

плекса. Учитель демонстрирует динамическую модель и в ходе проблемной беседы приводит учащихся к формулировке нового утверждения. Заметим, что использование динамических моделей должно быть направлено на реализацию конкретных дидактических задач с соблюдением принципов научности и системности в обучении. При этом учителю необходимо сформировать у учащихся совершенно четкое представление о том, что все результаты, полученные в ходе эксперимента в динамической геометрии, являются правдоподобными, но не достоверными, и поэтому требуют обязательного доказательства.

*Выводы исследования и перспективы дальнейших изысканий данного направления.* Формирование компьютерной компетентности учителя математики должно входить в систему целей обучения в вузе и на курсах повышения квалификации учителей математики. В Северо-Казахстанском государственном университете им. М. Козыбаева указанные направления в настоящее время реализуются при обучении студентов педагогических специальностей элективному курсу «Информационные технологии обучения математике» [9], основная цель которого сориентировать будущего специалиста в области применения информационных технологий в своей профессиональной деятельности. Содержание курса носит вариативный характер, поскольку стремительное развитие информационных технологий влечет изменение требований к компьютерной компетентности педагога и необходимость своевременного внедрения в содержание курса актуальных вопросов, отражающих современное состояние процесса информатизации образования.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Структура ИКТ-компетентности учителей. Рекомендации ЮНЕСКО. Редакция 2.0. Русский пере-

вод. 2011. 107 с.

2. Беспалов П. В. Компьютерная компетентность в контексте личностно-ориентированного обучения // Педагогика. 2003. №4. С. 41–45.

3. Хеннер Е. К. Компьютерная грамотность и ИКТ-компетентность в системе непрерывного образования // Информатика и образование. 2009. №4. С. 4–9.

4. Жуликов С. Е., Жуликова О. В. Компьютерная компетентность как компонент современной подготовки специалиста // Вестник Тамбовского университета. 2010. Серия: Естественные и технические науки. Том 15. №1. С. 293–294.

5. Далингер В.А. Компьютерная компетентность – основа профессионализма современного учителя математики // Конгресс конференций «Информационные технологии в образовании» (ИТО – 2003). – <http://ito.edu.ru/2003/II/3/II-3-1788.html>

6. Богданова А. В. Модель формирования информационно-коммуникативной компетентности будущих бакалавров педагогического образования с использованием технологий учебных полей // Вектор науки Тольяттинского государственного университета. 2011. № 3. С. 298–303.

7. Рыжикова А. М. Структура формирования информационной компетентности учителя // Вектор науки Тольяттинского государственного университета. Серия: Педагогика, психология. 2012. № 3. С. 189–191.

8. Кучай А. В. Подготовка будущего учителя в современных условиях информационного общества // Вектор науки Тольяттинского государственного университета. Серия: Педагогика, психология. 2010. № 2. С. 78–81.

9. Рванова А. С. Информационные технологии обучения математике. Лабораторный практикум: учебное пособие. Петропавловск: СКГУ им. М. Козыбаева, 2013. 180 с.

#### SOME ASPECTS OF COMPUTER COMPETENCE FORMATION OF MATH TEACHER

© 2014

*A.S. Rvanova*, candidate of pedagogical sciences, associate professor of the department of mathematics and informatics  
*North Kazakhstan State University name M. Kozhybayev, Petropavlovsk (Kazakhstan)*

*Annotation:* Computer competence is a component of the modern teacher professionalism. It is characterized by training teachers to use computer technology in the learning process. In this article some directions of formation of computer competence mathematics teacher at a practical level are considered.

*Keywords:* computer competence, ICT competence, informatization of education, Information Technology mathematics teaching, mathematics teaching.

УДК 159. 922. 7(045)

#### КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ПАТТЕРНЫ ПРИ НАРУШЕНИЯХ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ В КОНТЕКСТЕ СОЦИАЛЬНОЙ ТРЕВОГИ: ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ОПРОСНИК

© 2014

*О.А. Сагалакова*, кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии  
*М.Л. Киселева*, медицинский психолог, магистрант кафедры клинической психологии  
*Алтайский государственный университет, Барнаул (Россия)*

*Аннотация:* В статье представлен авторский психодиагностический опросник «Когнитивно-поведенческие паттерны при нарушениях пищевого поведения», предназначенный для выявления когнитивных и поведенческих особенностей у лиц с нарушениями пищевого поведения и определения групп риска, склонных к расстройствам пищевого поведения, а также для дифференциальной диагностики расстройств «нервная анорексия», «нервная булимия», «компульсивное переедание». Когнитивно-поведенческие паттерны при нарушениях пищевого поведения представлены двумя группами, детерминированными преобладанием либо контроля над пищевым поведением, либо доминантой эмоционального компонента.

*Ключевые слова:* опросник когнитивно-поведенческие паттерны при нарушениях пищевого поведения, психическая ригидность, копинг-стратегии, дисфункциональные убеждения, социальная тревога.

*Постановка проблемы в общем виде и ее связь с важными научными и практическими задачами.* Отдельные нарушения пищевого поведения становятся все более острой проблемой современного общества. Повышающиеся и становящиеся практически недостижимыми стандарты женской красоты приводят к раз-

витию у женщин неуверенности и неудовлетворенности собой и своим внешним видом. Этим объясняется тот факт, что в основе формирования и поддержания нарушения пищевого поведения лежат симптомы дисморфофобии и социофобии. При таком типе нарушения пищевого поведения характерно наличие дезадаптивных

мыслей, касающихся своей внешности и ее восприятия, оценивания другими, а также постоянный мониторинг негативного оценивания, руминации об «улучшении» фигуры [1-4]. По мнению А. Бека, каждое расстройство характеризуется сочетанием убеждений, установок, эмоций и стратегий. Можно получить отличительный профиль каждого из расстройств на основе их когнитивных, эмоциональных и поведенческих особенностей [1; 5-7]. Нарушения пищевого поведения не являются исключением и, имея разные формы выраженности (от наиболее легких проявлений до выраженных расстройств пищевого поведения в виде нервной булимии или анорексии), все они сопровождаются специфическими особенностями мышления и поведения. Наряду с актуальностью проблемы ощущается нехватка русскоязычных опросников, чувствительных не только к психическому расстройству (анорексии, булимии, др.), но и к менее выраженным нарушениям пищевого поведения, которые впоследствии могут трансформироваться в более тяжелую патологию.

*Анализ последних исследований и публикаций, в которых рассматривались аспекты этой проблемы и на которых основываются авторы, показывает следующее.* Когнитивно-поведенческий подход в анализе проблемы тревожно-депрессивных нарушений и расстройств пищевого поведения отмечает ключевую роль убеждений, установок, я-схем, дисфункциональных когнитивных стилей, ошибок мышления (А. Бек, G.T. Wilson, Дж. Янг, др.) [1-6]. Многие авторы отмечают связь расстройств пищевого поведения с метакогнитивными убеждениями, когнитивно-перцептивными искажениями – самофокусировкой внимания, убеждением о непереносимости переживания тревоги и страха оценивания, неприемлемости демонстрации неуверенности другим (А. Велс, Д. Кларк, J.M. Spurr, L. Stora, O.A., Сагалакова, Д.В. Труевцев и др.), также разработаны эффективные техники когнитивно-бихевиоральной терапии расстройств пищевого поведения (W.S. Agras, J.A. Schneider, B. Arnow, S.D. Raeburn, C.F. Telch, др.) [7-15]. В культурно-деятельностном подходе, психологии отмечается важнейшая роль трансформации в мотивационной системе личности («сдвиг мотива на цель»), когда изначально социальный и адекватный мотив «нравиться и быть принятым в группе» редуцируется до цели (соблюдение диеты, физические нагрузки), переставая ей регулироваться, в результате диета становится самоцелью, а желание понравиться и быть принятым «уходит на второй план» или вовсе исчезает. Впоследствии происходит «сдвиг цели на средства» («не есть»), когда мотив трансформируется в непосредственное «влечение», перестает быть мотивом как таковым (Б.В. Зейгарник, Б.С. Братусь, др.).

*Целью статьи является* представление авторского Опросника, основанного на данных методологических подходах. Для описания особенностей нарушения пищевого поведения операционализировано понятие «когнитивно-поведенческие паттерны». Под ними понимаются как устойчивые индивидуальные особенности познавательных процессов, а также набор стереотипных поведенческих реакций или последовательностей действий.

Когнитивно-поведенческие паттерны рассматриваются как комплексное понятие, включающее в себя психическую ригидность, копинг-стратегии, дисфункциональные убеждения [7-10].

*Изложение основного материала исследования с обоснованием полученных научных результатов.* Психодиагностический опросник «Когнитивно-поведенческие паттерны при нарушениях пищевого поведения» (далее Опросник) предназначен для выявления когнитивных и поведенческих особенностей у лиц с нарушениями пищевого поведения, для определения группы риска, склонных к расстройствам пищевого поведения, а также для дифференциальной диагностики таких расстройств как нервная анорексия, нервная булимия, компульсивное переедание. Результаты диагно-

стики целесообразно использовать при индивидуальном консультировании в русле когнитивно-поведенческого подхода по проблеме нарушений пищевого поведения. Опросник включает 103 вопроса и утверждения, сформулированных на основе результатов проведенного пилотажного исследования, а также с учетом диагностических критериев, симптомов и особенностей поведения лиц, склонных и страдающих нарушениями пищевого поведения [6; 11-15]. На вопросы требуется ответить по 4-балльной шкале согласия-несогласия: 0 – «нет» (абсолютно не согласен с утверждением), 1 – «скорее нет» (с некоторыми оговорками не согласен с утверждением), 2 – «скорее да» (с некоторыми оговорками согласен с утверждением), 3 – «да» (вы полностью согласны с утверждением).

**Ключ к Опроснику.** Оценивается выраженность когнитивно-поведенческих паттернов при нарушениях пищевого поведения, определяемых на основе кластерного анализа, по следующей классификации: контроль над употреблением пищи; избегание объективного оценивания веса, в сочетании с приступами переедания; склонность к булимии; ограничительное пищевое поведение, как средство достижения мотива аффилиации; эмоциогенное пищевое поведение; самофокусировка внимания на несовершенствах своего тела; склонность к анорексии. За ответы «нет» (абсолютно не согласен с утверждением) начисляется 0 баллов, за ответы «скорее нет» (с некоторыми оговорками не согласен с утверждением) — 1 балл, за ответы «скорее да» (с некоторыми оговорками согласен с утверждением) — 2 балла, за ответы «да» (вы полностью согласны с утверждением) — 3 балла. Далее подсчитывается суммарный балл по каждой шкале. В рамках данной статьи представим основные шкалы Опросника.

*Шкала 1. Контроль над употреблением пищи.* Основной параметр связан с самоконтролем в сфере пищевого поведения и в области своего тела. Ответы «да» (3 балла) и «скорее да» (2 балла) при ответе на нижеуказанные пункты Опросника демонстрируют преобладание когнитивно-поведенческих паттернов, характеризующихся повышенным контролем над употреблением пищи, сверхвниманием, установлением правил, выдвижением определенных требований к себе, к своему телу, к своему образу питания, что проявляется высокой выраженностью по следующим утверждениям:

1. Диеты помогают мне похудеть или предотвратить увеличение веса;
3. Часто устраиваю себе «разгрузочные» дни;
39. У меня есть самоконтроль в вопросах, связанных с едой;
45. Я соблюдаю диету;
50. Если мой вес начинает нарастать, стараюсь есть меньше обычного;
54. Контролирую количество съеденного;
57. Ем меньше, чтобы не поправиться;
60. Не ем вечерами, потому что слезу за своим весом;
83. Нужно постоянно контролировать себя и свое питание, т.к. я слишком легко могу набрать вес;
99. Обращаю внимание на фигуру окружающих меня людей.

Максимальное количество баллов по данной шкале = 30 (все ответы «да», общее количество пунктов - 10). **10 баллов и меньше** — низкий, **от 11 до 20** — промежуточный, **от 21 до 30 баллов** – высокий уровень выраженности (табл.1).

*Шкала 2. Избегание объективного оценивания веса, в сочетании с приступами переедания.* Основной параметр – стремление не привлекать внимание окружающих к своей фигуре и телу. Девушки стараются избегать ситуаций оценивания, неприметно одеваться, они ограничивают себя в еде, находясь в компании, скромны в проявлении эмоций, вплоть до полного избегания общения в связи с неудовлетворенностью своим телом.

При этом общая неудовлетворенность и сдержанность часто «находят выход» в приступах переедания, проявляющихся только в отсутствии возможных наблюдателей. Это может быть связано со страхом оценивания и важностью мнения окружающих, определяющих мысли и поведение девушек при определенном преобладании данного кластера, который включает в себя следующие утверждения:

2. Я стараюсь избегать взвешивания;
20. Стараюсь не носить сильно облегающую одежду;
53. Мне кажется, что я ем больше, чем другие при тех же обстоятельствах;
59. Мне не нравится носить точно подогнанную под меня одежду;
78. Съедаю большие порции высококалорийной пищи;
81. В компании стараюсь есть как можно меньше, в одиночестве же ем без ограничений;
91. Когда я остаюсь одна, могу съесть очень много;
93. Покупаю много еды с большим содержанием жира, сахара, углеводов;
97. При выборе одежды не всегда на глаз могу определить нужный мне размер;
100. Из-за того, что я недовольна своим телом, я стараюсь избегать общения с другими людьми.

Максимальное количество баллов по данной шкале = 30 (все ответы «да», общее количество пунктов - 10). **10 баллов и меньше** — низкий, **от 11 до 20** — промежуточный, **от 21 до 30** — высокий уровень выраженности (табл.1).

*Шкала 3. Склонность к булимии.* Основной параметр – нарушение контроля во время приема пищи, со склонностью к очистительному поведению. Данная шкала характеризуется сложностью контролирования своего поведения в процессе приема пищи в сочетании с повышенным аппетитом, что проявляется приступами переедания, после которых понижается настроение, появляется чувство вины, обостряется недовольством своим телом. Из опасения растолстеть после еды наблюдается стремление вызывать у себя рвоту и/или появляются попытки ограничивать приёмы пищи – соблюдение диет, применение медикаментов, интенсивные физические нагрузки. Данные приступы осуществляются в одиночестве и воспринимаются как «решение проблемы», способствуя временной стабилизации эмоционального состояния. При высокой выраженности результатов по данной шкале повышается риск развития клинической формы расстройства пищевого поведения в виде нервной булимии. Убеждения, включенные в шкалу:

4. После еды у меня бывает желание вызвать рвоту;
8. Стараюсь не посещать общих примерочных;
10. После еды возникает тошнота/рвота;
34. Мне больше нравится принимать пищу в одиночестве;
38. Я опасаясь, что другие отвергнут меня, так как мое тело несовершенно;
43. Запасаю продукты впрок;
55. Когда я принимаю пищу в одиночестве мне сложнее себя контролировать, чтобы не съесть лишнего;
69. Часто не могу определить, толще или худее я какой-то девушки;
87. Продолжаю спонтанное поедание большого количества еды, при этом теряю контроль над тем, сколько и что съедено.

Максимальное количество баллов по данной шкале = 27 (все ответы «да», общее количество пунктов - 9). **9 баллов и меньше** — низкий, **от 10 до 18** — промежуточный, **от 19 до 27** — высокий уровень выраженности (табл.1).

*Шкала 4. Ограничительное пищевое поведения, как средство достижения мотива аффилиации.* Основной параметр – похудение воспринимается как единственный фактор необходимый для осуществления и реализации потребности в общении, в эмоциональных

контактах, дружбе, любви. Поведение характеризуется уменьшением количества потребляемой пищи, ее калорийности, предпочтение отдается диетическим продуктам, при покупке внимательно изучается состав (белки/жиры/углеводы) и калорийность пищи. При этом наблюдается стремление «баловать» своих близких различными «вкусностями», проявляется интерес в собирании рецептов, желание проводить много времени в поисках определенных продуктов и многочасовых приготовления пищи. Всё это обуславливается доминантой мотива аффилиации и имеющейся потребностью в признании. Убеждения, входящие в кластер:

5. У меня есть таблица низкокалорийной пищи, к которой я часто обращаюсь;
7. Я сверяю свой вес со средним весом в книгах и журналах;
9. Предпочитаю диетические продукты;
11. У меня имеются правила, что и во сколько можно есть;
14. У меня есть строгий лимит калорий в день;
16. Наедаюсь большим количеством низкокалорийной пищи;
23. Я воздерживаюсь от еды, будучи голодной;
26. Я знаю, сколько калорий в пище, которую я ем;
37. Я воздерживаюсь от еды, содержащей сахар;
65. Посещаю сразу несколько продуктовых магазинов, чтобы никто не увидел, какое количество еды я покупаю;
72. В продовольственных магазинах или супермаркетах предпочитаю смотреть на еду, но практически ничего не покупаю;

85. Нельзя рассчитывать на дружбу и любовь других людей, если твоя фигура несовершенно;

95. Если не имеешь идеальной фигуры, вся твоя жизнь будет несчастной.

Максимальное количество баллов по данной шкале = 39 (все ответы «да», общее количество пунктов - 13). **13 баллов и меньше** — низкий, **от 14 до 26** — промежуточный, **от 27 до 39** — высокий уровень выраженности (табл.1).

*Шкала 5. Эмоциогенное нарушение пищевого поведения.* Основной параметр – прием пищи как способ изменить эмоциональное состояние: заедаю страх, могу расслабиться. Стимулом к приему пищи является не голод, а эмоциональный дискомфорт: человек ест не потому, что голоден, а потому, что неспокоен, тревожен, раздражен, у него плохое настроение, он удручен, подавлен, обижен, раздосадован, разочарован, потерпел неудачу, ему скучно, одиноко и т. д. Другими словами, при эмоциогенном пищевом поведении человек заедает свои горести и несчастья, «заедает» свой стресс. При «эмоциогенном переедании» типична неадаптивная схема «Негативное эмоциональное состояние для меня крах», что отражает зависимость пищевого поведения от эмоционального состояния и субъективная непереносимость неудовлетворенности. Лишний вес воспринимается как «балласт на пути к счастью». Наблюдается поглощенность и фиксированность на мыслях о том, как похудеть, стать более привлекательной и достичь идеала, иначе всё обреченно на провал, что связано с доминантой убеждения «люди с лишним весом неудачны и неуспешны». Когнитивно-поведенческие паттерны при эмоциогенном нарушении пищевого поведения определялись по следующей группе вопросов и убеждений:

6. У меня появляется желание есть, когда я раздражена;
12. У меня возникает желание есть, когда мне нечего делать, скучно;
13. Мысли о том, как похудеть и стать более привлекательной не дают мне сосредоточиться на чем-то другом;
22. У меня появляется желание есть, когда я подавлена;

29. У меня возникает желание есть, когда мне одиноко;

36. У меня возникает желание есть, когда меня кто-то подвел и нарушаются планы;

41. Когда мне грустно я балую себя разными вкусами;

46. У меня возникает желание есть, когда я разочарована, когда разрушены надежды;

49. Иногда я не могу уснуть, так как долго думаю о том, как неидеальна моя фигура и что с этим делать;

52. У меня появляется желание есть, когда я предчувствую какую-нибудь неприятность;

58. У меня появляется желание есть, когда я испугана;

64. У меня возникает желание есть, когда что-либо встает на моем пути и что-то не удается;

70. У меня возникает желание есть, когда «все не так», «все валится из рук»;

74. У меня возникает желание есть, когда я встревожена или напряжена;

76. Раньше мне приходила мысль: «Зачем жить, если не имеешь идеальной фигуры»;

79. После тяжелого дня, когда я чувствую себя уставшей, я считаю, что заслужила большую порцию своего любимого блюда;

82. Когда я встревожена мне нужно как-то отвлечься, и это легко у меня получается с помощью еды;

88. Я не имею права на любовь, так как я думаю, что мое тело уродливо;

89. Когда «все не так» и кажется, что ничего не изменится, хочется есть много сладкого, не думая о последствиях;

102. Съедаю больше, чем намеревалась ;

103. Люди с лишним весом неудачны и неуспешны.

Максимальное количество баллов по данной шкале = 63 (все ответы «да», общее количество пунктов - 21). **21 балл и меньше** — низкий, **от 22 до 42** — промежуточный, **от 43 до 63** - высокий уровень выраженности (табл.1).

*Шкала 6. Самофокусировка внимания на недостатках своего тела.* Основной параметр – повышенное внимание и самофокусированность на себе, определяющиеся отвлечением к собственному телу. Наблюдается когнитивная фиксированность на мыслях о несовершенствах своего тела, подобные мысли оцениваются негативно, девушки признают, что такая поглощенность мыслями «об имеющемся в теле жире», о том, как похудеть, мешает думать о чем-то другом. Имеются убеждения о том, что окружающие постоянно обращают внимание и оценивают их фигуру исключительно в негативном ключе, что способствует в их поведении стремлению с помощью определенной одежды не привлекать внимание к своей фигуре. Поглощенность мыслями и желанием похудеть определяются обнадеживающими убеждениями: «как только я похудею, мне будет легче общаться и знакомиться с окружающими», «на стройных девушках любая вещь смотрится идеально». Одним из аспектов фиксированности поведения выступает самофокусировка внимания в ситуациях приема пищи. Когнитивно-поведенческие паттерны следующие:

15. С помощью определенной одежды стараюсь не привлекать внимание к своей фигуре;

21. Меня пугает мысль о том, что я располнею;

25. Мне неприятно смотреть на свое обнаженное тело в зеркало;

30. Я озабочена желанием похудеть;

31. Иногда от переживаний по поводу несовершенства своего тела мне хочется «исчезнуть», «провалиться сквозь землю»;

32. Стараюсь не обращать внимание окружающих на свой вес и фигуру;

33. Когда я занимаюсь спортом, я думаю о том, что сжигаю калории;

35. Я озабочена мыслями об имеющемся в моем теле

жире;

40. Сравниваю свои формы с фигурами других девушек;

48. Ем, пока не почувствую дискомфорт, связанный с переданием;

56. В ряде ситуаций взаимодействия с людьми мне кажется, что другие обращают внимание на недостатки моей фигуры;

63. Я часто озабочена мыслями, как мне похудеть;

66. Я толстая, это отвратительно;

68. Хочу иметь такую же миниатюрную и аккуратную фигуру, как у других девушек;

71. На стройных девушках любая вещь смотрится идеально;

73. Как только я похудею, мне будет легче общаться и знакомиться с окружающими;

94. Я сталкивалась с негативной оценкой своей фигуры от окружающих;

98. Я хочу похудеть, чтобы улучшить свое здоровье.

Максимальное количество баллов по данной шкале = 54 (все ответы «да», общее количество пунктов - 18). **18 баллов и меньше** — низкий, **от 19 до 36** — промежуточный, **от 37 до 54** - высокий уровень выраженности (табл.1).

*Шкала 7. Склонность к анорексии.* Основной параметр – ограничительное пищевое поведение, с целью – похудение «любой ценой». Данный кластер характеризуется недовольством собственной внешности, в связи с убежденностью в наличии мнимой или резко преувеличиваемой полноты и предпринимаемых способах коррекции предполагаемых недостатков. Это выражается, прежде всего, в виде ограничения в еде или сознательном отказе от пищи. Наряду с соблюдением диеты, используются интенсивные физические упражнения, возможен прием слабительных, мочегонных средств, вызывают искусственную рвоту – «моя цель – похудеть, и неважно, как это отразится на моем здоровье». Похудеть — главная цель, но в основе лежит страх. Страх поддаться желанию принимать пищу, чтобы не стать тучными, потерять контроль над своим весом. Такие испытуемые сосредотачиваются на том, как похудеть, ограничивают список блюд, которые могут употреблять. Искаженое мышление проявляется в установках и искаженном самовосприятии: «Я должна стать совершенной, во что бы то ни стало», «Я стану лучше, если подвергну себя лишениям» и «Я не буду чувствовать себя виноватой, если прекращу есть», «Только идеальное стройное тело обеспечит счастливую жизнь в будущем». Переживания возникают вследствие несоответствия «идеала красоты» и собственной внешности. Появляются убеждения, что окружающие критически оценивают, обмениваются насмешливыми репликами – «я не могу думать (теряю мысль или нервничаю) при выступлении перед аудиторией, так как мне кажется, другие негативно оценивают мою внешность», «в глазах окружающих я выгляжу довольно толстой». Имеется повышенный риск развития клинической формы расстройства пищевого поведения в виде нервной анорексии. Данный кластер образован следующими убеждениями:

17. Я испытываю чувство вины после еды;

18. Перед предстоящей вечеринкой, я много думаю о том, как мою фигуру оценят другие;

19. Ем только низкокалорийную или знакомую пищу;

24. Только идеальное стройное тело обеспечит счастливую жизнь в будущем;

27. У меня бывают приступы бесконтрольного употребления пищи, во время которых я не могу себя остановить;

28. Я в особенности воздерживаюсь от еды, содержащей много углеводов (хлеб, конфеты, картофель и т.д.);

42. Я чувствую дискомфорт после того, как поем сладости;

44. Быть худой и привлекательной – фактически, это

одно и то же;

47. Мне нравиться ощущение пустого желудка;

51. Часто отказываюсь от еды и питья из-за того, что беспокоюсь о своем весе;

61. Я не могу думать (теряю мысль или нервничаю) при выступлении перед аудиторией, так как мне кажется, другие негативно оценивают мою внешность;

62. В глазах окружающих я выгляжу довольно толстой;

67. Любые средства хороши, когда стремишься сбросить вес, даже если это может временно повредить здоровью;

73. Как только я похудею, у меня будет много новых знакомств и друзей;

77. Стоит мне сбросить вес, и мужчины просто не смогут не заметить меня;

80. После того, как я похудею, уйдут и мои комплексы;

86. Когда я похудею, моя жизнь кардинально изменится;

90. Я стану счастливее, стоит лишь похудеть;

92. Моя цель – похудеть и неважно, как это отразится на моем здоровье;

96. Я должна похудеть любой ценой;

101. Худоба позволяет выглядеть привлекательнее в глазах окружающих

Максимальное количество баллов по данной шкале = 63 (все ответы «да», общее количество пунктов - 21). **21 балл и меньше** — низкий, **от 22 до 42** — промежуточный, **от 43 до 63** - высокий уровень выраженности (табл.1).

Таблица 1. Описание шкал Опросника на основе балловой оценки результатов диагностики:

Название шкалы	Количество баллов	Краткое описание
1. Контроль над употреблением пищи	0-10	низкий или слабо выраженный контроль в вопросах питания промежуточный уровень выраженности, контроль в определенных ситуациях (с целью предотвратить увеличение веса, поддержания себя в форме) повышенный контроль над употреблением пищи, заочасность мыслями об ограничении своего питания, проявляющаяся вне зависимости от ситуаций
	11-20	
	21-30	
2. Избегание объективного оценивания веса, в сочетании с приступами переедания	0-10	низкий уровень выраженности, ситуации оценивания своей фигуры, веса воспринимаются объективно и не избегаются промежуточный уровень выраженности, ситуации оценивания себя и своей фигуры (опраничение себя в пище в компании, определенный выбор одежды по фасону и цвету) выраженное избегание объективного оценивания веса, вплоть до максимального снижения общения с другими людьми, сопровождающееся наличием приступов переедания, но здесь в одиночестве
	11-20	
	21-30	
3. Склонность к булимии	0-9	низкий уровень выраженности, приступы переедания не наблюдаются или они ситуативно редки промежуточный уровень выраженности, приступы переедания сопровождаются сознательным впоследствии снижением фоном настроения, чувством вины, очистительными процедурами целенаправленно не используются выраженное нарушение контроля во время приема пищи, сопровождающееся негативными аффектом, компенсаторными целенаправленными очистительными процедурами, повышенный риск развития нервной булимии
	10-18	
	19-27	
4. Ограничительное пищевое поведение, как средство достижения мотива аффликации	0-13	низкий уровень, ограничительное пищевое поведение не выражено или выражено слабо промежуточный уровень выраженности ограничительных стратегий в вопросах питания, наличием стремлений со стремлением и желанием «благовольно» купировать излишки своих близких выраженное ограничительное пищевое поведение, мотивированное восприятием идеальной фигуры как «билета в счастье, без которой нельзя рассчитывать на любовь и дружбу окружающих
	14-26	
	27-39	
5. Эмоциогенное нарушение пищевого поведения	0-21	низкий уровень, прием пищи не детерминирован эмоциональными состояниями, возможны некоторые ситуативные проявления промежуточный уровень, «задание» используется в наиболее субъективно тяжелых и переживаемых ситуациях, эмоциональный прием пищи не является стабильным способом совладания выраженная зависимость пищевого поведения от эмоционального состояния, отсутствие адекватных способов совладания с эмоциональными переживаниями
	22-42	
	43-63	
6. Самофокусировка а внимания на недостатках своего тела	0-18	низкий уровень, объективное оценивание как «плохо» так и «хорошо» фигуры и веса промежуточный уровень, фокусировка на недостатках своего тела, не распространяющаяся на ситуации общения и не влияющая на субъективное ощущение принятия другими людьми повышенное внимание и фиксированность на мыслях о несовершенствах своего тела, поточенность мыслями и сильным желанием похудеть, с целью изменить свою жизнь, похудение воспринимается как стимул к тотальным положительным переменам
	19-36	
	37-54	
7. Склонность к анорексии	0-21	низкий уровень выраженности, возможны ограничения, но нет полного сознательного отказа от пищи промежуточный уровень, ограничительное пищевое поведение не в ущерб здоровью выраженное стремление похудеть «любой ценой», повышенный риск развития нервной анорексии
	22-42	
	43-63	

Из описания шкал, а также из учета особенностей, входящих в них убеждений, можно предположить о наличии тесной связи некоторых шкал с социальной тревогой. При проведении исследования нами учитывался тот факт, что социальный страх, тревога в ситуациях оценивания свойственны в той или иной мере всем людям, поэтому следует говорить об интенсивности переживаний относительно имеющихся обстоятельств [10]. Полученные данные испытуемых по опроснику «когнитивно-поведенческие паттерны при нарушениях пищевого поведения» были сопоставлены с их результатами

по опроснику «социальной тревоги и социофобий» О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева [9] методом корреляционного анализа (Табл.2). Также эти данные были рассмотрены нами при проверке разработанной методики по параметру внешней валидности.

Таблица 2. Корреляционный анализ суммарного показателя социальной тревоги со средними значениями по кластерам опросника «Когнитивно-поведенческие паттерны при нарушениях пищевого поведения»

Когнитивно-поведенческие паттерны при нарушениях пищевого поведения	Социальная тревога	
Контроль над употреблением пищи,	-0,20	r=.217
Избегание объективного оценивания веса, в сочетании с приступами переедания,	<b>0,55</b>	<b>p&lt;.0001</b>
Склонность к булимии,	<b>0,32</b>	<b>p=.045</b>
Ограничительное пищевое поведение, как средство достижения мотива аффликации,	-0,03	p=.849
Эмоциогенное пищевое поведение,	<b>0,43</b>	<b>p=.005</b>
Самофокусировка внимания на несовершенствах своего тела,	<b>0,22</b>	<b>p=.175</b>
Склонность к анорексии,	0,04	p=.799

Анализируя полученные данные, можно сделать вывод, что такие кластеры когнитивно-поведенческих паттернов при нарушениях пищевого как «избегание объективного оценивания веса, в сочетании с приступами переедания» и «эмоциогенное пищевое поведение» являются наиболее тревожными и характеризуются наличием тревоги в различных социальных ситуациях («быть в центре внимания, под наблюдением», «при взаимодействии в субъективно экспертных ситуациях»), «при проявлении инициативы в формальных ситуациях») и сопровождаются различными проявлениями, отражающими тревожное состояние («сдержанность в выражении эмоций», «страха отвержения», «блокирование признаков тревоги», «избегание непосредственного контакта»). Внешняя валидность подтверждается высокой корреляцией с отдельными шкалами опросников: «пищевого поведения» М. Купер, «Томский опросник ригидности» Г.В. Залевского [2]. Опросник статистически проверен на надежность по параметру внутренней согласованности (табл.3).

Таблица 3. Альфа Кронбаха (показатель внутренней согласованности пунктов опросника «Когнитивно-поведенческие паттерны при нарушениях пищевого поведения»)

Альфа Кронбаха	Альфа Кронбаха, основанная на стандартизованных пунктах	Количество пунктов
0,967	0,968	103

В связи с тем, что критерий Альфа-Кронбаха показал высокую значимость  $r=0,97$ , можно сказать, что каждый отдельный вопрос измерит признак, на который направлен весь тест, на основании чего можно сделать вывод, что результаты, полученные по опроснику являются достоверными. Далее матрица средних значений – вкладов в кластеры была факторизована (метод главных компонент, поворот факторов Varimax). Это позволило получить данные о типах паттернов пищевого поведения объединить в еще более емкую смысловую структуру. Итак, в результате выявлены два фактора — обобщенных когнитивно-поведенческих паттерна нарушений пищевого поведения, которые условно можно обозначить как «склонность к анорексии» и «склонность к булимии». Определяющим критерием в первом факторе является повышенный контроль пищевого поведения, проявляющийся в соблюдении диет, особых режимов питания, подсчете калорий в пище, составлении списка «запрещенных» продуктов, выполнении определенных правил и ритуалов в пищевом поведении, при этом идеальная фигура рассматривается как необходимый и основной атрибут счастливой и успешной жизни. Второй фактор «склонность к булимии» представлен потерей управления над пищевым поведением, эмоциогенным употреблением пищи и последующим переживанием стыда. Избегание объективного оценивания веса и приступы переедания как способы ситуативной стабилизации эмоционального состояния сопровождаются страхом оценивания и отвержения, невосполнимой потребностью в любви и заботе, одобрении, принятии. Любая ситуация

может быть расценена испытуемыми с доминированием данного типа нарушения как потенциальная угроза неприятия, отвержения, фрустрации любви и уважения. Для компенсации нестабильной самооценки и фрустрации потребности в аффилиации девушки начинают компульсивно употреблять пищу, кратковременно снижая тревогу. Данный фактор наиболее тесно связан с любыми проявлениями социальной тревоги (см. табл. 4). По результатам проведенного исследования [3; 8-12] при участии девушек в возрасте от 17 до 21 года не было выявлено преобладающего фактора по данной выборке: склонность к нервной анорексии – 43,16%, склонность к нервной булимии – 36,71. Когнитивно-поведенческий паттерн при нарушениях пищевого поведения «самофокусировка внимания на несовершенствах своего тела» является общей особенностью как при гиперконтроле над пищевым поведением, так и при потере контроля над употреблением пищи и заеданием негативных эмоций (табл.4). Метакогнитивная стратегия «самофокусировка внимания», связанная с концентрацией когнитивных ресурсов на образе себя в глазах других, субъективном несовершенстве этого образа, — является общим элементом, но ее эмоциональное и поведенческое проявление различается.

Таблица 4. Корреляционный анализ выраженности кластера «самофокусировка внимания на несовершенствах своего тела со средними показателями по факторам

Самофокусировка внимания на несовершенствах своего тела	Фактор 1	Фактор 2
r-уровень	$r \leq 0,001$	$r \leq 0,001$

Основываясь на полученных результатах, учитывая также высокую представленность данного кластера в среднем по выборке (20,12%) можно прийти к выводу, что повышенное внимание к своему телу, фиксированность на данном вопросе, проявляется преобладающим большинством у девушек в возрасте от 17 до 21 года, независимо от преобладания эмоциональных компонентов, характеризующих второй фактор, или связи с контролем, определяющим картину первого фактора, что еще раз подтверждает актуальность вопросов нарушений пищевого поведения в современном обществе. При обработке результатов более важным аспектом по нашему мнению является не просто количественная оценка по каждой из шкал, сколько качественный анализ - внимание к содержательной части пунктов опросника и их сочетанию между собой, что позволит создать индивидуальную картину и наиболее эффективно выстроить коррекционно-психологическую работу при нарушениях пищевого поведения. Информативным считается содержательное сопоставление выделенных когнитивно-поведенческих паттернов со шкалами других опросников. В рамках проведенного нами исследования по данной проблематике [8] на диагностическом этапе кроме представленного опросника были задействованы опросник «социальной тревоги и социофобий» О.А. Сагалаковой, Д.В. Труевцева, «Томский опросник ригидности» Г.В. Залевского. Основываясь на полученных результатах о том, что уровень социальной тревоги при различных когнитивно-поведенческих паттернах при нарушениях пищевого поведения является достаточно высоким и ригидным, а также преимущественно связан с теми кластерами и факторами, основной параметр которых определяется эмоциональными аспектами пищевого поведения, то можно предположить, что будет эффективно проводить работу не напрямую с когнитивно-поведенческими паттернами при нарушениях пищевого поведения, а с ригидными убеждениями, связанными со страхом оценивания и/или отвержения. Этой позиции мы придерживались при разработке и реализации программы психологической коррекции по проблеме когнитивно-поведенческих паттернов при нарушениях пищевого поведения в контексте социальной тревоги. Коррекционно-психологическая работа проводилась с

пациенткой в возрасте 18 лет. Основаниями для проведения консультативной и психообразовательной работы послужили результаты диагностики и жалобы («мысли мешают», «постоянно думаю о том, как похудеть», «не могу отвлекаться, не могу заснуть», «изменения в поведении пугают меня» и т.д.). Было выявлено преобладание когнитивно-поведенческих паттернов «контроль над употреблением пищи», «самофокусировка внимания на несовершенствах своего тела», «склонность к анорексии». Полученные данные по «томскому опроснику психической ригидности Залевского Г.В.» указывали на высокий уровень выраженности ригидности выявленных особенностей по обоим рассматриваемым шкалам (сенсивная ригидность и ригидность как состояние). Определено, что общая выраженность социальной тревоги находится на повышенном уровне, обнаружена связь нарушений пищевого поведения с выраженными шкалами «постситуативные руминации и желание преодолеть тревогу в экспертных ситуациях» и «сдержанность в выражении эмоций из-за страха отвержения и блокирование признаков тревоги в экспертных ситуациях». Наличие социальной тревоги при выраженности первого фактора «склонность к анорексии», подтверждает предположение о том, что данные кластеры характеризуются не отсутствием социальной тревоги, а наличием специфического способа совладания с ней, проявляющегося в повышенном контроле в области пищевого поведения, что было выявлено в процессе исследования при рассмотрении корреляционных связей выделенных факторов со шкалами социальной тревоги (Табл.5)

Таблица 5. Корреляционный анализ факторного пространства «типы нарушения пищевого поведения» и шкал Опросника социальной тревоги

	Шкала1 «Соматическая тревога в ситуации «быть в центре внимания, под наблюдением»»	Шкала2 «Постситуативные руминации и желание преодолеть тревогу в экспертных ситуациях»	Шкала3 «Сдержанность в выражении эмоций из-за страха отвержения и блокирование признаков тревоги в экспертных ситуациях»	Шкала4 «Тревога при проявлениях индивидных в формальных ситуациях из-за страха критики в свой адрес и потери субъективного контроля»	Шкала5 «Избегание непосредственного контакта при взаимодействии в экспертных ситуациях»
Фактор 1 «Склонность к анорексии»	<b>-0,22</b> $r = ,175$	-0,12 $r = ,475$	-0,02 $r = ,896$	-0,17 $r = ,284$	-0,11 $r = ,499$
Фактор 2 «Склонность к булимии»	<b>0,50</b> $r = ,001$	<b>0,40</b> $r = ,011$	<b>0,40</b> $r = ,010$	<b>0,56</b> $r \leq ,0001$	<b>0,46</b> $r = ,003$

Отсутствие значимых корреляционных связей первого фактора «склонность к анорексии» со шкалами опросника социальной тревоги еще раз подтверждает факт гиперконтроля над эмоциональными проявлениями в ситуациях оценивания как ригидного фиксированного способа прямого волевого управления негативным аффектом. Предъявляя и соблюдая завышенные требования к себе, девушки с выраженной «склонностью к анорексии» испытывают субъективное чувство контроля над ситуацией, связанное с наличием ощущения управления пищевым поведением, своим телом. Однако такой способ в силу своей ригидности в стрессовой ситуации может приводить к полной потере управления над аффектом и поведением, декомпенсацией, возникновением дисфункционального или аутодеструктивного поведения, так как иных, кроме волевых, способов опосредствования аффекта не сформировано.

*Выводы и перспективы дальнейших исследований.* Итак, потеря субъективной «власти» над ситуацией может привести к дезорганизации пищевого поведения и всей жизни в целом, своим «Я». Идентичность такой личности часто спаяна со специфическим образом тела и определенной регламентацией употребления пищи. Важность мнения окружающих и значимость «образа себя в глазах других» сохраняется, но приобретает ощущение контроля [10-15]. Чувство самоэффективности и социальной смелости у испытуемых нестабильно. Только при эффективном наблюдении всех атрибутов

ограничительного пищевого поведения возможен контроль и в других сферах жизни. Худоба в представлениях данной группы испытуемых, какой бы ценой она не была достигнута, воспринимается как способ добиться признания окружающих, контролировать или изменить свою жизнь, избавиться от комплексов.

В статье представлен авторский Опросник, направленный на выявление особенностей когнитивно-поведенческих паттернов при нарушениях поведения, рассмотрены составляющие его шкалы, специфика корреляционных взаимосвязей с социальной тревогой и психической ригидностью. Опросник может применяться при определении симптомов нарушений пищевого поведения, в диагностике расстройств пищевого поведения, способствуя эффективности проводимого психологического консультирования и психотерапии по данной проблеме. В дальнейшем планируется более глубокое исследование страха осмеяния, социальной тревоги и дисморфофобий в контексте гиперкомпенсации в виде нарушений пищевого поведения и осмыслением механизмов этих взаимосвязей.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бек А. Когнитивная психотерапия расстройств личности / А. Бек, А. Фримен. - Изд. Питер, 2002 - 544 с.
2. Залевский Г.В. Томский опросник ригидности (ТОРЗ) // Сибирский психологический журнал. - 2000. - № 12. - С. 129-137.
3. Киселёва М.Л. «Когнитивно-поведенческие паттерны при нарушениях пищевого поведения в контексте социальной тревоги» // Материалы 51-й Международной научной студенческой конференции «Студент и научно-технический прогресс»: Психология / Новосиб. гос. ун-т. Новосибирск, 2013. - 144с.
4. Клиническая психология / под ред. М. Перре, У. Бауманна. - СПб.: Питер, 2002. - 1312 с.
5. Когнитивная терапия депрессии / А. Бек, А. Раш, Б. Шо [и др.]. - СПб.: Питер, 2003. - 304 с.
6. МКБ-10: Классификация психических и поведен-

ческих расстройств: Исследовательские диагностические критерии. СПб., 1994

7. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных / А.Д. Наследов. - СПб.: Речь, 2004. - 392с.

8. Сагалакова О.А., Киселева М.Л. Когнитивно-поведенческие паттерны при нарушениях пищевого поведения в контексте социальной тревоги [Электронный ресурс] // Клиническая и медицинская психология: исследование, обучение, практика: электрон. науч. журн. - 2013. - N 1 (1). - URL: <http://medpsy.ru/climp>

9. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Опросник социальной тревоги и социофобии [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. - 2012. - N 4(15). - URL: <http://mprj.ru>

10. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Социальные страхи и социофобии. - Томск: Издательство Томского университета, 2007. - 210 с.

11. Сагалакова О.А. Патопсихологическая модель социального тревожного расстройства // Вектор науки Тольяттинского государственного университета. Серия: Педагогика, психология. - №4(15), 2013. - С.164-168.

12. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Когнитивно-перцептивная избирательность и целевая регуляция психической деятельности в ситуациях персонального оценивания при социальном тревожном расстройстве // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. - 2014. - N 1 (24) [Электронный ресурс]. - URL: <http://mprj.ru>.

13. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Многофакторный опросник когнитивно-поведенческих и метакогнитивных паттернов реагирования в ситуациях оценивания. - Известия АлтГУ, Барнаул, 2013. - №2. - С.59-63.

14. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Руминации в контексте метакогниций, неадаптивных схем и психической ригидности // Известия Алтайского государственного университета. - Барнаул, 2011. - № 2/1 (70). - С.69-72.

15. Spurr J.M., Stopa L. Self-focused attention in social phobia and social anxiety // Clinical Psychology Review 22 (2002) 947-975.

### THE COGNITIVE-BEHAVIOURAL PATTERNS AT EATING BEHAVIOUR DISTURBANCES AT SOCIAL ANXIETY CONTEXT: DIAGNOSTIC QUESTIONNAIRE

© 2014

*O.A. Sagalakova*, Candidate of Psychological Sciences, Assistant Professor of Clinical Psychology Department

*M.L. Kiseleva*, Clinical Psychologist, Postgraduate student of Clinical Psychology Department  
*Altai State University, Barnaul (Russia)*

*Annotation:* Article is devoted to presentation of an author's psychodiagnostic The cognitive-behavioural patterns at eating behaviour disturbances questionnaire. The questionnaire is intended for revealing cognitive and behavioural features at persons with eating behaviour disturbances, for definition of group of the risk, inclined to eating behaviour disorders, and also for differential diagnostics of such disorders as a nervous anorexia, a nervous bulimia, compulsive binge eating. Cognitive-behavioural patterns at eating behaviour disturbances are presented by two groups determined by prevalence of one of aspects - control over eating behaviour or emotional component dominant.

*Keywords:* the cognitive-behavioural patterns at eating behaviour disturbances questionnaire, mental rigidity, coping strategies, dysfunctional beliefs, social anxiety.