

## SOCIĀLĀ PSIHOLOĢIJA

Гершонс Бреславс, Людмила Кудрявцева

### МОРАЛЬНЫЕ ЭМОЦИИ, ДЕПРЕССИЯ И ТРЕВОЖНОСТЬ В НОРМЕ И В СЛУЧАЯХ НАРУШЕНИЙ ПИТАНИЯ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ

DOI: [https://doi.org/10.9770/szv.2022.2\(7\)](https://doi.org/10.9770/szv.2022.2(7))

**Для цитирования:** Бреславс Г., Кудрявцева Л. (2022) Моральные эмоции, депрессия и тревожность в норме и в случаях нарушений питания у девушек-подростков. *Sociālo zinātņu vēstnesis / Вестник социальных наук*, 35(2): 126–140. [https://doi.org/10.9770/szv.2022.2\(7\)](https://doi.org/10.9770/szv.2022.2(7))

**For citation:** Breslavs G., Kudrjavceva L. (2022) Adolescents' girls moral emotions, depression and anxiety with and without eating disorders. *Sociālo Zinātņu Vēstnesis / Social Sciences Bulletin*, 35(2): 126–140. [https://doi.org/10.9770/szv.2022.2\(7\)](https://doi.org/10.9770/szv.2022.2(7))

Проблема лишнего веса, особенно для женщин, начинает обнаруживаться вместе с пубертатом, т.е. с раннего подросткового возраста, и разрастается в полноценную проблему к середине или к концу этого периода. Ядро этой проблемы связано с сензитивностью подростков к соответствию характеристик фигуры требованиям эстетического стандарта и с высоким уровнем агрессии по отношению к сверстникам, несоответствующим этому стандарту. Учитывая значимость социальной принадлежности в этом возрасте, понятна особая уязвимость девочек к своему несоответствию эталону красоты, что приводит к голоданию и другим деструктивным практикам, в результате чего и появляются хронические нарушения питания (НП). На сегодняшний день количество исследований этой проблемы во всём мире резко контрастирует с её практической значимостью. В частности, остаётся неясным роль моральных эмоций в появлении таких нарушений и степень выраженности таких проблем интернализации, как тревожность и депрессия при НП. Также недостаточно изучена различная роль эмоций стыда и вины в развитии этих нарушений и в их терапии. Исходя из этого, была сформулирована цель данного исследования: сравнение моральных эмоций, депрессии и тревожности у девушек-подростков с диагнозом нарушения питания и без нарушений такого рода. Основная гипотеза исследования: существуют различия в склонности к моральным эмоциям (вины и стыда), депрессии и тревожности между группами девушек с диагнозом НП и без такового. Также предполагалось (вторая гипотеза), что склонность к стыду будет прямо связана с депрессией и тревожностью, но такой связи не будет у чувства вины. В исследовании приняло участие 30 девушек 13–18 лет с диагнозом НП на второй стадии терапии и 30 здоровых девушек 13–18 лет. В качестве инструмента измерения моральных эмоций была использована подростковая версия теста *TOSCA (Test of Self-Conscious Affects)*; в качестве средства измерения депрессии и тревожности была использована методика *STPI (State-Trait Personality Inventory)*. Результаты исследования подтвердили лишь вторую гипотезу, в то время как различия между группами оказались в предполагаемом направлении, однако не достигли уровня статистической значимости. Эти результаты могут быть поняты в контексте вто-

рого этапа терапии девушек с нарушениями питания, где используются медикаментозные препараты, снижающие проблемы интернализации.

**Ключевые слова:** моральные эмоции, стыд, вина, депрессия, тревожность, нарушения питания у подростков.

### **Morālas emocijas, depresija un trauksme pusaudzēm ar un bez ēšanās traucējumiem**

Liekā svara problēma, it īpaši sievietēm, parādās agrīnā pusaudža vecumā (pubertātē) un pārvēršas par nozīmīgu problēmu šī vecumposma vidū un beigās. Šī problēma galvenokārt ir saistīta ar pusaudžu jūtīgumu pret ķermeņa atbilstību estētiskajiem standartiem un augstu agresijas pakāpi pret vienaudžiem, kuri neatbilst standartam. Ņemot vērā sociālas piederības nozīmi šajā vecumā, ir saprotama meiteņu ievainojamība – sakarā ar neatbilstību ķermeņa skaistuma standartam. Meitenes dažreiz sāk izmantot badošanās un citas destruktīvas prakses, kas noved pie hroniskiem ēšanas traucējumiem (ĒT). Šobrīd, problēmas zinātniskās izpētes plašums neatbilst problēmas praktiskai nozīmei. Tā, piemēram, joprojām nav skaidra morālo emociju loma ĒT un tādas internalizācijas problēmas kā depresijas un trauksmes ĒT gadījumā. Tāpat nav pietiekoši izpētīta vainas un kauna emociju atšķirīgā loma šo traucējumu attīstībā un terapijā. Šī pētījuma mērķis – ir salīdzināt pusaudžu meiteņu ar un bez ĒT depresiju trauksmi un morālās emocijas. Pētījuma pamathipotēze: pastāv atšķirības starp abu grupu emocionālo procesu mērījumiem. Otrā hipotēze paredz, ka nosliece uz kauna izjūtu būs tieši saistīta ar depresiju un trauksmi, bet šādas saistības nebūs ar vainas izjūtu. Pētījumā piedalījās 30 meitenes 13–18 gadu vecumā ar ĒT diagnozi terapijas otrajā posmā un 30 meitenes 13–18 gadu vecumā bez ĒT diagnozes. Kā morālo emociju mērījumu instruments tika izmantota testa *TOSCA (Test of Self-Conscious Affects)* pusaudžu versija; kā depresijas un trauksmes mērījuma instruments tika izmantota *STPI (State-Trait Personality Inventory)*. Pētījumu rezultāti apstiprināja tikai otro hipotēzi, jo atšķirības starp grupām bija iecerētā virzienā, bet nesasniedza nozīmīgo līmeni. Šos rezultātus var skaidrot, ņemot vērā, ka dalībnieki no ĒT grupas atrodas terapijas otrajā posmā, kurā tiek pielietoti medikamenti, kuri samazina internalizācijas problēmas.

**Atslēgvārdi:** morālas emocijas, depresija, kauns, vaina, trauksme, pusaudžu ēšanas traucējumi.

### **Adolescents' girls moral emotions, depression and anxiety with and without eating disorders**

The issue of overweight, especially, with females, begins to appear already in puberty, i.e. from early adolescence and develops into a substantial problem by the middle or end of this period. The core of this problem is associated both to the strive for the conformity of the adolescents body's features to the requirements of the aesthetic standard and the high level of aggression towards peers who do not meet the standard. Since the social belonging at this age is a very significant for the young females, understandably, they become vulnerable if they do not meet the standard of beauty. It could lead them to starvation and other destructive practices, resulting in eating disorders (ED). At the moment, the amount of research pertaining the above issue is in sharp contrast with the problem's practical significance. Particularly, the role of moral emotions in the emergence of the ED and the display of such internalized problems as depression and anxiety remain unclear. The similar ambiguity relates to the role of such emotions as guilt and shame in the pathogenesis and therapy of ED. All these concerns and observations determined the aim of given research: the comparison of moral emotions (guilt and shame), depression and anxiety in the groups of female adolescents with ED and peers without such disorder. The main research hypothesis states that dispositions to depression, anxiety and moral emotions of sick adolescents will be higher than these dispositions in healthy adolescents. As well, it was expected (the second hypothesis) that the disposition to shame, but not to guilt, will be directly related to the anxiety and depression. 13–18 years old female adolescents with

(n = 30) and without the ED (n = 30) took part in the study. The girls with ED were undergoing the second stage of therapy. To measure moral emotions – TOSCA (Test of Self-Conscious Affects) was used; while for the measurement of depression and anxiety – STPI (State-Trait Personality Inventory) was applied. The research findings confirmed the second hypothesis; the first hypothesis was not confirmed, although differences were in the expected direction, however, they did not reach a significance level. The findings could be explained taking into account the content of the second stage of ED therapy where medications are used to reduce the problems of internalization.

**Key words:** moral emotions, depression, anxiety, shame, guilt, eating behavior disorders in adolescence.

## Введение

Несмотря на значительные трансформации гендерной асимметрии в последние полвека, и в современном обществе социальные нормы внешнего вида и физической привлекательности остаются далеко не равноценными. Современные эталоны женской красоты предполагают достаточно жёсткие требования к изящности фигуры, в частности, пропорции ширины талии и бёдер, что на мужчин практически не распространяется (Pidgeon, Harker 2013; Swami, Furnham 2008). Это особенно актуально для подросткового возраста, когда внешние данные становятся очень важным фактором групповой стратификации далеко за пределами европейской культуры (Ganesan et al. 2018; Maezono et al. 2019). При этом именно пропорции фигуры и рост становятся главным объектом социального сравнения, критики и самокритики. По индийским данным, 76,6% учащихся колледжей не удовлетворены своим телом. Высокий индекс массы тела и социокультурное давление по достижению эстетического образца – также, как и депрессия, – значимо связаны с неудовлетворённостью своим телом (Ganesan et al. 2018).

В свою очередь, те девушки-подростки, которые становятся изгоями по причине неизящности фигуры, также ориентируются на современный идеал красоты, что ведёт к неудовлетворённости своим телом. За последним следует существенное повышение тревожности и депрессии – также, как и усиление моральных эмоций вины или стыда (Gilbert 2000; Costa et al. 2016).

Особенно драматическим может быть снижение самооценки у тех подростков, которые в предпубертатный период отличались достаточно высокими успехами в учёбе или в другой престижной сфере самовыражения. В соответствии с социометрической теорией М. Лири (*M. Leary*), самооценка является своеобразным барометром собственной ценности в прошлых, нынешних и будущих взаимоотношениях (Leary, Vaumeister 2000; Leary et al. 1995). Люди с высокой самооценкой считают, что другие люди их ценили, ценят и будут ценить, в то время как люди с низкой самооценкой сомневаются в этом (Leary et al. 1995; Murray et al. 2000). Действительно, у большинства подростков самооценка является столь чувствительной к взаимоотношениям со сверстниками, родителями и учителями, что можно вполне говорить о специфике самооценки в каждом из конкретных взаимоотношений (Harter et al. 1998).

Примерно те же факторы влияют на формирование более интимных дружеских и любовных отношений, среди которых особое значение приобретает внешняя привлекательность. В частности, подростки меньшего роста и более полные значительно реже пользуются взаимностью у сверстников (Cawley et al. 2006), что снижает их возможности претендовать на хорошие дружеские или любовные отношения. В то же время, учитывая коммуникативные приоритеты этого возрастного периода, отсутствие таких отношений приводит к затруднениям в более общих отношениях со сверстниками, что снижает социальный статус человека в раннем и среднем подростковом возрасте (Brown 1999).

Одним из важнейших механизмов саморегуляции, который к подростковому возрасту приобретает вполне зрелые формы, являются эмоции самосознания (англ.: *self-conscious emotions*) или моральные эмоции (Breslav 2013; Harris 2003; Nelissen et al. 2013), которые предполагают положительную или отрицательную оценку человеком совершённого им действия с точки зрения определённых социальных критериев или норм (Breslav 2016; Tangney, Tracy 2012). В случае положительной оценки возникает гордость или чувство благодарности, а в случае отрицательной оценки — чувства вины или стыда (Fisher, Tangney 1995). В этой группе эмоций ключевыми моментами являются именно взаимоотношения с другими людьми и оценка себя (и своих действий или действий других людей) в социальном контексте с точки зрения других людей (и их действий) или тех ценностей, которые разделяются (или могут разделяться) другими (Tangney et al. 2007).

В то же время, хотя обе эмоции предполагают неприятные переживания по поводу некоторого проступка, их характер существенно различается (Breslav 2015; Dearing et al. 2005). Если ключевым для стыда является оценка своего проступка (или проступка других лиц с той же социальной идентичностью) с точки зрения значимого очевидца проступка и стремление как можно быстрее дистанцироваться от этой ситуации, то для вины характерно осуждение проступка и ориентация на возможную компенсацию жертве проступка (Breslav 2013; Tangney, Tracy 2012). Могут быть и промежуточные варианты перехода одного переживания в другое, когда, например, человек, испытывающий стыд, приносит свои извинения или находит оправдание для своего проступка в глазах очевидца (de Hooge et al. 2010).

Чувство вины предполагает оценку своей причастности к совершению проступка (или неоправданной пассивности), приведшего к плохим последствиям (Olthof et al. 2004). Наличие такой эмоции служит выражением озабоченности человека своей ответственностью за произошедшее в случае прямого или косвенного соучастия в появлении плохих последствий (Ferguson 2005). Первый позыв к действию в связи с таким переживанием заключается в желании исправить нанесённый вред (Ferguson et al. 1999; Tangney, Dearing 2002).

Многие исследователи считают чувство вины эмпатическим ответом на неприятное происшествие, направленным на сохранение важных межличностных взаимоотношений (Baumeister et al. 1994; Hoffman 1982; Tangney, Dearing 2002). Чувство стыда, в свою очередь, включает оценку себя как недостойного существа, позорящего себя в глазах значимых людей. Предметом стыда оказывается не столько морально неприемлемое действие (или бездействие), сколько социальный образ человека, глобальная самооценка или репутация.

Особое значение имеет переживание стыда за свои внешние данные, который обнаруживается именно в подростковом возрасте, особенно для девочек. Некоторые психологи говорят о своеобразном само-опредмечивании, в результате которого стыд за своё тело приводит к самоограничениям и соответствующим нарушениям питания (Fredrickson, Roberts 1997). Хотя каждая девушка ценит своё тело, наблюдения и критика окружающих вынуждают её обращать больше внимания на свою фигуру и сравнивать её с фигурами моделей, что, в свою очередь, приводит к пониманию несоответствия своего тела эталону красоты.

Интернализация такого эстетического эталона ведёт к известному перфекционизму в достижении нужных пропорций, а также к самокритике и стыду, что, в свою очередь, повышает тревожность и увеличивает депрессию (Costa et al. 2016; Mendia et al. 2021). В результате, в попытках изменить эту ситуацию девушки начинают голодать и применять другие приёмы для существенного уменьшения веса, что чревато как болезненными соматическими, так и психологическими последствиями. Хотя во многих случаях это можно купировать соответствующими разъяснениями и социальной поддержкой (Gonzaga et al. 2021), нередко необходимо и долговременное лечение (Gambin, Sharp 2018). При этом длительное лечение с многократными рецидивами чревато повышенной смертностью – в сравнении со всеми другими психиатрическими диагнозами (Arcelus et al. 2011).

Согласно теории социального ранга, многие эмоции порождаются восприятием своего социального статуса, т.е. тем, насколько человек себя считает выше или ниже других (Price, Sloman 1987; Gilbert 1989, 1992). В последнем случае, уже в раннем подростковом возрасте при усилении негативных оценок и выдавливании из группы сверстников в связи с “неподходящей” внешностью может возникать чувство неполноценности, часто сопровождающееся чувством стыда (но не вины), повышением тревожности и учащением приступов депрессии (Gilbert 2000).

Высокий уровень стыда за свою фигуру связан с появлением нарушений питания (Gupta et al. 2008), особенно это относится к характерным симптомам компульсивного переедания – булимии (Conradt et al. 2007). Хотя результаты некоторых исследований показывают прямую связь стыда за свою фигуру как с булимией, так и с нервной анорексией (Dakanalis et al. 2015), результаты других исследований показывают прямую связь с анорексией, но не с булимией (Троор, Redshaw 2012).

В целом, имеющиеся на данный момент результаты исследований свидетельствуют о том, что у девушек с диагнозом нарушений питания (расстройство пищевого поведения) можно ожидать как более высокий уровень депрессии и тревожности, так и более высокий уровень склонности к переживаниям стыда и вины, по сравнению с их сверстницами без такого рода нарушений. Депрессия – также, как и тревожность, – может варьировать от лёгкой печали до тяжёлого отчаяния и от кратковременного до хронического состояния и личностной черты (Spielberger, Reheiser 2009). Хотя в Латвии такие исследования не проводились, подобные проблемы существуют и здесь, что способствует повышению интереса к данному исследованию.

Необходимо иметь ввиду также степень нарушений питания, этап терапии этих нарушений и характеристики анамнеза. При этом, скорее всего, можно ожидать прямую связь уровня тревожности и депрессии этих больных со склонностью к чувству стыда, но не со склонностью к чувству вины.

## Методология исследования

### Дизайн

Целью данного исследования является сравнение моральных эмоций стыда и вины, депрессии и тревожности у девушек-подростков с нарушениями питания с эмоциональными проявлениями у девушек-подростков без таких нарушений. Моральные эмоции могут способствовать серьёзной коррекции поведения, но также могут приводить к деструктивным проявлениям, поэтому выявление их представленности в норме и при отклонениях является важной исследовательской задачей.

Основная гипотеза исследования: между девушками-подростками с нарушениями питания и девушками-подростками без таких нарушений ожидаются различия как в моральных эмоциях стыда и вины, так и в состояниях тревожности и депрессии. В качестве дополнительной гипотезы предполагается, что чувство стыда будет иметь прямую связь с депрессией и тревожностью, в то время как чувство вины не будет иметь такой связи. В ходе исследования применялся межсубъектный дизайн единократного предъявления двух методик (Dyer 1995) и последующий количественный и качественный анализ собранных данных в группах девушек-подростков с нарушениями и без нарушений питания.

### Выборка

Была использована целевая, невероятностная выборка по решению (англ.: *judgmental sampling*, Dyer 1995), что позволило ограничиться женской выборкой, ибо среди юношей серьёзные нарушения питания встречаются довольно редко. В исследовании приняло участие 60 девушек 13–18 лет, которые были разделены на две группы – 30 девушек, у которых было диагностировано нарушение питания (НП), и 30 девушек того же возраста без такого диагноза. Каждой участнице был присвоен идентификационный код, что обеспечивало соблюдение конфиденциальности. Все диагнозы были поставлены профессиональными психиатрами в стационаре или при амбулаторном обследовании на основе “Клинических рекомендаций по лечению расстройств пищевого поведения” Американской психиатрической ассоциации (англ.: *American Psychiatric Association*) (American Psychiatric Association (APA) 2013).

В группе без диагноза НП (условно – здоровые) было 23 старшеклассницы и 7 учениц других классов гимназии ( $M = 16,4$ ,  $SD = 1,41$ ); для 17 из них родной язык – латышский, для 13 участниц – русский. Согласно данным по учебной успеваемости, отличницами были 16 участниц и 14 имели хорошие отметки. Также

17 участниц относили свою семью к состоятельным (доход выше среднего), 12 – к среднему классу, и лишь одна участница указала на уровень доходов семьи ниже среднего. Среди них было 11 спортсменок со средней продолжительностью занятий спортом 10,5 лет.

В группе с диагнозом НП (условно – больные) был немного моложе состав участниц ( $M = 15,2$ ,  $SD = 1,56$ ); для 16 из них родной язык – латышский, для 14 участниц – русский. Также 17 участниц относили свою семью к состоятельным (доход выше среднего), 12 – к среднему классу, и лишь одна участница указала на уровень доходов семьи ниже среднего. Согласно данным по учебной успеваемости, отличницами было 19 участниц и 11 имели хорошие отметки. Среди них было 19 спортсменок со средней продолжительностью занятий спортом 9,6 лет. С момента диагностики заболевания все участницы данной группы были освобождены от всех видов физической нагрузки. Кроме того, все участницы данной группы находятся на учёте в Детской клинической университетской больнице (латыш.: *Bērnu klīniskā universitātes slimnīca*) и проходят второй цикл терапии после выписки из стационара. Этот цикл в среднем длится до 2 лет и включает медикаментозную терапию целой группой препаратов. Такая терапия включает комбинацию инсулинового шока с антидепрессантами и транквилизаторами. К этому добавляется гормональная терапия с насыщенными дозами нейрорептиков и других лекарств.

## Процедура

До начала исследования проводились мероприятия для создания доверительных отношений с его участниками. После получения согласия на участие от родителей на специальной встрече и согласия от самих девушек, все участники были проинформированы в общей форме о цели исследования – как на латышском, так и на русском языке, давалась общая инструкция о порядке проведения опроса и затем давались для заполнения опросные листы с письменной инструкцией и бланком социально-демографических данных.

Опрос группы здоровых участников происходил в помещении Елгавской гимназии, а группы больных – в реабилитационных помещениях Детской клинической университетской больницы, причём часть интервью проводилась онлайн через программу *Zoom*. Интервью проводились в одно и то же время дня, и обе методики предъявлялись одновременно. Декларируемая конфиденциальность обеспечивалась использованием индивидуальных кодов на всех опросных листах.

## Методики

*TOSCA (Test of Self-Conscious Affect)*. Среди большого количества инструментов, измеряющих моральные эмоции стыда и вины, особенно выделяется методика диагностики стыда, вины и гордости *TOSCA* (Tangney et al. 1989), важным достоинством которой является наличие версий для детей и подростков и достаточно большое количество исследований (Breslav 2017; Stuewig et al. 2015; Tangney,

Dearing 2002). *TOSCA* для подростков представляет сценарный тест из 15 ситуаций, где представлено по 4–5 вариантов возможной реакции на данную ситуацию, ранжированных по 5-ти балльной степени склонности реагировать одной из таких реакций. Например: “Во время игры в волейбол ты ударяешь по мячу, и он попадает в лицо твоему другу/подруге. Твоя реакция: А) Ты почувствуешь себя недотёпой потому, что даже ударить по мячу как следует не можешь; Б) Ты подумаешь, что другу/подруге стоило бы попрактиковаться в ловле мяча; В) Ты подумаешь: “Это просто случайность”; Г) Ты извинишься и убедишься, что друг/подруга чувствует себя хорошо”. Каждый из этих вариантов ответа оценивается по пятибалльной шкале от 1 (совсем непохоже на меня) до 5 (очень похоже на меня).

Результаты методики включают в себя баллы по 5 подшкалам: склонность к гордости за себя, склонность к гордости за свои поступки, склонность к стыду за себя, склонность к чувству вины и склонность к экстернализации. Методика была адаптирована на латышском и русском языках (Breslav 2017).

В данной работе были использованы только два показателя — склонность к чувству стыда и вины, которые являются наиболее репрезентативными с клинической точки зрения и наиболее надёжными. В частности, показатели ретестирования от 3 до 5 недель были 0,85 и 0,74 для чувства стыда и вины соответственно (Tangney et al. 1992). Согласно авторским данным, и по внутренней согласованности их показатели достаточно высоки —  $\alpha$  Кронбаха варьирует от 0,702 до 0,832 (Табл. 2). Достаточно высокие показатели приводятся и по конструктивной валидности *TOSCA* — так, корреляции со шкалой вины Мошера варьируют от 0,33 до 0,51 (Tangney, Dearing 2002).

*STPI (State-Trait Personality Inventory)*. Среди методик измерения депрессии также выделяются две методики: методика А. Бека (*A. Beck*) — *BDI (Beck Depression Inventory)* (Beck et al. 1988) и методика Ч. Спилбергера (*Ch. Spielberger*) — *STPI* (Spielberger 1979). Авторы использовали последнюю, где на основе единой теоретической модели (“состояние-черта”) объединены четыре различные эмоциональные переменные: тревожность, депрессия, гнев и любопытство. 40 утверждений относятся к диагностике указанных четырёх состояний и 40 утверждений — к диагностике тревожности, депрессии, гнева и любопытства, как черт личности. Каждое утверждение о собственном состоянии или склонности оценивается по 4-х балльной шкале (Совсем нет, Немного, Умеренно, Очень сильно). Примеры: “Мнелюбопытно”, “Я нервничаю”, “Я вижувсё в чёрномцвете”.

По внутренней согласованности их показатели достаточно высоки:  $\alpha$  Кронбаха по тревожности — 0,87 и 0,90, а по депрессии — 0,85 и 0,90 (Spielberger, Reheiser 2009) и корреляция с *MAS (Manifest Anxiety Scale)* варьирует от 0,73 до 0,85 и примерно столь же высокие корреляции с наиболее известными методиками по депрессии (Spielberger, Reheiser 2009). Адаптация методики была проведена как на латышском, так и на русском языках, в соответствии с принципами “*Oxford Outcomes*” (Breslavs 2007). По данным, имеющимся в распоряжении авторов, их показатели очень высоки также и по внутренней согласованности —  $\alpha$  Кронбаха варьирует от 0,902 до 0,959 (Табл. 2). В данной работе были использованы только два первых показателя — склонность к тревожности и депрессии, ибо именно они

говорят о проблемах интернализации и могут указывать на необходимость специальной психотерапевтической помощи.

Количественный анализ проводился инструментами описательной статистики и показателя эффекта различий Коэна (Табл. 1) и статистического теста *U Mann-Whitney* (Табл. 3), а такжена основе коэффициента ранговой корреляции Спирмена (Табл. 4) с учётом использования порядковых шкал, которые допускают использование как медиан, так и средних (Nunnally, Bernstein 1994; Spielberger, Reheiser 2009).

## Результаты

Основные результаты исследования представлены ниже в четырёх таблицах, включая данные описательной статистики (Табл. 1), показатели надёжности  $\alpha$  Кронбаха (Табл. 2), данные выводной статистики *U Mann-Whitney* (Табл. 3) и результаты корреляционного анализа (Табл. 4) в соответствии с выдвинутыми гипотезами.

Таблица 1

### Данные описательной статистики по показателям вины, стыда, тревожности и депрессии

Основные показатели	Здоровые (n=30)		Больные (n=30)		Величина коэффициента d Коэна
	M	SD	M	SD	
Стыд	45,50	8,32	47,87	7,88	0,29
Вина	56,43	8,36	58,77	6,10	0,32
Тревожность	22,47	7,23	26,33	7,32	0,52
Депрессия	20,87	7,89	24,00	8,41	0,38

**Источник:** составлено авторами по результатам собственного исследования.

Полученные данные описательной статистики (Табл. 1) говорят об ожидаемом направлении различия между больной и здоровой группой по всем четырём переменным. Однако, лишь по тревожности можно наблюдать средний эффект различия по d Коэна, что говорит о незначительно выраженном различии между группами.

Таблица 2

### Показатели надёжности использованных методик по внутренней согласованности, $\alpha$ Кронбаха

Основные показатели	Здоровые (n=30)	Больные (n=30)
Стыд	0,801	0,787
Вина	0,832	0,702
Тревожность	0,912	0,902
Депрессия	0,959	0,951

**Источник:** составлено авторами по результатам собственного исследования.

В соответствии с этими данными, показатели надежности методик *STPI* и *TOSCA* по внутренней согласованности представляют достаточно высокие уровни вариативности истинных показателей стыда, вины, тревожности и депрессии от 70,2% до 95,9%. Это подтверждает правомерность использования адаптированных методик *STPI* и *TOSCA* для подростков.

Таблица 3

**Результаты сравнительного анализа показателей стыда, вины, тревожности и депрессии в норме и в патологии, *U Mann-Whitney***

Основные показатели	Средние значения (М)		<i>U Mann-Whitney</i>	Критическое р-значение
	Здоровые (n=30)	Больные (n=30)		
Стыд	45,50	47,87	0,370	0,338
Вина	56,43	58,77	0,403	0,338
Тревожность	22,47	26,33	0,358	0,338
Депрессия	20,87	24,00	0,351	0,338

**Источник:** составлено авторами по результатам собственного исследования.

Представленные в Таблице 3 результаты свидетельствуют о наличии предполагаемой разницы, которая, однако, не является статистически значимой, ибо *U*-критерий превышает критическое значение для данного размера выборки ( $p=0,338$ ) по всем участвующим в анализе переменным.

Таблица 4

**Корреляционная связь моральных эмоций стыда / вины с показателями тревожности и депрессии**

Основные показатели	1	2	3	4
1. Стыд	–		0,44**	0,46**
2. Вина		–	-0,20	-0,16
3. Тревожность	0,49*	0,11	–	
4. Депрессия	0,47*	0,11		–

\*  $p \leq 0,05$

\*\*  $p \leq 0,01$

Примечание: в верхней треугольной матрице представлены корреляции для выборки здоровых ( $n = 30$ ), в нижней – для выборки больных ( $n = 30$ )

**Источник:** составлено авторами по результатам собственного исследования.

Как видно из данных Таблицы 4, в обеих группах связи между моральными эмоциями стыда и вины и проблемами интернализации вполне соответствуют выдвинутой гипотезе – склонность к стыду прямо связана с тревожностью и депрессией с высоким уровнем значимости в обеих группах, в то время как склонность к вине не имеет таких связей.

## Обсуждение результатов

Полученные результаты лишь частично подтвердили выдвинутые гипотезы. Хотя направление различий показателей моральных эмоций — также, как и показателей депрессии и тревожности, — соответствует основной гипотезе, величина различий не позволяет говорить о выявлении искомой закономерности. В известной степени это соответствует и результатам некоторых исследований, которые указывают на то, что при нарушениях питания повышается не столько общая склонность к стыду, сколько именно стыд за собственное тело (Burney, Irwin 2000). Хотя в целом ряде исследований показана прямая связь депрессии и тревожности с нарушениями питания (Goldschmidt 2012; Lavender et al. 2013), остаются вопросы об этапе диагностики этих состояний — например, преморбидная диагностика будет отличаться от диагностики на разных этапах терапии этих заболеваний.

Полученные данные можно объяснить также с учётом специфики второго цикла терапии нарушений питания в Детской клинической университетской больнице, когда выписка из стационара сопровождается интенсивным курсом приёма транквилизаторов и антидепрессантов, что дополняется гормональной терапией с применением нейролептиков. Результатом такой медикаментозной терапии может быть не только значительное снижение проблем интернализации, но и ослабление эмоций стыда и вины за счёт общего снижения уровня возбуждения.

Гораздо более чёткие результаты получены по связи моральных эмоций стыда и вины, где склонность к стыду имеет достаточно высокие прямые связи с депрессией и тревожностью (Табл. 4), в то время как склонность к чувству вины не имеет таких значимых связей, что соответствует выдвинутой гипотезе и результатам предшествующих исследований (Tangney et al. 1995; Tangney, Dearing 2002).

## Выводы

Можно утверждать, что наибольшие различия между характеристиками эмоциональной сферы подростков с нарушениями питания и подростков без таких нарушений обнаруживаются именно на более высоком уровне проблем интернализации — в состояниях депрессии и тревожности, но и здесь не достигается уровень статистически значимых различий. Подростки с нарушениями питания также показывают более высокую склонность к чувству вины и особенно стыда, но тоже без достижения статистически значимых различий в силу относительно небольших размеров выборок больных и здоровых, а также специфики этапа лечения группы больных.

В то же время, выявленные прямые корреляционные связи склонности к чувству стыда с проблемами интернализации свидетельствуют о том, что воспитательные стратегии, апеллирующие к чувству стыда, вряд ли можно считать полезными и продуктивными. Особенно вредными эти стратегии могут оказаться именно для девушек, в значительной степени озабоченных несоответствием своего тела современным стандартам красоты. Обличение их стремления улучшить свою фигуру путём деструктивных практик со стороны родителей может не

столько прекратить такие практики, сколько поспособствовать сокрытию их применения от родителей, что лишь усилит степень нарушения питания.

Актуальность и степень потенциальной опасности проблемы, изучаемой в рамках данного исследования, требует продолжения и углубления дальнейшего её исследования с использованием как более специфических показателей моральных эмоций, относящихся именно к собственному телу, так и таких более общих показателей, как самооценка и удовлетворённость жизнью. Особый интерес может привлечь диагностика динамики всех этих психологических переменных в долгосрочной перспективе и с учётом роли более конструктивных физических и социально-психологических практик.

### References

- American Psychiatric Association (APA). (2013) Highlights of the 2012 APA Guideline Watch for Eating Disorders. *Eating Disorders Review*, Vol. 24, No. 1. Available: <https://eatingdisordersreview.com/highlights-of-the-2012-apa-guideline-watch-for-eating-disorders/> (accessed on 29.12.2022).
- Arcelus J., Mitchell A., Wales J., Nielsen S. (2011) Is there an elevated mortality rate in anorexia nervosa and other eating disorders? A meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*, Vol. 68, No. 7, pp. 724–731. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74>
- Baumeister R., Stillwell A., Heatherton T. (1994) Guilt: an interpersonal approach. *Psychological Bulletin*, Vol. 115, No. 2, pp. 243–267. DOI: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.115.2.243>
- Breslav G. (2013) Moral emotions, conscience and cognitive dissonance. *Psychology in Russia: State of the Art*, Vol. 6, No. 4, pp. 65–72. DOI: <https://doi.org/10.11621/pir.2013.0405>
- Breslav G. (2015) Kompozicionnaia teoriia emotsij: k ponimaniuu moral'nykh emotsij i ljubvi. *Psikhologĭia. Zhurnal Visshej Shkoly Ekonomiki*, Vol. 12, No. 4, pp. 81–102. Available: <https://psy-journal.hse.ru/2015-12-4/167445808.html>(accessedon 29.12.2022). (In Russian)
- Breslav G. (2016) *Psikhologĭia emotsij*. 4<sup>th</sup> edition. Moskva: Izdatel'stvo "Smysl". (In Russian)
- Breslav G. (2017) Sovest' i moral'nyie emotsii: adaptatsiia vzrosloj, podrostkovoĭ i detskoj versij TOSCA na etape kachestvennogo analiza. *Vestnik Omskogo universiteta. Serĭia "Psikhologĭia"*. Vol. 4, pp. 27–43. Available: <http://elib.omsu.ru/page.php?id=1514366591508438> (accessedon 29.12.2022). (In Russian)
- Breslavs G. (2007) *Personĭbas vērtēšanas metodes*. Lekciju kurss, Power Point. Rĭga: Starptautiskā Praktiskā psiholoģijas augstskola. (In Latvian)
- Brown B. (1999) "You're going out with who?": peer group influences on adolescent romantic relationships. Furman W., Brown B., Feiring C. (Eds.) *The Development of Romantic Relationships in Adolescence*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 291–329. DOI: <https://doi.org/10.1017/CBO9781316182185.013>
- Burney J., Irwin H. (2000) Shame and guilt in women with eating disorder symptomatology. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 56, pp. 51–61. DOI: [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-4679\(200001\)56:1<51::aid-jclp5>3.0.co;2-w](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-4679(200001)56:1<51::aid-jclp5>3.0.co;2-w)
- Cawley J., Joyner K., Sobal J. (2006) Size matters: the influence of adolescents' weight and height on dating and sex. *Rationality & Society*, Vol. 18, No. 1, pp. 67–94. DOI: <https://doi.org/10.1177/1043463106060153>

- Conradt M., Dierk J., Schlumberger P., Rauh E., Hebebrand J., Rief W. (2007) Development of the weight-and-body-related shame and guilt scale (WEB-SG) in a non clinical sample of obese individuals. *Journal of Personality Assessment*, Vol. 88, pp. 317–327. DOI: <https://doi.org/10.1080/00223890701331856>
- Costa J., Marôco J., Gouveia J., Ferreira C. (2016) Shame, self-criticism, perfectionistic self-presentation and depression in eating disorders. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, Vol. 16, No. 3, pp. 315–328. Available: <https://www.ijpsy.com/volumen16/num3/449/shame-self-criticism-perfectionistic-self-EN.pdf> (accessed on 29.12.2022).
- Dakanalis A., Carrà G., Calogero R., Zanetti M., Gaudio S., Caccialanza R., Riva G. Clerici M. (2015) Testing the cognitive behavioural maintenance models across DSM-5 bulimic-type eating disorder diagnostic groups: a multi-centre study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, Vol. 265, pp. 663–676. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00406-014-0560-2>
- Dearing R., Stuewig J., Tangney J. (2005) On the importance of distinguishing shame from guilt: relations to problematic alcohol and drug use. *Addictive Behaviors*, Vol. 30, No. 7, pp. 1392–1404. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.02.002>
- de Hooge I., Zeelenberg M., Breugelmans S. (2010) Restore and protect motivations following shame. *Cognition & Emotion*, Vol. 24, No. 1, pp. 111–127. DOI: <https://doi.org/10.1080/02699930802584466>
- Dyer C. (1995) *Beginning Research in Psychology*. Oxford, UK: Wiley-Blackwell.
- Ferguson T. (2005) Mapping shame and its functions in relationships. *Child Maltreatment*, Vol. 10, pp. 377–386. DOI: <https://doi.org/10.1177/1077559505281430>
- Ferguson T., Stegge H., Miller E., Olsen M. (1999) Guilt, shame, and symptoms in children. *Developmental Psychology*, Vol. 35, pp. 347–357. DOI: <https://doi.org/10.1037/0012-1649.35.2.347>
- Fisher K., Tangney J. (1995) Self-conscious emotions and the affect revolution: framework and overview. Tangney J., Fisher K. (Eds.) *Self-Conscious Emotions: The Psychology of Shame, Guilt, Embarrassment, and Pride*. New York: Guilford Press, pp. 3–22.
- Fredrickson B., Roberts T. (1997) Objectification theory: toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of Women Quarterly*, Vol. 21, pp. 173–206. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1997.tb00108.x>
- Goldschmidt A., Wall M., Loth K., Le Grange D., Neumark-Sztainer D. (2012) Which dieters are at risk for the onset of binge eating? A prospective study of adolescents and young adults. *Journal of Adolescent Health*, Vol. 51, pp. 86–92. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.11.001>
- Gonzaga I., Claumann G., Scarabelot K., Silva D., Pelegrini A. (2021) Body image dissatisfaction in adolescents: comparison with physical activity, teasing and social support. *Journal of Health Psychology*, Vol. 26, No. 10, pp. 1651–1660. DOI: <https://doi.org/10.1177/1359105319887796>
- Gupta S., Roshental M., Mancini A., Cheavens J., Lynch T. (2008) Emotion regulation skills mediate the effects of shame on eating disorder symptoms in women. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, Vol. 16, pp. 405–417. DOI: <https://doi.org/10.1080/10640260802370572>
- Harris N. (2003) Reassessing the dimensionality of the moral emotions. *British Journal of Psychology*, Vol. 94, pp. 457–473. DOI: <https://doi.org/10.1348/000712603322503033>
- Harter S., Waters P., Whitesell N. (1998) Relational self-worth: differences in perceived worth as a person across interpersonal contexts. *Child Development*, Vol. 69, No. 3, pp. 756–766. DOI: <https://doi.org/10.2307/1132202>

- Hoffman M. (1982) Development of prosocial motivation: empathy and guilt. Eisenberg N. (Ed.) *Development of prosocial behavior*. New York: Academic Press, pp. 281–313. DOI: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-234980-5.50016-X>
- Lavender J., De Young K., Wonderlich S., Crosby R., Engel S., Mitchell J., Crow S., Peterson C., Le Grange D. (2013) Daily patterns of anxiety in anorexia nervosa: associations with eating disorder behaviors in the natural environment. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 122, pp. 672–683. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0031823>
- Leary M., Baumeister R. (2000) The nature and function of self-esteem: sociometer theory. Zanna M. (Ed.) *Advances in Experimental Social Psychology*, Vol. 32. San Diego, CA: Academic Press, pp. 2–51. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(00\)80003-9](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(00)80003-9)
- Leary M., Tambor E., Terdal S., Downs D. (1995) Self-esteem as an interpersonal monitor: the sociometer hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 68, pp. 518–530. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.68.3.518>
- Maezono J., Hamada S., Sillanmäki L., Kaneko H., Ogura M., Lempinen L., Sourander A. (2019) Cross-cultural, population-based study on adolescent body image and eating distress in Japan and Finland. *Scandinavian Journal of Psychology*, Vol. 60, No. 1, pp. 67–76. DOI: <https://doi.org/10.1111/sjop.12485>
- Mendia J., Pascual A., Conejero S., Mayordomo S. (2021) The relationship between body and appearance-related self-conscious emotions and disordered eating: the mediating role of symptoms of depression and anxiety. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, Vol. 21, No. 1, pp. 93–105. Available: <https://www.ijpsy.com/volumen21/num1/574.html> (accessed on 29.12.2022).
- Murray S., Holmes J., Griffin D. (2000) Self-esteem and the quest for felt security: how perceived regard regulates attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 78, pp. 478–498. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.3.478>
- Nunnally J., Bernstein I. (1994) *Psychometric Theory*. 3<sup>rd</sup> edition. New York: McGraw-Hill.
- Nelissen R., Breugelmans S., Zeelenberg M. (2013) Reappraising the moral nature of emotions in decision making: the case of shame and guilt. *Social & Personality Psychology Compass*, Vol. 7, No. 6, pp. 355–365. DOI: <https://doi.org/10.1111/spc3.12030>
- Olthof T., Ferguson T., Bloemers E., Deij M. (2004) Morality-and-identity-related antecedents of children's guilt and shame attributions in events involving physical illness. *Cognition and Emotion*, Vol. 18, pp. 383–404. DOI: <https://doi.org/10.1080/02699930341000077>
- Ongley S., Malti T. (2014) The role of moral emotions in the development of children's sharing behavior. *Developmental Psychology*, Vol. 50, No. 4, pp. 1148–1159. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0035191>
- Pidgeon A., Harker R. (2013) Body-focused anxiety in women: associations with internalization of the thin-ideal, dieting frequency, body mass index and media effects. *Open Journal of Medical Psychology*, Vol. 2, pp. 17–24. DOI: <https://doi.org/10.4236/ojmp.2013.24B004>
- Price J., Sloman L. (1987) Depression as yielding behaviour: an animal model based on Schjelderup-Ebb's pecking order. *Ethology and Sociobiology*, Vol. 8, pp. 85–98. DOI: [https://doi.org/10.1016/0162-3095\(87\)90021-5](https://doi.org/10.1016/0162-3095(87)90021-5)
- Spielberger C. (1979) *Preliminary Manual for the State-Trait Personality Inventory (STPI)*. Tampa, FL: University of South Florida, Human Resources Institute.
- Spielberger C., Reheiser E. (2009) Assessment of emotions: anxiety, anger, depression, and curiosity. *Applied Psychology: Health and Well-being*, Vol. 1, pp. 271–302. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2009.01017.x>

- Stuewig J., Tangney J., Kendall S., Folk J., Meyer C., Dearing R. (2015) Children's proneness to shame and guilt predict risky and illegal behaviors in young adulthood. *Child Psychiatry & Human Development*, Vol. 46, No. 2, pp. 217–227. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10578-014-0467-1>
- Swami V., Furnham A. (2008) *The Psychology of Physical Attraction*. London: Routledge.
- Tangney J., Burggraf S., Wagner P. (1995) Shame-proneness, guilt-proneness, and psychological symptoms. Tangney J., Fisher K. (Eds.) *Self-Conscious Emotions: The Psychology of Shame, Guilt, Embarrassment, and Pride*. New York: Guilford Press, pp. 343–367.
- Tangney J., Dearing R. (2002) *Shame and Guilt*. New York: Guilford Press.
- Tangney J., Stuewig J., Mashek D. (2007) Moral emotions and moral behavior. *Annual Review of Psychology*, Vol. 58, pp. 345–372. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070145>
- Tangney J., Tracy J. (2012) Self-conscious emotions. Leary M., Tangney J. (Eds.) *Handbook of Self and Identity*. New York: Guilford Press, pp. 446–478.
- Tangney J., Wagner P., Fletcher C., Gramzow R. (1992) Shamed into anger? The relation of shame and guilt to anger and self-reported aggression. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 62, pp. 669–675. DOI: <https://doi.org/10.1037//0022-3514.62.4.669>
- Tangney J., Wagner P., Gramzow R. (1989) *The Test of Self-Conscious Affect*. Fairfax, VA: George Mason University.
- Troop N., Redshaw C. (2012) General shame and bodily shame in eating disorders: a 2.5-year longitudinal study. *European Eating Disorders Review*, Vol. 20, pp. 373–378. DOI: <https://doi.org/10.1002/erv.2160>