

Казахский национальный университет имени аль-Фараби  
Факультет философии и политологии  
Кафедра общей и прикладной психологии

# **Психологическая оценка личности и поведения**

## ЛЕКЦИЯ 15

Лектор: к. психол.н., ст. преп.  
Кудайбергенова С.К.

2022-2023 уч. год

**Психологическая оценка: работа с  
психосоматикой и пищевыми  
нарушениями**

Лекция 15

# РОЛЬ ПСИХОДИАГНОСТИКИ

Психодиагностика позволяет получить информацию о психических структурах, лежащих в основе поведения, и выявить существенные психологические свойства испытуемого. Такая диагностика, если она применяется разумно с адекватной подготовкой: (1) позволяет использовать диагноз для планирования терапии, (2) дает информацию о прогнозе, (3) защищает интересы пациента, помогает терапевту эмпатически относиться к пациенту и (5) снижает вероятность того, что некоторые тревожные пациенты уклонятся от лечения.

Традиционно диагностика использовалась для планирования лечения. Кроме того, точная диагностическая формулировка полезна для выбора стиля общения, тона интерпретаций и фокуса первоначальных бесед, что чрезвычайно важно. Диагностика позволяет оценить глубину и степень тяжести личностных проблем, и в этом смысле полезна как для терапевта, так и для пациента.

# Диагностическая беседа

Вначале задают вопрос о жалобах, давших основание для обращения к психотерапевту/психологу : «Что привело вас сюда?». Просьба рассказать своими словами переживания, которые испытывает

«Когда вы это почувствовали впервые?». Устанавливаются и периоды последующих ухудшений и улучшений. Необходимо настойчиво расспрашивать о времени начала болезненных переживаний вплоть

Вопросы о жизненной ситуации к моменту начала болезни: «Что произошло в вашей жизни, когда это случилось?»

Дополнение анамнеза. При ретроспективном взгляде жизненные ситуации, вызывающие болезни, могут обнаруживаться в детстве, юности и зрелом возрасте. «Расскажите мне еще немного о себе, быть может, что-то из детства» и т.д.

Оценка значения симптоматики, ситуации заболевания и данных анамнеза. «Что это означает для вас? Как вы это пережили?» . Построение целостной картины болезни и ее значимости для клиента

# Диагностическая беседа

По мнению ряда авторов, диагностическая беседа имеет отчасти характер провокации. Специалист оперирует подбадриванием, откровенными вопросами, которые наталкивают пациента на ответы, но не фиксируют на них внимание, давая лишь направления для размышления, например: «Расскажите мне об этом подробнее. Как это переживалось вами тогда? Мы еще совсем не говорили о сексуальности. Вы еще не сказали о своем браке».

Беседа должна во многом вести к созданию новых представлений даже из несовпадающих сообщений. Пациент должен быть открытым и критичным в отношении своих воспоминаний, новых ассоциаций и взглядов, если они могут стать плодотворными. Наиболее важными оказываются те моменты беседы, когда пациент вдруг умолкает, как бы наткнувшись на внутреннюю преграду. Паузы в разговоре — это «ворота» для прорыва вытесненных до того воспоминаний, необузданных фантазий и, может быть, для наступающего озарения. Всегда следует помнить, что слишком структурированная, жестко поставленная тема, чрезмерное количество вопросов ограничивают свободу пациента. Ошибочно также воспринимать молчание пациента «аналитически» и путать ситуацию первого интервью с ситуацией психоаналитического сеанса.

## **Стигматизация как трудность диагностики**

Неспособность многих психосоматических больных осознавать эмоциональные проблемы и соответствующая этому склонность к переоценке соматических проявлений часто являются выражением страха перед стигматизацией.

Ибо разделение на «приличные» (органические) и «неприличные» (психические) заболевания широко распространено не только среди пациентов.

## **Для анализа используются следующие аспекты информации, полученной от пациента/клиента:**

1. Биологическая/соматическая плоскость: она часто подразделяется на биохимическую, нейрофизиологическую, психофизиологическую сферы; на первом плане тут стоят соматические процессы, которые можно исследовать физическими или химическими способами;
2. психическая/психологическая плоскость: переживания и поведение (включая деятельность);
3. социальная плоскость: межличностные системы (социальные условия, семейная ситуация);
4. экологическая плоскость: условия проживания, материальные условия, качество жизни.

## **ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ ПСИХОСОМАТИКИ**

- Алекситимия,
- уровень субъективного контроля,
- предпочитаемые типы психологических защит,
- предпочитаемые стратегии регуляции эмоций,
- тип привязанности во взрослом возрасте,
- перфекционизм.



## Торонтская алекситимическая шкала (TAS)

Торонтская алекситимическая шкала состоит из 26 утверждений. Испытуемый оценивает себя по каждому утверждению в соответствии с 5 градациями ответа. Интерпретация полученных результатов заключается в оценке суммарного балла.

Если суммарная оценка составляет не более 62 баллов, это говорит об отсутствии признаков алекситимии.

Диапазон 63-73 балла носит неопределенный промежуточный характер.

Значения выше 73 баллов свидетельствуют о наличии алекситимических свойств: трудностей выражения и распознавания эмоций и чувств, неспособности к осознанию эмоциональной жизни и бедности эмоциональных копинг-ресурсов.

Русский вариант TAS был адаптирован в Психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева

# Многомерная шкала перфекционизма

Сокр. МШП (англ. Multidimensional perfectionism scale, сокр. MPS) - личностная диагностическая шкала канадскими учеными П.Л. Хьюиттом (P.L. Hewitt) и Г.Л. Флеттом (G.L. Flett) для измерения уровня перфекционизма и определения характера соотношения его составляющих у испытуемого.

Авторы определяют перфекционизм как стремление быть совершенным, безупречным во всем. Основываясь на результатах как собственных исследований, так и исследований, проведенных другими учеными, они описывают три составляющих перфекционизма: перфекционизм, ориентированный на себя (self oriented perfectionism; ПОС), перфекционизм, ориентированный на других (socially oriented perfectionism; ПОД), социально предписанный перфекционизм (socially pre-scripted perfectionism; СПП).

При высоком уровне перфекционизма, ориентированного на себя, человеку свойственно предъявлять чрезвычайно высокие требования к себе; при высоком уровне перфекционизма, ориентированного на других - чрезвычайно высокие требования к окружающим.

При высоком уровне социально предписанного перфекционизма человек расценивает требования, предъявляемые к нему окружающими как завышенные и нереалистичные. Соотношение составляющих перфекционизма может быть разным - таким образом даже при одинаковом уровне выраженности этой черты могут складываться разные профили

Количество вопросов - 45

# Уровень субъективного контроля

**Методика УСК** (уровень субъективного контроля) получила наибольшее распространение в нашей стране, авторами которой являются Е. Ф. Бажин, Е. А. Голынкина, Л. М. Эткинд.

В основе данной методики лежит концепция локуса контроля Дж. Роттера. Однако у Роттера локус контроля считается универсальным по отношению к любым типам ситуаций: локус контроля одинаков и в сфере достижений, и в сфере неудач. При разработке методики УСК авторы исходили из того, что иногда возможны не только однонаправленные сочетания локуса контроля в различных по типу ситуациях. Это положение имеет и эмпирические подтверждения.

В связи с этим разработчики теста предложили выделить в методике диагностики локуса контроля субшкалы: контроль в ситуациях достижения, в ситуациях неудачи, в области производственных и семейных отношений, в области здоровья.

опросник УСК состоит из 44 пунктов.

# Расстройства пищевого поведения

**Под пищевым поведением** понимается ценностное отношение к пище и ее приему, стереотип питания в обыденных условиях и в ситуации стресса, поведение, ориентированное на образ собственного тела, и деятельность по формированию этого образа (Менделевич, 2005).

Иными словами, пищевое поведение включает в себя установки, формы поведения, привычки и эмоции, касающиеся еды, которые индивидуальны для каждого человека.

Пищевое поведение может быть гармоничным (адекватным) или девиантным (отклоняющимся), это зависит от множества параметров, в частности от того, какое место занимает процесс питания в иерархии ценностей индивида, а также от количественных и качественных показателей питания. Этнокультурные факторы оказывают огромное влияние на стереотип пищевого поведения, особенно в период стресса.



### Методы оценки.

Клиническая реальность при постановке диагноза нарушений пищевого поведения требует учета следующих условий:

- Û масса тела;
- Û наличие или отсутствие эпизодов переедания;
- Û наличие или отсутствие компенсаторного поведения, такого как самовызывание рвоты или злоупотребление слабительных средств.

Методы оценки состояния пациентов с нарушениями пищевого поведения включают:

- Û клиническое интервью;
- Û опросники самооценки;
- Û процедуру самомониторинга;
- Û лабораторные и инструментальные методы исследований.



### **Клиническое интервью. Образ собственного тела**

#### **1. Масса тела и образ собственного тела.**

- Û получить информацию в отношении массы тела и роста пациентки на момент обследования;
- Û проанализировать динамические анамнестические данные в отношении массы тела.
- Û отметить частоту, с которой наблюдаются существенные колебания массы тела.
- Û выяснить сведения о характере взаимосвязи между значимыми жизненными событиями и лабильностью массы тела.
- Û динамика массы тела в детстве и раннем подростковом возрасте.
- Û какой вес пациентка считает для себя идеальным.

## Клиническое интервью. Деадаптивное пищевое поведение.

### 2. Деадаптивное пищевое поведение.

Учитывая, что эпизоды переедания является основным признаком нервной булимии, клиницист должен оценить действительно ли у пациента имеют место эпизоды переедания. Для этого нужно руководствоваться критериями, которые характеризуют:

Û употребление на протяжении ограниченного временного интервала определенно большого количества пищи (по сравнению с количеством пищи, которое большинство людей может съесть за этот промежуток времени при подобных обстоятельствах);

Û утрату контроля за едой в процессе питания.





## **ГОЛЛАНДСКИЙ ОПРОСНИК ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ (DEBQ).**

Был разработан в 1987 году голландским психологом, ведущим специалистом в области психологии питания, Татьяной ван Стриен. Изначально опросник был придуман для людей с избыточной массой тела, склонных к перееданию. Голландский опросник пищевого поведения помогает определить, что вызывает переедание (внешние факторы или эмоции). Либо наоборот показывает, насколько строго человек себя ограничивает.

Первые 10 вопросов представляют шкалу ограничительного пищевого поведения, которое характеризуется преднамеренными усилиями, направленными на достижение или поддержание желаемого веса посредством самоограничения в питании.

Следующие 13 вопросов представляют шкалу эмоциогенного пищевого поведения, при котором желание поесть возникает в ответ на негативные эмоциональные состояния. При этом 9 пунктов шкалы касаются определенных эмоциональных состояний, таких как раздражение, подавленность (растерянность), гнев, ожидание неприятности, тревога (беспокойство, напряжение), ощущение того, что все плохо, испуг, разочарование, эмоциональное потрясение (расстройство) и 4 пункта – состояний со смешанными эмоциями: когда нечего делать, одиночества, когда кто-то подводит, скуки или возбуждения.

Остальные 10 вопросов касаются экстернального пищевого поведения, при котором желание поесть стимулирует не реальное чувство голода, а внешний вид еды, ее запах, текстура либо вид других людей, принимающих пищу.

## ГОЛЛАНДСКИЙ ОПРОСНИК ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ (DEBQ).

### **Инструкция**

Отвечайте на вопросы быстро, не задумываясь. Так результат будет наиболее адекватный.

:

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSd9Jmtcl3iJkK9PxDQg24Swu1eUWcjGLhILQzPzi7Sb2c-zQ/viewform?usp=sf\\_link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSd9Jmtcl3iJkK9PxDQg24Swu1eUWcjGLhILQzPzi7Sb2c-zQ/viewform?usp=sf_link)

Вопросы касаются поведения, связанного с приёмом пищи. Выберите вариант, наиболее соответствующий вашему поведению в каждой из описанных ситуаций.

Ответьте на них одним из пяти возможных ответов:

- Никогда (1)
- Редко (2)
- Иногда (3)
- Часто (4)
- Очень Часто (5)

### **Опросник пищевого поведения (Grunert, 1989)**

Данный опросник позволяет выявить ограничительное пищевое поведение, которое характеризуется преднамеренными усилиями, направленными на достижение или поддержание желаемого веса посредством самоограничения в питании, эмоциогенного пищевого поведения, при котором желание поесть возникает в ответ на негативные эмоциональные состояния, и экстернального пищевого поведения, при котором желание поесть стимулирует не реальное чувство голода, а внешний вид еды, ее запах, текстура либо вид других людей, принимающих пищу.

30 вопросов

Обработка результатов проводится путем простого суммирования количества ответов «да» по каждой из шкал.

Шкалы:

ВО – внешнее обусловленное потребление пищи, игнорирование внутренних сигналов.

ОГ – ограничение в пище, биологически обусловленный уровень насыщения.

ЭО – эмоциональная обусловленность потребления пищи.

**Краткий опросник для выявления анорексии, булимии и компульсивного переедания (EDDS).**

22 вопроса

***Нервная анорексия***

- А. значение индекс массы тела ( $BMI = \text{кг/м}^2$ ) составляет менее 17,5;
- Б. уровень страха набрать вес или стать толстой;
- В. существует чрезмерное влияние веса и формы тела на самооценку;
- Д. наличие аменореи у женщин после наступления менархе.

***Нервная булимия***

- А. наличие регулярных эпизодов переедания, характеризующихся осознаваемой потерей контроля над приемом пищи и потреблением большого количества еды
- Б. наличие постоянного компенсаторного поведения;
- В. чрезмерное влияние веса и формы тела на самооценку;

***Компульсивное переедание***

- А. наличие регулярных эпизодов переедания, характеризующихся осознаваемой потерей контроля над процессом приема пищи и потреблением большого количества еды;

### Шкала оценки уровня удовлетворенности собственным телом (ШУСТ,

Части тела
Лицо
Глаза
Нос
Уши
Зубы
Челюсть
Шея
Грудная клетка
Грудь
Спина
Живот
Руки (плечо и предплечье)
Кисть
Ягодицы
Таз
Бедро
Колени
Нога (бедро и голень)
Ступня
Кожа
Волосы
Рост

**ИНСТРУКЦИЯ.** Оцените, пожалуйста, в баллах (от «0» до «6») степень Вашей удовлетворенности отдельными частями собственного тела, исходя их следующих критериев:

ПОЛНОСТЬЮ удовлетворена 0 1 2 3 4 5 6  
ПОЛНОСТЬЮ не удовлетворена

В качестве критерия оценки используется балл, характеризующий степень удовлетворенности/неудовлетворенности отдельными сегментами тела, а также суммарный балл для оценки анализируемой переменной в отношении частей тела («голова», «туловище», «конечности»).

### **Образ собственного тела. Скугаревский ООСТ.**

ИНСТРУКЦИЯ. Для каждого из следующих утверждений оцените в какой степени они подходят для Вас.

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdbkwD6PXFw1sro0wpR9RYljEj2gaMJNEdhoeHkxbcVKPQp8Q/viewform?usp=sf\\_link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdbkwD6PXFw1sro0wpR9RYljEj2gaMJNEdhoeHkxbcVKPQp8Q/viewform?usp=sf_link)

В качестве критерия оценки используется суммарный балл по шкале.

Градация вариантов ответов на предложенные вопросы: «Всегда» — 3 балла, «Часто» — 2 балла, «Иногда» — 1 балл, «Никогда» — 0 баллов. Процедура психометрической адаптации ООСТ к использованию в отечественных условиях показала, что оптимальное соотношение чувствительности (75 %) и специфичности (74 %) удовлетворяет суммарному баллу, равному 13. Это значение можно рассматривать как пороговое при скрининговых обследованиях, поскольку позволяет достаточно успешно выделять искажение образа собственного тела (с учетом компонента неудовлетворенности) у лиц с нарушениями пищевого поведения.

### **Опросник для исследования пищевого поведения (EAT-26).**

Eating Attitudes Test (Тест отношения к приёму пищи, EAT) был разработан David M.Garner в Институте психиатрии Кларка университета Торонто в 1979 г., в 1982 г. тест был модифицирован до 26 вопросов и был назван EAT-26.

По причине высокой надёжности и валидности результатов, EAT-26 является хорошим инструментом для первоначальной диагностики (скрининга) наличия симптомов расстройства пищевого поведения.

Первоначально шкала предназначалась для скрининга нервной анорексии и состояла из 40 вопросов. В 1982 году разработчики модифицировали её и создали шкалу EAT-26, состоящую из 26 вопросов. Шкала EAT-26 показала высокую степень корреляции с первоначальным вариантом. Впоследствии шкала EAT-26 стала широко применяться при скрининге как нервной анорексии, так и нервной булимии

# Задание на семинар

1. Подготовить сообщения по психодиагностике (нестандартизированные и стандартизированные методы) при психологической оценке психосоматических нарушений, расстройствах пищевого поведения
2. Подготовить сообщения по психологическим особенностям пациентов с соматическими/психосоматическими нарушениями (акцент на методики – что использовалось)

## Примеры:

1.Красноруцкая О. Н., Петрова Т. Н. Психосоматическое состояние детей и подростков, больных бронхиальной астмой // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник української медичної стоматологічної академії. 2010. №3 (31). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihosomaticheskoe-sostoyanie-detey-i-podrostkov-bolnyh-bronhialnoy-astmoj> (дата обращения: 02.05.2022).

2.Николаев Е.Л., Лазарева Е.Ю. ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ // Медицинская сестра. 2016. №7. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/lichnostnye-osobennosti-bolnyh-serdechno-sosudistyimi-zabolevaniyami> (дата обращения: 02.05.2022).



# Источники

1. Малкина-Пых, И.Г. Терапия пищевого поведения. Серия «Справочник практического психолога». // И.Г. Малкина-Пых - М.: Эксмо, 2007. — 1040 с.
2. Ассанович М.А. КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОДИАГНОСТИКА. СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ МЕТОДИКИ И ОПРОСНИКИ. Б., 2013
3. О. А. Скугаревский, Нарушения пищевого поведения, Монография, Минск 2007.
4. Ромацкий, В.В. Феноменология и классификация нарушений пищевого поведения.
5. Л.В. Святенко, «Психологические факторы расстройств адаптации женщин с избыточным весом», Санкт-Петербург 2012.
6. Ю.Л. Савчикова, «Психологические особенности женщин с избыточным весом», Санкт-Петербург 2005.
7. Ромацкий, В.В. Феноменология и классификация нарушений пищевого поведения (аналитический обзор литературы, часть I) / В.В. Ромацкий, И.Р. Семин // Бюллетень сибирской медицины. - 2006. - №3. - С.61-68.
8. Нардонэ, Дж. В плену у еды: краткосрочная стратегическая терапия при нарушениях пищевого поведения: булимия, анорексия, vomiting (вызванная рвота) // Дж. Нардонэ, Т. Вербиц, Р. М. Миланезе; пер. О. Е. Игошиной. – М.: Эксмо, 2010. – 288 с
9. Расстройства пищевого поведения М Мейа, К Халми и др (обзор достижений и проблем в области диагностики и лечения расстройств пищевого поведения, а также предоставление новейшей сбалансированной информации по актуальным научным исследованиям и клиническому опыту, накопленному психиатрами в различных странах мира. Для психиатров, психологов и других специалистов медицинского профиля.)
10. Малкина-Пых. Практикум по психосоматике.