

О.А. Ильчик, С.В. Сивуха, О.А. Скугаревский, С. Суихи
Русскоязычная адаптация методики «Шкала оценки пищевого поведения»

Представлены результаты психометрической адаптации скринингового инструмента «Шкалы оценки пищевого поведения» (ШОПП, EDI) для оценки характерных признаков при нервной анорексии и нервной булимии. В исследовании приняли участие 230 студенток вузов, техникумов, училищ г. Минска и 42 больных с нарушениями пищевого поведения DSM-IV (с диагнозом нервная анорексия ограничительный подтип 29 пациенток, а с диагнозом нервная булимия – 13). В процессе работы с методикой выполнен перевод ее текста на русский язык; собраны данные с использованием ШОПП и содержательно связанных с ней опросников; проведена конструктивная, критериальная, конвергентная и дискриминантная валидизация шкалы. Исследование свидетельствует, что Шкала оценки пищевого поведения (ШОПП) представляет собой надежный и валидный психометрический инструмент. Анализ факторной структуры ШОПП позволил выделить 7 субшкал («Стремление к худобе», «Булимия», «Неудовлетворенность телом», «Неэффективность», «Перфекционизм», «Недоверие в межличностных отношениях», «Интерцептивная некомпетентность»), использование которых возможно в отечественных условиях в дальнейших исследованиях нарушений пищевого поведения.

На сегодняшний день психологическая наука располагает результатами значительного количества теоретических, экспериментальных и методологических исследований по проблеме нарушений пищевого поведения (НПП). В литературе обсуждаются биологические, психологические и социокультурные факторы, которые предрасполагают к появлению заболевания. Немногие заболевания кажутся настолько необъяснимыми и с большим количеством запутанных, глубоких, скрытых психологических мотивов.

Все больше исследователи сходятся на том, что расстройства пищевого поведения возникают под влиянием как генетических, так и социальных факторов. Близнецовые исследования [7] показали, что доля наследственной предрасположенности при нервной анорексии (НА) составляет от 33% до 84%, а при нервной булимии (НБ) – от 28% до 83%. Так, было показано, что переедание, самостоятельное провоцирование рвоты, стремление к худобе, а также искажение образа собственного тела, гибкость поведения, спонтанность самовыражения находятся под генетическим контролем [7, 16].

Между тем доказано, что риск развития расстройства приема пищи в большей степени подвержены лица, соблюдающие диету, вследствие чего

может произойти растормаживание пищевого поведения [9, 16, 24]. Неудовлетворенность собственным телом в сочетании с низким самоуважением являются главной причиной запуска механизма нарушения пищевого поведения [19, 21, 23].

Социальное давление в отношении похудения сочетается с конкретными индивидуальными факторами, такими как низкая самооценка, ведущая у большинства женщин к ограничению потребления калорий и выбора продуктов [12]. В свою очередь связь стройности и женственности усилена средствами массовой информации. Культуральный миф суперженщины воплощает образ, который включает в себя обязанности от жены и матери к работающей женщине, не ставя под угрозу качество внешности ни в одной из ее ролей. Эти нереалистичные ожидания повлекли за собой рост нарушений пищевого поведения [23, 25].

Сложная структура расстройств пищевого поведения затрудняет попытки проанализировать отдельное влияние природы и воспитания в их этиологии. Значимыми психологическими характеристиками и поведенческими стереотипами в развитии как нервной анорексии, так и нервной булимии выступают: стремление к изоляции, разочарование, чувство бессилия и страха перед взрослением, ослабленная чувствительность к внутренним сигналам, а также стремление к совершенству. Подростковый возраст, на который выпадает начало заболевания, влечет за собой большое количество как физических, так и личностных изменений. Неспособность справиться с напряжением в результате значительного числа нормативных изменений жизни приводит к болезни, которая предоставляет «иллюзию безопасности».

Существует несколько теоретических подходов, объясняющих развитие данного расстройства. Так, сторонники психоаналитического направления (Bruch, Russel, Crisp) обращают внимание на влияние раннего опыта неудачных отношений с матерью, делая акцент на болезненном страхе полноты как основном психопатологическом феномене [22]. Когнитивная

модель предполагает, что озабоченность формой и массой тела опосредует взаимосвязь самооценки и диетических ограничений [7, 10, 11, 12].

М. Strober [22] предлагает рассматривать нервную анорексию в контексте кризиса взросления. Он видит корни анорексии в унаследованных особенностях личности, которые жестко ограничивают адаптацию молодой девушки к трудностям пубертатного периода. Кризис выражается в аномальных представлениях о собственном теле. Биологическая (уменьшение тела в размерах) и психическая регрессия позволяет скрываться от нависающей угрозы в воображаемой психической «безопасности». С одной стороны тело есть естественный показатель развития и роста, конструктивной энергии, с другой – метафора и символ болезни и дистресса.

Современные представления о нарушениях пищевого поведения укладываются в биопсихосоциальный подход (Garner (1985), Johnson и Connors (1987), Hsu (1990), Tobin (1991)), который сочетает в себе биологические, наследственные, психологические, социокультуральные, индивидуальные и семейные факторы. Комплексное влияние этих причин на поведение, связанное с приемом пищи, стимулирует развитие расстройства пищевого поведения у конкретной личности. Такие факторы как семейная история и биология объединяются, угрожая чувству собственного достоинства, самоэффективности и стабильности эмоционального состояния. Социокультурные нормативы стройного тела поощряют диету, которая приводит к потере веса и голоданию.

Таким образом, подходы к пониманию развития нарушений пищевого поведения неоднозначны. При выявлении группы риска и разработке эффективных превентивных и коррекционных мероприятий важно учитывать как медицинские аспекты, так и социальные, культуральные, психологические детерминанты заболевания. Поскольку расстройством пищевого поведения страдают в основном девушки и молодые женщины, следует учитывать ближайшие и отдаленные последствия, которые приводят к значимому ухудшению соматического здоровья и психологического

функционирования. Это, в свою очередь, влияет на демографическую ситуацию, так как указанное расстройство негативно влияет на фертильность.

Нарушения пищевого поведения представляют собой широкий спектр состояний от ограничительного поведения до переедания. В развитии болезни сохраняется возможность перехода от одного состоянию к другому. В практической деятельности существенные диагностические затруднения зачастую обусловлены присутствием симптоматики, характерной как для нервной анорексии, так и для нервной булимии. DSM-IV гибко дифференцирует НА и НБ с учетом психологических проблем пациента и поведенческих стереотипов. Так, НА подразделяется на два подтипа: ограничительный и с эпизодами переедания/очистительного поведения. В картине НБ различают очистительный и неочистительный подтипы. Наличие эпизодов переедания и очистительного поведения привносит в картину заболевания специфические психологические характеристики: импульсивность, использование психоактивных веществ, суицидальные попытки, самодеструктивное поведение, склонность к воровству. Использование множественных критериев указанных расстройств позволяет более точно определять феномены пищевого поведения, а также обращать внимание на потенциально нуждающихся в медицинской помощи, когда расстройство еще не достигло полного развития.

Клинические исследования последних лет указывают на то, что раннее выявление пациентов с нарушениями пищевого поведения является важным условием эффективной помощи таким людям. В нашей стране уже разработаны и адаптированы психометрические инструменты для оценки феноменологии НПП и образа собственного тела, широко используемые в мировой практике [7, 14]. Целью настоящей работы была психометрическая адаптация скринингового инструмента «Шкалы оценки пищевого поведения» (ШОПП) (Eating Disorder Inventory, EDI) [18] для оценки характерных признаков при нервной анорексии и нервной булимии.

Для достижения этой цели была сконструирована выборка испытуемых; собраны данные с использованием ШОПП и содержательно связанных с ней опросников; проведена конструктивная, критериальная, конвергентная и дискриминантная валидизация шкалы.

EDI (ШОПП) был впервые опубликован в 1983 году D.M. Garner, M.P. Olmstead, J.P. Polivy. Основная цель была в том, чтобы не только показать различие физиологических, поведенческих и личностных характеристик между подгруппами пациентов с клинически значимыми девиациями в пищевом поведении, но и разделить лиц с субклиническими формами расстройств и практически здоровых [18]. Респонденты должны оценить по 6-балльной шкале частоту определенных действий, мыслей или чувств. При подсчете суммарного показателя за ответы «всегда», «обычно» и «часто» начисляются соответственно 3, 2 и 1 балл; за ответы «иногда», «редко» и «никогда» баллы не начисляются. Ряд утверждений имеют обратное направление оценки. Оригинальная версия Eating Disorder Inventory состояла из 64 утверждений, распределенных по 8-ми субшкалам:

- 1) стремление к худобе: чрезмерное беспокойство о весе и систематические попытки похудеть.
- 2) булимия: побуждение к наличию эпизодов переедания и очищения.
- 3) неудовлетворенность телом: определенные части тела (бедро, грудь и ягодицы) воспринимаются как чрезмерно толстые.
- 4) неэффективность: ощущение общей неадекватности (имеется в виду чувство одиночества, отсутствие ощущения безопасности) и неспособности контролировать собственную жизнь.
- 5) перфекционизм: неадекватно завышенные ожидания в отношении высоких достижений; неспособность прощать себе недостатки.
- 6) недоверие в межличностных отношениях: чувство отстраненности от контактов с окружающими.
- 7) интероцептивная некомпетентность: дефицит уверенности в отношении распознавания чувства голода и насыщения.

8) страх зрелости: желание вернуться в ощущение безопасности детских лет.

В 1991 году Garner создал вторую версию опросника, куда вошли три новых фактора: аскетичность, регуляция влечений и социальная неуверенность [24]. Welch (1988, 1990) в своем исследовании выделил в опроснике 3 фактора. Опыт применения ШОПП S. Criguillion-Doublet (1995) на 187 пациентах защищает восьмифакторную структуру, которая соответствует изначальному конструкту Garner [18]. Таким образом, нет согласованности в оценке факторной структуры инструмента между различными исследователями.

За многолетнюю историю использования ШОПП в различных культурах (США, Швейцарии, Германии и т.д.) показано, что опросник может быть использован: 1) для психопатологической оценки поведения, чувств и физиологических симптомов при нервной анорексии, нервной булимии; 2) в качестве скринингового инструмента диагностики девиаций пищевого поведения в популяции; 3) для оценки эффективности результатов лечения [18].

Испытуемые и процедура. В исследовании приняли участие 230 студенток вузов, техникумов, училищ г. Минска. Условиями включения в выборку были удовлетворительный уровень социальной адаптации, по мнению исследователя. Девушки давали устное согласие на участие в исследовании, после чего заполняли пакет опросников. Средний возраст обследованных составил $20,23 \pm 0,099$ лет. Для проведения критериальной валидации ШОПП было дополнительно обследовано 42 больных с нарушениями пищевого поведения DSM-IV (с диагнозом нервная анорексия ограничительный подтип 29 пациенток, а с диагнозом нервная булимия – 13).

Каждая участница исследования анонимно заполнила пакет опросников: скрининговый опросник пищевых предпочтений (ОПП-26); вопросник для оценки выраженности булимических тенденций (составлен из критериев для диагностики компульсивного переедания в классификации DSM-IV (в

редакции Скугаревского О.А.); опросник образа собственного тела (ООСТ); опросник самооотношения В. В. Столина; Торонтскую Алекситимическую шкалу; многомерную шкалу перфекционизма П. Хьюитта и Г. Флетта, опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R).

Статистический анализ полученных результатов производился с использованием статистического пакета SPSS 13.0.

Конструктивная валидность. При конструировании субшкал адаптированного опросника мы исходили, во-первых, из формальных показателей конструктивной валидности (факторных нагрузок), во-вторых, из содержательных соображений и, в-третьих, из результатов критериальной валидации. Для оценки конструктивной валидности шкалы ее пункты были преобразованы в дихотомические и подвергнуты анализу главных компонент с Varimax-вращением. Индекс Кайзера-Майера-Олкина, интерпретируемый как мера взаимосвязанности переменных, составил 0,88. По конвенционально принятым критериям выделено 7 факторов (главных компонент), в совокупности объясняющих 48,3 % общей дисперсии. Однако пункты распределились по факторам не совсем так, как указывают создатели оригинальной шкалы. Особенно проблемным оказался 8-й фактор, включавший пункты субшкалы «Страх зрелости». Он объяснял незначительную долю дисперсии (1,7 %), а соответствующая шкала не имела статистически значимых корреляций с другими субшкалами и диагнозом. По этой причине субшкала была исключена из опросника.

Для оценки дискриминативной способности субшкал белорусской версии опросника необходима их критериальная валидация (см. ниже). Решение о включении вопросов в ту или иную субшкалу должно приниматься не только на основании факторного анализа, но и с учетом вклада каждого пункта в способность субшкалы различать больных и здоровых.

Первый фактор – «Стремление к худобе» – объединил 5 из 7 первоначальных пунктов по D.M. Garner. Пункты оригинальной субшкалы

«Если я набираю 500 грамм, то боюсь дальше продолжать толстеть» (EDI, №49) и «Я собираюсь сесть на диету» (EDI, №7) при факторизации не попали ни в один из факторов, хотя очевидная валидность их высока.

Второй фактор – «Булимия» – включил все пункты из соответствующей субшкалы D.M. Garner, а также один из пунктов оригинальной субшкалы «Интероцептивная некомпетентность». Формулировка пункта №64 (EDI) («Когда я взволнован, то боюсь, что начну есть»), отражающий типичное поведенческое проявление нервной булимии. Включение утверждения значительно повысило внутреннюю согласованность и дискриминирующую способность субшкалы «Булимия».

Третий фактор – «Неудовлетворенность телом» – включил все пункты оригинальной субшкалы.

Четвертый фактор – «Неэффективность» – объединил 7 из 10 пунктов опросника EDI. Утверждения «Я чувствую себя бесполезным» (EDI, №10) и «Я чувствую себя эмоционально опустошенным» (EDI, №56) были сохранены в субшкале «Неэффективность» несмотря на то, что по результатам факторного анализа они попали в субшкалу «Интероцептивная некомпетентность». Утверждение «Я нахожу, что достоин уважения» (EDI, №50) отрицательно коррелировало с другими пунктами субшкалы (-0,581) и было исключено из субшкалы «Неэффективность».

Пятый («Перфекционизм») и шестой («Недоверие в межличностных отношениях») факторы объединили все пункты оригинальных субшкал.

В седьмой фактор – «Интероцептивная некомпетентность» – вошли 9 пунктов из 10 субшкалы D.M. Garner. Пункт «Когда я взволнован, то боюсь, что начну есть» (EDI, №64), принадлежащий данной субшкале в оригинальном варианте, был отнесен в субшкалу «Булимия». Изъятие этого пункта несущественно повлияло на внутреннюю согласованность субшкалы «Интероцептивная некомпетентность».

Критериальная валидность. Имеющиеся данные о критериальной валидности оригинального опросника ШОПП ограничены. Есть информация

о том, что дискриминантный анализ субшкалы «Булимия» корректно классифицирует больных НА ограничительного подтипа и НБ в 85 % случаев [18]. В нашем распоряжении не было данных о критериальной валидности других шкал. Однако для каждой оригинальной субшкалы в литературе [18] приведены описательные статистики, рассчитанные в группах больных НА ограничительного подтипа, больных нервной булимией, излечившихся и в контрольной выборке. Эти данные могут использоваться для оценки величин статистических эффектов – стандартизованных разностей средних в критериальной и контрольной группах [20].

Стандартные отклонения большинства шкал опросника в критериальных и контрольной группах не равны. В этой ситуации адекватной мерой величины статистического эффекта является Δ Гласса:

$$\Delta = \frac{M_1 - M_2}{s_2},$$

где M_1 и M_2 – средние арифметические в критериальной и контрольной группах, s_2 – стандартное отклонение в контрольной группе.

В спорных случаях, когда пункт субшкалы попадал в иной фактор, чем предполагалось в оригинальной версии опросника, мы рассчитывали статистические эффекты (способность различать больных и здоровых) с данным пунктом и без него и выбирали наилучшее решение. Это позволило выделить содержательно гомогенные, имеющие хорошую интерпретацию и дискриминантные субшкалы.

Четыре из семи субшкал (стремление к худобе, неэффективность, перфекционизм и межличностное недоверие) по данным американских авторов обладают более высокой дискриминирующей способностью, чем субшкалы, адаптированные на белорусской выборке; две ключевые субшкалы («Булимия» и «Неудовлетворенность телом») имеют приблизительно одинаковую дискриминирующую способность; одна субшкала («Интроцептивная некомпетентность») более точно различает больных и здоровых людей в адаптированном варианте опросника (см. табл. 1). Более высокая дискриминирующая способность оригинальных

американских субшкал может быть обусловлена большей гомогенностью клинических групп у респондентов, а также стилистическими различиями перевода.

Табл. 1. Величины статистического эффекта Δ Гласса для оригинальных субшкал Garner et al. 1983 и адаптированных субшкал

Название субшкалы	Адаптированный вариант ШОПШ			Оригинальная шкала D.M. Garnera		
	Больные (N=42)	НА (огр. подтип) (N=29)	Нервная булимия (N=13)	Больные (N=113)	НА (огр. подтип) (N=48)	Нервная булимия (N=65)
1. Стремление к худобе	0,90	0,82	1,07	1,97	- ^a	- ^a
2. Булимия	1,51	0,96	2,75	- ^a	0,21	2,62
3. Неудовлетворенность телом	0,64	0,51	0,93	- ^a	0,52	0,54
4. Неэффективность	0,91	0,61	1,59	3,44	- ^a	- ^a
5. Перфекционизм	0,51	0,49	0,58	1,25	- ^a	- ^a
6. Недоверие в межл. отношениях	0,84	0,75	1,06	1,91	- ^a	- ^a
7. Интероцептивная некомпетентность	1,23	1,04	1,66	0,85	- ^a	- ^a

Примечание: а – данные, необходимые для расчета статистических эффектов, отсутствуют.

Конвергентная и дискриминантная валидность теста. Этот метод валидации предполагает установление теоретически интерпретируемых корреляций с родственными конструктами и отсутствие корреляций с неродственными конструктами. Мы определили группы таких переменных: 1) опросник пищевых предпочтений (ОПП-26) (шкалы: нарушения пищевого поведения, самоконтроль пищевого поведения, озабоченность образом тела и социальное давление в отношении пищевого поведения); 2) опросник образа собственного тела (ООСТ); 3) опросник SCL-90-R (фактор межличностной сензитивности); 4) Торонтская Алекситимическая шкала; 5) многомерная шкала перфекционизма П. Хьюитта и Г. Флетта (шкалы: перфекционизм,

направленный на себя, направленный на других, социально предписанный перфекционизм); 6) опросник самооотношения В. В. Столина; 7) вопросник выраженности булимических тенденций (составлен из диагностических критериев компульсивного переедания в классификации DSM-IV).

Для больных с нарушениями пищевого поведения характерна чрезмерная озабоченность массой тела и систематические попытки похудеть с помощью дезадаптивных методов контроля массы тела. Конвергентная валидность субшкалы «Стремление к худобе» оценивалась по статистическим связям с ООСТ и ОПП-26. Показатели озабоченности весом ОССТ и утверждения субшкалы «Стремление к худобе» ШОПП тесно связаны по смыслу. Предполагалась связь ШОПП со шкалами «Озабоченность образом тела», «Нарушения пищевого поведения» и «Самоконтроль пищевого поведения». Получена средняя статистическая связь субшкалы «Стремление к худобе» с опросником образа собственного тела, $r = 0,52$; сильная – со шкалами «Озабоченность образом тела» опросника пищевых предпочтений, $r = 0,82$; «Нарушениями пищевого поведения», $r = 0,71$; умеренная – с «Самоконтролем пищевого поведения», $r = 0,48$ (все коэффициенты статистически значимы на уровне $p < 0,001$).

Субшкала «Булимия» ШОПП тесно коррелирует со шкалой «Нарушения пищевого поведения» опросника пищевых предпочтений, $r = 0,67$ и умеренно – с вопросами для оценки выраженности булимических тенденций по руководству DSM-IV, $r = 0,53$, $p < 0,001$.

Субшкала «Неудовлетворенность собственным телом» оценивает восприятие респондентом отдельных частей тела (бедра, живот, ягодицы), которые, как правило, субъективно являются «проблемной» зоной для больных. В соответствии с теоретическими ожиданиями субшкала «Неудовлетворенность собственным телом» тесно коррелирует с ООСТ, оценивающим степень неудовлетворенности собственной внешностью, $r = 0,67$, $p < 0,001$. Другим родственным конструктом является шкала опросника ОПП-26 «Озабоченность образом тела», направленная на выявление

неудовлетворенности массой и формой тела. Она умеренно коррелирует с субшкалой «Неудовлетворенность собственным телом», $r = 0,57, p < 0,001$.

Согласно литературным данным, характеристики неэффективного поведения пациенток с НПП неоднозначны. С одной стороны, этим лицам свойственны целеустремленность, честолюбивость, выдержанность, добросовестность и послушание, с другой – ощущение внутренней пустоты, бессмысленность, чувство беспомощности, импульсивность. Образ реального Я расходится с демонстрируемым образом себя. Манипулируя собственным телом в форме приступов обжорства и очищения, девушка на какое-то время восстанавливает чувство собственной эффективности. Опросник самоотношения (ОСО) В. В. Столина позволяет выявить три уровня самоотношения: 1) глобальное самоотношение; 2) самоотношение, дифференцированное по самоуважению, аутосимпатии, самоинтересу и ожиданиям отношения к себе; 3) уровень готовности к действиям по отношению к своему «Я». Установлена тесная статистическая связь субшкалы «Неэффективность» со следующими шкалами опросника (ОСО): интегральное чувство «за» или «против» собственного Я, $r = -0,75$; аутосимпатия, $r = -0,63$; самоуважение, $r = -0,62$; самоуверенность, $r = -0,49$; самопринятие, $r = -0,58$; самопонимание, $r = -0,46$. Умеренная статистическая связь получена со шкалами: самоинтерес, $r = -0,45$; ожидаемое отношение других, $r = -0,44$; самообвинение, $r = 0,42$, саморуководство, $r = -0,33$, (все коэффициенты статистически значимы на уровне $p < 0,001$). Таким образом, субшкала «Неэффективность» измеряет аспект самоотношения, который содержательно объединяет веру в свои силы, способности, энергию, самостоятельность, оценку своих возможностей контролировать собственную жизнь.

Конструкт «Перфекционизм» служит важным элементом когнитивных теорий, объясняющих возникновение и хронификацию НА и НБ. Он может порождать озабоченность формой тела и весом, заставлять девушек придерживаться слишком жестких диетических ограничений и запускать

пищевые срывы. Проблемы пищевого поведения связаны с наличием особой чувствительности к неадекватно высоким ожиданиям других людей, а также установлением недостижимых целей, озабоченностью собственными ошибками. Многомерная шкала перфекционизма П. Хьюитта и Г. Флетта [2] выделяет три составляющих перфекционизма: перфекционизм, ориентированный на себя, перфекционизм, ориентированный на других, социально предписанный перфекционизм. Мы ожидали статистических связей субшкалы «Перфекционизм» ШОПП со шкалами «Перфекционизм направленный на себя» и «Социально предписанный перфекционизм». Результаты соответствовали ожиданиям: в первом случае $r = -0,40$, во втором $r = -0,32, p < 0,001$.

Пациентам с НПП свойственны серьезные проблемы в налаживании контактов с другими людьми. Опросник SCL-90-R (фактор межличностной сензитивности) диагностирует дискомфорт и чувство беспокойства в процессе межличностного взаимодействия и потому должен тесно коррелировать с субшкалой «Недоверие в межличностных отношениях». Вопреки ожиданиям, выявлена умеренная статистическая связь, $r = 0,33, p < 0,001$.

Пациентам с НПП часто не удается дифференцированно воспринимать свое внутреннее состояние и осознавать его. Сложности возникают также при идентификации чувства голода и насыщения. Теоретически ожидается наличие статистической связи между субшкалой «Интероцептивная некомпетентность» и Торонтской Алекситимической шкалой, которая определяет трудности в описании собственных переживаний и сложности в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями. Установлена умеренная статистическая связь, $r = 0,52, p < 0,001$.

Большинство субшкал тесно коррелируют друг с другом (см. табл. 2).

Табл. 2 Корреляции между субшкалами ШОПП

Название субшкал	Стремл. к	Булимия	Удовлетв.	Неэффек-	Перфек-	Недовер.
------------------	-----------	---------	-----------	----------	---------	----------

	худобе		телом	тивность	ционизм	в межл. отнош.
Булимия	,635					
Удовлетвор. телом	,596	,529				
Неэффективность	,499	,564	,604			
Перфекционизм	,227	,332	,090	,191		
Недоверие в межл. отношениях	,380	,417	,491	,550	,189	
Интерцептивная компетентность	,472	,580	,473	,609	,342	,479

Примечание: все коэффициенты корреляции статистически значимы на уровне $p < 0,001$.

Тесные связи (по Дж. Коэну) выделены полужирным шрифтом.

Надежность теста оценивалась как внутренняя согласованность пунктов. Показатели (табл. 3) альфа Кронбаха лежат в пределах от 0,58 до 0,86. Как и средние коэффициенты корреляции между пунктами, они не уступают показателям оригинального теста EDI и свидетельствуют о хорошей надежности ШОПП.

Табл. 3. Показатели надежности адаптированных субшкал ШОПП

Название субшкалы	Средн. коррел. между пунктами	Коэффициент альфа Кронбаха ($N=272$)
1. Стремление к худобе	,405	,771
2. Булимия	,463	,859
3. Неудовлетворенность телом	,381	,844
4. Неэффективность	,350	,791
5. Перфекционизм	,288	,582
6. Недоверие в межл. отношениях	,250	,692
7. Интерцептивная некомпетентность	,280	,774

Тестовые нормы. Сырые баллы субшкал ШОПП были переведены в стеноны [1].

Тестовые нормы приведены в приложении 2.

Выводы

1. Шкала оценки пищевого поведения является надежным и валидным психометрическим инструментом, пригодным для скрининговой оценки нарушений пищевого поведения в отечественных условиях.

2. Шкала позволяет оценить не только выраженность клинических признаки (чрезмерное беспокойство о весе, наличия эпизодов переедания и очистительного поведения) значимые для диагностических оценок, но также присущие расстройству психологические характеристики и поведенческие стереотипы (перфекционизм, ощущение общей неадекватности, чувство отстраненности от контактов с окружающими, оценке способности четко дифференцировать свои внутренние ощущения).

3. ШОПП имеет семифакторную структуру. По сравнению с американской версией шкалы в адаптированном русскоязычном варианте субшкалы «Булимия» и «Неудовлетворенность телом» имеют более высокую дискриминирующую способность, а субшкала «Интероцептивная некомпетентность» точнее дифференцирует больных и здоровых людей.

Литература:

1. Бодалев, А. А. Общая психодиагностика /А.А. Бодалев, В.В. Столин.– СПб: Речь, 2000. –440 с.
2. Грачев, И. И. Адаптация методики «Многомерная шкала перфекционизма» П. Хьюитта и Г. Флетта / И. И. Грачев // Психологический журнал. 2006. – № 6. – С. 73–89.
3. Коркина, М.В. Нервная анорексия /М.В. Коркина, М.А. Цивилько, В.В. Мариллов. Москва, 1986. – 172 с.
4. Малкина-Пых, И.Г. Терапия пищевого поведения / И.Г. Малкина-Пых. – Москва: Эксмо, 2007. –1040 с.
5. Методы диагностики нарушений пищевого поведения / О.А.Скугаревский // Инструкция по применению. – Минск, 2005.
6. Практическая психодиагностика. Методики и тесты./ Под ред. Д.Я. Райгородского. Самара, 2001. – 672с.
7. Скугаревский, О.А. Нарушения пищевого поведения / О.А. Скугаревский. Минск: БГМУ, 2007. – 340 с.

8. Скугаревский, О.А. Системная оценка стереотипов пищевого поведения у студенток БГМУ / О.А.Скугаревский // Белорусский медицинский журнал. 2005. – №1. – С. 91–94.
9. Скугаревский, О.А. Дефицит массы тела у девушек-подростков: причины и последствия / О.А. Скугаревский // Известия национальной академии наук Беларуси. Серия медицинских наук. 2007. – №3. – С. 36–44.
10. Скугаревский, О.А. Образ собственного тела: его компоненты и их динамика в онтогенезе /О.А. Скугаревский//. Сообщение 1 // Психотерапия и клиническая психология. 2004. – №2 (9). – С. 12–16.
11. Скугаревский, О.А. Динамика образа собственного тела в зрелом и пожилом возрасте и ее механизмы /О.А. Скугаревский//. Сообщение 2 // Психотерапия и клиническая психология. 2004. – №3 (10). – С. 4–7.
12. Скугаревский, О.А. Озабоченность формой и массой своего тела: может ли изменение стиля питания повлиять на самооценку? / О.А.Скугаревский // Медицинская панорама. 2007.- №8. – С. 3–7.
13. Скугаревский, О.А. Образ собственного тела /О.А. Скугаревский//Медицинские новости. 2004. – №7. С. 21–26.
14. Скугаревский, О. А. Нарушения пищевого поведения и возможность их скрининговой оценки /О.А. Скугаревский, С.В. Сивуха // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. 2003. – №3. – С. 41–44.
15. Терапевтическая тактика при нарушениях пищевого поведения // Скугаревский О.А. / Инструкция по применению. БГМУ. – Минск, 2005.
16. Collier, D. A., Treasure Этиология расстройств пищевого поведения / D.A. Collier and Treasure // Обзор современной психиатрии. 2006. – №3 (29). – С. 5–7.
17. Goodsitt, A. Eating disorders: A self-psychological perspective / Goodsitt A. // Handbook of treatment for eating disorders / Garner D.M., Garfinkel P. E. (Eds.) New York-London: Basic Books, 1986. – P. 205–228
18. Garner, D. M. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia / D.M. Garner, M.P. Olmstedt & J. Polivy// International Journal of Eating Disorders. 1983. – No. 2. – P.15–34.
19. Hausenblas, H.A. Fallen E.A. Relationship among body image, exercise behavior, and exercise dependence symptoms / H.A. Hausenblas, E.A. Fallen // International Journal of Eating Disorders. 2002. – Vol. 32. – P. 179–185.
20. Kline, R. Beyond significance testing: Performing data analysis methods in behavioral research / R. Kline // Washington, DC: APA, 2004.
21. Lewinsahn, P.M. Gender differences in eating disorders symptoms in young adults /P.M. Lewinsahn, J.R.Suley, K.C. Moerk, R.H. Striegel-Moore // International Journal of Eating Disorders. 2002. – Vol. 32. – P. 426–440.
22. Strober, M. Consultation and therapeutic engagement in severe anorexia nervosa / M. Strober // Handbook of treatment for eating disorders / D.M. Garner, P.E. Garfinkel (Eds.) New York-London: Basic Books, 1986. – P. 229–247.

23. Striegel-Moore, H. Etiology of binge eating: A developmental perspective / H. Striegel-Moore / Binge eating: nature, assessment, and treatment / Fairburn C. G, Wilson G. T. New York, London. 2002. P. 144–205.
24. Tuschen, B. Beeinflusst die Stimmung den Appetit? / B. Tuschen, I. Florin, R. Baucke, // Zeitschrift fuer klinische psychologie. – 1993. Nu. 3. S. 315–321.
25. Yalom, I.D. Treating eating disorders / I.D. Yalom San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1996.

Приложение 1. Адаптированный вариант Шкалы оценки пищевого поведения

Адаптированная шкала оценки пищевого поведения состоит из 51 утверждения, разделенного на 7 субшкал. Утверждения сформулированы от первого лица. Респонденты должны оценить по 6-балльной шкале частоту определенных действий, мыслей или чувств. При подсчете суммарного показателя за ответы «всегда», «обычно» и «часто» начисляются соответственно 3, 2 и 1 балл; за ответы «иногда», «редко» и «никогда» баллы не начисляются. Ряд утверждений имеют обратное направление оценки (1, 9, 11, 13, 14, 15, 17, 19, 23, 24, 29, 33, 43).

Инструкция: Эта шкала измеряет различные предпочтения, ощущения и поведение. Некоторые пункты имеют отношение к еде и продуктам питания. Другие касаются ваших личных ощущений в отношении себя. Не существует правильных или неправильных ответов. Постарайтесь быть полностью искренними в своих ответах. Результаты строго конфиденциальны. Прочтите каждый вопрос и поставьте (x) в колонке (всегда, обычно, часто, иногда, редко, никогда), который наиболее соответствует вашему суждению. Пожалуйста, читайте каждый вопрос внимательно.

Опросник

1. Я ем конфеты и углеводы, не испытывая напряжения.
2. Я считаю, что мой живот слишком толстый.
3. Я ем, когда взволнован (растерян).
4. Я объедаюсь.
5. Я боюсь испытывать сильные эмоции.
6. Я считаю, что мои бедра слишком толстые.
7. Я чувствую себя бесполезным.
8. Я чувствую себя чрезмерно виноватым после того, как слишком много съел.
9. Я полагаю, что размер моего желудка в пределах нормы.
10. В моей семье учитываются только огромные достижения.
11. Я выражаю мои эмоции открыто.
12. Я испытываю ужас от возможности растолстеть.
13. Я доверяю другим людям.
14. Я удовлетворен моей внешностью.
15. В целом, я чувствую, что контролирую мою жизнь.
16. При столкновении с собственными эмоциями, я испытываю замешательство.
17. Я легко общаюсь с другими.
18. Я преувеличиваю важность веса.
19. Я могу четко определять эмоции, которые чувствую.
20. Я не чувствую себя на высоте.
21. У меня были такие приемы пищи, при которых я чувствовал, что не могу остановиться.
22. Когда я был маленьким, то делал все, чтобы не разочаровать своих родителей и учителей.
23. У меня близкие отношения с людьми.
24. Мне нравится форма моих ягодиц.

25. Я все время думаю о похудении.
26. Я не знаю, что со мной происходит.
27. Я беспокоюсь, выражая мои эмоции другим.
28. Когда я что-либо делаю, то хочу быть лучше других.
29. Я уверен в себе.
30. Я думаю о переедании.
31. Я не могу точно понять, голоден я или нет.
32. Я низко себя оцениваю.
33. Я чувствую, что я могу достигать мои цели.
34. Мои родители всегда ожидают, что я буду лучшим.
35. Я беспокоюсь, что мои чувства выйдут из-под моего контроля.
36. Я нахожу, что мои бока слишком толстые.
37. Я ем нормально в присутствии других людей и набиваю живот, когда они уходят.
38. Я чувствую вздутие живота после небольшого перекуса.
39. Когда я сильно взволнован, то не знаю: то ли мне грустно, то ли мне страшно, то ли я злюсь.
40. Я думаю, что я должен что-то либо делать идеально, либо вообще не делать.
41. Я думаю вызывать рвоту, чтобы снизить вес.
42. Мне нужно держать людей на определенной дистанции (мне неприятно, если кто-то пытается ко мне приблизиться).
43. Я считаю, что мои бедра нормального размера.
44. Я чувствую себя эмоционально опустошенным.
45. Я могу говорить о своих мыслях и чувствах.
46. Я нахожу, что мои ягодицы слишком толстые.
47. У меня есть чувства, которые я не могу точно определить.
48. Я ем или пью тайком.
49. Я считаю, что мои бока нормального размера.
50. У меня чрезвычайно высокие (амбициозные) цели.
51. Когда я взволнован, то боюсь, что начну есть.

Ключи:

Шкала 1. Стремление к худобе: 1,8,12,18,25.

Шкала 2. Булимия: 3,4,21,30,37,41,48,51.

Шкала 3. Неудовлетворенность телом: 2,6,9,14,24,36,43,46,49.

Шкала 4. Неэффективность: 7,15,20,29,32,33,44.

Шкала 5. Перфекционизм: 10,22,28,34,40,50.

Шкала 6. Недоверие в межл. отношениях: 11,13,17,23,27,42,45.

Шкала 7. Интероцептивная некомпетентность: 5,16,19,26,31,35,38,39,47.

Приложение 2. Описательные характеристики субшкал ШОПП и таблица перевода сырых баллов в стенойны

СТЕНАЙН	1. Стремл. к худобе	2. Булимия	3. Неудовл. телом	4. Неэффек- тивность	5. Перфек.	6. Недовер.	7. Некомпе- тент.
1	—	—	—	—	—	—	—
2	--	--	--	--	--	--	--
3	—	—	—	—	1-2	—	—
4	—	—	1	—	3	1	—
5	1-2	—	2-4	1-2	4-5	2	1
6	3-5	1-2	5-7	3-4	6-8	3-4	2-4
7	6-8	3-6	8-12	5-7	9-10	5-7	5-8
8	9-11	7-13	13-18	8-9	11-12	8-10	9-11
9	12+	14+	19+	10+	13+	11+	12+
Средний балл	3,0	2,0	4,7	2,6	5,3	2,8	2,6
Ст. откл.	3,67	3,92	5,60	3,36	3,83	3,11	3,69

