

Системная оценка стереотипов пищевого поведения у студенток белорусского государственного медицинского университета



О.А.Скугаревский,
доцент, кандидат
медицинских наук

Изучение стереотипов пищевого поведения в здоровой популяции позволяет анализировать механизмы, ответственные за формирование соответствующих болезненных проявлений. Произведена оценка характера сопряженных отношений стереотипов пищевого поведения и неудовлетворенности собственным весом как компонента образа собственного тела. Обсуждена феноменология и распространенность континуума пищевого поведения от ограничительных тенденций до булимических проявлений и переедания в выборке 359 студенток (средний возраст $20,36 \pm 0,099$ лет) Белорусского государственного медицинского университета. Ключевые слова: пищевое поведение, ограничительные стереотипы, нервная анорексия, нервная булимия, расстройство по типу обжорства (BED), переедание.

O.A.Skugarevsky

Complex evaluation of eating behaviour stereotypes of BSMU` female medical students

Research of the patterns of eating behaviour in a healthy population give an opportunity for the assessment of responsible mechanisms of unhealthy eating (eating disorders). Assessment of conjugate relationships between patterns of eating behaviour and weight dissatisfaction have been conducted. Phenomenology and prevalence of eating behaviour continuance were assessed and discussed in the sample of 359 female students (mean age $20,36 \pm 0,099$) of Belarussian State Medical University. Key words: eating behaviour, restrain patterns, anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder (BED), overeating.

Введение. Современные исследования молекулярной биологии, генетики, поведенческих наук, психиатрии позволяют взглянуть на особенности энергетического обмена индивидуума не только с позиции изолированной оценки статуса питания, но и с учетом поведенческих проявлений, обеспечивающих баланс потребления и расходования энергии. Этот подход дает возможность обсуждать так называемое пищевое поведение. Сбалансированность такого рода поведения позволяет человеку иметь достаточно высокий уровень качества жизни (соматический, физический, эмоциональный, материальный, сексуальный и пр. аспекты) и эффективно обеспечивать собственную иерархию потребностей. С другой стороны, отклонения в пищевом поведении, отражающие по своей сути механизмы психосоматического балансирования, могут иметь разную амплитуду и диапазон проявлений.

Необходимо отметить, что оценку пищевого поведения целесообразно производить с позиции биопсихосоциальной модели. При этом наряду с несомненной биологической основой пищевого поведения и его нарушений (в частности, наследственная предрасположенность к избыточной массе тела и ожирению либо конституциональная

«худоба», повышенный риск развития клинически значимых форм нарушений пищевого поведения – нервная анорексия и булимия – у родственников пробанда и др.) следует учитывать массивность вклада психосоциальных влияний, направленных на формирование стереотипов пищевого поведения. Как показывает практика, последние во многом определяются «нормативной неудовлетворенностью» [7] собственным телом, что входит в структуру феномена нарушений образа собственного тела. Настоящая работа посвящена оценке стереотипов пищевого поведения у студенток медицинского ВУЗа с учетом значимых психосоциальных влияний.

Материалы и методы. В 2002-2003 учебном году нами было обследовано 359 студенток 2-5 курсов Белорусского государственного медицинского университета (средний возраст $20,36 \pm 0,099$ лет). Обследование включало оценку антропометрических показателей с вычислением индекса массы тела ($BMI = \text{вес (кг)} / \text{рост (м}^2\text{)}$) и результатов индивидуального анонимного анкетирования. Анкеты содержали вопросы, включающие самооценку веса (варианты оценки: «недостаточный», «нормальный», «избыточный»); оценку степени неудовлетворенности собственным весом (показатель вычислялся как разность между реальным и субъективно оцениваемым в качестве идеального весом); скрининговый опросник пищевых предпочтений EAT-26; вопросы, оценивающие выраженность булимических тенденций (представляют собой реверсированные пункты классификации DSM-IV). Статистическая обработка полученных результатов производилась с использованием статистического пакета Statistica 6.0 (оценка достоверности различий по критерию Стьюдента, анализ таблиц сопряженности с определением критерия Хи-квадрат для оценки значимости зависимостей между группирующими переменными, статистика гамма, корреляционные матрицы).

Результаты и обсуждение. На первом этапе исследования мы сопоставили категоризированные оценки BMI с самооценкой веса респондентов. Градация BMI: недостаток массы тела: $BMI < 19$; норма: $19 \leq BMI < 25$; избыток массы тела или ожирение: $BMI \geq 25$ (рисунк 1). [4]

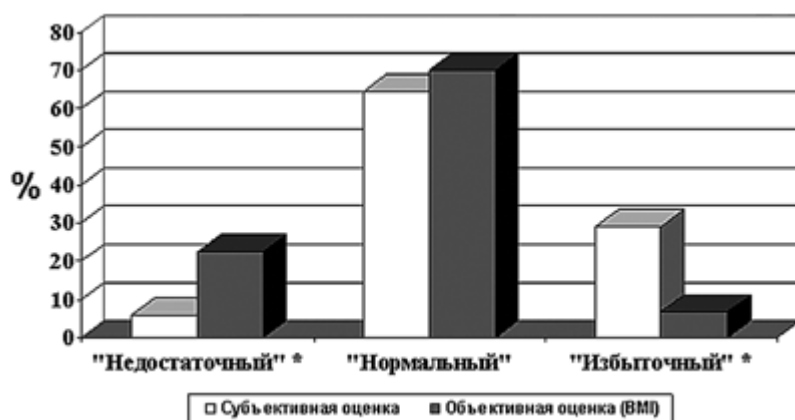


Рис.1. Сопоставление субъективной оценки и индекса массы тела у студенток БГМУ (* - $p < 0,0001$)

Обращает внимание выраженное расхождение между субъективной оценкой собственного веса и объективизированными ростовесовыми показателями в соответствии с принятыми критериями. При этом имеет место как переоценка своей «полноты» ($p < 0,0001$), так и недооценка ($p < 0,0001$) реально пониженной массы тела, что, по видимому, может определять отклоняющиеся стереотипы пищевого поведения (например, опосредовать поведение, направленное на снижение веса).

При проведении кросстабуляции ранжированных субъективных оценок

собственного веса и желания похудеть, выяснилось, что практически все респонденты (99,03 %), оценившие свой вес как избыточный, и более чем одна треть (38,33 %) из считающих свой вес «нормальным» изъявляют желание похудеть. В целом по всей выборке положительный ответ на вопрос: «Желаете ли Вы похудеть?» дали более половины обследованных (54,26 %).

Для согласованной оценки полученных результатов с паттернами пищевого поведения нами в работе был использован опросник EAT-26. Ранее нами была показана его надежность и валидность в качестве скринингового инструмента в оценке особенностей пищевого поведения в отечественных условиях. [2] Суммарная оценка по опроснику выше 20 баллов свидетельствует о вероятности наличия девиаций в пищевом поведении вплоть до развития клинически выраженных расстройств (в частности, нервная анорексия). У обследованной когорты критерия «20 баллов» достигли 4,64 % респондентов.

Результаты анализа сопряженных отношений BMI, самооценки веса, скрининговой оценки стереотипов пищевого поведения (EAT-26) представлены в таблице 1.

Таблица 1

Результаты анализа сопряженных отношений BMI, самооценки веса и особенностей пищевого поведения (EAT-26)

	Хи-квадрат Пирсона	Статистика гамма
BMI * EAT-26	6,01; p<0,049	0,59
Самооценка веса * EAT-26	22,34; p=0,00001	-0,81

Произведенный анализ свидетельствует в пользу того, что субъективный характер оценки собственного веса имеет более тесную связь с особенностями пищевого поведения, чем объективная оценка ростовесовых показателей (статистика гамма). При этом целесообразно учитывать, что обследованный контингент состоял из студентов-медиков, обладающих, в частности, гигиеническими знаниями, что делает оценку еще более контрастной. Следует отметить, что значимость субъективной оценки веса собственного тела (по сравнению с объективной) отражает особенности познавательных (когнитивных) стратегий, связанных с нарушением образа собственного тела.

При использовании в качестве дискриминирующей оценки порогового балла по шкале EAT-26 (суммарный балл по EAT-26<20 – подгруппа 1, а ≥20 – подгруппа 2) различия в степени неудовлетворенности собственным весом выявляются достаточно отчетливо и статистически достоверны (статистика Колмогорова-Смирнова, p<0,001) (рис. 2).

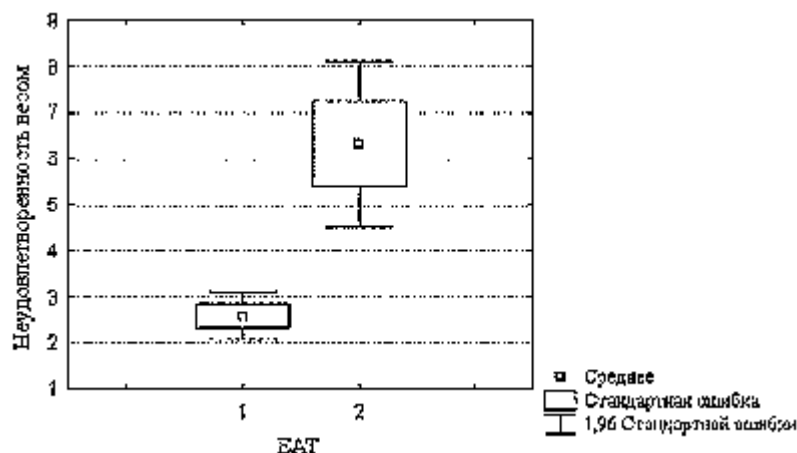


Рис.2. Различия в уровне удовлетворенности собственным весом с учетом особенностей пищевого поведения (EAT-26)

Далее мы оценили распространенность феноменологических проявлений (эмоциональные, когнитивные и поведенческие особенности), связанных со стереотипами пищевого поведения на основании скринингового опросника пищевых предпочтений EAT-26. В оценку включены проявления, когда респонденты дали положительный ответ на пункты опросника с учетом значимой частоты «всегда», «обычно» или «часто» (таблица 2).

Таблица 2

Распространенность суждений, опосредующих стереотипы пищевого поведения

Феноменология	Частота
Я проявляю самоконтроль в отношении еды	42,06%
Я думаю о сгорании калорий при выполнении физических упражнений	34,27%
Я испытываю ужас при мысли об избыточном весе	31,48%
Я знаю о количестве калорий в пище, которую я ем	28,96%
Я озабочена мыслями о жировых отложениях на моем теле	25,06%
Чувствую, что другие хотели бы, чтобы я ела больше	21,73%
Меня преследуют мысли о похудании	21,17%
Я нарезаю свою еду на мелкие кусочки	20,61%
Я избегаю еду, содержащую сахар	14,76%
Прием пищи у меня занимает больше времени, чем у других	14,48%
Я особенно избегаю пищу с большим содержанием углеводов	13,09%
Другие люди думают о том, что я слишком худая	12,82%
Я считаю, что испытываю озабоченность по поводу еды	12,81%
Я употребляю диетические продукты	11,98%
Я уделяю слишком много времени еде и мыслям о ней	8,64%
Я предпочитаю, чтобы мой желудок был пуст	7,80%
У меня есть ощущение того, что другие заставляют меня принимать пищу	6,97%
Я испытываю ощущение, что еда контролирует мою жизнь	5,84%
Я использую диеты	3,35%
Я испытываю чрезмерную вину после еды	3,07%
Я избегаю приема пищи, когда голодна	2,51%
Я испытываю побуждение к рвоте после еды	1,11%

Из таблицы 2 видно, что в когорте обследованных студенток отчетливо представлены ограничительные тенденции в пищевом поведении. При этом они имеют отношение как к аффективным и когнитивным, так и к поведенческим стереотипам. В структуре клинически значимых нарушений пищевого поведения им соответствуют феномены разного рода озабоченностей и ритуалов. Оценка последних в клинических исследованиях позволяет оценить выраженность «здоровых» (в частности, отказ от экстремальных методов контроля веса тела) и «болезненных» тенденций в пищевом поведении. На этом основывается, например, структурированное клиническое интервью

по оценке нарушений пищевого поведения Yale-Brown-Cornell Eating Disorder Scale. Под озабоченностью (preoccupations, obsessions) понимают любые повторяющиеся у пациента идеи, мысли, представления или импульсы в отношении еды, приема пищи, веса, внешнего вида или связанные с физическими упражнениями. Мысли, которые проявляются как «озабоченность», обычно не воспринимаются субъективно как бессмысленные или эго-дистоничные. В то же время ритуалы в структуре нарушений пищевого поведения (rituals, compulsions) представляют собой любое поведение, круг действий, связанных с едой, приемом пищи, взвешиванием, внешним видом или упражнениями, имеющее неодолимый характер. Дискутируется вопрос о том, что феноменология нарушений пищевого поведения подобна проявлениям обсессивно-компульсивного расстройства в контексте пищевого поведения. [8]

В качестве противоположного полюса ограничительным тенденциям пищевого поведения уместно говорить о так называемом переедании («binge eating» (BE), кутеж, обжорство). На сегодняшний день само определение этого термина не является полностью завершенным. Современная концепция переедания, основанная на эмпирическом подходе, рассматривает этот феномен в контексте двух факторов: (1) употребление объективно большого количества пищи (по сравнению с количеством пищи, которое большинство людей может съесть за этот промежуток времени при подобных обстоятельствах); (2) ощущение того, что прием пищи находится вне волевого контроля (т.е. ощущение неспособности остановить прием пищи или контролировать, какая пища или в каком количестве употребляется). Наиболее полно эпизоды переедания обобщаются в классификации, представленной в таблице 3.

Формально классификационный подход к термину «binge eating» определяет объективный булимический эпизод. В то же время субъективный булимический эпизод подобен объективному за исключением критерия количества употребленной пищи.

Таблица 3

Классификация эпизодов переедания

		Количество еды	
		«Большое» (см.определение выше)	«Небольшое», но оцениваемое субъектом как избыточное
Контроль	«Утрата контроля»	<i>Объективный булимический эпизод</i>	<i>Субъективный булимический эпизод</i>
	Нет «утраты контроля»	<i>Объективное переедание</i>	<i>Субъективное переедание</i>

Феномен переедания представляет собой ключевое проявление клинически очерченных проявлений нервной булимии и широко изучаемого сегодня расстройства по типу обжорства – Binge Eating Disorder (BED). Исходя из этого, дизайн нашего исследования включал реверсированные пункты исследовательских диагностических критериев DSM-IV, представленные в виде вопросов, для оценки распространенности феномена переедания в исследованной выборке.

Для суждения о наличии BED должны удовлетворяться следующие критерии:

А.Повторяющиеся эпизоды переедания (BE), характеризующиеся (1) употреблением большого количества пищи за определенный (например, двухчасовой) промежуток времени и (2) чувство утраты контроля;

В.Наличие (как минимум 3 из 5) сопряженных поведенческих симптомов (высокая скорость еды, переедание при отсутствии чувства голода, прекращение еды лишь при

появлении дискомфортных ощущений, еда в одиночку, чувство неудовлетворенности собой, подавленности или вины после эпизода переедания);

С.Выраженный дистресс в связи с эпизодом обжорства;

Д.Частые (минимальное количество – два раза в неделю) и повторяющиеся (на протяжении 6 месяцев и более) эпизоды переедания, ассоциированные с выраженным дистрессом.

Е.Во время эпизодов переедания не наблюдается регулярное дезадаптивное компенсаторное поведение (напр., очистительные ритуалы, пост, изнуряющие физические нагрузки) и эти эпизоды не наблюдаются исключительно в структуре нервной анорексии и булимии.

Частота удовлетворения указанным критериям в обследованной выборке по мере сужения диагностических границ приведена на рисунке 3.

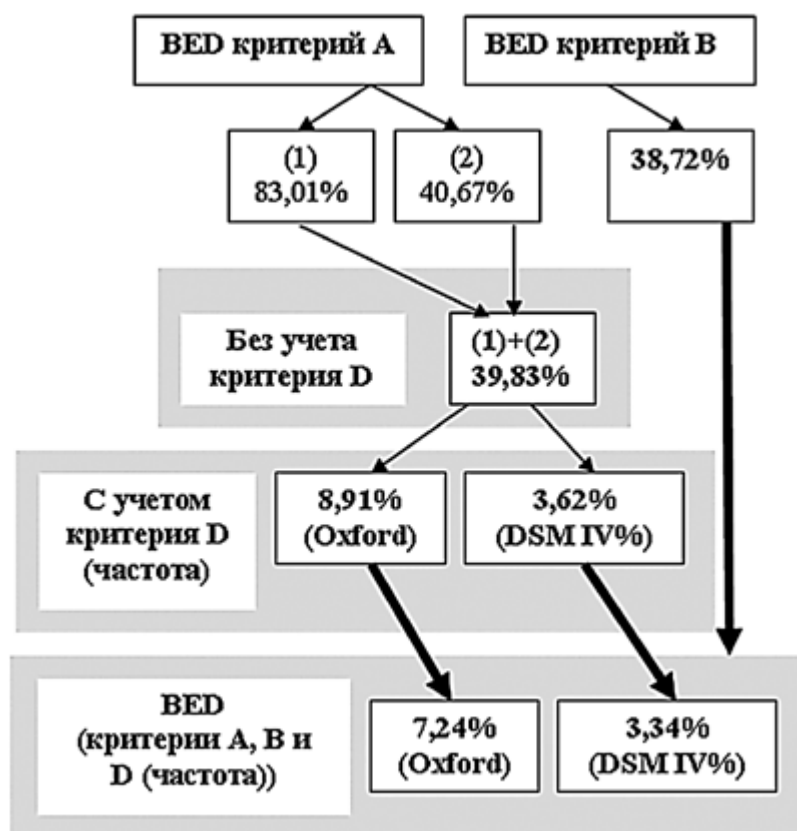


Рис. 3. Частота удовлетворения критериям BED (DSM-IV) у студенток БГМУ

Как видно из рисунка 3, отдельные феномены BE (например, употребление необычно большого количества пищи, чувство «утраты контроля», сопутствующие поведенческие феномены), группируясь в соответствии с критериями DSM-IV, претерпевают существенное уменьшение частоты. Особенно отчетливо это проявляется при введении критерия D («Частота»). Учитывая объективные ограничения, связанные с дизайном нашего исследования (интервью, базирующееся на респонденте), не была произведена оценка исследованных феноменов с учетом критерия «Повторяемость». Несмотря на это, полученные результаты свидетельствуют в пользу представленности очерченного феномена обжорства (BE) в спектре пищевого поведения социально адаптированной студенческой популяции. Представляют интерес данные (см. таблицу 3) о выраженности феномена собственно переедания (объективное и субъективное переедание). Переедание считалось имеющимся при одновременном наличии у респондентов:

1. очерченных эпизодов употребления большого количества еды (Критерий А(1)), которые наблюдаются
2. как минимум 2 раза в неделю (Критерий D (Частота));
3. сопутствующих поведенческих симптомов (как минимум 3 из 5) (Критерий В);
4. отсутствует чувство «утраты контроля» над количеством и характером еды.

Указанным критериям удовлетворяло 4,18% респондентов. Таким образом, рассматривая целостный феномен binge eating (кутежа, обжорства) в соответствии с приведенной классификацией (таблица 3), противоположный ограничительным тенденциям полюс континуума пищевого поведения у обследованной когорты был представлен булимическими проявлениями (3,34%) и собственно перееданием (4,18%).

Полученные результаты согласуются с данными других исследователей, согласно которым процент людей в популяции, стремящихся к снижению веса составляет от 30 до 70 %. Принимая во внимание, что значимая часть этой когорты определенно имеет нормальный вес, целесообразно обращать внимание на психологические характеристики и поведенческие проявления, направленные на снижение веса тела, особенно в том случае, когда эти явления приобретают отчетливо болезненный характер. [3, 6] По результатам нашего исследования серьезную озабоченность вызывает распространенность в среде девушек установки на похудание и достижение идеальной формы тела, сопряженная, по-видимому, с искажениями в когнитивной оценке массы тела как составной части образа собственного тела. [1]

С другой стороны, выраженность противоположного полюса пищевого поведения (булимические проявления и переедание) поднимают другой круг вопросов. Подлежат обсуждению как сопряженные биологические (например, ожирение, инсулинорезистентность и т.п.), так и социально-психологические проявления (дисфункциональные проявления в отношении собственной фигуры и веса, сопутствующий перееданию выраженный психологический дистресс, а также отчетливая коморбидность клинически выраженных проявлений нервной булимии и BED и расстройств тревожно-депрессивного спектра, личностных расстройств и зависимостей от психоактивных веществ. [5]

Выводы

1. В системе оценки собственного веса (как одной из характеристик образа собственного веса) у студенток медицинского ВУЗа выявлена достоверная ($p < 0,0001$) значимость субъективного искажения восприятия собственного веса.

2. Стереотипы пищевого поведения (EAT-26) имеют тесные сопряженные отношения с субъективной оценкой собственного веса (χ^2 Пирсона = 22,34, $p = 0,00001$; статистика $\phi = -0,81$).

3. Стереотипы пищевых предпочтений (EAT-26) являются отчетливым дискриминирующим фактором ($p < 0,001$) в отношении степени неудовлетворенности собственным весом в обследованной когорте респондентов.

4. Континуальная оценка спектра пищевого поведения позволяет говорить о распространенности ограничительных тенденций в структуре аффективных, когнитивных и поведенческих стереотипов его реализации, а также булимических проявлений (3,34%) и собственно феномена переедания (4,18%).

5. Система профилактических и коррекционных мероприятий болезненных стереотипов пищевого поведения должна учитывать его мотивационные особенности, реализующиеся в континууме от ограничительных тенденций и неполного синдрома нервной анорексии до булимических феноменов и переедания.

Литература

1. Скугаревский О.А. Классификационные критерии нарушений пищевого поведения и сопряженные поведенческие проявления // Психотерапия и клиническая психология.- 2003.- №2 (7).- С. 25-29.
2. Скугаревский О.А., Сивуха С.В. Нарушения пищевого поведения и возможность их скрининговой оценки // Вопросы организации и информатизации здравоохранения.- 2003.- №3.- С.41-44.
3. Afifi-Soweid R.A., Najem Kteily M.B., Shediak-Rizksllah M.C. Preoccupation with weight and disordered eating behaviors of entering students at a University in Lebanon // International Journal of Eating Disorders.- 2002.- Vol. 32.- P. 52-57.
4. Cataldo C., DeBruyne L., Whitney E. Nutrition and diet therapy, 4th edition. Minneapolis, MN: West Publishing Company.
5. Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook / Eds. Fairburn C.G., Brownell K.D. – 2nd ed.-The Guilford Press.- 2002.- 633 p.
6. Nichter M., Ridenbaugh C., Nichter M., Vuckovic N., Aickin M. Dieting and “watching” behaviors among adolescent females: Report of a multimethod survey // Journal of Adolescent health.- 1995.- Vol. 17.- P. 153-162.
7. Rodin J., Silberstain L.R., Striegel-Moore R.H. (1985). Women and weight: A normative discontent. In T.B.Sonderegger (Ed.), Nebraska Symposium on Motivation (pp. 267-308). Lincoln: University of Nebraska Press.
8. Sunday S.R., Halmi K.A., Einhorn A. The Yale-Brown-Cornell Eating Disorder Scale: A new scale to assess eating disorder symptomatology // International Journal of Eating Disorders.- 1995.- Vol. 18.- P. 237-245.