

## ОБРАЗ СОБСТВЕННОГО ТЕЛА: РАЗРАБОТКА ИНСТРУМЕНТА ДЛЯ ОЦЕНКИ

*О.А. СКУГАРЕВСКИЙ, кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой психиатрии  
с медицинской психологией БГМУ*

*С.В. СИВУХА, кандидат психологических наук, доцент кафедры социальной  
коммуникации БГУ ©*

Описывается процедура разработки опросника образа собственного тела, предназначенного для оценки соматических, психических и поведенческих расстройств, связанных с пищевым поведением. Шестнадцать пунктов опросника сконструированы на основании опыта клинической работы и публикаций, написанных в социокультурной и когнитивно-бихевиоральной парадигме. Большинство пунктов касаются неудовлетворенности внешностью. Валидизация и стандартизация проведены на взвешенной выборке, включавшей 904 испытуемых женского пола в возрасте 13–23 лет (819 здоровых и 85 с диагнозом нервной булимии или анорексии). Для валидизации опросника использовались: анализ главных компонент; корреляции с антропометрическими характеристиками, опросником пищевого поведения и шкалой удовлетворенности телом; корреляция с диагнозом расстройства пищевого поведения. Пороговые баллы для скрининговых и клинических целей определены на основании характеристической кривой (ROC) и предсказательных возможностей опросника. Обсуждаются вопросы использования опросника для диагностики нервной анорексии и булимии.

*Ключевые слова:* образ тела, опросник образа собственного тела, нервная булимия, нервная анорексия, валидность.

Понятие «образ тела» было введено в психологию П. Шильдером (1935). По его мнению, образ тела (ОТ) включает в себя перцептивные, когнитивные и эмоциональные компоненты, формируется на основе жизненного опыта и отражает присущие индивиду мироощущение, психологические характеристики и проблемы [2; 3; 6]. Социальные исследователи подчеркивают, что общество вносит значительный вклад в создание индивидуального ОТ, который строится с учетом закрепленных в культуре критериев.

ОТ драматически влияет на повседневное поведение индивида, его (или ее) настроение и мысли, характер их межличностных отношений и качество жизни. Это особенно наглядно было показано в исследованиях так называемых «расстройств приема пищи» – нервной анорексии и нервной булимии.

В конструкте ОТ принято выделять как минимум два значимых компонента: восприятие формы и размеров тела (перцептивный компонент) и степень удовлетворенности своей внешностью (оценочный компонент), которые, по видимому, достаточно независимы друг от друга. Восприятие размеров тела в структуре ОТ подвержено влиянию множества ситуационных факторов: аффективного статуса, когнитивного содержания задачи, реакции окружающих, практик потребления пищи, особенностей одежды и т.д.).

Именно степень удовлетворенности своей внешностью, на наш взгляд, наилучшим образом предсказывает качество психологического функционирования индивида. Оценочный компонент ОТ интегративно отражает:

- глобальную оценку тела (удовлетворенность или неудовлетворенность весом, формой тела, специфическими его частями);
- эмоции и чувства по поводу внешности;
- когнитивный аспект ОТ (убеждения в отношении внешности, схема тела);
- определенное поведение (например, избегание смотреть на себя в зеркало, взвешиваться, посещать тренажерные залы).

Индивид видит себя иначе, чем окружающие. Внешне привлекательные субъекты не обязательно удовлетворены своей внешностью, а менее миловидные не всегда испытывают недовольство по поводу того, как они выглядят. Независимо от действительных физических данных, особенности восприятия и чувств по поводу внешности могут предопределять представления индивидов о том, как воспринимают их окружающие. Позитивный ОТ предопределяет уверенность в общении и чувство внутреннего комфорта, негативный – способен привести к социальной отгороженности и тревожности индивида.

ОТ развивается в результате интернализации социальных оценок, которые субъект

получает от сверстников, членов семьи и других значимых. Эти оценки могут быть *прямыми* (когда ребенка дразнят) или *опосредованными* (например, ребенок воспитывается в семье, члены которой постоянно выражают обеспокоенность по поводу собственной внешности). Такого рода социальная обратная связь носит двусторонний характер. Оценки окружающих влияют на субъективный характер восприятия своей внешности, а убеждения человека и особенности его поведения могут влиять на характер обратной связи, получаемой со стороны окружающих. Феномен атрибутивной проекции, когда индивид делает предположения о том, что окружающие воспринимают его так же, как он воспринимает себя, может оказывать драматическое влияние на когнитивные и поведенческие составляющие ОТ. *Так, женщина среднего веса, уверенная в том, что страдает ожирением, может полагать, что окружающие воспринимают ее похожим образом. Это может привести к изменениям поведения – уменьшению частоты зрительных контактов, выбору непривлекательной одежды, угрюмости. Следствием может быть отклик со стороны окружающих – они могут начать избегать контактов, воздерживаться от комплиментов, что она, в свою очередь, интерпретирует как доказательство своей непривлекательности. Таким образом, обратная реакция со стороны окружающих опосредована ее собственными убеждениями и поведением.*

Оценка распространенности недовольства своим телом в мире свидетельствует о его прогрессивном росте за последние 30–35 лет. Так, с 1972 к 1996 году доля женщин, недовольных верхней частью туловища, увеличилась с 27% до 34%, средней частью туловища – с 50% до 70%, нижней частью туловища – с 49% до 61%, весом – с 48% до 66%, внешним видом – с 23% до 56%. Похожая динамика наблюдается и у мужчин [8].

В клинической практике ОТ пациентов важен при системной оценке соматических (дерматологических, стоматологических, акушерско-гинекологических, эндокринологических, онкологических и др.), психических и поведенческих расстройств (нарушения пищевого поведения, дисморфофобические и психотические расстройства и т.д.). Однако в отечественной практике существует дефицит психометрических методик для оценки ОТ и его компонентов.

### Дизайн исследования

Целью исследования была разработка методики оценки ОТ и его психометрическая

адаптация. Обычно для оценки перцептивного компонента ОТ испытуемому предлагается оценить наличие и степень искажения размеров тела на статичном видеоизображении. В зависимости от целей исследования при оценке характера и степени неудовлетворенности собственной внешностью анализируется степень субъективной глобальной (не)удовлетворенности телом либо выраженность аффективного, когнитивного и поведенческого компонентов ОТ. Здесь могут применяться различные подходы. Одни основываются на установлении степени расхождения между реальными и субъективно «идеальными» оценками, например, массы собственного тела. Другие используют оценку степени удовлетворенности весом, размерами, формой отдельных частей тела по пяти- или семибальной шкале. Третьи исходят из различий в оценках форм силуэтов тела. Испытуемому предлагают выбрать из набора телесных силуэтов, различающихся по комплекции, те, которые соответствуют реальному и идеальному его размеру. Различия между выборами определяют степень неудовлетворенности. Дополнительные возможности в оценке общей (не)удовлетворенности телом предоставляют опросники. Они могут включать пункты о возможностях самопредъявления, (не)удовлетворенности телом сквозь призму сексуальной привлекательности.

Основываясь на опыте клинической работы с пациентами, страдающими нарушениями пищевого поведения, дисморфофобическими переживаниями в структуре различных психопатологических феноменов (от диссоциативных расстройств до расстройств шизофренического спектра) и используя социокультурные модели ОТ, когнитивно-бихевиоральную парадигму, нейропсихологические механизмы формирования ОТ [8], нами был составлен Опросник образа собственного тела (ООСТ), содержащий 18 пунктов.

Испытуемому предлагается оценить каждое утверждение по четырехбалльной шкале (0 – «никогда», 1 – «иногда», 2 – «часто», 3 – «всегда»). Опросник предназначен прежде всего для решения практических задач клинической и психотерапевтической диагностики. Учитывая высокую цену диагностических ошибок, особое внимание было уделено его валидации. В частности, была проверена конструктивная (факторная), конвергентная, дискриминантная и критериальная валидность. Кроме того, изучены предсказательные возможности ООТ и цена ошибок типа «ложной тревоги» и «пропуска цели».

Для оценки конвергентной и дискриминативной валидности ООТ согласно дизайну исследования оценивались антропометрические показатели (рост и масса тела с вычислением индекса массы тела – ИМТ = вес (кг)/рост (м<sup>2</sup>). Respondents также заполняли Шкалу удовлетворенности собственным телом (ШУСТ) и Опросник пищевых предпочтений (ОПП-26). Опросник ШУСТ оценивает удовлетворенность различными частями своего тела (носом, спиной, животом, бедрами и др.) по семибалльной шкале; показатели суммируются в интегративные оценки удовлетворенности головой, туловищем и нижней частью тела. Опросник пищевых предпочтений представляет собой скрининговый инструмент, эффективный в оценке девиаций пищевого поведения и обладающий хорошими психометрическими характеристиками [4, с. 41–44]. Ранее показали, что ОПП-26 имеет четырехфакторную структуру; каждый из факторов («Нарушение пищевого поведения», «Самоконтроль пищевого поведения», «Озабоченность образом тела», «Социальное давление в отношении пищевого поведения») может быть использован как изолированно, так и в составе суммарного показателя.

### Описание выборки

Выборка включала здоровых девушек, учащихся школ, техникумов, училищ, вузов Минска (n=819, средний возраст 18,1 года) и 85 больных с диагнозом нарушений пищевого поведения (нервная анорексия, нервная булимия, средний возраст 18,9 лет). Выборка здоровых испытуемых отражает институциональную принадлежность белорусских девушек к учебным заведениям разного типа с учетом возраста (13–23 года). Обе подгруппы достоверно не различались по составу семьи, образованию родителей и ряду других социально-демографическим характеристикам.

В анализе главных компонент использовались данные, полученные от здоровых индивидов. В других статистических процедурах данные взвешивались таким образом, чтобы соотношение здоровых к больным отражало структуру генеральной совокупности (95% к 5%).

### Конструктивная (факторная) валидность теста

Для оценки конструктивной валидности использовался анализ главных компонент, поскольку

другие методы факторного анализа требуют интервального измерения пунктов [5]. На основе графика собственных значений выделено две главных компоненты, объяснявших 40% дисперсии. После ортогонального вращения несколько пунктов были нагружены обоими главными компонентами, что указывает на сильную корреляцию между двумя конструктами. После косоугольного вращения Облимин корреляция составила 0,34. Как известно, эксплораторный факторный анализ ограничивает корреляцию между факторами. В конфирматорном факторном анализе с двумя латентными переменными корреляция между ними составила 0,74. В совокупности эти результаты говорят об унитарности конструкта, и выделенные главные компоненты не могут рассматриваться в качестве самостоятельных диагностических инструментов.

Единственная компонента слабо нагружала два пункта (п. 14 «Я позволяю себе шутить и делать колкие замечания по поводу своего тела на людях» и п. 17 «Я замечаю за собой, что спрашиваю у других (друзей, партнеров, супругов) о том, как я выгляжу»). После их удаления все показатели качества факторного решения [17] существенно улучшились. Компонента объясняла 35% общей дисперсии. Нагрузки, рассматриваемые как показатели валидности пунктов [12]\*\*, приведены в таблице 1.

Решения, полученные в эксплораторном факторном анализе, не могут быть статистически обоснованы. В подобных случаях уверенность в корректности решения достигается повторением анализа с использованием других методов извлечения и вращения факторов, а также перекрестной валидизацией – случайным расщеплением выборки пополам и извлечением факторов независимо в каждой половине. В нашем случае разные способы работы с данными дали очень близкие результаты, что подтверждает валидность унитарной шкалы, состоящей из 16 пунктов. Среднее значение этой шкалы составляет 9,84, стандартное отклонение – 6,93.

### Конвергентная и дискриминантная валидность теста

Этот метод валидизации предполагает установление теоретически интерпретируемых корреляций с родственными конструктами и

\* Анализ проводился в программе LISREL8 методом обобщенных взвешенных наименьших квадратов [11].

\*\* Некоторые авторы считают нагрузки показателями внутренней согласованности или надежности теста (см. [1]). Показатели валидности и надежности пунктов действительно близки (табл. 1). Однако другие подходы к определению валидности пунктов, например, корреляции с критерием, также встречают очень серьезную критику (см. [10; 14, с. 693–720]).

Таблица 1

**Нагрузки пунктов ООСТ на главную компоненту (вращение Облимин)**

	Нагрузки (валидность)	Корреляция (надежность)
1. Я не люблю смотреть на себя в зеркало	0,38	0,35
2. Покупка одежды обращает мое внимание на то, как я выгляжу, и, поэтому, неприятна	0,55	0,51
3. Я не люблю, когда на меня обращено внимание окружающих	0,45	0,39
4. Я избегаю ситуаций, в которых окружающие могут увидеть мое тело (например, посещение бассейна, пляжа и т.д.)	0,70	0,61
5. Я испытываю стыд за свое тело в присутствии определенных людей	0,76	0,68
6. Я не люблю свое тело	0,74	0,67
7. Мне кажется, что другие люди должны считать мое тело безобразным	0,65	0,58
8. Я чувствую, что друзья и члены моей семьи смущаются при взгляде на меня	0,44	0,42
9. Я сравниваю свое тело с другими для того, чтобы убедиться в том, что они полнее, чем я	0,49	0,47
10. Мне сложно получать удовольствие от своей деятельности из-за того, что я испытываю неловкость в связи со своим внешним видом	0,62	0,58
11. Я испытываю чувство вины в связи со своим весом	0,67	0,64
12. У меня есть негативные мысли, и я самокритична в отношении своего тела и того, как я выгляжу	0,61	0,58
13. Мне трудно принимать комплименты по поводу того, как я выгляжу	0,57	0,51
15. Когда я смотрюсь в зеркало, то мое внимание сосредоточено преимущественно на тех частях тела, которые нуждаются в улучшении	0,59	0,55
16. Я чувствую себя униженной и/или подавленной в присутствии человека, который, по моему мнению, более привлекателен, чем я	0,51	0,48
18. Я беспокоюсь о собственном весе	0,55	0,49

отсутствие корреляций с неродственными конструктами. Основная проблема связана с правильным выбором показателей: важно избежать использования тривиальных переменных, заведомо связанных или не связанных с валидируемым конструктом. Нами были определены три группы таких переменных. Первая содержит антропометрические характеристики (рост, вес и ИМТ), вторая – шкалы опросника ШУСТ, третья – шкалы ОПП-26.

Рост и вес сами по себе не должны коррелировать с ООСТ. Индекс массы тела отражает комплекцию человека, то есть пропорцию веса и роста. Поскольку отклонение от «нормы» веса не всегда связано с переживаниями по поводу тела, следует ожидать слабой положительной корреляции ИМТ с ООСТ. Показатели неудовлетворенности телом, оцениваемые по опроснику ШУСТ, и ОТ связаны по смыслу. Однако первый опросник дает частные оценки отдельных частей тела, а второй – обобщенные оценки, опосредованные социальным сравнением. Поэтому можно ожидать умеренно сильной

корреляции между двумя инструментами. Кроме того, разумно предположить, что социальное влияние на неудовлетворенность телом будет возрастать по направлению к средней части тела: стандарты женской красоты чувствительны к областям жировых отложений [13, с. 708–727]. Поэтому ООСТ должен слабее коррелировать с неудовлетворенностью головой, сильнее – с неудовлетворенностью туловищем и особенно сильно – с неудовлетворенностью нижней частью тела (ягодицами и бедрами). Эта специфическая гипотеза о паттерне корреляций позволяет оценить как конвергентную, так и дискриминантную валидность ООСТ. Наконец, ожидаем средних и сильных статистических связей между ООСТ и шкалами опросника ОПП-26. Особенно тесной должна быть связь между ООСТ и шкалой «Озабоченность образом тела», умеренной – с «Нарушениями пищевого поведения» и «Самоконтролем пищевого поведения», слабой – со шкалой «Социальное давление в отношении пищевого поведения».

Результаты корреляционного анализа приведены в таблице 2. Вероятности ошибок первого рода опущены. Дело в том, что на большой выборке (863 человека) даже очень маленькие корреляции (0,07) статистически значимы на уровне  $p < 0,05$ . Это связано с высокой мощностью статистического критерия. Как известно, мощность критерия зависит от ошибки первого рода  $\alpha$ , объема выборки  $N$  и различия между выборочными распределениями, соответствующими нулевой и альтернативной гипотезам. Лишь последний параметр, называемый «величиной статистического

эффекта», зависит не от исследователя, а от данных. Современная статистическая методология настоятельно рекомендует указывать величины полученных эффектов в публикациях. В корреляционном анализе мерой величины эффекта является коэффициент корреляции  $r$ . По соглашению, принятому в поведенческих науках и отражающему опыт использования коэффициента корреляции Пирсона,  $r = 0,1$  рассматривается как слабый,  $0,3$  – средний и  $0,5$  – сильный эффекты [9]. Данные таблицы 2 следует сопоставлять с этими значениями.

Таблица 2

### Корреляции ООСТ с другими показателями и конструктами

Показатель	Корреляция с ООСТ	Показатель	Корреляция с ООСТ
Рост	-0,07	Нарушения пищевого поведения	0,49
Вес	0,15	Самоконтроль пищевого поведения	0,27
Индекс массы тела	0,20		
Неудовлетворенность головой	0,25	Озабоченность образом тела	0,60
Неудовлетворенность туловищем	0,36	Социальное давление в отношении пищевого поведения	0,15
Неудовлетворенность нижней частью тела	0,45		

Практически все предложенные гипотезы подтвердились. Единственным заметным исключением является слабая (вместо нулевой) корреляция ООСТ с весом. Особенно важно, что реальный паттерн корреляций ООСТ с опросниками неудовлетворенности собственным телом (ШУСТ) и ОПП-26 совпадает с теоретическими ожиданиями. Максимальная статистическая связь получена для шкалы «Озабоченность образом тела». Это означает, что опросник ООСТ измеряет именно то, для измерения чего он предназначен, и не нагружен другими неспецифическими конструктами.

#### Критериальная валидность

Надежный и валидный критерии для валидации ООСТ подобрать нелегко. Так, соматоформные расстройства связаны с неудовлетворенностью собственным телом, но диагностические критерии в этом случае имеют более сложный характер. Тем не менее, ввиду клинической ориентации ООСТ в качестве критерия валидации нами использовался диагноз нарушений пищевого поведения, установленный по результатам клинического интервью. Несмотря на то, что этот критерий также несовершенен, исходим из сопряжения нервной анорексии и нервной булимии с искажением образа тела.

В связи с небольшим объемом выборки больных с расстройствами пищевого поведения

(85 человек) все клинические формы расстройств были объединены в одну группу. Средние значения суммарных баллов ООСТ составляют 9,35 ( $s = 6,40$ ) для здоровых и 19,27 ( $s = 9,59$ ) для больных. Корреляция между суммарным баллом и фактом установленного расстройства пищевого поведения составляет лишь 0,394. Для различения групп адекватной мерой величины эффекта является индекс  $d$  Коэна с конвенционально принятыми пороговыми значениями 0,20 (малый эффект), 0,50 (средний эффект) и 0,80 (большой эффект) [9]. Задача оценки индекса  $d$  осложнена неравенством дисперсий и объемов выборок. Стабилизация дисперсий была достигнута переводом сырых баллов ООСТ в стандарты (эта процедура обсуждается ниже). Значения критерия  $t$  и индекса  $d$  вычислены по формулам для неравных выборок:  $t = 10,719$  и  $d = 1,22$ , что указывает на очень большую величину эффекта [15].

Особенно успешно ООСТ различает группы здоровых и больных всеми клиническими подтипами нервной булимии и анорексией с эпизодами переедания и (или) компенсаторного поведения (DSM-IV) (т.е. все основные расстройства пищевого поведения без учета нервной анорексии ограничительного типа). В этом случае  $t = 16,806$  и  $d = 2,73$ .

Эффективным средством оценки диагностических возможностей инструмента по критерию является характеристическая кривая теста (ROC, см. рис. 1). Эта кривая связывает значения диагностического инструмента с чувствительностью (долей позитивных случаев, для которых тестовый балл равен или превышает пороговое значение) и специфичностью (долей негативных случаев, для которых тестовый балл не превышает порогового значения).

Площадь под кривой равна 0,811, что является хорошим результатом [6]. Пороговое значение выбирается так, чтобы максимизировать показатели чувствительности и специфичности. Соответствующие показатели небольшого диапазона суммарных баллов ООСТ приведены в таблице 3. Оптимальное соотношение чувствительности (0,75) и специфичности (0,74) получено для 13 баллов. Это значение можно рассматривать как пороговое при скрининговых обследованиях.

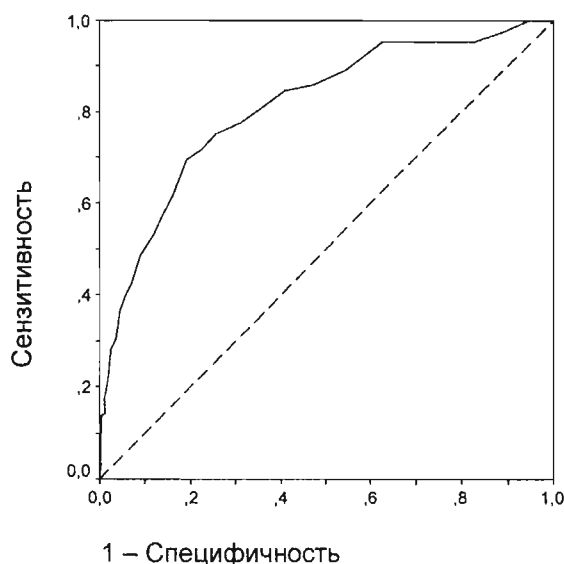


Рис. 1. Кривая диагностики расстройств пищевого поведения по суммарному балу ООСТ

Проблема с использованием чувствительности и специфичности состоит в том, что эти показатели не оценивают вероятности правильного диагноза на основании значений диагностического инструмента. В двух последних столбцах таблицы 3 приведены доли индивидов, чье состояние здоровья было правильно диагностировано по суммарным баллам опросника ООСТ.

По теореме Байеса эти индексы скорректированы с учетом распространенности расстройств пищевого поведения в популяции (5%). Максимальная точность диагностики болезни (0,60) достигается для порогового значения, равного 32. Эта консервативная оценка порогового значения может быть полезна в клинической практике.

Таблица 3

**Предсказательные возможности ООСТ для диагностики расстройств пищевого поведения (фрагмент распределения)**

Пороговый балл по ООСТ	Сензитивность	Специфичность	Предсказательная ценность для больных	Предсказательная ценность для здоровых
...	...	...	...	...
11	0,812	0,641	0,106	0,985
12	0,776	0,687	0,116	0,983
13	0,753	0,742	0,133	0,983
14	0,718	0,775	0,144	0,981
15	0,694	0,808	0,160	0,980
...	...	...	...	...
31	0,141	0,994	0,549	0,957
32	0,129	0,996	0,650	0,956
33	0,106	0,996	0,603	0,955
...	...	...	...	...

Надежность теста оценивалась как внутренняя согласованность пунктов. Коэффициент альфа Кронбаха равен 0,88, что соответствует отличной надежности. Надежность отдельных пунктов оценивалась как корреляция между данным пунктом и суммой баллов по остальным пунктам. Эти показатели приведены в таблице 1. Все пункты достаточно надежны, и при удалении любого из них общая надежность шкалы снижается.

#### Стандартизация опросника

Работать с сырыми баллами неудобно, поскольку разброс значений определяется

количеством пунктов и диапазоном полученных значений. Это затрудняет сопоставление результатов, полученных с помощью разных методик. Во многих опросниках, как в случае ООСТ, сырые баллы не распределены по нормальному закону, поэтому для использования в статистическом моделировании необходимо преобразовать данные. Для практического применения нами приведены сырые баллы к девятибалльной шкале стенойнов [1] со средним 5 и стандартным отклонением 2 (табл. 4).

Таблица 4

#### Перевод суммарных баллов ООСТ в стенойны

Сырые баллы	0	1-2	3-4	5-7	8-10	11-14	15-18	19-23	24-...
Стенойны	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Таким образом, Опросник образа тела (ООТ) представляет собой работоспособный психометрический инструмент, предоставляющий возможность оценки степени неудовлетворенности внешностью как составного компонента образа тела. Психометрические свойства ООСТ позволяют использовать его как в качестве скринингового инструмента в популяционных исследованиях, так и в качестве вспомогательного теста в процессе клинической диагностики.

#### Применение аспекты изучения образа тела: ОТ и нервная анорексия

Нарушения ОТ являются наиболее общими клиническими характеристиками, свойственными нервной анорексии (НА). Теоретические изыскания и эмпирические данные свидетельствуют о том, что выраженная озабоченность своей внешностью предшествует началу расстройства. Осознание значимости ОТ как средства адекватной диагностики НА побудило западных клиницистов включить его в перечень диагностических критериев.

Было показано, что искаженный характер оценок тела в целом при НА может иметь большую клиническую значимость, чем искаженный характер восприятия отдельных его частей (лицо, грудь бедра и т.п.). В то же время отсутствует единство взглядов на характерность искаженного восприятия ОТ для НА. По-видимому, искажение ОТ является распространенным, но не универсальным признаком расстройства. При НА искажение восприятия размеров своего тела нестабильно и может быть опосредовано плохим настроением, ощущением переизбытка, навязанным каноном женской красоты.

В качестве возможных механизмов искажения ОТ могут рассматриваться следующие: переоценка размеров тела в результате зрительного искажения; реконструкция зрительного представления под влиянием своеобразных мыслей (например, в силу неспособности правого полушария корректировать образ тела, хранящийся в левом полушарии); артефакт объективно малого размера тела; женщины с миниатюрным телом более склонны к переоценке веса независимо от выраженности нарушений пищевого поведения [16, с. 465-477].

Пациенты с НА имеют нестабильные представления о своем теле, модифицируемые культуральными идеалами красоты, когнитивными и аффективными воздействиями. Культуральное давление и неудовлетворенность ОТ относительно редко приводит к развитию нарушений пищевого поведения. Возможно, когнитивная подверженность НА реализуется посредством определенных личностных черт и характеристик темперамента таких, как склонность к обсессивности, перфекционизм, ригидность, когнитивный стиль.

Проспективные исследования показывают, что неудовлетворенность телом и диетические практики тесно связаны с проявлением отдельных симптомов и с развитием клинически развернутых нарушений пищевого поведения. Неудовлетворенность ОТ трансформируется в дисфункциональные убеждения в отношении веса и формы тела. Эти убеждения поддерживаются рационализацией и ошибками суждений. В результате они оказываются прочно связанными с позитивными и негативными подкреплениями поведения по контролю веса.

Как показывает ряд исследований, реальная масса тела является мощным предиктором неудовлетворенности ОТ у молодых женщин. Неудовлетворенность ОТ должна интерпретироваться с учетом реальной массы тела, поскольку один и тот же уровень неудовлетворенности может иметь разный смысл у пациентов с разной массой тела.

В клинических исследованиях нарушений пищевого поведения оценочный компонент ОТ имеет вдвое большее влияние, чем перцептивный компонент.

### **ОТ и нервная булимия**

Нарушения ОТ при нервной булимии (НБ) является важным фактором риска в развитии и поддержании расстройства. Эти нарушения возникают, как и при НА, под воздействием социального давления в отношении похудения и отклонений физических параметров тела от культурального идеала стройности, поскольку этот идеал является практически недостижимым для большинства людей. В качестве доказательств связей между ОТ и НБ можно привести следующие эмпирические результаты: воспринимаемое давление в отношении похудения позитивно коррелирует с неудовлетворенностью телом; воздействие навязываемых СМИ идеалов стройности приводит к повышению уровня неудовлетворенности телом. Наличие жировых отложений сопутствует неудовлетворенности ОТ. Масса тела позитивно коррелирует с неудовлетворенностью телом, а повышение его массы приводит к возрастанию неудовлетворенности телом.

Нарушение ОТ повышает риск булимической патологии посредством нескольких механизмов. Например, искаженное восприятие тела приводит к усилению диетического поведения как способу контроля веса. Диеты, в свою очередь, увеличивают риск булимической патологии, так как индивиды могут передать для снижения энергетической депривации. Диеты способны провоцировать обжорство (эффект воздержания-срыва). Они способствуют смещению контроля пищевого поведения с физиологических механизмов на когнитивные, что повышает риск переедания в случае, когда когнитивные процессы нарушаются интенсивными эмоциями.

Существенна роль негативных аффектов, ведь в нашей культуре внешность является одним из важнейших оценочных параметров в отношении женщин. Выраженный негативный аффект повышает риск переедания у тех, кто

таким образом обеспечивает себе комфортное состояние. Индивиды могут прибегать к компенсаторному поведению (например, рвоте) для уменьшения тревоги по поводу прибавления веса, связанного с перееданием.

Адекватная оценка компонентов образа тела является критически важной системной оценкой психопатологии при нарушениях пищевого поведения, разработке и оценке эффективности процедур по их коррекции.

### **Выводы:**

1. Образ тела представляет собой конструкт, объединяющий перцептивный и оценочный компоненты, имеющие существенное значение для клинической диагностики.

2. Наличие и степень (не)удовлетворенности своей внешностью (оценочный компонент ОТ) может оказывать существенное влияние на характеристики аффективного и когнитивного статуса человека, предопределять его поведение, опосредовать характеристики качества жизни, связанного со здоровьем.

3. Опросник образа собственного тела (ООСТ) является надежным и валидным психометрическим инструментом для оценки степени (не)удовлетворенности своим телом.

4. ООСТ рекомендуется в качестве скринингового инструмента для оценки степени неудовлетворенности своей внешностью; пороговый балл для диагностики расстройств ОТ равен 13 (чувствительность = 0,75 и специфичность = 0,74).

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Бодалев А. А., Столин В. В. Общая психодиагностика. М.: Речь, 2000.
2. Скугаревский О.А. Образ собственного тела: его компоненты и их динамика в онтогенезе. Сообщение 1 // Психотерапия и клиническая психология. 2004. № 2. С. 12–16.
3. Скугаревский О.А. Динамика образа собственного тела в зрелом и пожилом возрасте и ее механизмы: сообщение 2 // Психотерапия и клиническая психология. 2004. № 3. С. 4–7.
4. Скугаревский О.А., Сивуха С.В. Нарушения пищевого поведения и возможность их скрининговой оценки // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. 2003. № 3.
5. Факторный, кластерный и дискриминантный анализ. М.: Финансы и статистика, 1986.
6. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. М.: Медиа Сфера, 1998.
7. Фролова Ю.Г., Скугаревский О.А. Социальные факторы формирования негативного образа тела // Социология. 2004. № 2.



8. Cash T.F., Pruzinsky T. Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice / The Guilford Press, New York, London.
9. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. 2<sup>nd</sup> ed. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1988.
10. Bollen K. A. Structural equations with latent variables. N.Y.: John Wiley & Sons, 1989.
11. Юреског К. Г., Сурбом Д. Lisrel 8 and Prelis 2: Comprehensive Analysis of Linear Relationships in Multivariate Data. London: Lawrence Erlbaum Associates, 1994.
12. Kline P. An easy guide to factor analysis. London & N.Y.: Routledge, 1994.
13. Monteath S.A., McCabe M.P. The influence of societal factors on female body image //The Journal of Social Psychology. 1997. Vol. 137.
14. Rorer L.G. Personality assessment: A conceptual survey /Handbook of personality: Theory and research / Ed. by L.A. Pervin. New York: The Guilford Press, 1990.
15. Rosenthal R., Rosnow R. L., Rubin D. B. Contrasts and Effect Sizes in Behavioral Research: A Corralational Approach. New York: Cambridge University Press, 2000.
16. Sweets M.A.M., Ingleby J.D., Hoek H.W., & Panhuysen G.E.M. (1999). Body size perception in anorexia nervosa: A signal detection approach // Journal of Psychosomatic Research. 1999, Vol. 46.
17. Tabachnik B.G., Fidell L.S. Using Multivariate Statistics. 4<sup>th</sup> ed. Boston: Allyn & Bacon, 2001.