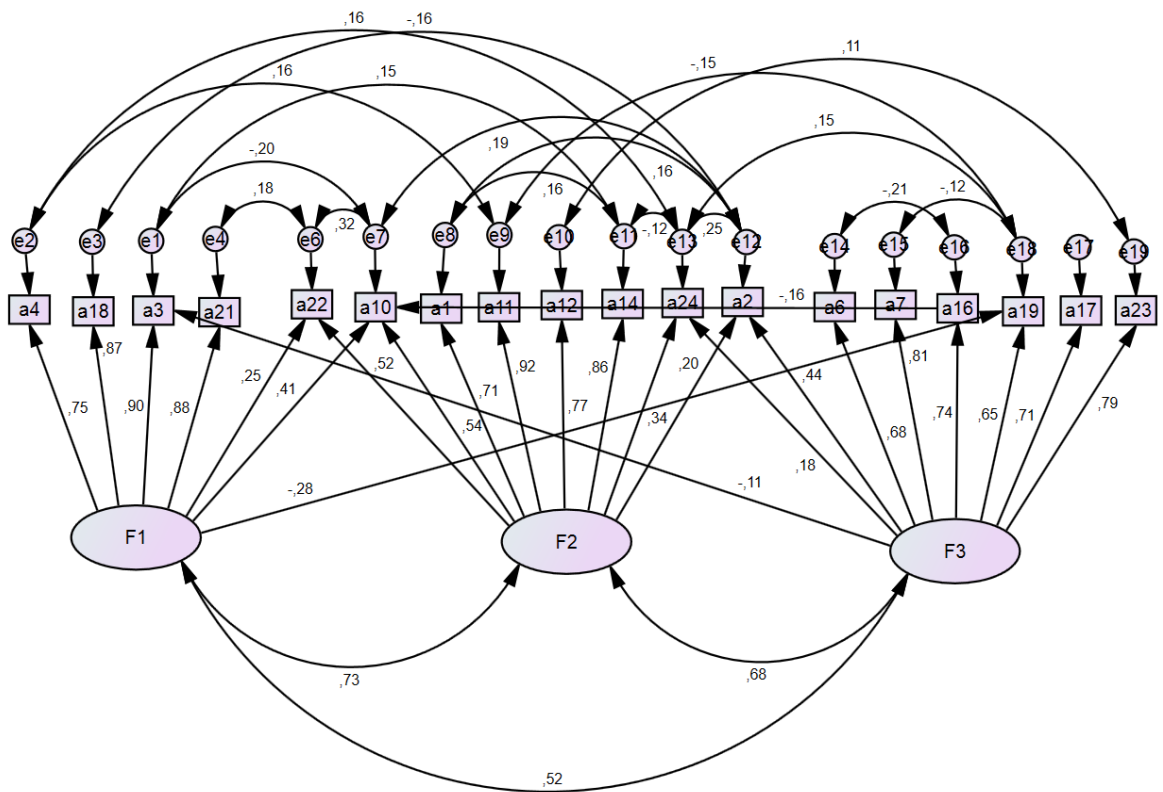


Рис. 8. Апостериорная (итоговая) модель опросника EAT-26

Таблица 11. Критерии согласия модели КФА с исходными данными

Критерий	Рекомендованные значения	Значение в рамках модели
Chi-square, df, p	$p > 0,05$	Chi-square = 103,883 Degrees of freedom = 108 Probability level = 0,594
GFI	не менее 0,90	CFI = 1,000
AGFI	не менее 0,90	AGFI = 0,959
RMSEA	не более 0,05	RMSEA = 0,000 HI90 = 0,023
PCLOSE	около 0,5 и выше	PCLOSE = 1,000
CFI	не менее 0,90	CFI = 1,000
TLI	не менее 0,	TLI = 1,006
IFI	не менее 0,95	IFI = 1,004

Значения всех семи критериев согласия, приведенных в таблице 11, значительно превышают рекомендованные значения. Таким образом, модель хорошо соответствует эмпирическим данным и подлежит интерпретации.

В результате конфирматорного факторного анализа подтвердились результаты эксплораторного факторного анализа. Так, подтвердилась связь факторов с соответствующими индикаторами, а также корректность исключения из анализа переменных а5, а9 и а26, к которым добавилась переменная а25. Кроме того, появились дополнительные аргументы в пользу исключения четвертого фактора «Социальное давление в отношении пищевого поведения» из дальнейшего анализа.

3.8 Формирования измерительной модели самообъективации: повторный эксплораторный факторный анализ опросника ЕАТ-26

Был проведен повторный факторный анализ опросника с исключением пунктов 5, 9, 25 и 26, а также пунктов, входящих в подшкалу «Социальное давление в отношении пищевого поведения» (8, 13, 15 и 20).

Как и при первичной факторизации, использовался метод главных компонент с Varimax-вращением с нормализацией Кайзера. Вращение сошлось за 5 итераций. В таблице 12 приводятся результаты факторизации.

Таблица 12. Повторный факторный анализ опросника ЕАТ-26: матрица нагрузок (метод главных компонент, вращение Varimax)

№	Пункты опросника	Факторы и факторные нагрузки			α-Кронбаха, если пункт удален
		1	2	3	
1	Меня пугает мысль о том, что я располнею.		0,821		0,916
2	Я воздерживаюсь от еды, даже будучи голодной.			0,446	0,919
3	Я считаю, что поглощена мыслями о еде.	0,832			0,916
4	У меня бывают приступы бесконтрольного поглощения пищи, во время которых я не могу себя остановить.	0,752			0,918
6	Я знаю, сколько калорий в пище, которую я ем.			0,610	0,918
7	Я в особенности воздерживаюсь от еды с высоким содержанием углеводов (хлеб, рис, картофель и т. д.).			0,727	0,917
10	Я испытываю сильную вину после еды.	0,599	0,536		0,913
11	Я озабочена желанием похудеть.		0,749		0,911
12	Я думаю о сжигании калорий при выполнении физических упражнений.		0,693		0,914
14	Я озабочена мыслями о жировых отложениях на моем теле.		0,767		0,912
16	Я воздерживаюсь от еды, содержащей сахар.			0,725	0,918
17	Я употребляю диетические продукты.			0,743	0,918
18	Я чувствую, что еда контролирует мою жизнь.	0,815			0,915
19	Я проявляю самоконтроль в отношении еды.			0,647	0,924
21	Я уделяю слишком много времени еде и мыслям о ней.	0,829			0,914
22	Я испытываю дискомфорт после того, как поем сладостей.	0,531	0,466		0,914

23	Я соблюдаю диету.			0,748	0,916
24	Мне нравится ощущение пустого желудка.			0,401	0,919
<i>Доля общей дисперсии, объясненная фактором</i>		21,99%	18,45%	21,12%	
α -Кронбаха для шкалы		0,898	0,884	0,828	

Анализируя полученные результаты, можно говорить об улучшении всех показателей. В результате факторизации было выделено три фактора, в совокупности объясняющих 61,5% общей дисперсии, что значительно превышает первоначальные 54,2%. Доли общей дисперсии, объясненные отдельными факторами, составили 21,99%, 18,45% и 21,12% против первоначальных 15,38%, 14,99% и 14,92%. Таким образом, показатели долей дисперсии существенно выросли, при этом сохранилось незначительное различие долей дисперсии по шкалам, что говорит о гомогенности полученных подшкал опросника. Альфа Кронбаха общей шкалы повысилась до 0,920 (против $\alpha = 0,896$ до удаления пунктов), что говорит об отличной внутренней согласованности шкалы (см. Приложение М).

В таблице 12 приводятся только те значения факторных нагрузок, которые превышают 0,4. Абсолютно все факторные нагрузки по ранее спорным пунктам теперь по большему значению соответствуют искомой шкале. Так, первоначально факторная нагрузка по пункту опросника № 10 «Я испытываю сильную вину после еды» составила 0,552 по первому фактору «Нарушение пищевого поведения» и 0,592 по второму фактору «Озабоченность образом тела». Несмотря на незначительный перевес в сторону фактора 2, по содержательным соображениям пункт был отнесен к фактору 1. В результате повторной факторизации после исключения четвертой подшкалы и ряда пунктов, факторная нагрузка по первому фактору приобрела значение 0,599, по второму фактору — 0,536. Таким образом, большее значение факторной нагрузке теперь соответствует искомой шкале. То же можно сказать и о пункте №22 «Я испытываю дискомфорт после того, как поем сладостей»: значения

факторных нагрузок изменилось с 0,483 на 0,531 (фактор 1) и с 0,520 на 0,466 (фактор 2).

Полученные в результате эксплораторного и конфирматорного факторного анализа факторы были вычислены как новые переменные, которые были включены в структурную модель самоообъективации для дальнейшего анализа.

3.9 Анализ соответствия теоретической обновленной модели самоообъективации (с учетом факторов расстройств пищевого поведения) результатам эмпирического исследования

Полученные в результате факторного анализа три новые переменные «Нарушение пищевого поведения», «Озабоченность образом тела» и «Самоконтроль пищевого поведения» были включены в структурную модель в качестве явных переменных.

Количество оцениваемых параметров составило $T = 22$. Объем выборки $N = 423$ значительно превышает оптимальное соотношения $10T$ и лишь незначительно меньше идеального соотношения $20T$.

Критический коэффициент для многомерного эксцесса составил с.г. = 4,849, что меньше предельного значения 5. Кроме того, значения асимметрий и эксцесса для каждой переменной по модулю не превосходят 1 (см. Приложение Н). Следовательно, соблюдается требование многомерной нормальности распределения переменных, и корректно использование наиболее робастного метода анализа — Maximum likelihood (Максимального правдоподобия).

На рис. 9 представлена итоговая (апостериорная) структурная модель самоообъективации, полученная в результате пошаговой модификации, в таблице 13 приводятся критерии согласия модели с исходными данными.

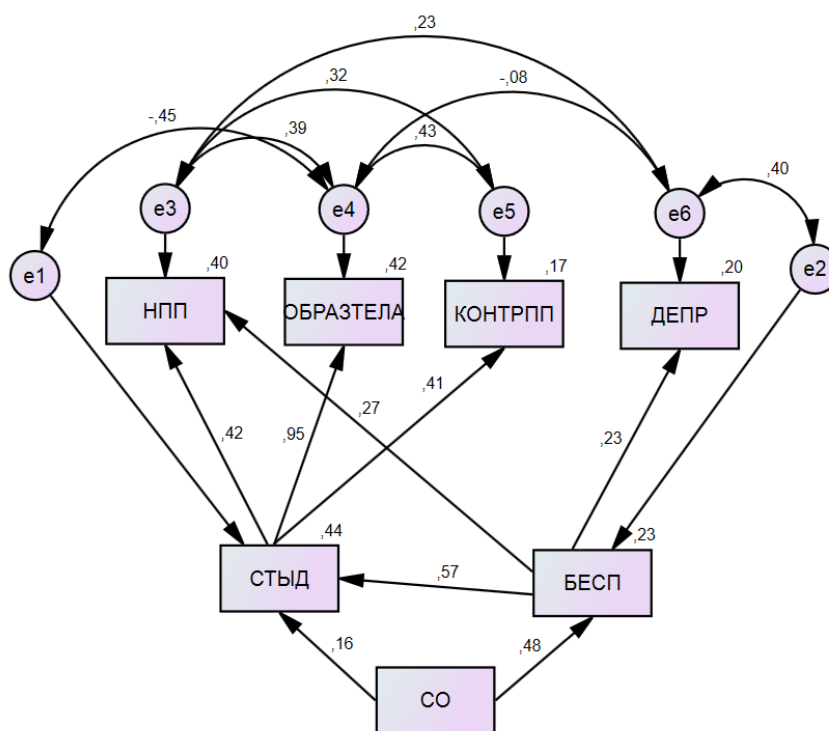


Рис. 9. Апостериорная (итоговая) структурная модель самообъективации с учетом факторов расстройств пищевого поведения

Условные обозначения: «СО» — самообъективация; «СТЫД» — стыд тела; «БЕСП» — беспокойство по поводу внешности; «НПП» — нарушение пищевого поведения, ОБРАЗТЕЛА — озабоченность образом тела, КОНТРПП — самоконтроль пищевого поведения, «ДЕПР» — уровень депрессии; e1, e2, ..., e6 – ошибки модели.

Таблица 13. Критерии согласия модели самообъективации с исходными данными (с учетом факторов расстройств пищевого поведения)

Критерий	Рекомендованные значения	Значение в рамках модели
Chi-square, df, p	$p > 0,05$	Chi-square = 2,949; df = 6; $p = 0,815$
GFI	не менее 0,90	GFI = 0,998
AGFI	не менее 0,90	AGFI = 0,991
RMSEA	не более 0,05	RMSEA = 0,000 HI90 = 0,039
PCLOSE	около 0,5 и выше	PCLOSE = 0,979

CFI	не менее 0,90	CFI = 1,000
TLI	не менее 0,	TLI = 1,008
IFI	не менее 0,95	IFI = 1,002

Как видно из данных, приведенных в таблице 13, значения всех коэффициентов после ввода в модель новых переменных значительно улучшились. Так, наиболее традиционный, по А. Д. Наследову, критерий — уровень значимости хи-квадрата — существенно вырос с $p = 0,248$ до $p = 0,815$, а наиболее робастный критерий RMSEA уменьшился с 0,031 до 0,000. Таким образом, обновленная модель самообъективации в большей степени соответствует эмпирическим данным и, соответственно, подлежит содержательной интерпретации.

Взаимосвязи переменных с уровнем депрессии, а также взаимосвязь самообъективации со стыдом тела и беспокойством по поводу внешности остались прежними (см. параграф 3.5), поэтому они не являются объектом интерпретации в текущем параграфе. Следовательно, ниже речь пойдет о взаимосвязи медиаторов — стыда тела и беспокойства по поводу внешности — с новыми переменными: «Нарушение пищевого поведения», «Озабоченность образом тела» и «Самоконтроль пищевого поведения».

40% дисперсии нарушения пищевого поведения можно объяснить влиянием и взаимодействием медиаторов стыд тела ($\beta = 0,42$) и беспокойство по поводу внешности ($\beta = 0,27$). Нарушение пищевого поведения является единственной новой зависимой переменной, которая оказалась взаимосвязана с двумя медиаторами влияния самообъективации — стыдом тела и беспокойством по поводу внешности. Остальные новые переменные — «Озабоченность образом тела» и «Самоконтроль пищевого поведения» — обнаружили статистически достоверные связи только с одним медиатором — стыдом тела. Так, влияние стыда тела объясняет 42% дисперсии озабоченности образом тела ($\beta = 0,95$) и 17% дисперсии самоконтроля пищевого поведения ($\beta = 0,41$).

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Полученные в результате настоящего исследования данные свидетельствуют о том, что у молодых женщин из групп риска формирования расстройств пищевого поведения и депрессивной симптоматики значимо более высокий уровень самообъективации, стыда собственного тела и беспокойства по поводу внешности, чем у молодых женщин из контрольных групп. Установлена положительная взаимосвязь между самообъективацией и выраженностью симптоматики расстройств пищевого поведения. Эти данные совпадают с результатами большого количества зарубежных исследований, которые проводились на выборках женщин различных возрастных групп, проживающих в Австралии, Великобритании, США, Китае, Швейцарии и Италии (Augustus-Horvath C.L., Tylka T.L., 2009; Calogero R.M., 2009; Calogero R.M., Pina A., 2011; Calogero R.M., Thompson J.K., 2009; Calogero R.M. et al., 2005; Choma B.L. et al., 2009; Dakanalis A., Riva G., 2013; Dakanalis A. et al., 2015; Engeln-Maddox R. et al., 2011; Fitzsimmons-Craft E.E. et al., 2011; Fredrickson B.L. et al., 1998; Greenleaf C., 2005; Greenleaf C., McGreer R., 2006; Harrison K., Fredrickson B.L., 2003; Hurt M.M. et al., 2007; Jackson T., Chen H., 2015; Kozee H.B., Tylka T.L., 2006; Lindner D. et al., 2012; McKinley N.M., 1999, 2006; Mitchell K.S., Mazzeo S.E., 2009; Muehlenkamp J.J., Saris-Baglama R.N., 2002; Myers T.A., Crowther J.H., 2008; Noll S.M., Fredrickson B.L., 1998; Peat C.M., Muehlenkamp J.J., 2011; Rolnik A.M. et al., 2010; Slater A., Tiggemann M., 2002, 2010, 2012; Steer A., Tiggemann M., 2008; Tiggemann M., 2013; Tiggemann M., Lynch J.E., 2001; Tiggemann M., Kuring J.K., 2004; Tiggemann M., Slater A., 2001; Tiggemann M., Williams E., 2012; Tylka T.L., Sabik N.J., 2010). Таким образом, настоящее исследование воспроизводит результаты зарубежных исследований на российской выборке молодых женщин.

В рамках настоящего исследования взаимосвязь между уровнем самообъективации и выраженностью симптоматики расстройств пищевого поведения оказалась опосредована стыдом тела и беспокойством по поводу внешности. Данные результаты также согласуются с рядом зарубежных исследований, установивших, что в вышеуказанной взаимосвязи модераторами могут выступать стыд тела (Calogero R.M., 2009; Calogero R.M., Pina A., 2011; Calogero R.M., Thompson J.K., 2009; Calogero R.M. et al., 2005; Choma B.L. et al., 2009; Engeln-Maddox R. et al., 2011; Fitzsimmons-Craft E.E. et al., 2011; Greenleaf C., 2005; Greenleaf C., McGreer R., 2006; Jackson T., Chen H., 2015; Kozee H.B., Tylka T.L., 2006; Lindner D. et al., 2012; Rolnik A.M. et al., 2010; Slater A., Tiggemann M., 2002, 2010, 2012; Tiggemann M., Lynch J.E., 2001; Tiggemann M., Kuring J.K., 2004; Tiggemann M., Williams E., 2012; Tylka T.L., Sabik N.J., 2010) и/или беспокойство по поводу внешности (Mitchell K.S., Mazzeo S.E., 2009; Peat C.M., Muehlenkamp J.J., 2011; Slater A., Tiggemann M., 2002; Tiggemann M., Lynch J.E., 2001; Tiggemann M., Kuring J.K., 2004; Tiggemann M., Williams E., 2012).

Таким образом, интернализация женщинами объективирующего взгляда внешнего наблюдателя приводит к озабоченности и неудовлетворенности собственной внешностью и, как следствие, к постоянному самонаблюдению (поведенческий компонент самообъективации). Высокому уровню самообъективации соответствуют более сильные стыд и беспокойство, которые испытывают молодые женщины относительно собственного тела и внешности. Стыд тела и беспокойство по поводу внешности могут либо непосредственно служить причиной диетических практик в целях достижения интернализированного идеала стройного тела, либо провоцировать компенсаторное поведение (циклы переедания и очищения желудка), которое может привести к еще более сильному стыду и беспокойству, порождая порочный цикл.

В рамках регрессионной модели настоящего исследования 45% дисперсии расстройств пищевого поведения можно объяснить влиянием и

взаимодействием стыда тела и беспокойства по поводу внешности, а также влиянием самообъективации, воздействующей на расстройства пищевого поведения опосредованно через медиаторы. Воздействие стыда тела на расстройства пищевого поведения в рамках модели более сильное, чем влияние беспокойства по поводу внешности, что подтверждает вывод исследователей M. Tiggemann и E. Williams о том, что стыд тела оказывает более сильное воздействие на расстройства пищевого поведения, тогда как беспокойство по поводу внешности — на депрессивное состояние (Tiggemann M., Williams E., 2012).

С целью изучения психологической структуры расстройств пищевого поведения и включения новых переменных в структурную модель самообъективации было проведено факторно-аналитическое исследование посредством эксплораторного и конфирматорного факторного анализа шкалы «Тест отношения к приему пищи» (EAT-26). В результате анализа было выделено четыре подшкалы: «Нарушение пищевого поведения», «Озабоченность образом тела», «Самоконтроль пищевого поведения» и «Социальное давление в отношении пищевого поведения». При интерпретации новых подшкал была использована терминология О.А. Скугаревского (2007), однако по сравнению с результатами белорусского исследователя была проведена реорганизация факторной структуры (удаление ряда пунктов, отнесение пунктов к другим подшкалам), а также по совокупности причин была исключена подшкала «Социальное давление в отношении пищевого поведения» (статистически не достоверные ковариационные и корреляционные связи с другими факторами, слабая корреляционная связь с общей шкалой, низкие показатели коэффициента альфа-Кронбаха, а также доли общей дисперсии, объясненной данным фактором). В целом, результаты факторизации продемонстрировали более высокие показатели гомогенности подшкал и общей шкалы, а также внутренней согласованности (альфа-Кронбаха), чем в исследовании О.А. Скугаревского.

При включении подшкал «Теста отношения к приему пищи» (EAT-26) в качестве новых переменных в структурную модель была выявлена взаимосвязь между самообъективацией и нарушением пищевого поведения, опосредованная как стыдом тела, так и беспокойством по поводу внешности. Прямое влияние стыда тела и беспокойства по поводу внешности, взаимодействие между этими переменными, а также косвенное влияние самообъективации, опосредованное медиаторами, объясняет 40% нарушений пищевого поведения. Взаимосвязь между самообъективацией и озабоченностью образом тела оказалась опосредована лишь одним медиатором — стыдом собственного тела. Аналогично единственным медиатором во взаимосвязи самообъективации и самоконтроля пищевого поведения оказался стыд тела. Влияние самообъективации, опосредованное стыдом тела, объясняет 42% дисперсии озабоченности образом тела и 17% дисперсии самоконтроля пищевого поведения.

Таким образом, молодые женщины с высоким уровнем самообъективации испытывают более сильный стыд тела, сравнивая себя с интернализированным социокультурным идеалом. Подобное несоответствие между действительным и идеальным телом (расхождение между «идеальным Я» и «реальным Я») является причиной озабоченности образом тела. Эмоция стыда мотивирует индивида изменять те аспекты своего «Я», которые не соответствуют интернализированному идеалу. В рамках модели самообъективации самоконтроль пищевого поведения обещает женщинам освобождение от стыда, происходящего из неудовлетворенности собственным телом. Самоконтроль пищевого поведения может выступать также в качестве превентивной стратегии, вызванной опасениями не соответствовать социокультурным телесным канонам в будущем. Парадоксально, но самоконтроль пищевого поведения может скорее усилить, чем облегчить стыд тела. Так, практики по снижению веса, с одной стороны, заставляют женщин уделять больше внимания своему весу и объему тела, с другой — могут усиливать осознание собственной невозможности соответствовать телесным канонам, что может

вновь провоцировать стыд тела, порождая порочный цикл (Noll S.M., Fredrickson B.L., 1998).

Также в результате настоящего исследования была обнаружена значимая положительная взаимосвязь между самообъективацией и уровнем депрессии. Данную взаимосвязь опосредует беспокойство по поводу внешности. Предположение о том, что стыд тела также является медиатором в данной взаимосвязи, не нашло подтверждения. Таким образом, в связи с постоянным мониторингом тела самообъективация сопровождается повышенным беспокойством, главным образом, по поводу внешности. Поскольку социально желательный идеал телесности практически недостижим для большинства женщин, то беспокойство по поводу внешности являются практически непреодолимым. Подобная невозможность контроля как собственной внешности, так и мнения других людей относительно нее может явиться причиной возникновения депрессии согласно теории выученной беспомощности (Abramson L.Y., Seligman M.E., Teasdale J.D., 1978). Кроме того, беспокойство по поводу внешности часто манифестируется в постоянной проверке и регуляции собственной внешности, что приводит к самофокусировке внимания (Grabe S. et al., 2007), повышающей риск формирования депрессивной симптоматики (Mor N., Winquist J., 2002). Самофокусировка внимания часто принимает форму руминации — способе мышления, который, согласно эмпирическим исследованиям, также является риском возникновения депрессии (Nolen-Hoeksema S., 2000; Nolen-Hoeksema S. et al., 2007; Spasojević J., Alloy L.B., 2001).

В отличие от значительной взаимосвязи самообъективации с расстройствами пищевого поведения, связь между самообъективацией и уровнем депрессии была выявлена более слабая: в рамках регрессионной модели влияние самообъективации, опосредованное беспокойством по поводу внешности, объясняет лишь 19% дисперсии депрессивной симптоматики. Таким образом, самообъективация может рассматриваться как один из

возможных факторов формирования депрессивной симптоматики, но далеко не самый важный.

К ограничениям приведенного исследования можно отнести то, что оно является кросс-секционным и, соответственно, не может установить причинно-следственную связь между рассматриваемыми переменными. Поэтому на основании проведенного исследования можно сделать вывод о взаимосвязи самооbjectивации с расстройствами пищевого поведения и депрессией, однако нельзя говорить о причинно-следственной связи между данными переменными. Так, высокие показатели депрессивной симптоматики и выраженности симптоматики расстройств пищевого поведения могут предшествовать самооobjectивации. Для изучения причинно-следственной связи самооobjectивации с расстройствами пищевого поведения и депрессией требуется проведение дополнительного лонгитюдного исследования.

Кроме того, настоящее исследование проводилось на неклинической выборке молодых женщин. Соответственно, изучалась взаимосвязь самооobjectивации не с клинически диагностируемыми расстройствами пищевого поведения и депрессией, а с симптоматикой депрессии и расстройств пищевого поведения различной выраженности.

Среди зарубежных работ, посвященных самооobjectивации, следует отметить ряд исследований, проводившихся на выборках негетеросексуальных женщин (Engeln-Maddox et al., 2011; Haines M.E. et al., 2008; Hill M.S., Fischer A.R., 2008; Kozee H.B., Tylka T.L., 2006), а также на выборках женщин с различной этнической принадлежностью (Boie I. et al., 2012; Buchanan T.S. et al., 2009; Fitzsimmons-Craft E.E., Bardone-Cone A.M., 2012; Frederick D.A. et al., 2007; Grabe S., Jackson B., 2009; Mitchell K.S., Mazzeo S.E., 2009). Перечисленные исследования продемонстрировали неоднозначные, отчасти противоречивые результаты. В настоящем исследовании сексуальная ориентации участниц исследования и их этническая/национальная принадлежность не находились в фокусе анализа. Видится целесообразным

проверка применимости теории самообъективации к женщинам с более разнообразными социально-демографическими характеристиками

Теория самообъективации была разработана для понимания психологических последствий проживания в объективирующей культуре у женщин. В соответствии с теоретическими положениями, результаты ряда зарубежных исследований продемонстрировали, что женщины/девушки склонны к самообъективации в большей степени, чем мужчины/юноши (например, Aubrey J.S., 2006; Calogero S., 2009; Fredrickson B.L. et al., 1998; Grabe S. et al., 2007; Hebl M.R. et al., 2004; Knauss C. et al., 2008; Lindberg S.M. et al., 2006, 2007; Lowery S.E. et al., 2005; McKinley N.M., 1998; Strelan P., Hargreaves D., 2005a; Tiggmann M., Kuring J.K., 2004). Несмотря на то, что гендерные различия в уровне самообъективации у женщин и мужчин сохраняются, отдельные исследования последних лет продемонстрировали, что воздействие самообъективации на психическое здоровье у мужчин также значительно (например, Dakanalis A., Riva G., 2013; Davidson M.M. et al., 2013; Moradi B., 2010). Кроме того, в некоторых исследованиях в фокусе внимания оказалась самообъективация гомосексуальных мужчин (например, Dakanalis A., et al., 2012; Engeln-Maddox R. et al., 2011; Kozak M., 2009; Martins Y. et al., 2007). Согласно этим исследованиям, мужчин-гомосексуалов отличает более высокий уровень самообъективации, чем гетеросексуальных мужчин.

ВЫВОДЫ

1. У молодых женщин из группы риска формирования расстройств пищевого поведения значимо более высокий уровень самообъективации, стыда собственного тела и беспокойства по поводу внешности, чем у молодых женщин из контрольной группы.
2. У молодых женщин из группы риска формирования депрессивной симптоматики значимо более высокий уровень самообъективации, стыда тела и беспокойства по поводу внешности, чем у молодых женщин из контрольной группы. Таким образом, полностью подтверждается гипотеза исследования о том, что молодые женщины с высоким уровнем самообъективации более подвержены риску формирования расстройств пищевого поведения и депрессивной симптоматики, чем молодые женщины с низким уровнем самообъективации.
3. Высокому уровню самообъективации у молодых женщин соответствует более сильные стыд и беспокойство относительно собственного тела и внешности. Высокому уровню стыда тела и беспокойства по поводу внешности соответствует большая выраженность симптоматики расстройств пищевого поведения. Таким образом, полностью подтверждается гипотеза исследования о положительной взаимосвязи между уровнем самообъективации и выраженностью симптоматики расстройств пищевого поведения у молодых женщин. Кроме того, подтверждается гипотеза о том, что медиаторами в данной взаимосвязи являются стыд тела и беспокойство по поводу внешности.
4. Между самообъективацией и уровнем депрессии обнаружена значимая взаимосвязь, которую опосредует беспокойство по поводу внешности. Следовательно, высокому уровню самообъективации у молодых женщин соответствует более сильное беспокойство по поводу внешности. Чем сильнее беспокойство по поводу внешности, которое испытывает молодая женщина, тем более высокий уровень депрессивной

симптоматики у нее отмечается. Таким образом, полностью подтверждается гипотеза исследования о положительной взаимосвязи между уровнем самообъективации и уровнем депрессии у молодых женщин. Гипотеза о том, что медиаторами в данной взаимосвязи являются стыд тела и беспокойство по поводу внешности, подтвердилась частично: беспокойство по поводу внешности значимо опосредует взаимосвязь самообъективации и депрессии, однако предположение о том, что стыд тела также является медиатором в данной взаимосвязи, не нашло подтверждения.

5. Посредством эксплораторного и конфирматорого факторного анализа в опроснике «Тест отношения к приему пищи» (ЕАТ-26) выделены три новые подшкалы («Нарушение пищевого поведения», «Озабоченность образом тела» и «Самоконтроль пищевого поведения»), в большей степени соответствующие неклинической выборке исследования. Новые подшкалы вычислены как новые переменные и включены в структурную модель самообъективации.

6. Выявлена значимая положительная взаимосвязь между самообъективацией и нарушением пищевого поведения, опосредованная как стыдом тела, так и беспокойством по поводу внешности. Значимая взаимосвязь между самообъективацией и озабоченностью образом тела оказалась опосредована лишь одним медиатором — стыдом собственного тела. Аналогично единственным медиатором во взаимосвязи самообъективации и самоконтроля пищевого поведения оказался стыд тела. Следовательно, самообъективация и стыд тела являются возможными предикторами озабоченности образом тела и самоконтроля пищевого поведения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проблема ранней диагностики, прогностической оценки, лечения и профилактики расстройств пищевого поведения и депрессии занимает одно из центральных мест в современной психотерапевтической и психиатрической практике, что объясняется, прежде всего, широтой распространения, трудностями диагностики, социальными последствиями, а также высоким процентом летальности.

Данная работа является первым в отечественной психологии исследованием психологических особенностей женской самообъективации, в частности, исследованием взаимосвязи самообъективации с выраженностью симптоматики расстройств пищевого поведения и уровнем депрессии у молодых женщин.

В результате проведенного исследования были выполнены все поставленные задачи. На основе анализа теоретической литературы и обобщения эмпирических данных предыдущих исследований была сформирована модель самообъективации, включающая в качестве независимой переменной самообъективацию, в качестве зависимых переменных — расстройства пищевого поведения и уровень депрессии. Стыд собственного тела и беспокойство по поводу внешности выступили медиаторами, опосредующими данные взаимосвязи. В эмпирической части настоящего исследования был осуществлен анализ взаимосвязи самообъективации с расстройствами пищевого поведения и депрессии. В целях формирования модели самообъективации был выполнен факторный анализ теста отношения к приему пищи (EAT-26). В результате факторизации были выделены три подшкалы: «Нарушение пищевого поведения», «Озабоченность образом тела», «Самоконтроль пищевого поведения», впервые добавленные в модель самообъективации в качестве новых переменных. Полученные результаты

подтверждают основные гипотезы исследования, что позволяет рассматривать теорию самообъективации в качестве теоретической рамки для определения предикторов расстройств пищевого поведения и депрессии на российской популяции.

Полученные в исследовании данные способствуют лучшему пониманию таких многофакторных явлений, как расстройства пищевого поведения и депрессия у молодых женщин, что может быть использовано для разработки более эффективных программ интервенции. Так, самообъективация, стыд тела и беспокойство по поводу внешности могут выступать в качестве терапевтических мишеней в программах профилактики и лечения депрессии, а также расстройств пищевого поведения.

К ограничениям настоящего исследования относятся его кросс-секционный дизайн и неклинический характер выборки. Кроме того, за рамками исследования остались такие социально-демографические характеристики респондентов, как сексуальная ориентация и этническая принадлежность, тогда как эти параметры могут быть значимо взаимосвязаны с самообъективацией и ее последствиями для психического здоровья.

Дальнейшие исследования могут быть направлены на изучение психологических особенностей женской самообъективации на клинических выборках, а также на выборках женщин с более разнообразными социально-демографическими характеристиками. Также видится целесообразным изучение самообъективации у мужчин в российской популяции. Для изучения причинно-следственной связи самообъективации с депрессией и расстройствами пищевого поведения необходимо проведение лонгитюдного исследования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александрова Р.В., Мешкова Т.А. Некоторые особенности самооценки у девочек-подростков с риском нарушения пищевого поведения // Человеческий капитал. 2015. Т.9. № 81. С. 28-31.
2. Александрова Р.В., Мешкова Т.А. Особенности внутрисемейных отношений девочек-подростков с риском нарушений пищевого поведения // Клиническая и специальная психология. 2016. Т. 5. №. 2. С. 33-45.
3. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии // Пер. с англ. СПб.: Питер, 2003. 304 с.
4. Бобров А.Е. Психопатологические аспекты нервной анорексии // Альманах клинической медицины. 2015. № S1. С. 13–23.
5. Ваньке А. Мужская сексуальность в дискурсе журнала Men's Health // Здоровье и интимная жизнь: социологические подходы: сборник статей / Под ред. Е. Здравомысловой, А. Темкиной. СПб.: Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге, 2011. С. 178-208.
6. Вульф Н. Миф о красоте: Стереотипы против женщин / Пер. с англ. М.: Альпина нон-фикшн, 2013. 445 с.
7. Дурнева М.Ю., Мешкова Т.А. Влияние социокультурных стандартов привлекательности на формирование отношения к телу и пищевого поведения у девушек подросткового и юношеского возраста // Психологическая наука и образование. 2013. Т. 2. С. 25-34.
8. Дурнева М.Ю., Мешкова Т.А. Особенности использования копинг-стратегий у девушек с риском формирования нарушений пищевого поведения // Теоретическая и экспериментальная психология. 2014. Т. 7. № 4. С. 40-49.
9. Захарченко В.М., Успенский Ю.П., Фрейдинова Д.А., Медведева Т.В. (2007). Пищевое поведение людей в пожилом возрасте // Успехи геронтологии. Т. 21. № 1. С. 37-40.

10. Зеленкова М.А., Николаева Н.О. Влияние гендера на особенности пищевого поведения у девушек // Психологическая наука и образование. 2012. №. 5. С. 12-18.
11. Ивин А.А. (ред.) Философия: энциклопедический словарь. М.: Гардарики, 2004. 1072 с.
12. Изард К.Э. Психология эмоций / Пер. с англ. СПб.: Питер, 2006. 464 с.
13. Келина М.Ю., Маренова Е.В., Мешкова Т. А. Неудовлетворенность телом и влияние родителей и сверстников как факторы риска нарушений пищевого поведения среди девушек подросткового и юношеского возраста // Психологическая наука и образование. 2011. Т. 5. С. 44-51.
14. Келина М.Ю., Мешкова Т.А. Алекситимия и ее связь с пищевыми установками в неклинической популяции девушек подросткового и юношеского возраста // Клиническая и специальная психология. 2012. №. 2.
15. Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики / Пер. с англ. СПб.: Прайм-Еврознак, 2005. 638 с.
16. Кон И.С. Мужчина в меняющемся мире. М.: Время, 2009. 498 с.
17. Кравченко Н.Е. Депрессивные расстройства настроения у наблюдающихся в ПНД девушек-подростков // Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2012. №. 1. С. 21-24.
18. Кравченко Н.Е., Зикеев С.А. Психические расстройства у девушек, экстренно госпитализированных по поводу суицидального поведения (литературный обзор) // Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2012. №. 3. С. 5-8.
19. Кули Ч.Х. Человеческая природа и социальный порядок / Пер. с англ. М.: Идея-Пресс, 2000. 320 с.
20. Макогон И.К., Ениколопов С.Н. Актуальные проблемы изучения моральных эмоций // Психология человека в современном мире. 2009. Том 6. С. 74–77.

21. Малви Л. Визуальное удовольствие и нарративный кинематограф // Антология гендерной теории. Сб. пер. / Сост. и комментарии Е.И. Гаповой и А.Р. Усмановой. Минск: Пропилеи, 2000. С. 280–296.
22. Матусевич М.С. Особенности формирования пищевых нарушений у подростков // Молодой ученый. 2013. № 12. С. 814-817.
23. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных. Учебное пособие. СПб.: Речь, 2004. 392 с.
24. Наследов А.Д. IBM SPSS Statistics 20 и AMOS: профессиональный статистический анализ данных. СПб.: Питер, 2013. 416 с.
25. Николаева Н.О., Мешкова Т.А. Нарушения пищевого поведения: социальные, семейные и биологические предпосылки // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2011. Т. 11. №. 1. С. 39-49.
26. Олейчик И.В. Психопатология, типология и нозологическая оценка юношеских эндогенных депрессий (клинико-катамнестическое исследование). // Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. 2011. № 2. С. 10-18.
27. Олейчик И.В., Копейко Г.И., Баранов П.А. Особенности суицидального поведения при различных типах юношеских эндогенных депрессий // Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2013. № 1. С. 5-11.
28. Перре М., Бауманн У. Клиническая психология. СПб.: Питер, 2002. 736 с.
29. Ребеко Т.А. Отношение к коже как репрезентация имплицитной модели фемининности // Вестник РГНФ. 2006. Т. 1. №. 42. С. 169-180.
30. Скугаревский О.А. Нарушения пищевого поведения. Минск: БГМУ, 2007. 340 с.
31. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. 272 с.

32. Фуко М. Надзирать и наказывать. Рождение тюрьмы / Пер. с франц. М.: Ad Marginem, 1999. 480 с.
33. Чиксентмихайи, М. Поток. Психология оптимального переживания / Пер. с англ. М.: Альпина нон-фикшн, 2011. 461 с.
34. Щекотуров А.В. Гендерные саморепрезентации подростков на страницах социальной сети «ВКонтакте» // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. 2012. №. 4 (110). С. 80-88.
35. Abramson L.Y., Seligman M.E., Teasdale J.D. Learned helplessness in humans: Critique and reformulation // *Journal of Abnormal Psychology*. 1978. Vol. 87. № 1. P. 49-74.
36. Arcelus J., Mitchell A.J., Wales J., Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies // *Archives of General Psychiatry*. 2011. Vol. 68. № 7. P. 724-731.
37. Aubrey J.S. Effects of sexually objectifying media on self-objectification and body surveillance in undergraduates: Results of a 2-year panel study // *Journal of Communication*. 2006. Vol. 56. №. 2. P. 366-386.
38. Augustus-Horvath C.L., Tylka T.L. A test and extension of objectification theory as it predicts disordered eating: Does women's age matter? // *Journal of Counseling Psychology*. 2009. Vol. 56. № 2. P. 253-265.
39. Bartky S. *Femininity and domination: Studies in the phenomenology of oppression*. New York: Routledge, 2012. 156 p.
40. Basow S.A., Foran K.A., Bookwala J. Body objectification, social pressure, and disordered eating behavior in college women: The role of sorority membership // *Psychology of Women Quarterly*. 2007. Vol. 31. №. 4. P. 394-400.
41. Beck A.T., Steer R.A., Carbin M.G. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation // *Clinical psychology review*. 1988. Vol. 8. №. 1. P. 77-100.

42. Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J. An inventory for measuring depression // Archives of General Psychiatry. 1961. Vol. 4. № 6. P. 561-571.
43. Blackburn S., Johnston L., Blampied N., Popp D., Kallen R. An application of escape theory to binge eating // European Eating Disorders Review. 2006. Vol. 14. № 1. P. 23-31.
44. Boie I., Lopez A.L., Sass D.A. An evaluation of a theoretical model predicting dieting behaviors: Tests of measurement and structural invariance across ethnicity and gender // Measurement and Evaluation in Counseling and Development. 2013. Vol. 46. № 2. P. 114-135.
45. Bordo S. Unbearable weight: Feminism, western culture, and the body. Berkeley, CA: University of California Press, 2004. 400 p.
46. Boujut E., Gana K. Relationship between depressive mood and eating disorders in a non-clinical young female sample: A one-year longitudinal analysis of cross-lagged and simultaneous effects // Eating Behaviors. 2014. Vol. 15. № 3. P. 434-440.
47. Buchanan T.S., Fischer A.R., Tokar D.M., Yoder J.D. Testing a culture-specific extension of objectification theory regarding African American women's body image // The Counseling Psychologist. 2008. Vol. 36. № 5. P. 697-718.
48. Byrne B.M. Structural Equation Modeling With AMOS: Basic Concepts, Applications, and Programming. New York: Taylor & Francis Group, 2010. 396 p.
49. Calogero R.M. A test of objectification theory: The effect of the male gaze on appearance concerns in college women // Psychology of Women Quarterly. 2004. Vol. 28. № 1. P. 16-21.
50. Calogero R.M. Objectification processes and disordered eating in British women and men // Journal of Health Psychology. 2009. Vol. 14. № 3. P. 394-402.

51. Calogero R.M., Davis W.N., Thompson J.K. The role of self-objectification in the experience of women with eating disorders // *Sex Roles*. 2005. Vol. 52. № 1-2. P. 43-50.
52. Calogero R.M., Pina A. Body guilt: Preliminary evidence for a further subjective experience of self-objectification // *Psychology of Women Quarterly*. 2011. Vol. 35. № 3. P. 428-440.
53. Calogero R.M., Thompson J.K. Sexual self-esteem in American and British college women: Relations with self-objectification and eating problems // *Sex Roles*. 2009. Vol. 60. № 3-4. P. 160-173.
54. Carr E.R., Szymanski D.M. Sexual objectification and substance abuse in young adult women // *The Counseling Psychologist*. 2011. Vol. 39. № 1. P. 39-66.
55. Carter P.I., Moss R.A. Screening for anorexia and bulimia nervosa in a college population: Problems and limitations // *Addictive Behaviors*. 1984. Vol. 9. № 4. P. 417-419.
56. Chen F.F., Russo N.F. Measurement invariance and the role of body consciousness in depressive symptoms // *Psychology of Women Quarterly*. 2010. Vol. 34. № 3. P. 405-417.
57. Choma B.L., Shove C., Busseri M.A., Sadava S.W., Hosker, A. Assessing the role of body image coping strategies as mediators or moderators of the links between self-objectification, body shame, and well-being // *Sex Roles*. 2009. Vol. 61. № 9-10. P. 699-713.
58. Crandall C.S. Prejudice against fat people: ideology and self-interest // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1994. Vol. 66. № 5. P. 882-894.
59. Crow S.J., Peterson C.B., Swanson S.A., Raymond N.C., Specker S., Eckert E.D., Mitchell J.E. Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders // *American Journal of Psychiatry*. 2009. Vol. 166. № 12. P. 1342-1346.

60. Cutler S.E., Nolen-Hoeksema S. Accounting for sex differences in depression through female victimization: Childhood sexual abuse // *Sex Roles*. 1991. Vol. 24. № 7. P. 425-438.
61. Dakanalis A., Dakanalis A., Timko A. C., Clerici M., Riva, G., Carrà G. Objectified body consciousness (OBC) in eating psychopathology: Construct validity, reliability, and measurement invariance of the 24-item OBC scale in clinical and nonclinical adolescent samples // *Assessment*. 2015 (in press). P. 1-23.
62. Dakanalis A., Di Mattei V.E., Bagliacca E. P., Prunas A., Sarno L., Riva G., Zanetti M.A. Disordered eating behaviors among Italian men: Objectifying media and sexual orientation differences // *Eating Disorders*. 2012. Vol. 20. № 5. P. 356-367.
63. Dakanalis A., Riva G. Mass media, body image and eating disturbances: The underlying mechanism through the lens of the objectification theory // *Body image: Gender differences, sociocultural influences and health implication* / Eds. L.B. Sams, J.A. Keels. New York, NY: Nova Science, 2013. P. 217-236.
64. Daniel S., Bridges S.K. The drive for muscularity in men: Media influences and objectification theory // *Body Image*. 2010. Vol. 7. № 1. P. 32-38.
65. Davidson M.M., Gervais S.J., Canivez G.L., Cole B.P. A psychometric examination of the Interpersonal Sexual Objectification Scale among college men // *Journal of Counseling Psychology*. 2013. Vol. 60. № 2. P. 239-250.
66. Dion K.L., Dion K.K., Keelan J.P. Appearance anxiety as a dimension of social-evaluative anxiety: Exploring the ugly duckling syndrome // *Contemporary Social Psychology*. 1990. № 14. P. 220-224.
67. Downs D.M., James S., Cowan G. Body objectification, self-esteem, and relationship satisfaction: A comparison of exotic dancers and college women // *Sex Roles*. 2006. Vol. 54. № 11-12. P. 745-752.

68. Duncan M.C. The politics of women's body images and practices: Foucault, the panopticon, and Shape magazine // *Journal of Sport and Social Issues*. 1994. Vol. 18. № 1. P. 48-65.
69. Eck B.A. Men are much harder: Gendered viewing of nude images // *Gender & Society*. 2003. Vol. 17. №. 5. P. 691-710.
70. Engeln-Maddox R., Miller S.A., Doyle D.M. Tests of objectification theory in gay, lesbian, and heterosexual community samples: Mixed evidence for proposed pathways // *Sex Roles*. 2011. Vol. 65. № 7-8. P. 518-532.
71. Fennig S., Hadas A. Suicidal behavior and depression in adolescents with eating disorders // *Nordic Journal of Psychiatry*. 2010. Vol. 64. № 1. P. 32-39.
72. Fingeret M.C., Gleaves D.H., Pearson C.A. On the methodology of body image assessment: the use of figural rating scales to evaluate body dissatisfaction and the ideal body standards of women // *Body image*. 2004. Vol. 1. № 2. P. 207-212.
73. Fitzsimmons-Craft E.E., Bardone-Cone A.M. Examining prospective mediation models of body surveillance, trait anxiety, and body dissatisfaction in African American and Caucasian college women // *Sex Roles*. 2012. Vol. 67. № 3-4. P. 187-200.
74. Fitzsimmons-Craft E.E., Bardone-Cone A.M., Kelly K.A. Objectified body consciousness in relation to recovery from an eating disorder // *Eating Behaviors*. 2011. Vol. 12. № 4. P. 302-308.
75. Forbes G.B., Collinsworth L.L., Jobe R.L., Braun K.D., Wise L.M. Sexism, hostility toward women, and endorsement of beauty ideals and practices: Are beauty ideals associated with oppressive beliefs? // *Sex Roles*. 2007. Vol. 56. № 5-6. P. 265-273.
76. Frederick D.A., Forbes G.B., Grigorian K.E., Jarcho J.M. The UCLA Body Project I: Gender and ethnic differences in self-objectification and body satisfaction among 2,206 undergraduates // *Sex Roles*. 2007. Vol. 57. № 5-6. P. 317-327.

77. Fredrickson B.L., Roberts T.A. Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks // *Psychology of Women Quarterly*. 1997. Vol. 21. № 2. P. 173-206.
78. Fredrickson B.L., Roberts T.A., Noll S.M., Quinn D.M., Twenge J.M. That swimsuit becomes you: sex differences in self-objectification, restrained eating, and math performance // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1998. Vol. 75. № 1. P. 269–284.
79. Garner D.M., Garfinkel P.E. The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa // *Psychological Medicine*. 1979. Vol. 9. №. 02. P. 273-279.
80. Garner D.M., Olmsted M.P., Bohr Y., Garfinkel, P.E. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates // *Psychological Medicine*. 1982. Vol. 12. №. 04. P. 871-878.
81. Gay R.K., Castano E. My body or my mind: The impact of state and trait objectification on women's cognitive resources // *European Journal of Social Psychology*. 2010. Vol. 40. №. 5. P. 695-703.
82. Goss K., Allan S. Shame, pride and eating disorders // *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2009. Vol. 16. №. 4. P. 303-316.
83. Grabe S., Hyde J.S. Body objectification, MTV, and psychological outcomes among female Adolescents // *Journal of Applied Social Psychology*. 2009. Vol. 39. № 12. P. 2840-2858.
84. Grabe S., Hyde J.S., Lindberg S.M. Body objectification and depression in adolescents: The role of gender, shame, and rumination // *Psychology of Women Quarterly*. 2007. Vol. 31. № 2. P. 164-175.
85. Grabe S., Jackson B. Self-objectification and depressive symptoms: Does their association vary among Asian American and White American men and women? // *Body Image*. 2009. Vol. 6. № 2. P. 141-144.
86. Greenleaf C. Self-objectification among physically active women // *Sex Roles*. 2005. Vol. 52. № 1. P. 51-62.

87. Greenleaf C., McGreer R. Disordered eating attitudes and self-objectification among physically active and sedentary female college students // *The Journal of Psychology*. 2006. Vol. 140. № 3. P. 187-198.
88. Grogan S. *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children*. N.Y.: Routledge, 2007. 250 p.
89. Haines M.E., Erchull M.J., Liss M., Turner D.L., Nelson J.A., Ramsey L.R., Hurt M.M. Predictors and effects of self-objectification in lesbians // *Psychology of Women Quarterly*. 2008. Vol. 32. № 2. P. 181-187.
90. Harper B., Tiggemann M. The effect of thin ideal media images on women's self-objectification, mood, and body image // *Sex Roles*. 2008. Vol. 58. № 9-10. P. 649-657.
91. Harrison K., Fredrickson B.L. Women's sports media, self-objectification, and mental health in black and white adolescent females // *Journal of Communication*. 2003. Vol. 53. № 2. P. 216-232.
92. Hausenblas H.A., Campbell A., Menzel J.E., Doughty J., Levine M., Thompson, J.K. Media effects of experimental presentation of the ideal physique on eating disorder symptoms: A meta-analysis of laboratory studies // *Clinical Psychology Review*. 2013. Vol. 33. № 1. P. 168-181.
93. Hebl M.R., King E.B., Lin J. The swimsuit becomes us all: Ethnicity, gender, and vulnerability to self-objectification // *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2004. Vol. 30. № 10. P. 1322-1331.
94. Hill M.S., Fischer A.R. Examining objectification theory lesbian and heterosexual women's experiences with sexual-and self-objectification // *The Counseling Psychologist*. 2008. Vol. 36. № 5. P. 745-776.
95. Hölzel L., Härter M., Reese C., Kriston L. Risk factors for chronic depression — a systematic review // *Journal of Affective Disorders*. 2011. Vol. 129. № 1. P. 1-13.
96. Hurt M.M., Nelson J.A., Turner D.L., Haines M.E., Ramsey L.R., Erchull M.J., Liss M. Feminism: What is it good for? Feminine norms and

objectification as the link between feminist identity and clinically relevant outcomes // *Sex Roles*. 2007. Vol. 57. № 5-6. P. 355-363.

97. Hyde J.S., Mezulis A.H., Abramson L.Y. The ABCs of depression: integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression // *Psychological Review*. 2008. Vol. 115. № 2. P. 291-313.

98. Impett E.A., Henson J.M., Breines J.G., Schooler D., Tolman D.L. Embodiment Feels Better Girls' Body Objectification and Well-Being Across Adolescence // *Psychology of Women Quarterly*. 2011. Vol. 35. № 1. P. 46-58.

99. Jackson T., Chen H. Features of objectified body consciousness and sociocultural perspectives as risk factors for disordered eating among late-adolescent women and men // *Journal of Counseling Psychology*. 2015. Vol. 62. № 4. P. 1-12.

100. Jones B.A., Griffiths K.M. Self-objectification and depression: An integrative systematic review // *Journal of Affective Disorders*. 2015. Vol. 171. P. 22-32.

101. Kahumoku E.P., Vazsonyi A.T., Pagava K., Phagava H., Alsaker, F.D., Michaud, P.A. Objectified body consciousness and mental health in female adolescents: cross-cultural evidence from Georgian and Swiss national samples // *Journal of Adolescent Health*. 2011. Vol. 49. № 2. P. 141-147.

102. Kashubeck-West S., Mintz L.B., Saunders K.J. Assessment of eating disorders in women // *The Counseling Psychologist*. 2001. Vol. 29. № 5. P. 662-694.

103. Kendler K.S., Kuhn J. W., Prescott C. A. Childhood sexual abuse, stressful life events and risk for major depression in women // *Psychological Medicine*. 2004. Vol. 34. №. 8. P. 1475.

104. Knauss C., Paxton S.J., Alsaker F.D. Body dissatisfaction in adolescent boys and girls: Objectified body consciousness, internalization of the media body ideal and perceived pressure from media // *Sex Roles*. 2008. Vol. 59. № 9-10. P. 633-643.

105. Kozak M., Frankenhauser H., Roberts T.A. Objects of desire: Objectification as a function of male sexual orientation // *Psychology of Men & Masculinity*. 2009. Vol. 10. № 3. P. 225-230.
106. Kozee H.B., Tylka T.L. A test of objectification theory with lesbian women // *Psychology of Women Quarterly*. 2006. Vol. 30. № 4. P. 348-357.
107. Koslowsky M., Scheinberg Z., Bleich A., Mark M., Apter A., Danon Y., Solomon Z. The factor structure and criterion validity of the short form of the Eating Attitudes Test // *Journal of personality assessment*. 1992. Vol. 58. № 1. P. 27-35.
108. Langton R. *Sexual solipsism: Philosophical essays on pornography and objectification*. Oxford, New York: Oxford University Press, 2009. 405 p.
109. Lewinsohn P.M., Seeley J.R., Moerk K.C., Striegel-Moore R.H. Gender differences in eating disorder symptoms in young adults // *International Journal of Eating Disorders*. 2002. Vol. 32. № 4. P. 426-440.
110. Lewis M. *Self-Conscious Emotions: Embarrassment, Pride, Shame, and Guilt* // *Handbook of emotions* / Eds. Lewis M., Haviland-Jones J.M., Barrett L.F. Guilford Press, 2010. P. 742–756.
111. Lindberg S.M., Hyde J.S., McKinley N.M. A measure of objectified body consciousness for preadolescent and adolescent youth // *Psychology of Women Quarterly*. 2006. Vol. 30. № 1. P. 65-76.
112. Lindberg S.M., Grabe S., Hyde J.S. Gender, pubertal development, and peer sexual harassment predict objectified body consciousness in early adolescence // *Journal of Research on Adolescence*. 2007. Vol. 17. № 4. P. 723-742.
113. Lindner D., Tantleff-Dunn S., Jentsch F. Social comparison and the ‘circle of objectification’ // *Sex Roles*. 2012. Vol. 67. № 3-4. P. 222-235.
114. López-Guimerà G., Levine M.P., Sánchez-Carracedo D., Fauquet J. Influence of mass media on body image and eating disordered attitudes and behaviors in females: A review of effects and processes // *Media Psychology*. 2010. Vol. 13. № 4. P. 387-416.

115. Lowery S.E., Kurpius S.E.R., Befort C., Blanks E.H., Sollenberger S., Nicpon M.F., Huser L. Body image, self-esteem, and health-related behaviors among male and female first year college students // *Journal of College Student Development*. 2005. Vol. 46. № 6. P. 612-623.
116. Maloney M.J., McGuire J.B., Daniels S.R. Reliability testing of a children's version of the Eating Attitude Test // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1988. Vol. 27. № 5. P. 541-543.
117. Martins Y., Tiggemann M., Kirkbride A. Those speedos become them: The role of self-objectification in gay and heterosexual men's body image // *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2007. Vol. 33. № 5. P. 634-647.
118. McKinley N.M. Gender differences in undergraduates' body esteem: The mediating effect of objectified body consciousness and actual/ideal weight discrepancy // *Sex Roles*. 1998. Vol. 39. № 1. P. 113-123.
119. McKinley N.M. The developmental and cultural contexts of objectified body consciousness: a longitudinal analysis of two cohorts of women // *Developmental Psychology*. 2006. Vol. 42. № 4. P. 679.
120. McKinley N.M. Women and objectified body consciousness: mothers' and daughters' body experience in cultural, developmental, and familial context // *Developmental Psychology*. 1999. Vol. 35. № 3. P. 760-769.
121. McKinley N.M., Hyde J.S. The objectified body consciousness scale development and validation // *Psychology of Women Quarterly*. 1996. Vol. 20. № 2. P. 181-215.
122. Mezulis A.H., Abramson L.Y., Hyde J.S. Domain specificity of gender differences in rumination // *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2002. Vol. 16. № 4. P. 421-434.
123. Mintz L.B., O'Halloran M.S. The Eating Attitudes Test: validation with DSM-IV eating disorder criteria / *Journal of Personality Assessment*. 2000. Vol. 74. № 3. P. 489-503.

124. Mischoulon D., Eddy K.T., Keshaviah A., Dinescu D., Ross S.L., Kass A.E., Franko D.L., Herzog D.B. Depression and eating disorders: treatment and course // *Journal of Affective Disorders*. 2011. Vol. 130. № 3. P. 470-477.
125. Mitchell K.S., Mazzeo S.E. Evaluation of a structural model of objectification theory and eating disorder symptomatology among European American and African American undergraduate women // *Psychology of Women Quarterly*. 2009. Vol. 33. № 4. P. 384-395.
126. Mor N., Winquist J. Self-focused attention and negative affect: a meta-analysis // *Psychological Bulletin*. 2002. Vol. 128. № 4. P. 638–662.
127. Moradi B. Addressing gender and cultural diversity in body image: Objectification theory as a framework for integrating theories and grounding research // *Sex Roles*. 2010. Vol. 63. № 1-2. P. 138-148.
128. Moradi B., Huang Y.P. Objectification theory and psychology of women: A decade of advances and future directions // *Psychology of Women Quarterly*. 2008. Vol. 32. № 4. P. 377-398.
129. Muehlenkamp J.J., Saris-Baglama R.N. Self-objectification and its psychological outcomes for college women // *Psychology of Women Quarterly*. 2002. Vol. 26. № 4. P. 371-379.
130. Myers T.A., Crowther J.H. Is self-objectification related to interoceptive awareness? An examination of potential mediating pathways to disordered eating attitudes // *Psychology of Women Quarterly*. 2008. Vol. 32. № 2. P. 172-180.
131. Nolen-Hoeksema S. The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms // *Journal of Abnormal Psychology*. 2000. Vol. 109. № 3. P. 504-511.
132. Nolen-Hoeksema S., Larson J., Grayson C. Explaining the gender difference in depressive symptoms // *Journal of personality and social psychology*. 1999. Vol. 77. № 5. P. 1061-1072.
133. Nolen-Hoeksema S., Stice E., Wade E., Bohon C. Reciprocal relations between rumination and bulimic, substance abuse, and depressive symptoms in

- female adolescents // *Journal of abnormal psychology*. 2007. Vol. 116. № 1. P. 198-207.
134. Noll S.M., Fredrickson B.L. A mediational model linking self-objectification, body shame, and disordered eating // *Psychology of Women Quarterly*. 1998. Vol. 22. № 4. P. 623-636.
135. Nussbaum M.C. Objectification // *Philosophy & Public Affairs*. 1995. Vol. 24. № 4. P. 249-291.
136. Öhman A. Fear and Anxiety: Overlaps and Dissociations. // *Handbook of emotions* / Eds. Lewis M., Haviland-Jones J.M., Barrett L.F. Guilford Press, 2010. P. 709-729.
137. Peat C.M., Muehlenkamp J.J. Self-Objectification, Disordered Eating, and Depression: A Test of Mediational Pathways // *Psychology of Women Quarterly*. 2011. Vol. 35. № 3. P. 441-450.
138. Presnell K., Stice E., Seidel A., Madeley M.C. Depression and eating pathology: prospective reciprocal relations in adolescents // *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2009. Vol. 16. № 4. P. 357-365.
139. Richter P., Werner J., Heerlein A.E.S., Kraus A., Sauer H. On the validity of the Beck Depression Inventory // *Psychopathology*. 1998. Vol. 31. № 3. P. 160-168.
140. Roberts T.A., Gettman J.Y. Mere exposure: Gender differences in the negative effects of priming a state of self-objectification // *Sex Roles*. 2004. Vol. 51. № 1. P. 17-27.
141. Rolnik A.M., Engeln-Maddox R., Miller S.A. Here's looking at you: Self-objectification, body image disturbance, and sorority rush // *Sex Roles*. 2010. Vol. 63. № 1-2. P. 6-17.
142. Quinn D.M., Kallen R.W., Cathey C. Body on my mind: The lingering effect of state self-objectification // *Sex Roles*. 2006. Vol. 55. № 11-12. P. 869-874.

143. Rubin L.R., Steinberg J.R. Self-objectification and pregnancy: Are body functionality dimensions protective? // *Sex Roles*. 2011. Vol. 65. № 7-8. P. 606-618.
144. Skinner H.H., Haines J., Austin S.B., Field A.E. A prospective study of overeating, binge eating, and depressive symptoms among adolescent and young adult women // *Journal of Adolescent Health*. 2012. Vol. 50. № 5. P. 478-483.
145. Slater A., Tiggemann M. A test of objectification theory in adolescent girls // *Sex Roles*. 2002. Vol. 46. № 9. P. 343-349.
146. Slater A., Tiggemann M. Body image and disordered eating in adolescent girls and boys: A test of objectification theory // *Sex roles*. 2010. Vol. 63. № 1-2. P. 42-49.
147. Slater A., Tiggemann M. Time since menarche and sport participation as predictors of self-objectification: A longitudinal study of adolescent girls // *Sex Roles*. 2012. Vol. 67. № 9-10. P. 571-581.
148. Smink F.R.E., Van Hoeken D., Hoek H.W. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates // *Current Psychiatry Reports*. 2012. Vol. 14. № 4. P. 406-414.
149. Spasojević J., Alloy L.B. Rumination as a common mechanism relating depressive risk factors to depression // *Emotion*. 2001. Vol. 1. № 1. P. 25-37.
150. Spoor S.T., Bekker M.H., Van Strien T., van Heck, G.L. Relations between negative affect, coping, and emotional eating // *Appetite*. 2007. Vol. 48. № 3. P. 368-376.
151. Starr C.R., Ferguson G.M. Sexy dolls, sexy grade-schoolers? Media & maternal influences on young girls' self-sexualization // *Sex Roles*. 2012. Vol. 67. № 7-8. P. 463-476
152. Steer A., Tiggemann M. The role of self-objectification in women's sexual functioning // *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2008. Vol. 27. № 3. P. 205-225.

153. Stice E. Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review // *Psychological Bulletin*. 2002. Vol. 128. № 5. P. 825-848.
154. Strelan P., Hargreaves D. Reasons for exercise and body esteem: Men's responses to self-objectification // *Sex Roles*. 2005a. Vol. 53. № 7. P. 495-503.
155. Strelan P., Hargreaves D. Women who objectify other women: The vicious circle of objectification? // *Sex Roles*. 2005b. Vol. 52. № 9. P. 707-712.
156. Striegel-Moore R.H., Bulik C.M. Risk factors for eating disorders // *American Psychologist*. 2007. Vol. 62. № 3. P. 181-198.
157. Swinbourne J., Hunt C., Abbott M., Russell J., St Clare T., Touyz S. The comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: Prevalence in an eating disorder sample and anxiety disorder sample // *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2012. Vol. 46. № 2. P. 118-131.
158. Szymanski D.M., Henning S.L. The role of self-objectification in women's depression: A test of objectification theory // *Sex Roles*. 2007. Vol. 56. № 1-2. P. 45-53.
159. Tangney J.P., Miller R.S., Flicker L., Barlow D.H. Are shame, guilt, and embarrassment distinct emotions? // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1996. Vol. 70. № 6. P. 1256-1269.
160. Tiggemann M. Mental health risks of self-objectification: A review of the empirical evidence for disordered eating, depressed mood, and sexual dysfunction // *Self-objectification in women: Causes, consequences, and counteractions* / Eds. R.M. Calogero, S. Tantleff-Dunn, J.K. Thompson. American Psychological Association, 2011. P. 139-159.
161. Tiggemann M. Objectification theory: Of relevance for eating disorder researchers and clinicians? // *Clinical Psychologist*. 2013. Vol. 17. № 2. P. 35-45.
162. Tiggemann M., Lynch J.E. Body image across the life span in adult women: the role of self-objectification // *Developmental Psychology*. 2001. Vol. 37. № 2. P. 243-253.

163. Tiggemann M., Kuring J.K. The role of body objectification in disordered eating and depressed mood // *British Journal of Clinical Psychology*. 2004. Vol. 43. № 3. P. 299-311.
164. Tiggemann M., Slater A. A test of objectification theory in former dancers and non-dancers // *Psychology of Women Quarterly*. 2001. Vol. 25. № 1. P. 57-64.
165. Tiggemann M., Williams E. The role of self-objectification in disordered eating, depressed mood, and sexual functioning among women a comprehensive test of objectification theory // *Psychology of Women Quarterly*. 2012. Vol. 36. № 1. P. 66-75.
166. Tolman D.L., Impett E.A., Tracy A.J., Michael A. Looking good, sounding good: femininity ideology and adolescent girls' mental health // *Psychology of Women Quarterly*. 2006. Vol. 30. № 1. P. 85-95.
167. Treynor W., Gonzalez R., Nolen-Hoeksema S. Rumination reconsidered: A psychometric analysis // *Cognitive Therapy and Research*. 2003. Vol. 27. № 3. P. 247-259.
168. Troop N.A., Allan S., Serpell L., Treasure, J.L. Shame in women with a history of eating disorders // *European Eating Disorders Review*. 2008. Vol. 16. № 6. P. 480-488.
169. Troop N. A., Redshaw C. General shame and bodily shame in eating disorders: A 2.5-year longitudinal study // *European Eating Disorders Review*. 2012. Vol. 20. № 5. P. 373-378.
170. Tylka T.L. Refinement of the tripartite influence model for men: Dual body image pathways to body change behaviors // *Body Image*. 2011. Vol. 8. № 3. P. 199-207.
171. Tylka T.L., Sabik N.J. Integrating social comparison theory and self-esteem within objectification theory to predict women's disordered eating // *Sex Roles*. 2010. Vol. 63. № 1-2. P. 18-31.
172. United Nations. Provisional guidelines on standard international age classifications / Department of International Economic and Social Affairs,

Statistical Office. New York: United Nations, 1982. 28 p. URL: https://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesM/SeriesM_74e.pdf (дата обращения: 27.04.2017).

173. Van Amsterdam N. Big fat inequalities, thin privilege: An intersectional perspective on 'body size' // European Journal of Women's Studies. 2013. Vol. 20. № 2. P. 155-169.

174. Van den Berg P., Thompson J.K., Obremski-Brandon K., Coovert M. The tripartite influence model of body image and eating disturbance: A covariance structure modeling investigation testing the mediational role of appearance comparison // Journal of psychosomatic research. 2002. Vol. 53. № 5. P. 1007-1020.

175. Ward L.M. Understanding the role of entertainment media in the sexual socialization of American youth: A review of empirical research // Developmental Review. 2003. Vol. 23. № 3. P. 347-388.

176. Weiss E.L., Longhurst J.G., Mazure C.M. Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: psychosocial and neurobiological correlates // American journal of psychiatry. 1999. Vol. 156. № 6. P. 816-828.

177. Zhang Y., Dixon T.L., Conrad K. Female body image as a function of themes in rap music videos: A content analysis // Sex Roles. 2010. Vol. 62. № 11-12. P. 787-797.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Шкала наблюдения над телом (McKinley N.M., Hyde J.S., 1996)

Для каждого пункта выберите ответ, который наилучшим образом характеризует Ваше отношение или поведение.

Варианты ответов: 1 — полностью не согласна; 2 — не согласна; 3 — в некоторой степени не согласна; 4 — отчасти согласна, отчасти нет; 5 — в некоторой степени согласна; 6 — согласна; 7 — полностью согласна.

1. Я редко думаю о том, как я выгляжу.
2. На мой взгляд, важнее то, что моя одежда удобна, чем то, как она на мне выглядит.
3. Меня больше волнуют ощущения моего тела, чем то, как оно выглядит.
4. Я редко сравниваю то, как я выгляжу, с тем, как выглядят другие люди.
5. В течение дня я много раз думаю о том, как я выгляжу.
6. Я часто беспокоюсь о том, хорошо ли я выгляжу в той одежде, которую ношу.
7. Я редко беспокоюсь о том, как я выгляжу в глазах других людей.
8. Меня больше волнует, что мое тело может сделать, чем то, как оно выглядит.

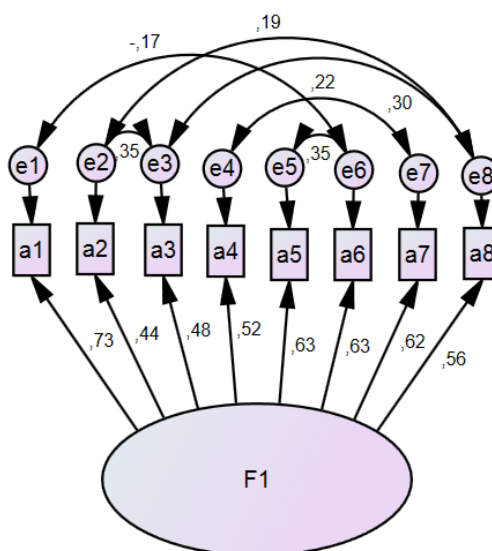
Таблица А.1. Статистика надежности

Альфа Кронбаха	N элементов
0,810	8

Таблица А.2. Статистика пунктов по отношению к суммарному баллу

	Шкалирование среднее при исключении пункта	Шкалирование дисперсию при исключении пункта	Исправленная корреляция между пунктом и итогами	Альфа Кронбаха при исключении пункта
a1	28,91	63,071	0,597	0,779
a2	30,37	67,723	0,444	0,799
a3	30,05	65,457	0,492	0,793
a4	29,27	64,549	0,451	0,800
a5	29,85	61,486	0,564	0,782
a6	29,59	62,010	0,546	0,785
a7	29,56	62,086	0,548	0,785
a8	30,09	63,439	0,556	0,784

**Результаты конфирматорного факторного анализа пунктов методики
«Шкала наблюдения над телом» для российской выборки**



Chi-square = 18,5; df = 14; p = 0,184; GFI = 0,989; RMSEA = 0,028; PCLOSE = 0,873

Рис. А.1. Апостериорная модель шкалы наблюдения над телом

Таблица А.3. Регрессионные коэффициенты

	Estimate	S.E.	C.R.	P
a <-- 1 - F1	1,167	0,071	16,480	***
a <-- 2 - F1	0,657	0,081	8,064	***
a <-- 7 - F1	1,111	0,091	12,234	***
a <-- 8 - F1	0,946	0,080	11,762	***
a <-- 6 - F1	1,135	0,095	11,985	***
a <-- 5 - F1	1,141	0,084	13,648	***
a <-- 4 - F1	0,932	0,094	9,935	***
a <-- 3 - F1	0,768	0,085	9,013	***

*** — < 0,001¹

Таблица А.4. Коэффициенты ковариации

	Estimate	S.E.	C.R.	P
e <-- 6 > e5	0,693	0,180	3,841	***
e <-- 7 > e4	0,484	0,167	2,900	0,004
e <-- 8 > e3	0,591	0,114	5,190	***
e <-- 8 > e2	0,344	0,115	2,990	0,003
e <-- 6 > e1	-0,259	0,105	-2,463	0,014
e <-- 3 > e2	0,656	0,108	6,055	***

¹ Здесь и далее.

Таблица А.5. Значения критериев согласия: CMIN

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	22	18,526	14	0,184	1,323
Saturated model	36	0,000	0		
Independence model	8	344,498	28	0,000	12,303

Таблица А.6. Значения критериев согласия: RMR, GFI

Model	RMR	GFI	AGFI	PGFI
Default model	0,088	0,989	0,973	0,385
Saturated model	0,000	1,000		
Independence model	1,080	0,804	0,748	0,625

Таблица А.7. Значения сравнительных критериев согласия

Model	NFI Delta1	RFI rho1	IFI Delta2	TLI rho2	CFI
Default model	0,946	0,892	0,986	0,971	0,986
Saturated model	1,000		1,000		1,000
Independence model	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Таблица А.8. Значения критериев согласия: RMSEA

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Default model	0,028	0,000	0,058	0,873
Independence model	0,164	0,148	0,179	0,000

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Шкала стыда тела (McKinley N.M., Hyde J.S., 1996)

Для каждого пункта выберите ответ, который наилучшим образом характеризует Ваше отношение или поведение.

Варианты ответов: 1 — полностью не согласна; 2 — не согласна; 3 — в некоторой степени не согласна; 4 — отчасти согласна, отчасти нет; 5 — в некоторой степени согласна; 6 — согласна; 7 — полностью согласна.

1. Когда я не могу контролировать свой вес, я чувствую, что со мной что-то не так.
2. Мне стыдно, когда я не прикладываю усилий, чтобы выглядеть как можно лучше.
3. Я чувствую себя плохим человеком, когда выгляжу не так хорошо, как могла бы.
4. Мне стало бы стыдно, если бы люди узнали мой настоящий вес.
5. Я никогда не беспокоюсь, что со мной что-то не так, если я не тренируюсь столько, сколько я должна.
6. Когда я не выполняю достаточное количество физических упражнений, я сомневаюсь, хороший ли я человек.
7. Даже когда я не могу контролировать свой вес, я думаю, что со мной все в порядке.
8. Мне стыдно, когда мой размер одежды больше, чем, по моему мнению, должен быть.

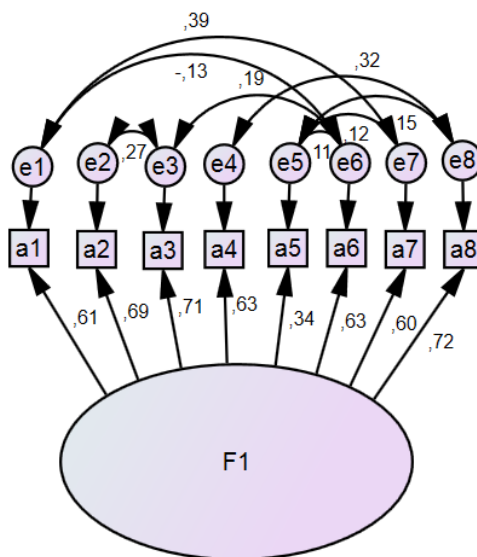
Таблица Б.1. Статистика надежности

Альфа Кронбаха	N элементов
0,846	8

Таблица Б.2. Статистика пунктов по отношению к суммарному баллу

	Шкалированны среднее при исключении пункта	Шкалированны дисперсию при исключении пункта	Исправленная корреляция между пунктом и итогом	Альфа Кронбаха при исключении пункта
a1	20,28	70,075	0,579	0,828
a2	20,51	69,413	0,641	0,820
a3	21,29	69,106	0,672	0,816
a4	21,70	69,705	0,611	0,824
a5	20,64	78,781	0,322	0,857
a6	21,94	74,627	0,591	0,828
a7	20,53	71,723	0,586	0,827
a8	20,90	67,660	0,663	0,817

Результаты конфирматорного факторного анализа пунктов методики «Шкала стыда тела» для российской выборки



Chi-square = 8,9; df = 12; p = 0,71; GFI = 0,995; RMSEA = 0,000; PCLOSE = 0,988

Рис. Б.1. Апостериорная модель шкалы стыда тела

Таблица Б.3. Регрессионные коэффициенты

	Estimate	S.E.	C.R.	P
a <-- 8 - F1	1,321	0,087	15,109	***
a <-- 7 - F1	1,004	0,083	12,171	***
a <-- 4 - F1	1,122	0,088	12,730	***
a <-- 3 - F1	1,218	0,083	14,639	***
a <-- 2 - F1	1,201	0,084	14,337	***
a <-- 1 - F1	1,121	0,091	12,345	***
a <-- 5 - F1	0,576	0,092	6,292	***
a <-- 6 - F1	0,880	0,070	12,565	***

Таблица Б.4. Коэффициенты ковариации

	Estimate	S.E.	C.R.	P
e <-- 4 > e8	0,551	0,126	4,366	***
e <-- 3 > e6	0,247	0,081	3,056	,002
e <-- 2 > e3	0,415	0,106	3,920	***
e <-- 1 > e6	-0,212	0,077	-2,736	,006
e <-- 1 > e7	0,750	0,123	6,087	***
e <-- 5 > e6	0,196	0,092	2,138	,033
e <-- 5 > e7	0,251	0,100	2,497	,013
e <-- 5 > e8	-0,291	0,103	-2,833	,005

Таблица Б.5. Значения критериев согласия: CMIN

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	24	8,920	12	0,710	0,743
Saturated model	36	0,000	0		
Independence model	8	1244,716	28	0,000	44,454

Таблица Б.6. Значения критериев согласия: RMR, GFI

Model	RMR	GFI	AGFI	PGFI
Default model	0,039	0,995	0,984	0,332
Saturated model	0,000	1,000		
Independence model	1,095	0,446	0,287	0,347

Таблица Б.7. Значения сравнительных критериев согласия

Model	NFI Delta1	RFI rho1	IFI Delta2	TLI rho2	CFI
Default model	0,993	0,983	1,002	1,006	1,000
Saturated model	1,000		1,000		1,000
Independence model	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Таблица Б.8. Значения критериев согласия:

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Default model	0,000	0,000	0,038	0,988
Independence model	0,321	0,306	0,336	0,000

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Шкала беспокойства по поводу внешности (Dion K.L. et al., 1990)

Для каждого пункта выберите ответ, который наилучшим образом характеризует Ваше отношение или поведение.

Варианты ответов: 1 — никогда; 2 — иногда; 3 — часто; 4 — очень часто; 5 — почти всегда.

1. Я нервничаю по поводу отдельных аспектов моей внешности.
2. Я беспокоюсь о том, как другие оценивают то, как я выгляжу.
3. Я спокойно воспринимаю свою внешность.
4. Мне нравится то, как я выгляжу.
5. Мне хотелось бы изменить то, как я выгляжу.
6. Я довольна своим телосложением и формами моего тела.
7. Я чувствую себя некомфортно относительно определенных характеристик моей внешности.
8. Мне кажется, большинство моих подруг более физически привлекательны, чем я.
9. Мне бы хотелось лучше выглядеть.
10. Я беспокоюсь, способна ли я привлекать сексуальных партнеров.
11. Я считаю, что у меня привлекательное лицо.
12. Меня устраивает мой вес.
13. Я нервничаю, когда другие люди комментируют мою внешность.
14. Я уверена, что другие люди считают меня физически привлекательной.

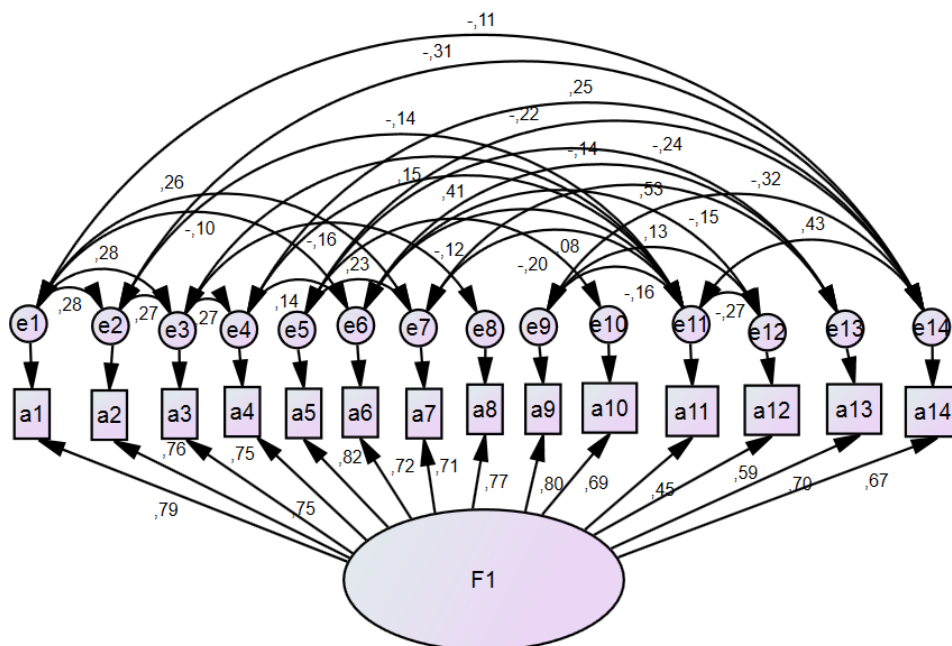
Таблица В.1. Статистика надежности

Альфа Кронбаха	N элементов
0,922	14

Таблица В.2. Статистика пунктов по отношению к суммарному баллу

	Шкалирование среднее при исключении пункта	Шкалирование дисперсию при исключении пункта	Исправленная корреляция между пунктом и итогами	Альфа Кронбаха при исключении пункта
a1	38,17	140,304	0,756	0,913
a2	38,48	142,311	0,660	0,916
a3	38,86	141,020	0,738	0,914
a4	38,73	143,436	0,730	0,915
a5	38,07	140,809	0,726	0,914
a6	38,57	140,364	0,675	0,916
a7	38,18	140,199	0,704	0,915
a8	38,53	138,466	0,694	0,915
a9	37,57	141,554	0,707	0,915
a10	38,78	139,557	0,615	0,918
a11	39,00	149,200	0,429	0,923
a12	38,61	141,381	0,547	0,921
a13	38,38	140,456	0,604	0,918
a14	38,58	144,361	0,580	0,919

**Результаты конфирматорного факторного анализа пунктов методики
«Шкала беспокойства по поводу внешности» для российской выборки**



Chi-square = 199,8; df = 49; p = 0,000; GFI = 0,978; RMSEA = 0,050; PCLOSE = 0,500

Рис. В.1. Апостериорная модель шкалы беспокойства по поводу внешности

Таблица В.3. Регрессионные коэффициенты

	Estimate	S.E.	C.R.	P
a1 0 <-- - F1	1,031	0,051	20,340	***
a1 1 <-- - F1	0,542	0,053	10,194	***
a1 - <-- - F1	0,930	0,035	26,915	***
a2 - <-- - F1	0,911	0,042	21,545	***
a3 - <-- - F1	0,887	0,039	22,641	***
a1 4 <-- - F1	0,822	0,049	16,845	***
a1 3 <-- - F1	1,005	0,045	22,109	***
a1 2 <-- - F1	0,885	0,058	15,383	***

	Estimate	S.E.	C.R.	P
a9 <-- - F1	0,965	0,038	25,615	***
a8 <-- - F1	1,080	0,042	25,778	***
a7 <-- - F1	0,921	0,047	19,723	***
a6 <-- - F1	0,939	0,044	21,158	***
a5 <-- - F1	0,985	0,036	27,298	***
a4 <-- - F1	0,791	0,039	20,297	***

Таблица В.4. Коэффициенты ковариации

	Estimate	S.E.	C.R.	P
e1 <-- 1 > e12	-0,356	0,052	-6,796	***
e9 <-- > e14	-0,212	0,034	-6,316	***
e5 <-- > e10	-0,147	0,037	-3,934	***
e3 <-- > e4	0,145	0,028	5,120	***
e6 <-- > e13	-0,132	0,039	-3,417	***
e1 <-- > e6	-0,068	0,024	-2,871	,004
e6 <-- > e12	0,586	0,066	8,814	***
e5 <-- > e13	-0,170	0,039	-4,311	***
e5 <-- > e7	0,141	0,044	3,178	,001
e2 <-- > e14	-0,219	0,041	-5,281	***

	Estimate	S.E.	C.R.	P
e1 <--> e3	0,159	0,028	5,594	***
e9 <--> e12	0,118	0,035	3,415	***
e7 <--> e13	-0,140	0,041	-3,400	***
e6 <--> e11	-0,117	0,047	-2,516	,012
e4 <--> e11	0,304	0,045	6,673	***
e2 <--> e3	0,164	0,035	4,711	***
e1 <--> e14	-0,071	0,030	-2,411	,016
e1 <--> e7	0,169	0,035	4,819	***
e5 <--> e14	-0,137	0,031	-4,481	***
e3 <--> e11	0,127	0,037	3,444	***
e1 <--> e2	0,154	0,038	4,042	***
e4 <--> e6	0,090	0,025	3,644	***
e1 <--> e14	0,414	0,058	7,159	***
e9 <--> e11	-0,127	0,034	-3,722	***
e7 <--> e11	0,076	0,034	2,208	,027
e3 <--> e8	-0,107	0,036	-3,018	,003
e2 <--> e11	-0,120	0,038	-3,139	,002
e4 <--> e14	0,156	0,042	3,709	***

Таблица В.5. Значения критериев согласия: CMIN

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	56	99,821	49	0,000	2,037
Saturated model	105	0,000	0		
Independence model	14	1347,895	91	0,000	14,812

Таблица В.6. Значения критериев согласия: RMR, GFI

Model	RMR	GFI	AGFI	PGFI
Default model	0,095	0,978	0,952	0,456
Saturated model	0,000	1,000		
Independence model	0,828	0,700	0,654	0,607

Таблица В.7. Значения сравнительных критериев согласия

Model	NFI Delta1	RFI rho1	IFI Delta2	TLI rho2	CFI
Default model	0,926	0,862	0,961	0,925	0,960
Saturated model	1,000		1,000		1,000
Independence model	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Таблица В.8. Значения критериев согласия: RMSEA

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Default model	0,050	0,036	0,063	0,500
Independence model	0,181	0,172	0,190	0,000

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

Расстройства пищевого поведения: встречаемость риска в выборке, сравнение групп с разным уровнем риска

Таблица Г.1. Комбинационная таблица ВОЗР * РПП_ДИ_N

			РПП_ДИ_N		Всего
			0	1	
ВОЗР	1	Количество	178 _a	47 _a	225
		Ожидаемое количество	185,6	39,4	225,0
		% общего итога	42,1%	11,1%	53,2%
	2	Количество	171 _a	27 _a	198
		Ожидаемое количество	163,4	34,6	198,0
		% общего итога	40,4%	6,4%	46,8%
Всего		Количество	349	74	423
		Ожидаемое количество	349,0	74,0	423,0
		% общего итога	82,5%	17,5%	100,0%

Таблица Г.2. Критерии хи-квадрат

	Значение	ст.св.	Асимптотическая значимость (2-сторонняя)	Точная знч. (2-сторонняя)	Точная значимость (1-сторонняя)
Хи-квадрат Пирсона	3,838 ^a	1	0,050		
Поправка на непрерывность ^b	3,352	1	0,067		
Отношения правдоподобия	3,889	1	0,049		
Точный критерий Фишера				0,055	0,033

Линейно-линейная связь	3,829	1	0,050		
Количество допустимых наблюдений	423				

Таблица Г.3. Описательные статистики

		N	Среднее	Среднекв.отклонение	Стандартная ошибка
СО	1	114	29,94	9,119	0,854
	3	114	37,92	8,260	0,774
	Всего	228	33,93	9,558	0,633
СТЫД	1	114	17,21	6,579	0,616
	3	114	32,17	8,280	0,776
	Всего	228	24,69	10,576	0,700
БЕСП	1	114	32,75	10,706	1,003
	3	114	51,46	10,219	0,957
	Всего	228	42,10	14,034	0,929

Таблица Г.4. ANOVA

		Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Значимость
СО	Между группами	3632,018	1	3632,018	47,983	0,000
	Внутри групп	17106,860	226	75,694		
	Всего	20738,877	227			
СТЫД	Между группами	12750,110	1	12750,110	227,991	0,000
	Внутри групп	12638,781	226	55,924		
	Всего	25388,890	227			
БЕСП	Между группами	19954,776	1	19954,776	182,199	0,000
	Внутри групп	24751,904	226	109,522		
	Всего	44706,680	227			

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

Уровень депрессии: встречаемость риска в выборке, сравнение групп с разным уровнем симптоматики

Таблица Д.1. Комбинационная таблица ДЕПР_N * ВОЗР

			ВОЗР		Всего
			1	2	
ДЕПР_N	0	Количество	188 _a	188 _b	376
		% общего итога	44,4%	44,4%	88,9%
	1	Количество	37 _a	10 _b	47
		% общего итога	8,7%	2,4%	11,1%
Всего		Количество	225	198	423
		% общего итога	53,2%	46,8%	100,0%

Таблица Д.2. Критерии хи-квадрат

	Значение	ст.св.	Асимптотическая значимость (2- сторонняя)	Точная знч. (2- сторонняя)	Точная значимость (1- сторонняя)
Хи-квадрат Пирсона	13,844 ^a	1	0,000		
Поправка на непрерывность ^b	12,714	1	0,000		
Отношения правдоподобия	14,777	1	0,000		
Точный критерий Фишера				0,000	0,000
Линейно-линейная связь	13,811	1	0,000		
Количество допустимых наблюдений	423				

Таблица Д.3. Описательные статистики

		N	Среднее	Среднекв.отклонение	Стандартная ошибка
СО	1	108	32,81	8,620	0,829
	3	107	35,46	8,529	0,825
	Всего	215	34,13	8,657	0,590
СТЫД	1	108	21,02	7,731	0,744
	3	107	27,70	9,893	0,956
	Всего	215	24,34	9,465	0,645
БЕСП	1	108	33,63	10,525	1,013
	3	107	51,28	10,861	1,050
	Всего	215	42,41	13,859	0,945

Таблица Д.4. ANOVA

		Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Значимость
СО	Между группами	378,132	1	378,132	5,143	0,024
	Внутри групп	15661,477	213	73,528		
	Всего	16039,609	214			
СТЫД	Между группами	2400,137	1	2400,137	30,484	0,000
	Внутри групп	16770,393	213	78,734		
	Всего	19170,530	214			
БЕСП	Между группами	16745,384	1	16745,384	146,438	0,000
	Внутри групп	24356,774	213	114,351		
	Всего	41102,158	214			

ПРИЛОЖЕНИЕ Ж

Результаты анализа соответствия теоретической модели самообъективации результатам эмпирического исследования (метод SEM)

Таблица Ж.1. Оценка многомерной нормальности распределения

Variable	min	max	skew	c.r.	kurtosis	c.r.
СО	9,000	56,000	-0,231	-1,937	-0,343	-1,439
БЕСП	15,000	70,000	0,011	0,093	-0,899	-3,775
СТЫД	8,000	48,000	0,384	3,225	-0,606	-2,543
ДЕПР	0,000	54,000	0,988	8,294	0,440	1,848
РПП	0,000	95,000	0,813	6,826	0,308	1,294
Multivariate					1,854	2,279

Таблица Ж.2. Регрессионные коэффициенты

	Estimate	S.E.	C.R.	P
БЕСП <-- - СО	0,683	0,061	11,266	***
СТЫ Д <-- - СО	0,459	0,046	9,990	***
РПП <-- - СТЫД	0,960	0,098	9,752	***
РПП <-- - БЕСП	0,434	0,073	5,933	***
ДЕПР <-- - СО	-0,239	0,053	-4,492	***
ДЕПР <-- - БЕСП	0,535	0,038	14,176	***

Таблица Ж.3. Коэффициенты ковариации

	Estimate	S.E.	C.R.	P
e 1 <-- > e2	52,663	5,291	9,954	***
e 4 <-- > e3	19,589	6,308	3,105	0,002

Таблица Ж.4. Значения критериев согласия: CMIN

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	13	2,791	2	0,248	1,395
Saturated model	15	0,000	0		
Independence model	5	786,744	10	0,000	78,674

Таблица Ж.5. Значения критериев согласия: RMR, GFI

Model	RMR	GFI	AGFI	PGFI
Default model	2,388	0,997	0,980	0,133
Saturated model	0,000	1,000		
Independence model	64,789	0,526	0,289	0,351

Таблица Ж.6. Значения сравнительных критериев согласия

Model	NFI Delta1	RFI rho1	IFI Delta2	TLI rho2	CFI
Default model	0,996	0,982	0,999	0,995	0,999
Saturated model	1,000		1,000		1,000
Independence model	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Таблица Ж.7. Значения критериев согласия: RMSEA

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Default model	0,031	0,000	0,106	0,553
Independence model	0,429	0,404	0,455	0,000

ПРИЛОЖЕНИЕ К

Результаты эксплораторного факторного анализа опросника ЕАТ-26

Таблица К.1. Статистика надежности

Альфа Кронбаха	Н элементов
,896	26

Таблица К.2. Статистика пунктов по отношению к суммарному баллу

	Шкалирование среднее при исключении пункта	Шкалирование дисперсию при исключении пункта	Исправленная корреляция между пунктом и итогом	Альфа Кронбаха при исключении пункта
a1	30,01	352,227	0,581	0,889
a2	32,13	370,213	0,530	0,891
a3	31,22	356,004	0,576	0,889
a4	31,17	354,178	0,612	0,888
a5	32,02	380,533	0,232	0,896
a6	31,94	364,781	0,501	0,891
a7	32,02	366,720	0,517	0,891
a8	31,93	387,678	0,069	0,901
a9	32,74	385,573	0,284	0,895
a10	31,95	352,239	0,720	0,886
a11	31,15	343,721	0,734	0,885
a12	31,07	348,784	0,628	0,888
a13	31,88	398,577	-0,115	0,905
a14	30,78	344,951	0,710	0,886
a15	31,73	375,965	0,282	0,896

a16	31,90	367,566	0,494	0,891
a17	31,56	364,271	0,523	0,891
a18	31,71	352,158	0,652	0,887
a19	31,02	377,893	0,258	0,896
a20	32,17	374,791	0,374	0,894
a21	31,43	350,805	0,677	0,887
a22	31,48	349,089	0,670	0,887
a23	31,77	363,838	0,567	0,890
a24	31,56	359,787	0,505	0,891
a25	32,62	374,311	0,527	0,892
a26	32,34	391,671	0,028	0,899

Таблица К.3. КМО и критерий Бартлетта

Мера адекватности выборки Кайзера-Майера-Олкина (КМО).		0,902
Критерий сферичности Бартлетта	Примерная Хи-квадрат	5451,268
	ст.св.	325
	Значимость	0,000

Таблица К.4. Объясненная совокупная дисперсия

Компонент	Ротация суммы квадратов нагрузок		
	Всего	% дисперсии	Суммарный %
1	3,998	15,376	15,376
2	3,888	14,956	30,331
3	3,878	14,916	45,248
4	2,328	8,952	54,200
5			

Таблица К.5. Повернутая матрица компонентов^а

	Пересчитанная
--	---------------

	Компонент			
	1	2	3	4
a1		0,821		
a2		0,391	0,388	0,308
a3	0,833			
a4	0,721			
a5				
a6			0,637	
a7			0,749	
a8				0,840
a9				
a10	0,552	0,592		
a11	0,340	0,763	0,323	
a12		0,671	0,353	
a13				0,761
a14	0,361	0,759		
a15				0,505
a16			0,737	
a17			0,750	
a18	0,805			
a19			0,605	
a20				00,581
a21	0,815			
a22	0,483	0,520		
a23			0,752	
a24		0,363	0,312	0,316
a25	0,388	0,335		
a26				

ПРИЛОЖЕНИЕ Л

Результаты конфирматорного факторного анализа опросника ЕАТ-26

Таблица Л.1. Оценка многомерной нормальности распределения

Variable	min	max	skew	c.r.	kurtosis	c.r.
a16	0,000	5,000	1,138	9,556	0,334	1,403
a24	0,000	5,000	0,916	7,694	-0,453	-1,902
a23	0,000	5,000	1,003	8,419	0,108	0,454
a22	0,000	5,000	0,910	7,644	-0,538	-2,260
a21	0,000	5,000	0,911	7,648	-0,290	-1,216
a19	0,000	5,000	0,357	2,999	-0,749	-3,144
a18	0,000	5,000	1,055	8,854	-0,164	-0,688
a17	0,000	5,000	0,670	5,624	-0,709	-2,978
a14	0,000	5,000	0,280	2,354	-1,279	-5,369
a12	0,000	5,000	0,420	3,523	-1,234	-5,180
a11	0,000	5,000	0,616	5,170	-0,957	-4,016
a10	0,000	5,000	1,419	11,912	0,856	3,593
a7	0,000	5,000	1,412	11,856	1,147	4,814
a6	0,000	5,000	1,319	11,076	0,561	2,356
a4	0,000	5,000	0,472	3,960	-1,055	-4,431
a3	0,000	5,000	0,639	5,365	-0,735	-3,088
a2	0,000	5,000	1,456	12,227	1,517	6,369
a1	0,000	5,000	-0,316	-2,651	-1,267	-5,319
Multivariate					80,316	30,780

Таблица Л.2. Регрессионные коэффициенты

	Estimate	S.E.	C.R.	P
a1 <-- F3 6 -	0,921	0,047	19,413	***
a1 <-- F2 -	1,260	0,048	26,202	***
a2 <-- F2 -	0,217	0,065	3,357	***

	Estimate	S.E.	C.R.	P
a2 <-- - F3	0,470	0,070	6,733	***
a3 <-- - F1	1,447	0,050	28,731	***
a4 <-- - F1	1,178	0,044	26,829	***
a6 <-- - F3	0,948	0,056	16,996	***
a7 <-- - F3	1,011	,051	19,932	***
a1 <-- 0 - F1	0,588	,066	8,940	***
a1 <-- 0 - F2	0,772	0,074	10,373	***
a1 <-- 1 - F2	1,586	0,038	41,623	***
a1 <-- 2 - F2	1,361	0,050	26,998	***
a1 <-- 4 - F2	1,485	0,040	37,385	***
a1 <-- 7 - F3	0,946	0,048	19,650	***
a1 <-- 8 - F1	1,376	0,048	28,773	***
a1 <-- 9 - F3	0,881	0,058	15,242	***
a2 <-- 1 - F1	1,407	0,049	28,907	***
a2 <-- 2 - F1	0,395	0,090	4,387	***
a2 <-- 2 - F2	0,839	0,086	9,711	***
a2 <-- 3 - F3	1,029	0,042	24,369	***
a2 <-- 4 - F2	0,509	0,099	5,137	***

		Estimate	S.E.	C.R.	P
a1 9	<-- - F1	-0,384	0,053	-7,175	***
a2 4	<-- - F3	0,271	0,097	2,786	,005
a1 0	<-- - a16	-0,178	0,037	-4,862	***
a3 -	<-- - F3	-0,169	0,051	-3,317	***

Таблица Л.3. Коэффициенты ковариации

		Estimate	S.E.	C.R.	P
F2 >	<-- > F1	0,728	0,027	27,372	***
F2 >	<-- > F3	0,685	0,032	21,099	***
F3 >	<-- > F1	0,524	0,043	12,245	***
e8 >	<-- > e12	0,168	0,043	3,892	***
e8 >	<-- > e11	0,170	0,058	2,938	0,003
e1 2	<-- > e7	0,132	0,034	3,832	***
e1 >	<-- > e7	-0,136	0,033	-4,130	***
e7 >	<-- > e6	0,289	0,047	6,164	***
e4 >	<-- > e6	0,150	0,049	3,063	0,002
e1 1	<-- > e13	-0,144	0,055	-2,612	0,009
e1 3	<-- > e18	0,220	0,067	3,272	0,001
e9 >	<-- > e18	-0,116	0,039	-2,960	0,003

	Estimate	S.E.	C.R.	P
e2 <-- > e13	0,218	0,066	3,305	***
e1 <-- 4 > e16	-0,177	0,050	-3,538	***
e2 <-- > e9	0,110	0,040	2,735	0,006
e1 <-- 5 > e18	-0,100	0,047	-2,150	0,032
e3 <-- > e12	-0,109	0,033	-3,294	***
e1 <-- 0 > e19	0,101	0,042	2,417	0,016
e1 <-- 2 > e13	0,288	0,059	4,833	***
e1 <-- > e11	0,111	0,039	2,812	0,005

Таблица Л.4. Значения критериев согласия: CMIN

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	63	103,883	108	,594	,962
Saturated model	171	,000	0		
Independence model	18	1078,543	153	,000	7,049

Таблица Л.5. Значения критериев согласия: RMR, GFI

Model	RMR	GFI	AGFI	PGFI
Default model	0,095	0,974	0,959	0,615
Saturated model	0,000	1,000		
Independence model	1,105	0,733	0,701	0,656

Таблица Л.6. Значения сравнительных критериев согласия

Model	NFI Delta1	RFI rho1	IFI Delta2	TLI rho2	CFI
Default model	0,904	0,864	1,004	1,006	1,000
Saturated model	1,000		1,000		1,000
Independence model	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Таблица Л.7. Значения критериев согласия: RMSEA

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Default model	0,000	0,000	0,023	1,000
Independence model	0,120	0,113	0,127	0,000

ПРИЛОЖЕНИЕ М

Результаты повторного эксплораторного факторного анализ опросника ЕАТ-26

Таблица М.1. Статистика надежности

Альфа Кронбаха	Н элементов
0,920	18

Таблица М.2. Статистика пунктов по отношению к
суммарному баллу

	Шкалироват ь среднее при исключении пункта	Шкалироват ь дисперсию при исключении пункта	Исправленн ая корреляция между пунктом и итоном	Альфа Кронбаха при исключении пункта
a1	23,99	285,291	0,620	0,916
a2	26,10	305,477	0,487	0,919
a3	25,20	290,240	0,589	0,916
a4	25,14	289,857	0,601	0,916
a6	25,91	297,419	0,533	0,918
a7	26,00	298,149	0,576	0,917
a10	25,92	287,480	0,723	0,913
a11	25,13	277,020	0,787	0,911
a12	25,05	281,761	0,675	0,914
a14	24,76	278,340	0,759	0,912
a16	25,88	300,065	0,526	0,918
a17	25,53	297,695	0,539	0,918
a18	25,69	287,098	0,660	0,915
a19	25,00	311,047	0,252	0,924
a21	25,41	286,190	0,678	0,914

a22	25,46	284,419	0,675	0,914
a23	25,74	296,610	0,601	0,916
a24	25,54	295,643	0,480	0,919

Таблица М.3. КМО и критерий Бартлетта

Мера адекватности выборки Кайзера-Майера-Олкина (КМО).		0,929
Критерий сферичности Бартлетта	Примерная Хи-квадрат	4291,992
	ст.св.	153
	Значимость	0,000

Таблица М.4. Объясненная совокупная дисперсия

Компонент	Ротация суммы квадратов нагрузок		
	Всего	% дисперсии	Суммарный %
1	3,959	21,992	21,992
2	3,801	21,116	43,108
3	3,320	18,446	61,554
4			

Метод выделения факторов: метод главных компонент

Таблица М.5. Повернутая матрица компонент^а

	Пересчитанная		
	Компонент		
	1	2	3
a1			0,821
a2		0,446	
a3	0,832		
a4	0,752		
a6		0,610	
a7		0,727	

a10	0,599		0,536
a11			0,749
a12			0,693
a14			0,767
a16		0,725	
a17		0,743	
a18	0,815		
a19		0,647	
a21	0,829		
a22	0,531		0,466
a23		0,748	
a24		0,401	

Метод выделения факторов: метод главных компонент.

Метод вращения: Варимакс с нормализацией Кайзера.

а. Вращение сошлось за 5 итераций.

ПРИЛОЖЕНИЕ Н

Результаты анализа соответствия теоретической обновленной модели самообъективации результатам эмпирического исследования (метод SEM)

Таблица Н.1. Оценка многомерной нормальности распределения

Variable	min	max	skew	c.r.	kurtosis	c.r.
СО	9,000	56,000	-0,231	-1,937	-0,343	-1,439
БЕСП	15,000	70,000	0,011	0,093	-0,899	-3,775
СТЫД	8,000	48,000	0,384	3,225	-0,606	-2,543
КОНТРПП	0,000	34,000	0,924	7,756	0,441	1,850
ОБРАЗТЕЛА	0,000	20,000	0,295	2,477	-1,085	-4,555
НПП	0,000	30,000	0,893	7,498	-0,224	-0,940
ДЕПР	0,000	54,000	0,988	8,294	0,440	1,848
Multivariate					5,293	4,849

Таблица Н.2. Регрессионные коэффициенты

		Estimate	S.E.	C.R.	P
БЕСП	<-- - СО	0,683	0,061	11,266	***
СТЫД	<-- - СО	0,171	0,038	4,520	***
СТЫД	<-- - БЕСП	0,421	0,029	14,552	***
ДЕПР	<-- - БЕСП	0,190	0,073	2,593	0,010
НПП	<-- - СТЫД	0,351	0,038	9,115	***
НПП	<-- - БЕСП	0,166	0,028	5,944	***
ОБРАЗТЕЛ А	<-- - СТЫД	0,605	0,034	17,868	***
КОНТРПП	<-- - СТЫД	0,320	0,035	9,287	***

Таблица Н.3. Коэффициенты ковариации

	Estimate	S.E.	C.R.	P
e <-- 3 > e4	10,764	1,310	8,218	***
e <-- 3 > e5	13,069	2,001	6,531	***
e <-- 3 > e6	12,875	2,489	5,173	***
e <-- 4 > e6	-3,583	1,543	-2,323	0,020
e <-- 4 > e5	13,144	1,479	8,884	***
e <-- 4 > e1	-14,500	2,258	-6,420	***
e <-- 6 > e2	43,139	10,558	4,086	***

Таблица Н.4. Значения критериев согласия: CMIN

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	22	2,949	6	0,815	0,491
Saturated model	28	0,000	0		
Independence model	7	1405,769	21	0,000	66,941

Таблица Н.5. Значения критериев согласия: RMR, GFI

Model	RMR	GFI	AGFI	PGFI
Default model	1,143	0,998	0,991	0,214
Saturated model	0,000	1,000		
Independence model	34,343	0,426	0,235	0,319

Таблица Н.6. Значения сравнительных критериев согласия

Model	NFI Delta1	RFI rho1	IFI Delta2	TLI rho2	CFI
Default model	0,998	0,993	1,002	1,008	1,000
Saturated model	1,000		1,000		1,000
Independence model	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Таблица Н.7. Значения критериев согласия: RMSEA

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Default model	0,000	0,000	0,039	0,979
Independence model	0,395	0,378	0,413	0,000