

Библиографические обзоры

УДК 159.938.355
ББК Ю959

DOI: 10.14529/psy180310

ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ В НОРМЕ, В УСЛОВИЯХ СТРЕССА И ПРИ ПАТОЛОГИИ: БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ ОБЗОР

А.П. Михайлова, А.В. Штрахова

Южно-Уральский государственный университет, г. Челябинск, Россия

Представлены результаты публикаций по психологическим проблемам питания как одной из важнейших функций живого организма, обеспечивающей адаптивное функционирование всех его систем посредством энергетического обмена. С опорой на предложенные Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ) основы и принципы рационального, или так называемого «здорового» питания показано его влияние на укрепление здоровья и развитие и коррекцию соматических и психических заболеваний. Описаны результаты исследований, раскрывающих роль нездорового питания как одного из основных факторов риска для здоровья человека.

Структурированно представлены общие вопросы проблемы питания и пищевого поведения, клиническая типология его нарушений, психофизиологические, психологические и социально-психологические аспекты исследований этой проблемы. Отражены представления о роли стресса и его следствий на развитие пищевых девиаций и стресс-индуцированных расстройств. Дана характеристика состояния психодиагностического инструментария для изучения пищевого поведения.

В обобщение результатов дана оценка терминологического поля, характеризующего здоровое и нездоровое пищевое поведение, критериев их дифференциации. На основании анализа существующих классификаций обоснованы необходимость расширения типологии вариантов пищевого поведения, основанной в том числе на психологических категориях. Приведены аргументы, подкрепляющие представления о связи нарушений пищевого поведения с соматическими и психическими заболеваниями. Обоснована важнейшая роль стресса в формировании нарушений пищевого поведения и стресс-индуцированных заболеваний. В рамках описанной трехсторонней модели влияния отражено социальное влияние факторов семьи, сверстников и СМИ на такое поведение. Поставлен вопрос о необходимости разработки методологии и инструментального, в том числе психометрического обеспечения исследований проблемы нормы и патологии пищевого поведения в нашей стране.

Ключевые слова: пищевое поведение, норма и патология, стресс, анорексия и булимия, опросник DEBQ.

Общие вопросы изучения пищевого поведения

Проблематика рационального питания во многом связана с так называемой «пирамидой питания», представляющей собой разработанную диетологами и представленную в виде схемы систему принципов здорового питания, представленные в виде схемы. В вершине этой пирамиды – продукты, употребления которых следует избегать или ограничивать их количество, а в основании пирамиды лежат продукты, составляющие основной рацион питания. Именно в таком виде эта пирамида

была представлена в 2004 году на Всемирной ассамблее здравоохранения, принявшей «Глобальную стратегию Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, 2004) по питанию, физической активности и здоровью». В этой стратегии содержится призыв к правительствам, ВОЗ, международным партнерам, частному сектору и гражданскому обществу принять всевозможные меры в поддержку здорового рациона и физической активности. Согласно этому документу существует два основных фактора риска в отношении неинфекционных заболеваний – это неправильное пи-

тание и недостаток физической нагрузки, причем эти факторы действуют на организм как в сочетании, так и по отдельности.

В настоящее время роль питания как механизма активного воздействия на все системы организма с целью регуляции их деятельности и поддержания здоровья в целом считается доказанной (Хвостова, 2005, Шевкова, Мишенкова, 2016).

Важное значение в регуляции процесса питания имеет пищевое поведение (далее – ПП). Последнее рассматривается одновременно и как ценностное отношение к пище и ее приему, и как стереотип питания в обыденных условиях и в ситуации стресса, и как поведение, ориентированное на образ собственного тела, и как деятельность по формированию этого образа (Менделевич, 2008). В узком смысле под ПП понимаются индивидуальные для каждого человека установки, формы поведения, привычки и эмоции, касающиеся еды (Малкина-Пых, 2007). Такие установки и привычки формируются под влиянием традиций семьи и общества, религиозных представлений, жизненного опыта, советов врачей, моды, экономических и личностных причин.

С другой точки зрения, ПП рассматривается как сложная реакция на различные внутренние и внешние факторы, целью которой является сохранение всех видов гомеостаза, и, прежде всего – энергетического, а также стабильности массы тела и в конечном счете здоровья (Laviano, 2018).

В психологическом плане сам по себе стиль ПП отражает потребности и эмоциональное состояние человека. В частности, сам акт приема пищи имеет высокую аффективную напряженность, связанную с чувством удовлетворенности и насыщения. В особенностях ПП выражены многие аффекты: любовь, протест, ярость, чувство стыда. Акт приема пищи с детства наделяют особой значимостью, он может использоваться для выражения межличностных и внутренних конфликтов (Бройтигам, 1999).

Психологические функции ПП, по мнению Ю.И. Савенкова (1985), заключаются в:

- разрядке психоэмоционального напряжения;
- чувственном наслаждении как самоцели;
- общении, если прием пищи связан с пребыванием в коллективе;
- самоутверждении, поскольку при этом часто первостепенную роль играют представ-

ления о престижности пищи и о соответствующей «солидной» внешности;

- поддержании определенных ритуалов или привычек (религиозных, национальных, семейных и иных традиций и стереотипов);
- компенсации неудовлетворенных потребностей (потребности в общении, родительской заботе и т. д.);
- награде или поощрении за счет вкусовых качеств пищи;
- удовлетворении эстетической потребности.

В общепринятой классификации выделяются три типа ПП: эмоциогенный, ограничительный и экстернальный.

Эмоциогенный тип характеризуется гиперфагической реакцией на стресс. Стимулом к приему пищи при этом типе является не чувство голода как такового, а наличие эмоционального дискомфорта. Именно дискомфорт приводит к появлению пяти базовых эмоциональных состояний, приводящих к перееданию: страх, тревога, печаль, скука, одиночество (Малкина-Пых, 2007). Доказано, что эмоциогенный тип ПП препятствует потере массы тела у женщин после хирургического шунтирования желудочно-кишечного тракта (Novelli, 2017).

Ограничительное ПП характеризуется избыточными пищевыми самоограничениями и бессистемными диетами, которые сменяются периодами переедания.

Для экстернального типа ПП характерна повышенная реакция не на гомеостатические по своему характеру внутренние стимулы к приему пищи (уровень глюкозы и свободных жирных кислот в крови, наполненность желудка, его моторика), а на внешние – например, накрытый стол с едой, красочная реклама пищевых продуктов, вид принимающего пищу человека и т.п.

Такая считавшаяся классической типология ПП была пересмотрена, дополнена и расширена Е.Н. Леоновой (2017), которая руководствовалась гипотезой о том, что каждый социально-психологический тип ПП представлен симптомокомплексом специфических половозрастных, психологических и социально-психологических особенностей личности. В предложенной Е.Н. Леоновой типологии представлены шесть видов ПП: интернальный, экстернальный, неустойчивый, эмоциогенно-ограничительный, ограничительный, эмоциогенно-экстернальный.

Новым подходом к классификации, по мнению S. Bouhhal с коллегами (2016), является необходимость идентификации фенотипов ПП. Определение надежных фенотипов ПП может стать новым направлением для улучшения вмешательства в управление весом тела. Фенотипирование ПП проводится на основании двух его кластеров (с повышенной тягой к пище и с поведением по типу избегания приема пищи), ассоциированных с индексом массы тела (ИМТ). Такой подход является перспективным для разработки системы индивидуальных мероприятий по управлению весом, профилактике заболеваний, но требует более детальной кластеризации.

Попытка определить стили питания на основе опроса 9 977 испытуемых в группах, отличающихся по 6 вариантам пищевых привычек, была предпринята W.J. Neeriman с коллегами (2017). Изучался ряд независимых переменных (частоты употребления здоровой пищи и нездоровой еды, завтраков, перекусов, общее качество диеты и другие проблемы с питанием) и ИМТ в качестве первичной зависимой переменной. В результате исследования были идентифицированы четыре стиля еды: здоровый стиль питания, здоровый с проблемами ПП, нездоровый и нездоровый с проблемами ПП. Каждый последующий за здоровым стилем был соотнесен с более высоким показателем ИМТ. При этом эмоциональная составляющая питания не учитывалась.

Другая кластеризация была предложена Pentikäinen с коллегами (2017) на основании сочетания трех связанных с различными показателями физического и психического здоровья характеристик ПП (эмоционального и неконтролируемого питания, а также когнитивной сдержанности) и содержит четыре типа ПП в сегментах: «восприимчивые», «простые», «рациональные» и «борющиеся».

Клиническая типология нарушений пищевого поведения

Клинические типы ПП представлены в двух основных классификаторах психических расстройств и расстройств поведения: в четвертой и пятой версиях «Справочника по диагностике и систематике психических расстройств» Американской психиатрической ассоциации (DSM-IV и DSM-V), а также в десятой и одиннадцатой редакциях «Международной классификации болезней» (МКБ-10 и МКБ-11). В DSM-IV содержатся указания на

три вида нарушений ПП: нервную анорексию, нервную булимию и неуточненные расстройства ПП. В свою очередь, в МКБ-10 такие нарушения представлены обособленным разделом «Расстройства приема пищи» (F50) и включают нервную анорексию, нервную булимию, переедание и рвоту, связанные с другими психологическими расстройствами, а также расстройство приема пищи неуточненное.

Нервная анорексия представляет собой «сознательное ограничение в еде с целью похудения в связи с убежденностью в наличии мнимой или резко переоцениваемой полноты» (Цивилько, 1999). Некоторые больные достигают низкой массы тела и поддерживают её посредством рвоты, приема слабительных препаратов. Серьезность ограничений при нервной анорексии является значительным фактором снижения качества жизни (Mason, 2018).

Булимия обозначается как психосоматический синдром, характеризующийся чрезмерным аппетитом, приводящим к поглощению большого количества пищи вследствие импульсивных по своей природе действий, направленных на избавление от высокого аффективного напряжения. При этом акты булимии чередуются с поведением, направленным на избавление от принимаемой пищи путем рвоты или дефекации.

Существует также множество вариантов субклинических проявлений нарушения пищевых паттернов: патологический голод, частые «перекусывания», «углеводная жажда», руминация, самоограничения в питании и стратегии, компенсирующие переедание и др. (Orpwis et al., 2016).

Во многих развитых странах отмечается значительное увеличение численности больных с нарушением ПП, следствием чего является возникновение многочисленных алиментарно-зависимых заболеваний, например, ожирения, болезней эндокринной, сердечно-сосудистой систем и желудочно-кишечного тракта и др. Фактор «нездоровых» пищевых стереотипов оказывает пагубное влияние на сердечно-сосудистую систему и, особенно, развитие ишемической болезни сердца (Konidari et al., 2014). Для большинства больных, страдающих метаболическими расстройствами, характерны следующие специфические особенности ПП: быстрое употребление пищи, употребление больших порций с предпочтением пищи с высокой калорийностью и

пр. (Oda-Montecinos, Saldaña, Andrés, 2013). Кроме того, расстройства ПП зачастую являются коморбидными по отношению к другой психиатрической патологии, в частности, биполярному аффективному расстройству и алкогольной зависимости (Segura-García et al., 2016). Так, существуют данные исследований о том, что неадаптивные типы ПП связаны с распространённостью депрессивных симптомов (Джериева, 2011; Huang et al., 2017).

Неупорядоченное ПП также сопряжено с развитием нарушений сна (Carvalho Bos et al., 2013). Многомерный анализ в исследовании португальских студентов показал, что общий уровень психопатологического расстройства оказывает влияние на ПП. В частности, эмоциональный и экстернальный тип ПП, а также употребление алкоголя проявились положительными корреляциями с психопатологической симптоматикой (Poínhos, Oliveira, Correia, 2018).

Таким образом, выявление и изменение ПП могут предупреждать нарушения сна, развитие эмоциональных нарушений и другой соматической, психосоматической и психиатрической патологии.

У большинства пациентов с ожирением наблюдаются нарушения психологических форм ПП, способствующие усилению влечения к пище. Отличительное патологическое поведение в еде можно рассматривать как предупреждающие сигналы, являющиеся симптомами психических сопутствующих заболеваний при ожирении (Segura-García et al., 2016). Общие сообщения о чрезмерном ответе на пищевые стимулы, трудности в сознательном ограничении числа потребляемых калорий и несоблюдение диетических рекомендаций показывают, что ПП может оказывать влияние на усилия по управлению весом.

Диагностика типа ПП с последующим формированием нового рационального стереотипа ПП у большинства страдающих ожирением пациентов показывает очевидное снижение их массы тела, что позволяет сделать вывод о важной регуляторной и гомеостатической функции ПП (Хвостова, 2005). По мнению I.R. Novelli с коллегами (2017), отмечается высокая актуальность мониторинга эмоциональных компонентов ПП при проведении долгосрочного питания пациентов с бариатрическими заболеваниями в целях достижения лучших результатов хирургии. Аналогичный вывод представлен в исследовании

Н. Jalkanen с соавторами (2017). Изучение сопряженности частоты приёма пищи и ее типа с особенностями ПП у детей позволило сделать вывод о том, что оценка поведения в области питания может помочь в выявлении детей с различными диетическими потребностями.

Психофизиологический аспект исследований пищевого поведения

Пищевое поведение реализуется в системе множества физиологических процессов, протекающих на различных соматических уровнях: энергетических, гуморальных, нервных. Все формы активности человека осуществляются при условии энергетического баланса. Состояние и активизация базовых энергетических депо (запасы гликогена, жировой ткани), находятся под влиянием управления синтеза гормонов, прежде всего – адреналина и ацетилхолина, а также регулируются уровнем сахара в крови. Характерно, что все эти процессы регулируются на уровне центральной нервной системы (Бройтигам, 1999).

Потребление пищи контролируется деятельностью головного мозга через активацию либо торможение гипоталамических центров и их связей с обонятельным мозгом, с одной стороны, и корой больших полушарий, с другой. В плане оценки физиологических, психофизиологических и психологических соотношений отметим, что эти структуры координируют баланс между метаболическими и гедоническими путями, которые модулируют (соответственно) потребность «сколько» и «что» есть. Ежедневное время приема употребления пищи также контролируется «центральными часами» в супрахиазматическом ядре. Доказано, что нарушения циркадных ритмов тела приводят к нарушениям ПП в виде компульсивного переедания и ночного питания, что вторично вызывает нарушение метаболизма (Mendoza, 2018).

Исследование уровня дофамина как одного из важнейших нейротрансмиттеров, регулирующих ПП в роли основного модулятора системы вознаграждения мозга, показывает, что нарушение нейротрансдачи дофамина может являться фактором развития метаболических расстройств и ожирения. В исследовании O. Avsar с соавторами (2017) сообщается о признаках значимой взаимосвязи между ожирением и полиморфизмами генов ферментов,

Библиографические обзоры

метаболизирующих дофамин. При этом «питание как вознаграждение» рассматривается как компенсаторный механизм, восполняющий недостаток «дофаминовой стимуляции».

Важную роль в формировании ПП играют также сенсорные свойства продуктов и напитков. Способность человека к восприятию вкусовых ощущений выявляется уже во внутриутробном периоде. Основное значение для формирования вкуса имеет генетическая предрасположенность, определяющая восприятие вкуса, консистенции и аромата, а также частоту и скорость потребления пищи (Пырьева, 2017). Перцепционные сигналы влияют на пищевые предпочтения, скорость приёма пищи, её объем и другие характеристики. При этом, по мнению Forde (2018), текстурой пищи возможно влиять на процесс проглатывания, и тем самым снижать скорость приема пищи и размер порции у детей и взрослых.

Стимулы, связанные с потреблением пищи, – механические, метаболические, экологические и пр. – могут влиять на потребление организмом энергии. Чтобы компенсировать или минимизировать воздействие таких стимулов на энергетический гомеостаз, люди оснащены механизмами нейронного комплекса, объединяющими периферические и экологические сигналы. При наличии изменений вкуса или запаха пищи эти механизмы взаимодействуют с периферическими эффекторами, включая желудочно-кишечные пептиды, для сохранения потребления энергии и в конечном счете – массы тела. Авторы большого обзора по проблеме ПП (см.: Laviano, 2018) выдвинули предположение, что изменения ПП во время болезни, по-видимому, связаны с активацией специфического нейронного аварийного пути, который способствует анорексии. Настойчивость во время эволюции аварийного пути предполагает, что до сих пор неопознанный компонент анорексии и метаболизма можно использовать для улучшения восстановления пациентов не только с патологиями ПП, но и с другими – острыми и, возможно, хроническими соматическими заболеваниями алиментарной природы.

Стресс и пищевое поведение

Стресс и эмоциональные переживания в большей степени влияют на ПП, нежели другие психофизиологические феномены. Дока-

зано, что дистресс и его последствия связаны с расстройствами питания (Yiu et al., 2018). Развитие неадаптивных типов ПП под воздействием стресса может начаться уже в детском возрасте. В систематическом обзоре научных исследований ПП детей представлен вывод о том, что такие варианты развития могут начаться уже в 8–9 лет (Hill et al., 2017).

Получены данные о значимых прямых корреляциях между последствиями эмоциональных психопатологических симптомов (депрессивной и тревожной симптоматикой), жизненного стресса и формирования различных видов последующего ПП (прежде всего – сдержанного, эмоционального и экстернального ПП) младших и старших школьников в Китае. Кроме того, депрессивные и тревожные симптомы, а также жизненный стресс (с учетом дифференциации выборки по факторам пола, возраста, ИМТ, уровня образования родителей и самооценки семейного экономического статуса) оказались в значительной степени связанными с нездоровым питанием (Hou et al., 2013).

Стресс и эмоции изменяют ПП несколькими способами: как отрицательные, так и положительные эмоции могут приводить к увеличению потребления пищи, а также к компульсивному перееданию или недоеданию. Некоторые характеристики участников (прежде всего – пол, ИМТ и тип ПП), похоже, влияют на эти отношения. В исследовании J. Reichenberger с коллегами (2018), выполненном с помощью технологии ЕМА (ecological momentary assessment, экологической мгновенной оценки) в целях оценки влияния эмоций на вкусовые ощущения и чувство голода, показано, что повышенный стресс приводит к уменьшению вкусовых ощущений. Полученные данные полностью соответствуют базовым положениям физиологических стрессовых моделей. Временное ограничение приёма пищи стресс-депривационного характера приводило у испытуемых к уменьшению гаммы вкусовых ощущений и более интенсивному голоданию.

Связанное со стрессом питание также может быть фактором риска в развитии метаболических расстройств. Исследование E. Järvelä-Reijonen с коллегами (2016) подтверждает гипотезу о том, что связанный со стрессом способ приема пищи может стать потенциальным фактором риска ожирения. Доказано, что питание людей с ожирением

(средний ИМТ – 36,9) при воздействии стрессора характеризуется более сильной мотивацией к употреблению пищи (что обозначается быстрой начальной скоростью ее приема), а также отсутствием чувства восприятия сытости (что указывается низким темпом замедления скорости приема пищи).

В целом эмоциогенный тип ПП может быть основным механизмом опосредования при стрессе. Исследование детей 5–12 лет показало, что стрессовые события и негативные эмоции у них положительно связаны с эмоциональным питанием. Положительные констелляции наблюдались между вызванными стрессом проблемами и потреблением как сладких, так и жирных продуктов, и отрицательные – между такими событиями и потреблением фруктов и овощей. В целом, стресс был связан с эмоциональным питанием и более нездоровым диетическим паттерном и, таким образом, способствовал развитию избыточного веса у детей (Michelsa et al., 2012).

Положительные корреляции установлены между стрессовыми жизненными событиями и неупорядоченным питанием, экстремальным поведением по контролю за весом и алкоголизацией как у юношей, так и у девушек (Loth et al., 2008).

В исследовании связи стресса и пищевого поведения взрослых была выявлена прямая зависимость между уровнем стресса и экстернальным типом ПП (Жунисова и др., 2015).

Результаты описанных выше исследований позволяют сделать вывод о том, что комплексное вмешательство, сосредоточенное на коррекции эмоциональной сферы и обучении навыкам управления стрессом, было бы эффективно для предотвращения развития нездорового ПП.

Психологический аспект исследования пищевого поведения

Наиболее очевидными критериями различия лиц с нарушениями ПП с точки зрения психологической квалификации являются пол и возраст.

Нервная анорексия как одна из клинических форм ПП чаще всего формируется в подростковом возрасте, и основной контингент пациентов составляют девушки и молодые женщины (Малкина-Пых, 2007). Причина таких половозрастных характеристик предположительно объясняется когнитивными факторами, играющими существенную роль в

объяснении гендерных различий в пищевой патологии, зачастую сводящимся к биологическим факторам и идеалам женской красоты (Orwils et al., 2016). При изучении Т.Ю. Каданцевой и В.Г. Петровым (2004) психологических особенностей девочек-подростков с неврогенной анорексией были выявлены характерные для этих пациенток нарушения критичности мышления, снижение процессов рефлексии, ригидность взглядов и установок, а также – инфантилизм и тревожность.

Руминация, в том числе в связи с фабулами ПП, также чаще всего наблюдается у женщин, чем у мужчин (Orwils et al., 2016).

В свою очередь, некоторые характеристики пищевого поведения не имеют гендерной направленности. Так, например, известно, что импульсивность в принятии решений предсказывает неадаптивное ПП в форме выбора нездоровой пищи и переедания, что в дальнейшем приводит к значительному ИМТ (Macchi, MacKew, Davis, 2017). Однако, как у женщин, так и у мужчин характеристики внимания и двигательная импульсивность были связаны с неупорядоченными предпочтениями в отношении питания (Lundahl et al., 2015). Целью другого исследования было изучение связей между когнитивной нагрузкой, физической активностью, ИМТ и окружностью талии студентов колледжа и их ПП. Испытуемые с высокими показателями когнитивной нагрузки (как мужчины, так и женщины) характеризовались тенденцией к более высоким значениям ИМТ, окружности талии и употреблению большего количества алкоголя, чем испытуемые с низкой когнитивной нагрузкой (Byrd-Bredbenner et al., 2016).

Существуют некоторые особенности ПП, характерные для представителей определенных возрастных категорий. Так, например, придирчивое питание (picky eating) и неофобия в большей степени свойственны детям (Horst et al., 2016).

Физиологические, психологические и социальные изменения во время старения вызывают свои диетические предпочтения (Yannakouli et al., 2018). Исследование пациентов с метаболическим синдромом продемонстрировало, что у больных старше 50 лет преобладал экстернальный тип ПП, а у более молодых пациентов все три типа ПП встречаются примерно в равных долях. Ограничительный тип ПП, напротив, чаще встречается в раннем детстве (Schmidt et al., 2018).

Влечение или тяга к пище играет важную роль в пищевом поведении. Так, M. Ferrer-García с коллегами (2017) провели анализ взаимосвязи между стилем ПП амбулаторных пациентов с нервной булимией и другими расстройствами ПП, с одной стороны, и психофизиологическими реакциями (в виде тяги к пище и тревоги) на изображения сред виртуальной реальности, содержащие пищевые продукты, с другой. Так, у пациентов с нарушениями ПП наблюдались значительно более высокие уровни влечения и тревоги при восприятии виртуальной пищи, чем у здоровых людей. Стили ПП демонстрировали сильные ассоциации с жадной пищей и тревогой, при этом два из них были лучшими предикторами тяги и тревоги – экстернальный и эмоциональный тип соответственно.

Осуществление контроля над поведением в отношении еды может быть затруднено, поскольку такое поведение может быть автоматическим. Результаты исследования Moldovan & David (2012) показали, что успех отдельных людей в контроле их поведения не зависит от его цели или полученной команды (неконтролируемость), хотя люди считают, что имеющиеся цели оправдывают их поведение (бессознательное состояние). Полученные данные о высоком уровне оценок когнитивной сдержанности оказались прогностическими для успеха в контроле над едой, что позволило прийти к выводу о наличии у феномена приема пищи особенностей, характерных для автоматического поведения, поэтому их можно рассматривать в качестве одного из атрибутов такого поведения.

Основой адаптивного пищевого поведения является способность человека к саморегуляции. В обзорной статье Dohle, Diel, Hofmann (2017) утверждается, что эта способность тесно связана с исполнительными функциями, представленными рядом взаимосвязанных когнитивных процессов более высокого порядка, позволяющих человеку принимать целенаправленные действия.

Когнитивная сфера пациентов с нарушениями ПП характеризуется искажением установок. Так, в посвященном изучению границ психологического пространства личности у пациентов с патологией ПП исследовании представлен вывод о том, что в основе нарушения ПП лежит инфантильная установка по отношению к миру (Жедунова, Волдаева, 2014). Изучение Persky et al. (2017) убеж-

дений здоровых людей в отношении генетических влияний на ПП показало, что респонденты нередко спонтанно идентифицировали факторы, связанные с питанием, как «работающие» в их семьях. Как следствие, участники исследования, воспринимающие себя как человека с избыточным весом и отмечающие наличие семейной истории избыточного веса, с большей частотой объясняли ПП генетической предрасположенностью.

Черты характера также тесно связаны с расстройствами ПП и могут быть вовлечены в их развитие и обслуживание. В частности, P. Raynal с коллегами (2016) доказали, что пациенты с расстройствами ПП чаще демонстрируют шизотипические, циклотимические, пограничные черты по сравнению со здоровыми людьми.

Исследование паттернов реагирования в ситуациях социальной фрустрации пациентов с расстройствами ПП продемонстрировало наличие ряда специфических особенностей (Шабанова, 2016). Для больных с нервной анорексией характерно преобладание интрапунитивной направленности агрессии, в отличие от экстрапунитивности пациентов с булимией. Для обеих групп пациентов характерны общие нарушения регуляторных механизмов (оттормаживание ситуативно возникающих потребностей) и непродуктивность компенсаторных стратегий (отрицание фрустрирующего характера переживаний).

Необходимо отметить, что стиль ПП является не только отражением физиологических и когнитивных процессов, но и отражением аффективных потребностей (прежде всего – в любви и принятии, в безопасности) и душевного состояния человека (Любан-Плоцца с соавт., 1994). Если эти потребности не удовлетворяются своевременно в полной мере в сфере взаимоотношений, то происходит компенсация – восполнение через процесс питания. Бессознательные механизмы, которые управляют этим процессом, зарождаются у личности в контакте с обществом – первичной группой, прежде всего – с семьей (Пырьева, 2017).

Социокультуральный аспект исследования пищевого поведения

В США достаточно распространена трехсторонняя модель влияния (Tripartite Influence Model), опирающаяся на совокупность факторов, влияющих на удовлетворенность образом

тела и нарушения ПП (Shroff, Thompson, 2006; Berbert de Carvalho, Santos Alvarenga, Caputo Ferreira, 2017). Согласно этой модели, родители, сверстники и транслирующие примеры интернализации и социального сравнения внешнего вида средства массовой информации (СМИ) являются предикторами неудовлетворенности организмом, которая, собственно говоря, и является ключевым фактором риска расстройств ПП.

Родительская семья как первая и важная «точка контакта» человека с обществом уже на самых ранних этапах развития ребенка формирует очевидную для всех ее членов связь питания и любви. Психологическая составляющая процесса кормления важна для развития у ребёнка ощущения защищенности, поскольку кожный контакт с теплым, мягким материнским телом именно в процессе кормления позволяет младенцу ощутить себя любимым. В переживаниях младенца чувства сытости, защищенности и принятия неразрывны (Любан-Плоцца с соавт., 1994). Важную роль в этом играет формирование привязанности. Именно поэтому нарушение привязанности часто рассматривают как фактор риска нарушений ПП.

Большинство имеющихся на сегодняшний день данных свидетельствует в пользу того, что ненадежный тип привязанности характеризует людей с нарушениями ПП (Faber, Dubé, Knäuper, 2017). Более высокие уровни показателей ненадежной привязанности, а также тревожность, избегание и страхи оказались значимо связанными с более нездоровым ПП, индексируемым по стандартным критериям (употребление алкоголя, булимические симптомы, приверженность диетам, эмоциональное питание и потребление нездоровой пищи). Кроме того, тревожная привязанность является предпосылкой переедания и более высокого ИМТ (Wilkinson et al., 2018), а нарушение привязанности обуславливает тесную связь общих эмоциональных синдромов (тревоги и депрессии) с нарушениями ПП (Гурвич, Антонова, 2012).

Чем старше становится ребенок, тем большая роль в формировании пищевого поведения переходит от собственно объекта привязанности (матери, или человека, заменяющего её) к семье как целому. Важная функция в этом отдаётся процессу социализации. Совместные приёмы пищи способствуют сближению, атмосфере откровенности и ис-

кренности. В классической монографии В. Бройтигам с коллегами отмечается, что если на Востоке не являющиеся близкими родственниками люди принимают пищу вместе, то они и впоследствии не будут врагами. Присутствие сотрапезников, побуждения и поощрения за столом улучшают аппетит (Бройтигам, 1999).

Стиль родительского питания в значительной мере влияет на стиль питания ребёнка. По результатам когортного исследования детей с ожирением D. Demir & M. Bektas (2017) описывают три модели взаимосвязи между изученными переменными (эмоциональное переедание, игнорирование чувства насыщения, поощрение контроля питания родителями и др.) и возникновением ожирения. Исследование показало, что детское питание и стиль родительского питания влияют на возникновение ожирения в детстве. Вероятно, семейная предрасположенность к ожирению частично опосредована такими семейными предпочтениями (Kral, Rauh, 2010; Roach et al., 2017).

Важным фактором, влияющим на развитие пищевого поведения, является семейная культура. Установки семьи, ориентированные на внешний вид ребенка и критика его внешности являются фактором, способствующим беспорядочному питанию у дочерей (Fortesa, Ajete, 2017).

Окружающие люди и места приема пищи могут влиять на формирование ПП. По материалам еженедельно проводившихся швейцарскими детьми дневниковых самоописаний еды (с документированием употребляемых продуктов, персонального окружения в момент приема пищи и самих мест приема), установлено, что большинство блюд (80,5%) потреблялось детьми дома с совместно с членами семьи. Показано положительное влияние приема пищи дома с членами семьи на формирование пищевого поведения (Suggs et al., 2018).

Некоторые родители (прежде всего – страдающие клинически выраженными формами расстройств ПП), напротив, проявляют сильную озабоченность по поводу развития здорового пищевого поведения у ребенка. В основе такого беспокойства родителей с расстройствами ПП лежат большая восприимчивость ребенка к кормлению, большая забота о весе своего ребенка и большой контроль за питанием ребенка, чем у родителей без таких расстройств (Lydecker, Grilo, 2016).

Библиографические обзоры

Большую роль играет также фактор воспитания. Психологический отцовский контроль, ориентированный на достижение успеха предсказывает дезадаптивное ПП у подростков (Pace, D'Urso, Zappulla, 2018). Кроме того, на развитие у ребёнка нарушений ПП влияет лишение свободы родителя (Jackson, Vaughn, 2017), родительское принуждение к еде (Ellis et al., 2015), невысокий уровень кулинарных навыков родителей (Metcalf, Leonard, 2018).

При диагностике у ребёнка нарушений ПП родитель стремится воздействовать на эту сферу, корректируя ее. Однако не все семейные стратегии, направленные на улучшение ПП, являются эффективными. Например, стратегия изменения ПП детей посредством усиления контроля представляется контрпродуктивной. Практические подходы, направленные на совместную деятельность в разных сферах (например, совместное приготовление пищи), могут способствовать увеличению потребления овощей и могут иметь больший эффект по сравнению со стандартными мерами образования в области питания. Экспериментально показано, что предоставление детям свободных, доступных фруктов и овощей положительно влияет на формирование здорового ПП (DeCosta et al., 2017).

Значительную роль в формировании ПП выполняет социум в целом. Растущее давление со стороны общества и СМИ на представления об идеальной форме тела оказывает значительное влияние на пищевое поведение молодых людей, причем в последние годы установлено, что такие тенденции не связаны с фактором пола и проявляются у мужчин и женщин с определенной спецификой (Domine et al., 2009).

Наиболее уязвимой по критерию нездорового ПП социально-демографической группой являются студенты. Зачастую рацион студентов формируется под влиянием СМИ, рекламы и транслируемых ими социальных норм (Robinson, 2015). Самоограничения в питании также часто наблюдаются среди студентов (проявляются в отказе от первых блюд, от горячей пищи, в экономии материальных средств на питании). Основными препятствиями для здорового питания у студентов является недостаток времени из-за учебы, отсутствие здорового питания в университетской столовой и высокие цены на здоровую пищу (König, 2016). Достаточно широко рас-

пространены среди студентов и различные диеты (Гурвич, 2012).

Воспринимаемые социальные нормы, относящиеся к специфическим контекстам, могут влиять на те или иные характеристики потребления пищи в этих контекстах, например, на количество пищи, потребляемой за один раз (Robinson, 2015). В исследовании взаимосвязи популярности сверстников и желания подражания им в пищевом поведении установлено, что популярные сверстники воспринимаются более здоровыми, чем непопулярные, а приписываемое первым ПП сопряжено с собственными представлениями о здоровой и нездоровой еде. Таким образом, популярность других лиц позитивно опосредует восприятие пищи, которую они едят, и может способствовать формированию здорового питания через социальное влияние (König et al., 2017). Однако выявленные феномены в настоящее время используются в основном в маркетинговых целях, а не для решения задач формирования здоровых форм пищевого поведения.

Важно добавить, что зачастую ПП изучается в лаборатории в контролируемых условиях. При этом люди могут вести себя не естественным образом, если они чувствуют, что их ПП контролируется. Определенным доказательством этому являются результаты проведенного Field с коллегами (2014) исследования, свидетельствующие о том, что если участники считают количество употребляемой во время исследования пищи контролируемым (как экспериментатором, так и ими самими), то они стремятся ограничивать ее потребление.

Методы исследования пищевого поведения

Методологические проблемы в области исследования пищевого поведения в нашей стране связаны, в первую очередь, с недостатком качественного, надежного и валидного диагностического материала. Причина этого состоит в том, что психометрические данные используемых методик являются сильно устаревшими и, как правило, не адаптированными в популяции.

Известный голландский опросник пищевого поведения DEBQ (Dutch Eating Behavior Questionnaire) был создан в 1986 г. (Van Strien et al., 1986) и валидизирован на 1170 респондентах, разделённых по полу и нали-

чию/отсутствию ожирения. Методика позволяет оценивать пищевое питание по трём типам, которые могут способствовать увеличению веса у взрослых: эмоциогенному, экстернальному, ограничительному. Опросник активно используется во всем мире при изучении пищевого поведения: существуют французская (Bailly et al., 2012), китайская (Wang et al., 2017; Wang et al., 2018), испанская (Cebolla et al., 2014), мальтийская (Dutton, Dovey, 2016) и другие адаптированные версии опросника. Известны также краткая (Bailly et al., 2012) и детская версия опросника (Dutton, Dovey, 2016).

Опросник DEBQ был переведён на русский язык, но убедительных данных об адаптации стимульного материала и рестандартизации на отечественной выборке нет. Как следствие, несмотря на активное использование его в большинстве опубликованных в нашей стране исследований пищевого поведения, имеются сомнения в качестве полученных результатов, прежде всего – для их экстраполяции и сопоставления с данными зарубежных исследований.

В зарубежных исследованиях также активно используется детский опросник ПП – CEVQ (Children Eating Behaviour Questionnaire), существующий в полной и в сокращённой версии (Behar et al., 2018). Отмечается попытка адаптировать его для применения у взрослых (Hunot et al., 2016).

Кроме того, в числе «батарей» методик исследования пищевого поведения упоминаются Шкала регуляции ПП – REBS (Regulation of Eating Behavior Scale, Hamilton et al., 2018), Шкала осознанного ПП – MEBS (The Mindful Eating Behavior Scale, Winkens et al., 2018), Опросник о питании, связанном с весом – WREQ (Weight-Related Eating Questionnaire, James et al., 2017), Трёхфакторный опросник питания – TFEQ (Three-Factor Eating Questionnaire, Stunkard, Messick, 1985). Из числа сходных по мишеням методик можно отметить Диагностическую шкалу нарушений питания: краткий опросник для выявления анорексии, булимии и компульсивного переедания (EDDS, The Eating Disorder Diagnostic Scale, Krabbenborg et al., 2011). Анализ публикаций по теме настоящего библиографического обзора показывает, что все перечисленные выше методики (кроме DEBQ) в Российской Федерации не применяются.

В практике исследований по проблемам

ПП в нашей стране, помимо DEBQ, используется тест отношения к приёму пищи EAT (Eating Attitudes Test) в модифицированной версии EAT-26, – скрининговой методики с 26 айтемами, структурирующий результаты по трем шкалам: 1) диеты, 2) булимии и пищевой озабоченности и 3) орального контроля.

Шкала оценки пищевого поведения (ШОПП) – (в оригинале: EDI, Eating Disorder Inventory) представляется более надежным, валидным и адаптированным на русскоязычной выборке в 2011 г. О.А. Ильчик диагностическим материалом. Имеются данные о конструктивной, критериальной, конвергентной и дискриминативной валидности методики, в связи с чем именно эта методика представляется наиболее объективной для оценки ПП.

В целом, методологическое качество исследований ПП человека определяют обоснованность и воспроизводимость теоретических и эмпирических данных науки о питании. Методики, применяемые в лабораторном исследовании ПП, зачастую являются не оптимальными (Robinson et al., 2018). Вероятно, это влияет на достоверность исследований. Использование диагностического материала, не отвечающего требованиям психометрической науки, влияет на качество полученных данных и представляется основным ограничением в исследованиях ПП, проводимых в нашей стране. Кроме того, среди прочих ограничивающих факторов рассматриваются небольшие размеры выборки, нестрогость критериев включения испытуемых.

Таким образом, на основании анализа материалов отечественных и зарубежных научных статей, посвящённых изучению проблемы ПП, можно сделать следующие **выводы**.

Во-первых, терминологическое поле, характеризующее здоровое и нездоровое пищевое поведение, является достаточно широким. Отсутствие критерия нормы пищевого поведения является базовой проблемой, аналогичной существующей во многих областях психиатрии и клинической психологии. Кроме того, образующие определенный тезаурус различные термины ПП все-таки несут в себе разные оттенки смысла, но в научной литературе чаще всего используются как синонимичные, что зачастую не позволяет дифференцировать клиническую форму нарушений от симптоматической и относительно нормативной, а также установить сущность выявляемых различий. На наш взгляд, наиболее

Библиографические обзоры

релевантным является деление пищевого поведения на адаптивное и дезадаптивное, то есть способствующее или препятствующее адаптационным процессам организма и личности.

Во-вторых, существующие на сегодняшний день проблемы классификации типов ПП в норме и при патологии во многом объясняются доминированием практики разделения «здоровых» ПП на три типа – эмоциогенный, экстернальный и ограничительный, а клинических – в основном на анорексию и булимию. В силу этого они же являются наиболее эмпирически изученными. Перспективным представляется более детальное и дифференцированное рассмотрение проблематики ПП посредством расширения существующей классификации с учетом того, что фактор индивидуальных различий является важным аспектом ПП.

В-третьих, анализ результатов опубликованных исследований позволяет подтвердить тезис о том, что нарушения ПП связаны с различными психическими и соматическими расстройствами. Неадаптивные типы ПП являются фактором развития различных патологий, основной (и наиболее изученной) из которых является группа метаболических расстройств, и, в первую очередь – ожирение.

В-четвертых, важнейшим звеном в связи нейро- и психофизиологических процессов является система стрессового реагирования, опосредующая формирование патологии пищевого поведения и связанных с этим соматических, психосоматических, психических и поведенческих расстройств.

В-пятых, описываемые физиологические и психологические особенности, влияющие на ПП человека: роль тяги к пище, особенности когнитивной сферы, психологические границы личности, черты характера и т.п., дают основания для использования этих параметров в практических целях при построении программ психологического сопровождения пациентов с нарушением ПП.

В-шестых, социальное влияние на развитие ПП реализуется в трёхсторонней модели влияния, согласно которой дифференцированно рассматривается роль основных формирующих этот вид поведения факторов – семьи, сверстников и СМИ. Большее значение среди факторов занимают родители (особенно в ранние периоды развития, включая младенчество), с течением времени и взрослением

человека возрастает роль влияния сверстников, СМИ и прочих социальных и средовых факторов.

В-седьмых, методологическая область исследования ПП в нашей стране характеризуется недостатком качественного диагностического материала, использованием психодиагностических методик, не отвечающих требованиям психометрики. Все это влияет на качество и достоверность полученных результатов. Качественная адаптация основного международного опросника в области диагностики ПП (Голландского опросника пищевого поведения) и других методик, разработка нового диагностического материала может ликвидировать эту проблему.

Статья выполнена за счет субсидии на финансовое обеспечение выполнения базовой части государственного задания (фундаментальное научное исследование) по договору № 19.8259.2017/БЧ.

Литература/References

1. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: кратк. учебн. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. 376 с. [Brautigam W., Kristian P., Rud M. *Psichosomaticheskaya medicina: kratk. uchebn.* [Psychosomatic medicine: a short textbook]. Moscow, Gaotar Medicine, 1999, 376 p.]
2. ВОЗ, Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью / Всемирная организация здравоохранения, 2004. [WHO, Globalnaya strategiya po pitaniyu, fizicheskoi aktivnosti i zdorovyu [Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health], 2004.]
3. Гурвич И.Н., Антонова Н.А. Психологическая детерминация пищевого поведения студенческой молодежи. Вестник СПбГУ. 2012. 12(2). С. 42–47. [Gurvich I.N., Antonova N.A. *Psichologicheskaya determinaciya pischevogo povedeniya studencheskoi molodeji* [Psychological Determination of Eating Behavior in Student Youth]. *Vestnik SPbGU* [SPbSU Bulletin], 2012, 12(2), pp. 42–47.]
4. Джериева И.С., Волкова Н.И., Панфилова Н.С., Шулика М.В., Малахова В.А. Депрессивные расстройства и риск развития нарушений пищевого поведения. Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2011. № 2. С. 208–209. [Dzherieva I.S., Volkova N.I., Panfilova N.S., Shulika M.V., Malakhova V.A. [Depressive disorders and risk of night eating syndrome]. *Jurnal nauchnih statei «Zdorovie i obrazovanie v XXI veke»* [Journal of Scientific Articles "Health and Education in the 21st Century"], 2011, no. 2, pp. 208–209. (in Russ.)]
5. Жедунова Л.Г., Волдаева А.С. Границы психологического пространства личности как фак-

тор нарушений пищевого поведения. Ярославский педагогический вестник. 2014. № 4, т. 2. С. 237–241. [Zhedunova, L.G., Voldaeva A.S. [Borders of the Personality's Psychological Space as a Factor of Eating Disorders]. *Yaroslavskii pedagogicheskii vestnik* [Yaroslavl Pedagogical Herald], 2014, no. 4, vol. 2., pp. 237–241. (in Russ.)]

6. Жунисова, М.Б., Шалхарова Ж.Н., Нускабаева Г.О., Садыкова К.Ж., Маденбай К.М., Гржибовский А.М. Психоэмоциональный стресс как предиктор типа пищевого поведения в Казахстане. Экология человека. 2015. № 5. С. 36–45. [Zhunissova M.B., Shalkarova Zh.S., Shalkarova Zh.N., Nuska-bayeva G.O., Sadykova K.Zh., Madenbay K.M., Grjibovskii A.M. [Psychoemotional Stress and Eating Behavior in Kazakhstan]. *Ekologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2015, no. 5, pp. 36–45. (in Russ.)]

7. Ильчик О.А., Сивуха С.В., Скугаревский О.А., Суихи С. Русскоязычная адаптация методики «Шкала оценки пищевого поведения». Международный научно-практический журнал «Психиатрия, психотерапия и клиническая психология». 2011. № 1(03). С. 39–50. [Ilchik O.A., Sivuha S.V., Skugarevskii O.A., Suihi S. [Russian-language adaptation of the "Scale of Eating Behavior Assessment"] *Mezhdunarodnii nauchno-prakticheskii jurnal «Psihiatriya, psihoterapiya i klinicheskaya psihologiya»* [International scientific and practical journal "Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology"], 2011, no. 1 (03), pp. 39–50. (in Russ.)]

8. Каданцева Т.Ю., Петров В.Г. Психологические особенности девочек-подростков с нервной анорексией. Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. 2004. № 2, т. 1. С. 136–143. [Kadanceva T.Y., Petrov V.G. [Psychological features of the girls-teenagers with anorexia nervosa] *Byulleten VSNC SO RAMN* [Bulletin VSSC of the RAMS], 2004, no. 2, vol. 1, pp. 136–143. (in Russ.)]

9. Леонова Е.Н. Социально-психологические типы пищевого поведения / Вестник Удмуртского университета. Серия «Философия. Педагогика. Психология». 2017. 27(2). С. 174–181. [Leonova E.N. [Socially-psychological types of eating behavior]. *Vestnik Udmurtskogo universiteta. Seriya «Filosofiya. Pedagogika. Psihologiya»* [Bulletin of the Udmurt University. Series "Philosophy. Pedagogy. Psychology"], 2017, 27(2), pp. 174–181. (in Russ.)]

10. Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф. Психосоматический больной на приеме у врача. СПб.: НИПИ им. В.М. Бехтерева, 2000. 287 с. [Lyuban-Plocца B., Peldinger V., Kreger F. *Psihosomaticheskii bolnoi na prieme u vracha* [Psychosomatic patient at a doctor's appointment]. SPb.: NIPI them. V.M. Bekhterev, 2000. 287 p.]

11. Малкина-Пых И.Г. Терапия пищевого поведения. М.: Эксмо, 2007. 1040 с. [Malkina-Pykh I.G. *Terapiya pischevogo povedeniya* [Therapy of eating behavior]. Moscow, Eksmo Publ., 2007. 1040 p.]

12. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Учебное пособие. 6-е изд. М.:

МЕДпресс-информ, 2008. 432 с. [Mendelevich V.D. *Klinicheskaya i medicinskaya psihologiya* [Clinical and Medical Psychology: A Tutorial]. 6th ed. Moscow, MEDPress-inform, 2008. 432 p.]

13. Пырьева Е.А., Гмошинская М.В., Шилина Н.М., Гурченкова М.А. Ранние этапы формирования пищевого поведения. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2017. 62:(3). С. 125–129. [Pyrieva E.A., Gmoshinskaya M.V., Shilina N.M., Gurchenkova M.A. [Early stages in the formation of eating behavior]. *Rossiiskii vestnik perinatologii i pediatrii* [Russian bulletin of perinatology and pediatrics], 2017. 62:(3), pp. 125–129. (in Russ.)]

14. Савенков Ю.И. Избыточный вес – угроза здоровью. Барнаул: Алт. Кн. Изд-во, 1985. [Savenkov Yu.I. *Izbitochnii ves – ugroza zdorovyu* [Overweight – a threat to health], Barnaul: Alt. Book. Publishing house, 1985.]

15. Хвостова О.И. К вопросу коррекции экстернализованного пищевого поведения. Вятский медицинский вестник. 2005. № 3–4. С. 29–32. [Khvostova O.I. [To the issue of correction of external eating behavior]. *Vyatskii medicinskii vestnik* [Vyatsky medical bulletin], 2005, no. 3–4, pp. 29–32. (in Russ.)]

16. Цивилько М.А., Мелентьев А.С., Коркина М.В. и др. Психические нарушения у больных ревматоидным полиартритом. Журн. неврол. и психиатр. 1999. № 2. С. 9–11. [Civilkko M.A. [Mental disorders in patients with rheumatoid polyarthritis]. *Jurnal nevrologii i psihiatrii* [Journal of Neurology and Psychiatry], 1999, no. 2, pp. 9–11. (in Russ.)]

17. Шабанова А.А., Виноградова М.Г., Кошелев В.В. Диагностика личностных особенностей пациентов с нарушениями пищевого поведения. Архивъ внутренней медицины: спец. вып. 2016. С. 101–102. [Shabanova A.A., Vinogradova M.G., Koshelev V.V. [Diagnosis of personal characteristics of patients with eating disorders]. *Arhiv vnutrennei medicine spec. vip* [Archive of internal medicine: spets. you], 2016, pp. 101–102.]

18. Avsar O., Kuskucu A., Sancak S., Genc E. Are dopaminergic genotypes risk factors for eating behavior and obesity in adults? *Neuroscience Letters*, 2017, vol. 4, pp. 1–17. DOI: 10.1016/j.neulet.2017.06.023

19. Bailly N., Maitre I., Amanda M., Hervé C., Alaphilippe D. The Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ). Assessment of eating behaviour in an aging French population, *Appetite*, 2012, vol. 59, pp. 853–858. DOI: 10.1016/j.appet.2012.08.029

20. Behar A.I., Crespo N.C., Garcia M.L., Ayala G.X., Campbell N., Shadron L.M., Elder J.P., Validation of a shortened version of the Children's Eating Behavior Questionnaire and associations with BMI in a clinical sample of Latino children *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 2018, vol. 50(4), pp. 372–378. DOI: 10.1016/j.jneb.2017.08.013

21. Berbert de Carvalho P.H., Alvarenga M., Caputo Ferreira M.E. An etiological model of disordered eating behaviors among Brazilian women, *Ap-*

- petite*, 2017, vol. 116, pp. 164–172. DOI: 10.1016/j.appet.2017.04.037
22. Bouhhal S., McBride C.M., Trivedi N.S., Agurs-Collins T., Persky S. Identifying eating behavior phenotypes and their correlates: A novel direction toward improving weight management interventions, *Appetite*, 2016, № 111, pp. 142–150. DOI: 10.1016/j.appet.2016.12.006
23. Byrd-Bredbenner S.C., Quick V., Koenings M., Martin-Biggers J., Kattelman K.K. Relationships of cognitive load on eating and weight-related behaviors of young adults, *Eating Behaviors*, 2016, vol. 21, pp. 89–94. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2016.01.002
24. Carvalho Bos S., Soares M.J., Marques M., Maia B., Pereira A.T., Nogueira V., Valente J., Macedo A. Disordered eating behaviors and sleep disturbances *Eating Behaviors*, 2013, vol. 14, pp. 192–198. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2013.01.012
25. Cebolla A., Barrada J.R., van Strien T., Oliver E., Baños R. Validation of the Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) in a sample of Spanish women *Appetite*, 2014, vol. 73, pp. 58–64. DOI: 10.1016/j.appet.2013.10.014
26. DeCosta P., Møller P., Bom Frøst M., Olsen A. Changing children's eating behaviour – A review of experimental research, *Appetite*, 2017, vol. 113, pp. 327–357. DOI: 10.1016/j.appet.2017.03.004
27. Demir D., Bektas M. The effect of children's eating behaviors and parental feeding style on childhood obesity, *Eating Behaviors*, 2017, vol. 26, pp. 137–142. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2017.03.004
28. Dohle S., Diel K., Hofmann W. Executive functions and the self-regulation of eating behavior: A review, *Appetite*, 2017, vol. 124, pp. 4–9. DOI: 10.1016/j.appet.2017.05.041
29. Domine F., Berchtold A., Akre C., Michaud P.-A., Suris J.-C. Disordered Eating Behaviors: What about boys? *Journal of Adolescent Health*, 2009, vol. 44, pp. 111–117. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2008.07.019
30. Dutton E., Dovey T.M. Validation of the Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ) among Maltese women, *Appetite*, 2016, vol. 107, pp. 9–14. DOI: 10.1016/j.appet.2016.07.017
31. Ellis J.M., Galloway A.T., Webb R.M., Martz D.M., Farrow C.V. Recollections of pressure to eat during childhood, but not Picky Eating, predict young adult Eating Behavior, *Appetite*, 2015, vol. 97, pp. 58–63. DOI: 10.1016/j.appet.2015.11.020
32. Faber A., Dubé L., Knäuper B. Attachment and eating: A meta-analytic review of the relevance of attachment for unhealthy and healthy eating behaviors in the general population, *Appetite*, 2017, vol. 123, pp. 410–438. DOI: 10.1016/j.appet.2017.10.043
33. Ferrer-Garcia M., Pla-Sanjuanelo J., Dakanalis A., Vilalta-Abella F., Riva G., Fernandez-Aranda F., Sanchez I., Ribas-Sabate J., Andreu-Gracia A., Escandon-Nagel N., Gomez-Tricio O., Tena V., Gutierrez-Maldonado J. Eating behavior style predicts craving and anxiety experienced in food-related virtual environments by patients with eating disorders and healthy controls, *Appetite*, 2017, vol. 117, pp. 284–293. DOI: 10.1016/j.appet.2017.07.007
34. Field M., Robinson E., Kersbergen I., Brunstrom J.M. I'm watching you. Awareness that food consumption is being monitored is a demand characteristic in eating-behaviour experiments, *Appetite*, 2014, vol. 83, pp. 19–25. DOI: 10.1016/j.appet.2014.07.029
35. Forde C.G. From Perception to Ingestion; the role of sensory properties in energy selection, eating behaviour and food intake, *Food Quality and Preference*, 2018, vol. 66, pp. 171–177. DOI: 10.1016/j.foodqual.2018.01.010
36. Fortesa K., Ajete K. Family influence on Disordered Eating Behaviour, *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 2017, vol. 159, pp. 314–318. DOI: 10.1016/j.sbspro.2014.12.379.
37. Hamilton T., Hoffman J., Arsiwalla D., Volpe R., Schmidt E., Gropper S. Gender comparisons of young adults' eating behavior regulation: Re-examination of the Regulation of Eating Behavior Scale (REBS), *Appetite*, 2018, vol. 126, pp. 80–89. DOI: 10.1016/j.appet.2018.03.014
38. Heerman W.J., Jackson N., Hargreaves M., Mulvaney S.A., Schlundt D., Wallston K.A., Rothman R.L. Clusters of healthy and unhealthy Eating Behaviors are associated with Body Mass Index *J Nutr Educ Behav*, 2017, vol. 49(5), pp. 415–421. DOI: 10.1016/j.jneb.2017.02.001
39. Hill D.C., Moss R.H., Sykes-Muskett B., Conner M., O'Connor D.B. Stress, and eating behaviors in children and adolescents: Systematic review and meta-analysis, *Appetite*, 2017, vol. 123, pp. 14–22. DOI: 10.1016/j.appet.2017.11.109
40. Horst K., Deming D.M., Lesniasukas R., Carr B.T., Reidy K.C. Picky eating: Associations with child eating characteristics and food intake, *Appetite*, 2016, vol. 103, pp. 286–293. DOI: 10.1016/j.appet.2016.04.027
41. Hou F., Xu S., Zhao Y., Lu Q., Zhang S., Zu P., Sun Y., Su P., Tao F. Effects of emotional symptoms and life stress on eating behaviors among adolescents, *Appetite*, 2013, vol. 68, pp. 63–68. DOI: 10.1016/j.appet.2013.04.010
42. Huang C., Momma H., Cui Y., Chujo M., Otomo A., Sugiyama S., Ren Z., Niu K., Nagatomi R. Independent and combined relationship of habitual unhealthy eating behaviors with depressive symptoms: A prospective study. *J Epidemiol.*, 2017, vol. 27(1), pp. 42–47. DOI: 10.1016/j.je.2016.08.005
43. Hunot C., Fildes A., Croker H., Llewellyn C.H., Wardle J., Beeken R.J. Appetitive traits and relationships with BMI in adults: Development of the adult Eating Behaviour Questionnaire, *Appetite*, 2016, vol. 105, pp. 356–363. DOI: 10.1016/j.appet.2016.05.024
44. Jackson D.B., Vaughn M.G. Parental incarceration and child sleep and Eating Behaviors. *J Pediatr.*, 2017, vol. 185, pp. 211–217. DOI: 10.1016/j.jpeds.2017.03.026
45. Jalkanen H., Lindi V., Schwab U., Kiiskinen S., Venäläinen T., Karhunen L., Lakka T.A., Eloranta A.M. Eating behaviour is associated with eating

- frequency and food consumption in 6–8 year-old children: The Physical Activity and Nutrition in Children (PANIC) study, *Appetite*, 2017, vol. 114, pp. 28–37. DOI: 10.1016/j.appet.2017.03.011
46. James B.L., Loken E., Roe L.S., Rolls B.J. The Weight-Related Eating Questionnaire offers a concise alternative to the Three-Factor Eating Questionnaire for measuring eating behaviors related to weight loss, *Appetite*, 2017, vol. 116, pp. 109–114. DOI: 10.1016/j.appet.2017.04.023
47. Järvelä-Reijonen E., Karhunen L., Sairanen E., Rantala S., Laitinen J., Puttonen S., Peuhkuri K., Hallikainen M., Juvonen K., Myllymäki T., Föhr T., Pihlajamäki J., Korpela R., Ermes M., Lappalainen R., Kolehmainen M. High perceived stress is associated with unfavorable eating behavior in overweight and obese Finns of working age, *Appetite*, 2016, vol. 103, pp. 249–258. DOI: 10.1016/j.appet.2016.04.023
48. Konidari Z., Kastorini C.-M., Milionis H.J., Bika E., Nikolaou V., Vemmos K.N., Goudevenos J.A., Panagiotakos D.B. Eating behaviors and their relationship with cardiovascular disease. *Appetite*, 2014, vol. 80, pp. 89–95. DOI: 10.1016/j.appet.2014.05.005
49. König L.M., Giese H., Stok F.M., Renner B. Eating behaviour of university students in Germany: Dietary intake, barriers to healthy eating and changes in eating behaviour since the time of matriculation, *Appetite*, 2017, vol. 109, pp. 100–107. DOI: 10.1016/j.appet.2016.11.016
50. König L.M., Giese H., Stok F.M., Renner B. The social image of food: Associations between popularity and eating behavior, *Appetite*, 2017, vol. 114, pp. 248–258. DOI: 10.1016/j.appet.2017.03.039
51. Krabbenborg M.A.M., Danner U.N., Larsen J.K., Veer N., Elburg A.A., Ridder D.T.D., Evers C., Stice E., Engels R.C.M.E. The Eating Disorder Diagnostic Scale: psychometric features within a clinical population and a cut-off point to differentiate clinical patients from healthy controls, *Eur Eat Disord Rev.*, 2011, vol. 20(4), pp. 315–320. DOI: 10.1002/erv.1144
52. Kral T.E., Rauh E.M. Eating behaviors of children in the context of their family environment, *Physiol Behav.*, 2010, vol. 100(5), pp. 567–573. DOI: 10.1016/j.physbeh.2010.04.031
53. Laviano A., Lazzaro L. Di, Koverech A. Changes in eating behavior, taste and food preferences and the effects of gastrointestinal hormones, *Clinical Nutrition Experimental.*, 2018, vol. 20, pp. 65–70. DOI: 10.1016/j.clnex.2018.06.002
54. Loth K., Berg P., Eisenberg M.E., Neumark-Sztainer D. Stressful life events and Disordered Eating Behaviors: findings from project EAT, *J Adolesc Health*, 2008, vol. 43(5), pp. 514–516. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2008.03.007
55. Lundahl A., Wahlstrom L.C., Christ C.C., Stoltenberg S.F. Gender differences in the relationship between impulsivity and disordered eating behaviors and attitudes. *Eat Behav.*, 2015, vol. 18, pp. 120–124. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2015.05.004
56. Lydecker J.A., Grilo C.M. Fathers and mothers with eating-disorder psychopathology: Associations with child eating-disorder behaviors, *J Psychosom Res.*, 2016, vol. 86, pp. 63–69. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2016.05.006
57. Mason T.B., Wonderlich S.A., Crosby R.D. Associations among eating disorder behaviors and eating disorder quality of life in adult women with anorexia nervosa, *Psychiatry Res.*, 2018, vol. 267, pp. 108–111. DOI: 10.1016/j.psychres.2018.05.077
58. Macchi R., MacKew L., Davis C. Is decision-making ability related to food choice and facets of eating behaviour in adolescents? *Appetite*, 2017, vol. 116, pp. 442–455. DOI: 10.1016/j.appet.2017.05.031
59. Mendoza J. Food intake and addictive-like eating behaviors: time to think about the circadian clock(s), *Neurosci Biobehav Rev.*, 2018, Available online. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2018.07.003
60. Metcalfe J.J., Leonard D. Reprint of “The relationship between culinary skills and eating behaviors: Challenges and opportunities for parents and families”, *Physiol Behav.*, 2018, vol. 193, pp. 302–306. DOI: 10.1016/j.physbeh.2018.07.006
61. Michelsa N., Sioen I., Braet C., Eiben G., Hebestreit A., Huybrechts I., Vanaelst B., Vyncke K., de Henauw Stress S., Emotional eating behaviour and dietary patterns in children, *Appetite*, 2012, vol. 59(3), pp. 762–769. DOI: 10.1016/j.appet.2012.08.010
62. Moldovan A.R., Moldovan A.R., David D. Features of automaticity in eating behavior, *Eat Behav.*, 2012, vol. 13(1), pp. 46–48. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2011.09.006
63. Novelli I.R., Fonseca L.G., Lopes D.G., Dutra E.S., Baiocchi de Carvalho K.M. Emotional eating behavior hinders body weight loss in women after roux-en-Y gastric bypass surgery, *Nutrition*, 2017, vol. 49, pp. 13–16. DOI: 10.1016/j.nut.2017.11.017
64. Oda-Montecinos C., Saldaña C., Andrés A. Eating behaviors are risk factors for the development of overweight, *Nutr Res.*, 2013, vol. 33(10), pp. 796–802. DOI: 10.1016/j.nutres.2013.07.013
65. Opwis M., Schmidt J., Martin A., Salewski C. Gender differences in eating behavior and eating pathology: The mediating role of rumination, *Appetite*, 2016, vol. 110, pp. 103–107. DOI: 10.1016/j.appet.2016.12.020
66. Pace U., D'Urso G., Zappulla C. Negative eating attitudes and behaviors among adolescents: The role of parental control and perceived peer support, *Appetite*, 2018, vol. 121, pp. 77–82. DOI: 10.1016/j.appet.2017.11.001
67. Pentikäinen S., Arvola A., Karhunen L., Pennanen K. Easy-going, rational, susceptible and struggling eaters: A segmentation study based on eating behaviour tendencies, *Appetite*, 2017, vol. 120, pp. 212–221. DOI: 10.1016/j.appet.2017.09.001
68. Persky S., Bouhhal S., Goldring M.R., McBride C.M. Beliefs about genetic influences on eating behaviors: Characteristics and associations with weight management confidence. *Eat Behav.*, 2017, vol. 26, pp. 93–98. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2017.02.003

69. Poínhos R., Oliveira B.M.P.M., Correia F. Psychopathological correlates of eating behavior among Portuguese undergraduate students, *Nutrition*, 2018, vol. 48, pp. 33–39. DOI: 10.1016/j.nut.2017.10.009
70. Raynal P., Melioli T., Chabrol H. Personality profiles in young adults with disordered eating behavior, *Eat Behav.*, 2016, vol. 22, pp. 119–123. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2016.06.020
71. Reichenberger J., Kuppens P., Liedlgruber M., Wilhelm F.H., Tiefengrabner M., Ginzinger S., Blechert J. No haste, more taste: An EMA study of the effects of stress, negative and positive emotions on eating behavior, *Biol Psychol.*, 2018, vol. 131, pp. 54–62. DOI: 10.1016/j.biopsycho.2016.09.002
72. Roach E., Viechnicki G.B., Retzliff L.B., Davis-Kean P., Lumeng J.C., Miller A.L. Family food talk, child eating behavior, and maternal feeding practices, *Appetite*, 2017, vol. 117, pp. 40–50. DOI: 10.1016/j.appet.2017.06.001
73. Robinson E., Bevelander K.E., Field M., Jones A. Methodological and reporting quality in laboratory studies of human eating behavior, *Appetite*, 2018, vol. 125, pp. 486–491. DOI: 10.1016/j.appet.2018.02.008
74. Robinson E., Perceived social norms and eating behaviour: An evaluation of studies and future directions, *Physiol Behav.*, 2015, vol. 152, pp. 397–401. DOI: 10.1016/j.physbeh.2015.06.010
75. Schmidt R., Vogel M., Hiemisch A., Kiess W., Hilbert A. Pathological and non-pathological variants of restrictive eating behaviors in middle childhood: A latent class analysis, *Appetite*, 2018, vol. 127, pp. 257–265. DOI: 10.1016/j.appet.2018.04.030
76. Segura-Garcia C., Caroleo M., Rania M., Barbuto E., Sinopoli F., Aloï M., Arturi F., de Fazio P. Binge Eating Disorder and Bipolar Spectrum Disorders in Obesity: Psychopathological and eating behaviors differences according to comorbidities, *J Affect Disord.*, 2016, vol. 208, pp. 424–430. DOI: 10.1016/j.jad.2016.11.005
77. Shroff H., Thompson J.K. The tripartite influence model of body image and eating disturbance: A replication with adolescent girls, *Body Image*, 2006, vol. 3(1), pp. 17–23. DOI: 10.1016/j.bodyim.2005.10.004
78. Van Strien, T., Jan E. R., Gerard P. A., Peter B. Defares. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior, *Eating Disorders*, 1986, vol. 5(2), pp. 295–315. DOI: [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198602\)5:2<295::AID-EAT2260050209>3.0.CO;2-T](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198602)5:2<295::AID-EAT2260050209>3.0.CO;2-T).
79. Stunkard A.J., Messick S. The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *J. Psychosom. Res.*, 1985, no. 29(1), pp. 71–83.
80. Suggs L.S., Bella S.D., Rangelov N., Marques-Vidal P. Is it better at home with my family? The effects of people and place on children's eating behavior, *Appetite*, 2018, vol. 121, pp. 111–118. DOI: 10.1016/j.appet.2017
81. Wang Y.-F., Ha S., Zauszniewski J.A., Ross R. Psychometric properties of the Chinese version of the Dutch Eating Behavior Questionnaire in a sample of Taiwanese parents, *Obes Res Clin Pract.*, 2017, vol. 12(1). – P. 129–132. DOI: 10.1016/j.orcp.2017.11.005
82. Wang Y.-F., Chuang H.-L., Chang C.-W., Zauszniewski J.A. Translation and psychometric analysis of the Chinese version of the Dutch Eating Behavior Questionnaire for Children (DEBQ-C) in Taiwanese preadolescents, *J Pediatr Nurs.*, 2018, vol. 39, pp. 30–37. DOI: 10.1016/j.pedn.2018.01.009
83. Wilkinson L.L., Rowe A.C., Robinson E., Hardman C.A. Explaining the relationship between attachment anxiety, eating behaviour and BMI, *Appetite*, 2018, vol. 127, pp. 214–222. DOI: 10.1016/j.appet.2018.04.029
84. Winkens L.H.H., Strien T., Barrada J.R., Brouwer I.A., Penninx B.W.J.H., Visser M. The Mindful Eating Behavior Scale: Development and psychometric properties in a sample of Dutch adults aged 55 years and older, *J Acad Nutr Diet.*, 2018, vol. 118(7), pp. 1277–1290. DOI: 10.1016/j.jand.2018.01.015
85. Yannakoulia M., Mamalaki E., Anastasiou C.A., Mourtzi N., Lambrinouadaki I., Scarmeas N. Eating habits and behaviors of older people: Where are we now and where should we go? *Maturitas*, 2018, vol. 114, pp. 14–21. DOI: 10.1016/j.maturitas.2018.05.001
86. Yiu A., Christensen K., Arlt J.M., Chen E.Y. Distress tolerance across self-report, behavioral and psychophysiological domains in women with eating disorders, and healthy controls, *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 2018, vol. 61, pp. 24–31. DOI: 10.1016/j.jbtep.2018.05.006

Михайлова Анна Павловна, младший научный сотрудник, кафедра клинической психологии, Южно-Уральский государственный университет (Челябинск), annet74.94@mail.ru

Штрахова Анна Владимировна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры клинической психологии, Южно-Уральский государственный университет (Челябинск), shtrakhovaav@susu.ru

Поступила в редакцию 21 июня 2018 г.

EATING BEHAVIOR IN NORM, IN CONDITIONS OF STRESS AND IN THE PRESENCE OF PATHOLOGY: BIBLIOGRAPHIC REVIEW

A.P. *Mikhaylova*, annet74.94@mail.ru

A.V. *Shtrakhova*, shtrakhovaav@susu.ru

South Ural State University, Chelyabinsk, Russian Federation

This article presents the results of publications on the psychological problems of nutrition as one of the most important functions of a living organism, which provides adaptive functioning of all its systems through energy metabolism. The influence of nutrition on health promotion and development and correction of somatic and mental diseases (somatic illness нет такого сочетания) is shown based on the foundations and principles of rational, or so-called "healthy" nutrition, as a function of human/human being, which provides his normal biological, mental and social development and vital activity, proposed by the World Health Organization (WHO). The results of studies revealing the role of unhealthy nutrition as one of the main risk factors for human health are described.

General questions of nutrition and eating behavior problems, the clinical typology of its disorders, the psychophysiological, psychological and socio-psychological aspects of research on this problem are structurally presented. Representations about the role of stress and its consequences on the development of food deviations and stress-induced disorders are shown. The characteristic of the state of psychodiagnostic tools for studying eating behavior is given.

In the generalization of the results, an evaluation of the terminological field characterizing healthy and unhealthy eating behavior, the criteria for their differentiation, including the justification for the isolation of their clinical forms, is given. Based on the analysis of existing classifications, the necessity of expanding the typology of variants of eating behavior based, among other things, on psychological categories is substantiated. The arguments supporting the idea of the relationship between eating disorders with somatic diseases (primarily alimentary and metabolic genesis) and mental (including behavioral) disorders are presented. The most important role of stress in the formation of eating disorders and stress-induced diseases is substantiated. The perspectives of developing programs for psychoprophylaxis and correction of disturbed eating behavior and its consequences are shown, including by using some psychological components in them (taking into account the role of craving for food, peculiarities of the cognitive sphere, psychological boundaries of the personality, character traits, etc.). Within the framework of the described tripartite influence model, social influence of family, peer and media factors on this behavior is reflected. The question about the need to develop a methodology and instrumental, including psychometric support for research on the problem of the norm and pathology of eating behavior in our country is raised.

Keywords: eating behavior, norm and pathology, stress, anorexia and bulimia, DEBQ.

The work was supported by the research grant for the implementation of the basic part of the government contract according to the project No. 19.8259.2017/БЧ.

Received 21 June 2018

ОБРАЗЕЦ ЦИТИРОВАНИЯ

Михайлова, А.П. Пищевое поведение в норме, в условиях стресса и при патологии: библиографический обзор / А.П. Михайлова, А.В. Штрахова // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». – 2018. – Т. 11, № 3. – С. 80–95. DOI: 10.14529/psy180310

FOR CITATION

Mikhaylova A.P., Shtrakhova A.V. Eating Behavior in Norm, in Conditions of Stress and in the Presence of Pathology: Bibliographic Review. *Bulletin of the South Ural State University. Ser. Psychology*. 2018, vol. 11, no. 3, pp. 80–95. (in Russ.). DOI: 10.14529/psy180310