

МЕТОДЫ
И МЕТОДИКИ

АДАПТАЦИЯ РУССКОЯЗЫЧНОЙ ВЕРСИИ ОПРОСНИКА “МЫСЛИ И ПАТТЕРНЫ ПОВЕДЕНИЯ” ДЛЯ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ОЖИРЕНИЕМ¹

© 2009 г. А. В. Анькина*, Т. А. Ребеко**

*Аспирантка факультета психологии ГУГН, Москва;
e-mail: life-is-great@yandex.ru

**Кандидат психологической наук, зав. лабораторией психологии и психофизиологии индивидуальности им. В.Д. Небылицына, Институт психологии РАН, Москва;
e-mail: rebeko@psychol.ras.ru

Представлена адаптация на русскоязычной выборке опросника “Мысли и паттерны поведения” М. Купер, Г. Тодда и Р. Вулрича (*Thoughts and Behaviours Questionnaire*, M. Cooper, G. Todd, R. Woolrich), который используется для диагностики нарушения пищевого поведения. Получена адаптированная версия опросника, соответствующая психометрическим стандартам. Структура русской версии опросника проанализирована с помощью факторного анализа. Воспроизведена 9-факторная структура оригинала, содержащая следующие шкалы, описывающие мысли и паттерны поведения: “Негативные мысли”, “Позитивные мысли”, “Позволяющие мысли”, “Диета”, “Переедание”, “Одежда”, “Вес и форма”, “Поведение, связанное с пищей”, “Процесс употребления пищи”. Выявлены когнитивные и поведенческие особенности женщин, страдающих нарушением пищевого поведения по типу переедания ($n = 66$ чел., средний вес – 87.5 кг), а также произведено сравнение с женщинами без каких-либо проблем с лишним весом ($n = 39$, средний вес – 59.0 кг). Результаты проведенных процедур позволяют заключить, что русскоязычный вариант методики валиден, надежен и может использоваться как в исследовательских целях, так и в практической работе.

Ключевые слова: модели пищевого поведения, компульсивное пищевое поведение, ожирение; аффективные, регуляторные и коммуникативные аспекты пищевого поведения, когнитивные и поведенческие особенности, психометрика.

Этиопатогенетическая классификация ожирения подразделяет данную нозологию на первичные и вторичные формы. Вторичное, или симптоматическое, ожирение включает в себя эндокринно-метаболическое ожирение и церебральное, связанное с заболеваниями и поражениями головного мозга. Первичное ожирение, на долю которого приходится 90–95% всех случаев заболевания, в свою очередь подразделяется на алиментарно-конституциональную и нейроэндокринную (гипоталамическую) формы [6]. Генез алиментарно-конституциональной формы ожирения, рассматриваемой в настоящей работе, является многофакторным. Главной причиной возникновения избыточного веса и такого типа ожирения служит переедание как одна из форм нарушения пищевого поведения (НПП).

По МКБ-10, переедание классифицируется по шкале *F-50* – “Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами” [7]. Имеются следующие диагностические определения для описания нарушений пищевого поведения: типичная и атипичная

нервная анорексия, типичная и атипичная нервная булимия, переедание – реакция на дистресс, психогенная рвота, расстройство питания у младенцев, пика – поедание несъедобного.

Несмотря на имеющуюся типологию НПП [4, 7], серьезной теоретической проблемой оказывается выделение патологических стигматов в качестве дефинитивных для диагностики НПП. Одним из таких стигматов является компульсивное пищевое поведение. НПП в форме компульсивного переедания (гиперфагической реакции на стресс, обжорства) может иметь разную степень выраженности – от легкой (предболезнь) до крайней, находящейся на границе с булимическим расстройством.

Компульсивное поведение рассматривается как симптом, присущий широкому классу нозологий. Такое поведение может выражаться помимо НПП и в компульсивных покупках, kleptomании, игровой зависимости [16]. Некоторые авторы считают компульсивное поведение проявлением такой черты личности, как импульсивность, с которой связывают обжорство, пьянство и игровую зависимость [17].

¹ Работа выполнена при финансовой поддержке РГНФ (проект № 06-06-00388а).

Таким образом, актуальной психологической проблемой можно считать выявление дефинитивных симптомов, отделяющих формирование феномена компульсивного поведения в форме переживания от других его форм.

Под пищевым поведением понимается ценностное отношение к пище и ее приему, стереотип питания в обыденных условиях и в условиях стресса, поведение, ориентированное на образ собственного тела, и деятельность по формированию этого образа [5]. Пищевое поведение человека – это континуум, включающий нормальные пищевые паттерны, эпизодические пищевые расстройства и патологическое пищевое поведение.

Пищевое поведение является предметом комплексного исследования, а НПП рассматривается как серьезная проблема многофакторной этиологии, угрожающая здоровью индивида [25].

На ценностное отношение к пище и нормативы ее потребления оказывают влияние социокультурные стереотипы. Видимо, правомерно говорить о социокультурных детерминантах, определяющих нормы питания, ритмы потребления пищи, субъективную оценку сытости, а также внешний вид, или телесный облик, человека. Например, Чуи с коллегами выделили различные ключевые признаки пищевых нарушений на выборке белых и этнических меньшинств (испанцев, негров и азиатов) [12]. Оказалось, что феноменология пищевых расстройств зависит от культурных традиций. В исследованиях других авторов, проведенном на китайской выборке, была выделена особая подгруппа больных анорексией, названная *non-fat-phobic*, которая не встречается в субкультуре европейцев [20].

Как свидетельствуют многочисленные социально ориентированные исследования, ближайшее окружение, прежде всего семья, оказывает влияние на формирование стереотипов пищевого поведения. В частности, в качестве детерминант выделяются “социоэкономическая структура” семьи, график работы родителей, стиль жизни, жизненные условия и характер питания [16, с. 482]. Многие авторы указывают на факторы скорости и ритма потребления пищи как на предикторы НПП. Скоростные параметры потребления пищи сопряжены в свою очередь с когнитивными стилями. В исследованиях Кея с соавторами было показано, что испытуемые с нарушениями по типу булимии являются более импульсивными, а по типу анорексии – более рефлексивными [21].

По мнению некоторых авторов, детские установки в отношении пищи, стилей питания и критериев сытости формируются под влиянием родителей и семейного окружения [18, с. 477]. Поэтому родительское влияние на формирование нездоровых паттернов питания в раннем детстве

рассматривается как предиктор последующих пищевых нарушений.

Приготовление и употребление пищи в семье отражает общую семейную структуру. По некоторым данным, наблюдается возрастание индекса массы тела у тех респондентов, у которых во время приема пищи за столом присутствовало много членов семьи, а также в случаях, когда пища использовалась как награда и готовилась специально для бабушек-дедушек, отца и самого респондента [18]. Пища и процесс ее потребления помимо собственно алиментарной функции выполняет также коммуникативную [9].

Семейная структура проявляется также в распределении заботы и делегировании контроля разным участникам семейной системы. Так, Кимбрел с коллегами, обобщая данные литературы, сообщают, что больные булимией в детском и подростковом возрасте ощущали низкий уровень заботы (холодность со стороны матери) и высокий уровень контроля и сверхпротекции [22]. Особенно значимый вклад в последующий патогенез пищевого поведения вносит сверхпротективное отношение отца (а не матери).

Пищевое поведение помимо организации коммуникации выполняет регуляторную функцию. По данным Блиссетта и др., родительский стиль кормления тесно связан со стилем воспитания и может быть предиктором булимии [10]. “Вседозволенный” стиль авторы связывают с менее адаптивными практиками питания. Этот же стиль проявляется в неспособности как матери, так и отца создавать и удерживать личностные границы. Именно нестабильность этих границ рассматривается в рамках данной исследовательской традиции в качестве предиктора последующей неспособности ребенка к саморегуляции поведения; дефект саморегуляции проявляется и в способах организации пищевого поведения. Как указывает Массап, женщины с НПП оказываются более чувствительными к наказанию, чем к поощрению [26].

С проблемой саморегуляции тесно связана проблема контроля и самоконтроля. По мнению исследователей, нарушения контроля играют ключевую роль в формировании пищевого поведения по типу переизбытка [17]. Группа лиц с данным типом НПП характеризуется склонностью к аффективной и межличностной нестабильности, низкой толерантностью к фрустрациям.

Представители глубинной психологии полагают, что пищевое поведение тесно связано со способностью переживать и регулировать эмоциональные состояния. Некоторые авторы рассматривают импульсивность как модератор связи между эмоциональными состояниями (например, гневом) и переизбытком [15]. Согласно модели регуляции аффекта, предложенной Чен и Даниэлем, НПП является “попыткой влиять, изменять

и контролировать болезненные эмоциональные состояния” [11, с. 2813]. В независимых исследованиях была получена надежная отрицательная корреляция между иррациональными убеждениями относительно пищи и личностной чертой, названной “тенденцией быть включенным и оптимистическим мышлением” [27, с. 32]. По мнению Фишера и Смита со ссылкой на теорию Бандуры, пьянство и обжорство являются ответом на негативный аффект и представляют собой своего рода попытку смягчения дистресса [18].

С данной теоретической концепцией согласуется результат, полученный в исследовании семей, в которых встречались случаи переедания [23]: генерализованные тревожные расстройства в роду (по женской линии) рассматриваются в качестве предикторов нарушений пищевого поведения.

Некоторые авторы связывают НПП с алекситимией, которая определяется как личностный конструкт, характеризующийся “трудностью в идентификации и описании чувств, снижением способности фантазировать и ориентированным вовне конкретным мышлением” [30, с. 367]. Согласно модели, больные с НПП посредством навязчивых и автоматических паттернов пищевого поведения временно ослабляют чувство дискомфорта и восстанавливают внутреннее равновесие, но одновременно подкрепляют пищевое нарушение. Другие ученые рассматривают алекситимию лишь в качестве модератора связи между негативным аффектом и перееданием [24]. Переедание рассматривается как стратегия совладания в ответ на негативные эмоции, снижающая уровень негативного аффекта и тем самым подкрепляющая поведение переедания.

Сходную детерминанту НПП предлагают Аслам с коллегами [19]. По их мнению, семейное окружение “побуждает” ребенка избегать негативных эмоциональных состояний, и индивид, используя механизм “блокировки”, снижает осознание тех состояний, которые считаются неприемлемыми. Видимо, с этим можно соотнести некоторые личностные черты, которые присущи лицам с НПП: перфекционизм, обсессивно-компульсивные паттерны поведения и тревожность [32].

Многие авторы указывают, что нарушения ментального образа тела являются ключевыми в пищевом поведении. Например, Морган разработал опросник *SCOFF*, который включает такие параметры, как потеря контроля над потреблением пищи, дефекацией и телесную диссатисфакцию (цит. по [25]).

Согласно результатам исследования Фокса с соавторами, пациенты с анорексией и булимией имеют тенденцию придавать сверхвысокое значение собственному телу; в частности, при рассмотрении собственного тела у них возникает чувство вины и самоосуждения [31]. Пук с соавторами выяви-

ли, что у больных булимией нарушены когнитивно-аффективные аспекты образа тела, что выражается в придании большего значения форме и весу, в большей неудовлетворенности собственным телом [29].

Данная работа выполнена в русле когнитивного подхода, в основе которого лежит теоретическое предположение о том, что эмоции и поведение человека в значительной степени детерминированы тем, как он структурирует мир и воспринимает себя [1]. Представления человека, его убеждения о себе или “когниции” (в случае наличия заболеваний, таких как депрессия или НПП, называемые “автоматическими” мыслями) – это вербальные или образные “события”, присутствующие в его сознании, которые определяются установками и схемами, сформированными в результате прошлого опыта [там же]. Автоматические мысли можно описать как «спонтанные мысли, которые “всплывают” в нашем сознании на протяжении дня» [28]. В когнитивном подходе к терапии НПП выделены три типа “автоматических” мыслей, описанных ниже [24].

Согласно современной когнитивной модели булимии, разработанной М. Купер и ее коллегами [13, 14], рассматриваемой нами в связи с теоретической гипотезой исследования, эпизод переедания предшествует активация негативных убеждений о себе, которую вызывает стресс, либо относящийся к еде, фигуре и весу (например, замечание о количестве съеденного), либо не относящийся (спор, ошибка в работе и др.). Негативные автоматические мысли, связанные с восприятием себя, с оценкой себя другими, постоянно вызывают тревогу, депрессивность, чувство вины. Люди с НПП научились справляться с такими негативными эмоциями через процесс еды, а также с помощью различных паттернов поведения, связанных с едой. Однако это не изменяет сути негативных убеждений, это лишь способ временно справиться с ними. И в той или иной степени у пациента, “заедающего стресс”, возникают мысли о последствиях переедания, появляется чувство вины, усиливаются негативные убеждения о себе. Человек оказывается в ситуации конфликта, в котором еда связана как с позитивными, так и с негативными убеждениями. Эта ситуация разрушительна. Чтобы справиться с ней, человек прибегает к третьему блоку убеждений, так называемым “позволяющим убеждениям”, которые “разрешают” пациенту есть, ассоциируют еду с чем-то, не подлежащим контролю. Когда этот блок активируется, человек ест. После еды у него возникает чувство вины, снова активируются негативные самоубеждения, эмоции, вновь помочь может еда, и “круг переедания” замыкается. Этот процесс сопровождается специфическими паттернами поведения.

Теоретической гипотезой данной работы является предположение о существовании сопряженности между НПП (по типу переядания) и специфическими мыслями и паттернами поведения.

Теоретические построения когнитивной концепции этиологии НПП легли в основу создания Опросника мыслей и паттернов поведения (*Thoughts and Behaviours Questionnaire*) [14], который был разработан для диагностики данного расстройства и адаптирован нами на русскоязычной выборке.

Первая часть опросника описывает три типа “автоматических” мыслей, возникающих у людей с НПП. Возможность операционализации конструкта, заложенного авторами в первую часть опросника, подтверждает необходимость проведения данной работы по адаптации опросника. Выявление сходной факторной структуры, а следовательно, выделение трех типов “автоматических” мыслей на группе российских пациентов является актуальным для развития представлений о генезе и протекании НПП.

Актуальность разработки новых методических приемов, позволяющих диагностировать и изучать особенности протекания НПП, объясняется высоким уровнем распространения ожирения и избыточного веса среди населения России [2] и низким уровнем набора скринговых средств для диагностики НПП. По нашим данным, существуют три переведенных на русский язык опросника, диагностирующие разные аспекты НПП², однако создание надежных и достоверных методик выявления НПП – важная задача, решение которой в России только начато. Также необходимо подчеркнуть сложность диагностики рассматриваемых нарушений питания в связи с разнообразием поведенческой картины заболевания, однако сопряженная динамика мыслей и поведенческих паттернов пациентов позволяет определить фокус внимания исследователей и врачей [8].

Цель данного исследования – адаптация опросника “Мысли и паттерны поведения” для диагностики НПП и выявления когнитивных и поведенческих особенностей данной категории больных.

Предмет исследования – мысли и паттерны пищевого поведения при алиментарно-конституциональной форме ожирения.

Объект исследования – женщины, страдающие НПП в форме переядания, гиперфагической реакции на стресс (данное состояние тесно связано с развитием булимии, чаще всего включается в ее структуру), а также женщины без каких-либо проблем с лишним весом, отсутствием озабочен-

ности собственной фигурой и чрезмерного увлечения спортом или диетами.

Гипотезы исследования:

1. Русскоязычная версия опросника “Мысли и паттерны поведения” является надежным и валидным психометрическим инструментом.

2. Пункты русскоязычной версии опросника “Мысли и паттерны поведения” группируются в девять шкал, описывающих определенные типы “автоматических” мыслей и паттернов поведения.

3. Лица, страдающие НПП, будут иметь более высокие показатели по шкалам опросника “Мысли и паттерны поведения”, чем не страдающие НПП.

Задачи исследования:

1. Доказать репрезентативность, надежность и валидность опросника.

2. Оценить факторную структуру русскоязычной версии опросника.

3. Сравнить две группы испытуемых - женщин, страдающих НПП и женщин, не имеющих каких-либо проблем с пищевым поведением.

МЕТОДИКА

Участники исследования. Были использованы данные двух групп испытуемых.

Первая группа (Г1) была представлена пациентами клиники, в которую они обратились в целях снижения веса. Диагноз – НПП ($n = 66$ чел.). Возраст: $Me = 46$ лет, размах – от 31 до 55 года. Вес: $Me = 87.5$ кг, размах – от 59 до 170 кг. Индекс массы тела (ИМТ) – от 20 до 51.5. Такой ИМТ характеризует как пациентов с весом в рамках нормы (им либо уже удалось снизить вес с помощью лечения, либо на данный период протекания заболевания он сам удерживается в рамках нормы), так и пациентов с предожирением и ожирением I, II, III и IV степеней.

Вторая группа (Г2) представлена женщинами без каких-либо проблем с лишним весом и НПП ($n = 39$ чел.). Возраст: $Me = 43$ года, размах – от 31 до 54 лет. Вес: $Me = 59$ кг, размах – от 45 до 70 кг. ИМТ – от 18.5 до 25.3.

Процедура исследования. Участники Г1 отбирались согласно поставленному им врачом-психотерапевтом диагнозу НПП; возрастному ограничению (от 30 до 55 лет); наличию высшего или среднего специального образования. Мотивация пациентов к участию в исследовании – заинтересованность темой снижения веса, готовность сотрудничать с врачами и психологами в данном направлении.

Участники Г2 отбирались согласно возрастному цензу Г1 (от 30 до 55 лет); отсутствию лишнего веса (нормальная масса тела соответствует ИМТ

² Голландский опросник пищевого поведения (*DEBQ*, 1986); Диагностическая шкала нарушений питания (*EDDS*, 2000); Опросник для исследования пищевого поведения (*EAT-26*).

18.6–24.9 (ВОЗ, 1997)), проблем, связанных с колебаниями веса в течение жизни, с озабоченностью собственной фигурой, чрезмерным увлечением спортом или диетами; наличием высшего или среднего специального образования. Данная информация выявлялась в результате устной беседы, в которой участники отвечали на вопросы об удовлетворенности собственным весом и фигурой, использовании диет, занятий спортом и т.п. Участие в исследовании являлось добровольным, по договоренности.

Участникам предлагалось заполнить опросник “Мысли и паттерны поведения” в индивидуальном порядке, предварительно заполнив анкету с информацией о росте, весе, возрасте. Сообщалось, что исследование проводится анонимно. Цель исследования формулировалась как “изучение механизма появления лишнего веса и поиск путей его снижения”.

Методики. Опросник “Мысли и паттерны поведения” был переведен с английского на русский язык с соблюдением процедуры обратного перевода при помощи билингва (человека, в равной степени владеющего русским и английским языками). Один перевод был сделан переводчиком, билингв, не видя оригинала, осуществил обратный перевод. Исходный материал и перевод, сделанный билингвом, были сравнены. Расхождения наблюдались в форме наклонений глаголов и структуре предложений. Замены были произведены исходя из вариантов билингва. Результатом данной процедуры явилась коррекция формулировок пунктов опросника.

Опросник состоит из двух частей. Первая часть включает 26 пунктов. Испытуемому дается инструкция и рейтинговая шкала для фиксации ответов (см. Приложение). При создании рейтинговой шкалы авторы опросника брали за основу шкалу Лайкерта, однако вместо традиционных пяти- и семибалльных форм ими была использована стобалльная форма. Нам не известны причины расширения авторами делений рейтинговой шкалы. Возможно, они планировали исследовать более широкий континуум “автоматических” мыслей и паттернов поведения лиц, страдающих НПП, чем это позволяют стандартные варианты шкалы Лайкерта.

Первая часть опросника до проведения проверки факторной структуры состоит из трех шкал: “Позитивные мысли”, “Негативные мысли”, “Позволяющие мысли”. Данные группы были выделены на основании экспертного мнения врачей, привлеченных авторами опросника для формулировки пунктов и имеющих опыт терапии НПП в рамках когнитивной модели. Аналогичная процедура проведена для второй части опросника.

Вторая часть опросника состоит из 47 пунктов. Испытуемому дается инструкция и рейтинговая шкала (см. Приложение).

Вторая часть опросника до проведения проверки факторной структуры состоит из шести шкал: “Вес и форма”, “Диета”, “Приступы обжорства”, “Процесс употребления пищи”, “Поведение, связанное с пищей”, “Переедание”.

Подсчет данных по каждой шкале осуществляется суммированием ответов на пункты шкалы и делением на количество пунктов, входящих в данную шкалу.

После обработки результатов по шкалам был проведен психометрический анализ утверждений опросника, который включал в себя оценку корреляций между пунктами опросника, подсчет индекса сложности, уровень факторной нагрузки и коэффициент избирательности. Проведена проверка факторной структуры опросника и ее коррекция с учетом особенностей группы пациенток, на которой проводилось испытание опросника. Оценены такие характеристики опросника, как конструктивная валидность, внутренняя согласованность, репрезентативность.

Статистическая обработка данных. В исследовании использованы компьютерные программы *MS Excel 2003*, *SPSS 12.0*.

Применялись: 1) факторный анализ – факторизация матрицы методом главных компонент, основной оси, вращение – *varimax*; 2) коэффициент корреляции *r* Пирсона – для выявления корреляции между пунктами опросника; 3) тест Колмогорова–Смирнова – для оценки нормальности распределений; 4) критерий *t*-Стьюдента для независимых выборок – для сравнения уровней переменных в G_1 и G_2 в случаях нормального распределения признака; 5) критерий *U*-Манна–Уитни – для сравнения уровней переменных в G_1 и G_2 в случаях отличия распределения признака от нормального хотя бы в одной группе. Гипотезу H_0 отвергали при $p \leq 0.05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

1. Эксплораторный факторный анализ. *1-я часть: Мысли.* Характеристики матрицы: 105 строк, 26 столбцов. По критерию Кайзера: число факторов равно 4, по критерию Р. Кеттелла: число факторов равно 3. Детерминант положителен, критерий Кайзера–Мелькина–Олькина КМО равен 0.830. Значение критерия Бартлетта указывает на достоверное отклонение от сферичности ($Chi^2 = 1765.209$; $p = 0.0$; $df = 325$).

При оценке пунктов по каждому фактору использовались следующие критерии [3]: уровень факторной нагрузки должен быть не ниже 0.3; утверждение не должно иметь равных нагрузок по нескольким факторам.

Согласно данным критериям, два пункта были признаны непригодными. 1. Утверждение “Когда я не ем, я переполнена огорчительными мыслями и чувствами” вносит равный вклад в два фактора. 2. Утверждение “Я вынуждена вызывать рвоту (заниматься спортом или принимать слабительное)” вносит вклад, равный 0.3, только в шкалу “Позитивные мысли”, что противоречит смыслу, заложенному в пункте. Видимо, данный пункт сформулирован авторами для диагностики выраженных расстройств приема пищи, тогда как наша группа, на которой было проведено исследование, не относится к группе пациентов с выраженными расстройствами приема пищи. Было принято решение, что данный пункт не является пригодным для диагностики НПП по типу переедания, гиперфагической реакции на стресс.

Пункты “Я не контролирую себя” и “Порыв наесться сильнее, чем моя сила воли” вносят большие вклады в шкалу “Позволяющие мысли”, нежели в шкалу “Негативные мысли”. По нашему мнению, по смыслу данные пункты должны быть перенесены в шкалу “Позволяющие мысли”, так как описывают невозможность контроля, а следовательно, “оправдывают” пациентку при переедании.

Пункт “Если я ем, то не чувствую скуки” вносит больший вклад в фактор, соответствующий шкале “Позитивные мысли”, нежели в шкалу “Позволяющие мысли”. По нашему мнению, по смыслу данный пункт может иметь отношение к обоим указанным шкалам. Мы относим его к шкале “Позитивные мысли”, так как его вклад в данную шкалу в 2 раза выше, чем в шкалу “Позволяющие мысли”.

Были получены три фактора, соответствующие трем факторам, выделенным авторами опросника, которые описывают 50% от общей дисперсии (см. табл. 1).

2-я часть: Паттерны поведения. Характеристики матрицы: 105 строк, 47 столбцов. Критерий Кайзера: число факторов равно 7, критерий Р. Кеттелла: число факторов равно 7. Детерминант положителен, критерий Кайзера–Мелькина–Олькина (КМО) равен 0.738. Значение критерия Бартлетта указывает на достоверное отклонение от сферичности ($Chi^2 = 3510.912$; $p = 0.0$; $df = 1081$).

На первом этапе было выделено семь факторов.

В отдельный фактор выделились следующие утверждения: “Жуете и выплевываете пищу не глотая”, “Посещаете продуктовые магазины или супермаркеты скорее, чтобы посмотреть на еду, чем сделать покупку”, “Заходите в несколько магазинов в надежде, что вас не узнают, и покупаете в каждом небольшое количество еды”, “Проводите много времени в поисках ингредиентов, которые трудно найти”. Видимо, данные пункты

были сформулированы авторами для диагностики выраженных расстройств приема пищи, тогда как наша группа, на которой было проведено исследование, не относится к группе пациентов с выраженными расстройствами приема пищи. Вероятно, данный пункт непригоден для диагностики НПП по типу переедания, гиперфагической реакции на стресс. Также специфичную роль могут играть культурные различия между западной и российской выборками: жевать и выплевывать пищу в последние годы стало модно в некоторых западных странах, особенно в Америке. Считается, что таким образом можно принимать любую пищу, не нанося вред организму. В Москве люди в основном посещают крупные продуктовые магазины, где вероятность быть узнанным крайне мала, тогда как в Великобритании существует тенденция покупать продукты питания в маленьких магазинах, где существует личный контакт с продавцом. Формулировка пункта о поиске ингредиентов вызывает сомнения в ее адекватности, так как в настоящий период любой продукт в крупных городах может быть найден быстро. Возможно, данные пункты косвенно свидетельствуют о наличии еще одной шкалы – “Вроде бы не ем”, или “Создаю себе дополнительные трудности для принятия пищи”. Такая шкала может говорить о наличии у людей дополнительной формы психологической защиты от переедания, которая выражается в несознательном препятствовании себе принимать пищу.

Некоторые пункты были признаны непригодными на основании следующих критериев: уровень факторной нагрузки должен быть не ниже 0.3; утверждение не должно иметь равных нагрузок по нескольким факторам. Утверждения “Делаете запасы еды”, “Едите мало перед другими людьми и много, когда они уходят”, “Когда вы одни, едите пищу, которую выбросили”, “Сравниваете свой вес со средними показателями в книгах и журналах”, “Посещаете продуктовые магазины для гурманов” имели приблизительно равные нагрузки по двум факторам; утверждение “Едите до тех пор, пока не почувствуете тошноту (пресыщение)” – по трем факторам. Утверждение “Посещаете магазины скорее, чтобы посмотреть на кухонную утварь, нежели чтобы купить ее” вносит низкий вклад в один фактор (0.36) и по смыслу в него не входит.

Проведение второго цикла факторного анализа позволило выделить шесть факторов, которые описывают 56% от общей дисперсии.

Таким образом, мы можем наблюдать как сохранение заложенного авторами количества факторов, так и некоторое изменение заложенной авторами факторной структуры. Две шкалы – “Переедание” (*Overeating*) и “Приступы обжорства” (*Bingeing*) – слились в один фактор. При этом мно-

Таблица 1. Факторная структура первой части русскоязычной версии опросника “Мысли и паттерны поведения”

	Факторы			КИ
	1	2	3	
Шкала “Негативные мысли” ($\alpha = 0.91$)				
Я стану толстой		.84		.77
Моя одежда больше не будет обтягивающей		.73	.34	.72
Я становлюсь все тяжелее и тяжелее		.84		.82
Я набираю вес		.81	.31	.82
Я ненавижу себя после того, как много съем	.31	.60		.70
Я должна сесть на строгую диету		.53		.58
Я выгляжу неприятно после того, как столько съем – и отвратительной	.44	.67		.70
Шкала “Позитивные мысли” ($\alpha = 0.87$)				
Если я не буду есть, то потеряю контроль	.49			.51
Если я поем, это остановит боль	.68			.67
Это не я делаю это	.50			.44
Когда я ем, я перестаю чувствовать одиночество	.55		.37	.62
В моей жизни все связано с перееданием	.39			.47
Еда дает мне возможность не чувствовать себя испуганной	.76			.76
Давай, ешь больше, накажи себя	.61			.55
Если я ем, в душе становится не так больно	.73		.40	.77
Если я ем, значит, я не думаю о неприятных вещах	.57		.32	.53
Если я ем, то не чувствую скуки	.64		.32	.71
Шкала “Позволяющие мысли” ($\alpha = 0.85$)				
Ничего страшного, если я продолжу есть			.60	.61
Я заслужила что-нибудь вкусненькое			.56	.55
Я съем еще совсем чуть-чуть			.64	.63
Если я ем, то мне комфортно, это способ быть приятной самой себе		.38	.54	.61
Еще один лишний кусочек не повредит			.51	.58
Порыв наестся сильнее, чем моя сила воли	.30		.62	.66
Я не контролирую себя	.44		.57	.63

Примечание. α – показатель внутренней согласованности шкалы Кронбаха, КИ – коэффициент избирательности. Указаны нагрузки по факторам не ниже 0.3.

гие пункты из шкалы “Приступы обжорства” были признаны непригодными, тогда как все пункты шкалы “Переедание” признаны пригодными. Одно из достижений авторов опросника – разделение этих двух шкал. В течении НПП разделить их оказалось достаточно трудно для тех пациентов, которые не являются носителями ярко выраженных расстройств, таких как булимия и анорексия. Для той группы пациентов, на которых мы проводили испытание опросника, разделение приступов обжорства и переедания как такового было крайне затруднительно. Теоретически, слияние этих двух факторов предсказуемо и адекватно. Новая шкала была названа “Переедание”.

Также произошло разделение шкалы “Вес и форма” (*Weight and shape*) на две шкалы по крите-

рию факторной нагрузки. Данное разделение признано исследователями логичным: в одну шкалу были выделены утверждения, связанные с одеждой и описывающие склонность полных людей скрывать свое тело от окружающих, в другую – утверждения, начинающиеся со слова “Избегаете” и описывающие поведение, связанное с неприятием фокусировки внимания на своем теле. Новые шкалы были названы “Одежда” и “Вес и форма” (см. табл. 2). Выделение отдельной шкалы, описывающей предпочтение специфического типа одежды лицами с НПП, представляется нам закономерным. Поскольку это не противоречит основной теории паттернов поведения, предложенной авторами, мы принимаем данное изменение и выносим

Таблица 2. Факторная структура второй части русскоязычной версии опросника “Мысли и паттерны поведения”

	Факторы						КИ
	1	2	3	4	5	6	
Избегаете взвешиваться				.69			.56
Избегаете совместные примерочные				.42			.42
Избегаете обращать внимание на свой вес и фигуру			.319	.66			.59
Избегаете смотреть на свое тело в душе или ванной				.69			.75
Избегаете смотреть на свое тело в зеркало				.67			.72
Шкала “Одежда” ($\alpha = 0.88$)							
Носите мешковатую одежду, чтобы скрыть свои формы от окружающих		.35	.71				.77
Носите просторную одежду			.76				.80
Носите большие мешковатые свитера			.59				.63
Носите одежду, которая на размер или несколько размеров больше вашего			.72				.75
Избегаете носить точно подогнанную под вас одежду			.65				.64
Шкала “Диета” ($\alpha = 0.84$)							
Сидите на диете, чтобы сбросить вес или предотвратить его увеличение	.45	.380		.35			.49
Наедаетесь большим количеством низкокалорийной пищи	.52						.53
Едите только безопасную пищу (т.е. низкокалорийную или знакомую)	.63						.57
Едите диетическую пищу	.78						.72
Устанавливаете правила о том, что можно, а чего нельзя есть	.75						.70
Избегаете есть пищу, если не знаете, сколько в ней калорий	.60		.30				.58
Устанавливаете себе строгий лимит калорий в день	.44					.34	.50
Проверяете калорийность пищи, прежде чем купить ее	.67						.59
Шкала “Поведение, связанное с пищей” ($\alpha = 0.84$)							
Коллекционируете рецепты		.31			.60		.64
Говорите о еде					.50		.54
Готовите деликатесные блюда					.55		.57
Читаете кулинарные журналы и книги					.90		.75
Смотрите по телевизору кулинарные программы					.63		.56
Часами готовите пищу					.67		.57
Шкала “Процесс употребления пищи” ($\alpha = 0.79$)							
Вилкой или ложкой берете только маленький кусочек пищи						.79	.61
Едите медленно		-.32				.52	.54
Берете на вилку или ложку маленькие кусочки пищи						.84	.72
Долго жуете пищу, перед тем как проглотить						.58	.58
Шкала “Переедание” ($\alpha = 0.87$)							
Съедаете больше, чем намеревались		.61					.54
Покупаете много пищи с большим содержанием жира, сахара и углеводов		.57		.48			.73
Съедаете большие порции высоко калорийной пищи		.42					.45
Едите больше, чем другие при тех же обстоятельствах		.60		.41			.74
Едите большое количество еды только когда вы одни	-.33	.52			.35		.61
Продолжаете спонтанное поедание большого количества еды, при этом теряете контроль над тем, сколько и что съедено		.63	.39				.81
Едите только когда вы одни		.53	.37	.41			.73

Примечание. См. к табл. 1.

Таблица 3. Доля ключевых ответов (в процентах) по каждому из утверждений опросника “Мысли и паттерны поведения”

1-я часть. Мысли										
Номер утверждения	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Доля ключевых ответов	62	83	48	55	84	89	61	46	77	54
Номер утверждения	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Доля ключевых ответов	62	85	50	55	58	72	84	91	50	61
Номер утверждения	21	22	23	24	25					
Доля ключевых ответов	76	72	68	80	72					
2-я часть. Паттерны поведения										
Номер утверждения	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Доля ключевых ответов	57	37	95	60	74	49	52	68	53	48
Номер утверждения	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Доля ключевых ответов	58	71	36	52	48	42	44	50	57	56
Номер утверждения	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Доля ключевых ответов	45	51	50	48	66	50	63	69	68	65
Номер утверждения	31	32	33	34	35					
Доля ключевых ответов	45	67	72	53	74					

утверждения, связанные с одеждой, в отдельную шкалу.

2. Оценка пригодности пунктов опросника. Подсчитанные для каждого утверждения значения коэффициента избирательности свидетельствуют в пользу пригодности 59 пунктов опросника.

Подсчет корреляций между пунктами с использованием коэффициента r Пирсона неоднократно обнаружил уровень корреляции ($r > 0.6$), на основании которого можно утверждать, что какие-либо из пунктов копируют друг друга. После оценки и коррекции факторной структуры сохранились высокие показатели корреляции между 10 пунктами (0.67–0.89). Однако в данном случае мы не рассматриваем наличие высокой корреляции между пунктами как критерий исключения утверждений. Несомненно, высокая однородность опросника является малоинформативной, схожие формулировки утверждений увеличивают внутреннюю согласованность теста. К сожалению, авторы не предоставляют информацию об уровне корреляции между пунктами, полученном в их исследовании. Представляется, что схожие формулировки и “смысловое дублирование” направлены на снижение трудности работы с опросником, на возможность ответа на “неприятный” вопрос не с первого раза.

Под индексом сложности понималась доля ключевых ответов при оценке утверждения, взятая в процентах от общего количества ответов. Ключевыми считались ответы 0, 10 и 90, 100 (см. табл. 3). Утверждение считалось пригодным, если индекс сложности находился в интервале от 10 до 90%. В целом была обнаружена тенденция к вы-

сокому уровню индекса сложности, что говорит о простоте вопросов, содержащихся в опроснике. Простота и краткость формулировок была заложена авторами, видимо, с целью упростить для пациентов прохождение тестирования. Также это может говорить о том, что в большинстве случаев испытуемые скорее давали положительные ответы на пункты опросника, т.е. в целом соглашались с утверждениями теста, чем отвергали их как нехарактерные для себя. Полученные результаты свидетельствуют о пригодности всех 59 пунктов опросника, за исключением одного: “Носите мешковатую одежду, чтобы скрыть свои формы от окружающих”. Однако данное утверждение по смыслу крайне важно для смысловой нагрузки данной шкалы, поэтому мы оставили данный пункт.

3. Конструктивная валидность. Состав групп испытуемых, уравнивание их по параметрам возраста, образования и пола, а также формирование групп по параметру наличия диагноза НПП у Г1 позволяют говорить о разной выраженности параметров, измеряемых опросником. Сравнение уровня выраженности показателей по шкалам у двух групп позволяет сделать заключение о конструктивной валидности опросника (см. пункт 4 раздела “Результаты”).

Внутренняя согласованность как показатель надежности. Коэффициент внутренней согласованности α -Кронбаха имел следующие значения: “Негативные мысли” – 0.91, “Позволяющие мысли” – 0.85, “Позитивные мысли” – 0.87, “Вес и форма” – 0.82, “Одежда” – 0.88, “Диета” – 0.84, “Поведение, связанное с пищей” – 0.84, “Переедание” – 0.87, “Процесс употребления пищи” – 0.79. Показатели согласованности достаточно высоки,

что говорит о чрезмерной однородности опросника. Однако столь же высокие показатели приводят авторы опросника.

Репрезентативность. Сходная факторная структура, полученная в двух группах испытуемых, и значимые отличия по уровню признаков в каждой группе позволяет говорить о репрезентативности опросника.

4. Сравнение двух групп испытуемых с помощью данных, полученных после проведения испытания опросника с учетом коррекции факторной структуры. В случаях нормального распределения признака использовался критерий *t*-Стьюдента, в случаях отличия распределения признака от нормального хотя бы в одной группе – *U*-Манна–Уитни. Показано значимое различие между Г1 и Г2 по результатам 1-й части опросника: по шкалам “Негативные мысли” ($t = 7.29$, $df = 103$, $p < 0.001$), “Позволяющие мысли” (*t*-Стьюдента: $t = 3.14$, $df = 103$, $p < 0.001$), “Позитивные мысли” ($U = 738$, $p < 0.001$). По результатам 2-й части опросника: по шкалам “Вес и форма” ($t = 4.55$, $df = 103$, $p < 0.001$), “Одежда” ($t = 7.74$, $df = 103$, $p < 0.001$), “Диета” ($t = 4.87$, $df = 103$, $p < 0.001$), “Поведение, связанное с пищей” ($t = 3.97$, $df = 103$, $p < 0.001$), “Переедание” ($t = 5.7$, $df = 103$, $p < 0.001$), “Процесс употребления пищи” ($t = 2.5$, $df = 103$, $p < 0.01$).

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Анализ данных, полученных на русскоязычной выборке, показал, что пункты опросника “Мысли и паттерны поведения” являются адекватной операционализацией теоретических конструкций, лежащих в основе феноменологического описания НПП.

Данные конструкты группируются в девять факторов, которые фиксируют различные аспекты НПП, включая “ценностное отношение к пище и ее приему, стереотип питания в обыденных условиях и в условиях стресса, поведение, ориентированное на образ собственного тела, и деятельность по формированию этого образа” [5].

Новизна исследования заключается в проверке валидности факторной структуры, выделенной для оригинальной версии опросника “Мысли и паттерны поведения”, на русскоязычной выборке.

По результатам опросника получены значимые различия между двумя группами испытуемых: пациентами с НПП и контрастной группой. Выявленная сопряженность между мыслями и паттернами поведения значимо различается у двух групп испытуемых, что свидетельствует о конструктивной валидности опросника. Полученные результаты подтверждают психометрическую состоятельность опросника. Воспроизведение 9-факторной структуры мы рассматриваем

как доказательство репрезентативности русскоязычной версии опросника.

Между тем по сравнению с факторами, выделенными в оригинальной версии методики, мы выявили некоторые изменения во второй части опросника. В частности, произошло слияние двух шкал (“Переедание” и “Приступы обжорства”) и разделение шкалы “Вес и форма” на две новые шкалы (“Одежда” и “Вес и форма”). Эти изменения мы объясняем как культурными факторами, так и спецификой выборки (в контрастную группу входили лица только с диагнозом “Нарушение пищевого поведения”). Теоретические и эмпирические основания для изменения факторной структуры обсуждались нами ранее при анализе соответствующих пунктов и факторов. Поэтому русскоязычная версия опросника “Мысли и паттерны поведения” может использоваться в диагностических целях, что обуславливает ее практическую значимость.

Помимо требования репрезентативности полученный результат обладает теоретической значимостью: сопряженность мыслей и паттернов поведения при НПП позволяет рассматривать выделенные факторы в качестве ключевых в этиологии нарушений. Согласно данным литературы, многочисленные феноменологические признаки НПП рассматривались как сопряженные. Группировка данных признаков в факторы дает возможность сформулировать теоретическую проблему, состоящую в выявлении связей между выделенными компонентами мыслей и паттернов поведения (сгруппированными в факторы) и латентными переменными, лежащими в их основе. В качестве одной из предполагаемых латентных переменных может быть выделен тип привязанности, обуславливающий эмоциональные, регуляторные, коммуникативные и когнитивные аспекты поведения (в частности, алиментарного). Для решения поставленной проблемы необходимо проведение исследования в целях выявления сопряженности определенного типа привязанности с НПП при условии контроля разных типов НПП, а также расширения состава участников. Представленный адаптированный вариант опросника может служить надежным инструментом для сопоставления различных типов НПП и соотнесения их с доминированием той или иной группы автоматических мыслей и паттернов поведения.

Необходимо отметить *дальнейшее направление работы*, связанное с выделением нормативных показателей для обеих частей опросника. В период перевода и адаптации опросника авторы также не выделяли нормы, согласно которым можно соотносить пациента с определенной группой по уровню выраженности НПП, опираясь на результаты методики. Как для авторов, так и для нас в данный период опросник является дополни-

тельным инструментом изучения НПП. В дальнейшем по итогам проведения исследований НПП с использованием данного опросника на группах лиц с различными типами НПП будут выделены нормативные показатели. Таким образом, данный опросник станет инструментом не только изучения НПП, но и диагностики определенного типа НПП.

ВЫВОДЫ

1. Результаты проведенного психометрического анализа позволяют утверждать, что русскоязычная версия опросника “Мысли и паттерны поведения” соответствует психометрическим стандартам и может быть использована для диагностики и изучения особенностей НПП.

2. С помощью факторного анализа воспроизведена 9-факторная структура оригинала, содержащая следующие шкалы, описывающие мысли и паттерны поведения: “Негативные мысли”, “Позитивные мысли”, “Позволяющие мысли”, “Диета”, “Переедание”, “Одежда”, “Вес и форма”, “Поведение, связанное с пищей”, “Процесс употребления пищи”.

3. Показано значимое отличие результатов опросника для двух групп испытуемых: женщин, страдающих лишним весом и НПП, и женщин, не имеющих проблем с лишним весом и перееданием.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Бек А., Раи А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. СПб.: Питер, 2003.
- Гинзбург М.М., Крюков Н.Н. Ожирение. М.: Медпрактика, 2002.
- Кондаков И.М. Создание психологических опросников с помощью статистического пакета SPSS for Windows 11.5.0. Учебно-методическое пособие. URL: <http://www.matlab.mgppu.ru/work/0028.htm>
- Малкина-Пых И.Г. Терапия пищевого поведения. Справочник практического психолога. М.: Экспо, 2007.
- Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. М.: Медпресс-информ, 2005.
- Метаболический синдром / Под ред. Г.Е. Ройтберга. М.: Медпресс-информ, 2007.
- Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. М.: Экспертное бюро, 1997.
- Ромацкий В.В., Семин И.П. Феноменология и классификация нарушений пищевого поведения // Бюллетень сибирской медицины. 2006. № 3.
- Тхостов А.Ш. Психология телесности. М.: Смысл, 2002.
- Blissett J., Haycraft E. Are parenting style and controlling feeding practices related? // *Appetite*. 2007. № 50. P. 477–485.
- Chen E.Y., Daniel G. Subtyping adolescents with bulimia nervosa // *Behavior Research and Therapy*. 2007. № 45. P. 2813–2820.
- Chui W., Safer D.L., Bryson S.W. et al. A comparison of ethnic groups in the treatment of bulimia nervosa // *Eating Behaviors*. 2007. № 8. P. 485–491.
- Cooper M.J., Wells A., Todd G. A cognitive model of bulimia nervosa // *British Journ. of Clinical Psychology*. 2004. V. 43. P. 1–16.
- Cooper M.J., Todd G., Woolrich R. Assessing Eating Disorder Thoughts and Behaviors: The Development and Preliminary Evaluation of Two Questionnaires // *Cognitive Therapy and Research*. October 2006. V. 30. № 5.
- Engel S.E., Justin J., Boseck J.J. et al. The relationship of momentary anger and impulsivity to bulimic behavior // *Behavior Research and Therapy*. 2007. № 45. P. 437–447.
- Fernandez-Aranda F., Krug I., Granero R. et al. Individual and family eating patterns during childhood and early adolescence: An analysis of associated eating disorder factors // *Appetite*. 2007. № 49. P. 476–485.
- Fernandez-Aranda F., Pinheiro A.P., Thornton L.M. et al. Impulse control disorders in women with eating disorders // *Psychiatry Research*. 2008. № 157. P. 147–157.
- Fischer S., Smith G.T. Binge eating, problem drinking, and pathological gambling: Linking behavior to shared traits and social learning // *Personality and Individual Differences*. 2007. № 5. P. 109–120.
- Haslam M., Mountford V., Meyer C., Waller G. Invalidating childhood environments in anorexia and bulimia nervosa // *Eating Behaviors*. 2007. № 10. P. 1–7.
- Hulley A., Currie A., Njenga F., Hill A. Eating disorders in elite female distance runners: Effects of nationality and running environment // *Psychology of Sport and Exercise*. 2007. № 8. P. 521–533.
- Kaye W.H., Bastiani A.M., Moss H. Cognitive style of patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa // *Journ. of Eating Disorders*. 1995. V. 18(3). P. 287–290.
- Kimbrel N.A., Cobb A.R., Mitchell T.J. et al. Sensitivity to punishment and low maternal care account for the link between bulimic and social anxiety symptomatology // *Eating Behaviors*. 2008. № 9. P. 210–217.
- Lilenfeld L.R., Ringham R., Kalarchian M.A. et al. A family history study of binge-eating disorder // *Comprehensive Psychiatry*. 2007. № 21. P. 247–254.
- Markey M.A., Vander Wal J.S. The role of emotional intelligence and negative affect in bulimic symptomatology // *Comprehensive Psychiatry*. 2007. № 48. P. 458–464.
- Muro-Sans P., Amador-Campos J.A., Morgan J.F. The SCOFF-c: Psychometric properties of the Catalan version in a Spanish adolescent sample // *Journ. of Psychosomatic Research*. 2008. № 64. P. 81–86.
- Mussap A.J. Motivational processes associated with unhealthy body change attitudes and behaviors // *Eating Behaviors*. 2007. № 8. P. 423–428.
- Osberg T.M., Poland D., Aguayo G., MacDougall S. The Irrational Food Beliefs Scale: Development and validation // *Eating Behaviors*. 2008. № 9. P. 25–40.

28. Padesky C.A., Greenberger D. Clinician's guide to mind over mood. N.Y.: Guilford Press, 1995.
29. Pook M., Tuschen-Caffier B., Brahler E. Evaluation and comparison of different versions of the Body Shape Questionnaire // Psychiatry Research. 2008. № 28. P. 67–73.
30. Speranza M., Loas G., Wallierd J., Corcos M. Predictive value of alexithymia in patients with eating disorders: A 3-year prospective study // Journ. of Psychosomatic Research. 2007. № 63. P. 365–371.
31. Vocks S., Legenbauer T., Wucherer M., Kosfelder J. What happens in the course of body exposure? Emotional, cognitive, and physiological reactions to mirror confrontation in eating disorders // Journ. of Psychosomatic Research. 2007. № 62. P. 231–239.
32. Walter K. Neurobiology of Anorexia and Bulimia Nervosa // Physiology and Behavior. 2007. № 94. T. 1. P. 121–125.
16. Я ненавижу себя после того, как много съем.
17. Еда дает мне возможность не чувствовать себя испуганной.
18. Давай, ешь больше, накажи себя.
19. Еще один лишний кусочек не повредит.
20. Я должна сесть на строгую диету.
21. Если я ем, в душе становится не так больно.
22. Если я ем, то не чувствую скуки.
23. Я выгляжу неприятно после того, как столько съем – толстой и отвратительной.
24. Если я ем, значит, я не думаю о неприятных вещах.

Часть 2. Паттерны поведения

Инструкция:

“Ниже перечислены утверждения о некоторых формах поведения. Они описывают различные способы поведения, иногда присущие каждому человеку. Пожалуйста, прочитайте внимательно каждое утверждение и опишите, как часто вы ведете себя так. Используйте рейтинговую шкалу для описания того, как часто вы ведете себя подобным образом”.

Рейтинговая шкала:

Никогда 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 Всегда

ПРИЛОЖЕНИЕ

Опросник “Мысли и паттерны поведения”

Часть 1. Мысли

Инструкция:

“Ниже перечислены некоторые мысли, которые иногда возникают у людей во время еды. Пожалуйста, прочитайте внимательно каждую мысль и решите, насколько она правдива. Отметьте на шкале, приведенной ниже число, которое характеризует то, как вы обычно думаете, а не то, как думаете сейчас. Напишите присвоенный номер перед каждой мыслью”.

Рейтинговая шкала:

Обычно я так не думаю

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 Обычно я думаю именно так

1. Я стану толстой.
2. Если я не буду есть, то потеряю контроль.
3. Моя одежда больше не будет обтягивающей.
4. Ничего страшного, если я продолжу есть.
5. Если я поем, это остановит боль.
6. Это не я делаю это.
7. Я становлюсь все тяжелее и тяжелее.
8. Я заслужила что-нибудь вкусненькое.
9. Когда я ем, я перестаю чувствовать одиночество.
10. Я съем еще совсем чуть-чуть.
11. Порыв наестся сильнее, чем моя сила воли.
12. В моей жизни все связано с перееданием.
13. Я набираю вес.
14. Я не контролирую себя.
15. Если я ем, то мне комфортно, это способ быть приятной самой себе.

1. Сидите на диете, чтобы сбросить вес или предотвратить его увеличение.
2. Едите большое количество еды только когда вы одни.
3. Носите мешковатую одежду, чтобы скрыть свои формы от окружающих.
4. Коллекционируете рецепты.
5. Вилкой или ложкой берете только маленький кусочек пищи.
6. Говорите о еде.
7. Наедаетесь большим количеством низкокалорийной пищи.
8. Избегаете взвешиваться.
9. Избегаете совместные примерочные.
10. Готовите деликатесные блюда.
11. Съедаете больше, чем намеревались.
12. Покупаете много пищи с большим содержанием жира, сахара и углеводов.
13. Едите только безопасную пищу (т.е. низкокалорийную или знакомую).
14. Едите медленно.
15. Читаете кулинарные журналы и книги.
16. Носите просторную одежду.
17. Смотрите по телевизору кулинарные программы.
18. Едите диетическую пищу.
19. Съедаете большие порции высококалорийной пищи.

20. Продолжаете спонтанное поедание большого количества еды, при этом теряете контроль над тем, сколько и что съедено.

21. Избегаете обращать внимание на свой вес и фигуру.

22. Часами готовите пищу.

23. Едите до тех пор, пока не почувствуете тошноту (пресыщение).

24. Избегаете носить точно подогнанную под вас одежду.

25. Едите только когда вы одни.

26. Избегаете смотреть на свое тело в душе или ванной.

27. Едите больше, чем другие при тех же обстоятельствах.

28. Устанавливаете правила о том, что можно, а чего нельзя есть.

29. Носите большие мешковатые свитера.

30. Избегаете есть пищу, если не знаете, сколько в ней калорий.

31. Долго жуете пищу, перед тем как проглотить.

32. Устанавливаете себе строгий лимит калорий в день.

33. Избегаете смотреть на свое тело в зеркало.

34. Проверяете калорийность пищи, прежде чем купить ее.

35. Носите одежду, которая на размер или несколько размеров больше вашего.

Ключи:

Часть 1. Мысли

Шкала “Негативные мысли”: пункты 1, 3, 7, 13, 16, 20, 23

Шкала “Позитивные мысли”: пункты 2, 5, 6, 9, 12, 17, 18, 21, 22, 24

Шкала “Позволяющие мысли”: пункты 4, 8, 10, 11, 14, 15, 19

Часть 2. Паттерны поведения

Шкала “Диета”: пункты 1, 7, 13, 18, 28, 30, 32, 34

Шкала “Переедание”: пункты 2, 11, 12, 19, 20, 25, 27

Шкала “Одежда”: пункты 3, 16, 24, 29, 35

Шкала “Вес и форма”: пункты 8, 9, 21, 26, 33

Шкала “Поведение, связанное с пищей”: пункты 4, 6, 10, 15, 17, 22

Шкала “Процесс употребления пищи”: пункты 5, 14, 23, 31

Необходимо сложить ответы на пункты по каждой шкале и разделить на количество пунктов.

ADAPTATION OF RUSSIAN-LANGUAGE VERSION OF “THOUGHTS AND BEHAVIORAL QUESTIONNAIRE” FOR OBESE PERSONS

A.V. Anykina*, T.A. Rebeco**

*Post-graduate student, psychological department, SUHS, Moscow

**PhD, head of laboratory of psychological and psychophysiological of individuality after V.D. Nebylitsin, Psychological institute of RAS

The adaptation of “Thoughts and Behavioral questionnaire” by M. Cooper, G. Todd, R. Woolrich which is used for food behavior disorder diagnosis on Russian-Language sample is presented. The adapted version of the questionnaire satisfying the requirements of psychometric standards is obtained. The structure of Russian-version questionnaire has been analyzed by means of factor analysis. 9-factors structure of the original describing such thoughts and behavioral patterns as: “Negative thoughts”, “Positive thoughts”, “Permissive thoughts”, “Diet”, “Overeating”, “Clothes”, “Weight and shape”, “Food-connected behavior”, “Food usage process” has been reproduced. Cognitive and behavioral peculiarities of women suffering with food behavior disorder due to overeating ($n = 66$, mean weight – 87.5 kg) are revealed; the comparison with women without any problems with excess weight ($n = 39$, mean weight 59.0 kg) is done. The results of the conducted procedures reveal that Russian-language version of the questionnaire is valid, reliable and can be used for research purposes and in practice as well.

Key words: models of eating behavior, compulsive eating behavior, obesity, affective, regulative and communicative aspects of eating behavior, cognitive and behavior characteristics, psychometrics.