

Клинико-психологическая интерпретация ключевых паттернов нарушенного пищевого поведения: анализ отечественных и зарубежных психодиагностических методик

Е.С. Правило[✉], А.П. Михайлова, А.В. Астаева
Южно-Уральский государственный университет, Челябинск, Россия
[✉] praviloes@susu.ru

Аннотация

Обоснование. В настоящее время одной из актуальных проблем является диагностика нарушений пищевого поведения. Анализ публикаций показывает, что большинство практикующих и публикуемых специалистов используют методики, не прошедшие качественные процедуры адаптации и стандартизации. Кроме того, используемые в практике методики диагностики пищевого поведения, как правило, лишь констатируют наличие или отсутствие того или иного типа нарушения пищевого поведения, не давая при этом качественную интерпретацию полученных данных.

Цель: анализ теоретических, методических и прикладных аспектов наиболее распространенных методик психологической диагностики пищевого поведения. **Материалы и методы.** Материалом исследования выступили комплексные методики диагностики нарушений пищевого поведения, опубликованные в научных изданиях на русском языке: 1) анкета «Пищевое поведение» (Ю.Л. Савчикова); 2) Голландский опросник пищевого поведения (Т. Van Strien и соавт.); 3) диагностическая шкала «The Eating Disorder Diagnostic Scale» (Е. Stice); 4) опросник «Когнитивно-поведенческие паттерны при нарушениях пищевого поведения» (О.А. Сагалакова и соавт.); 5) Опросник пищевых предпочтений-26 (D.M. Garner и соавт.); 6) Шкала оценки пищевого поведения (D.M. Garner и соавт.). Для изучения методик использовался индуктивный метод. **Результаты.** Изученная батарея методик дает возможность диагностировать наличие и/или степень выраженности следующих паттернов пищевого поведения: тенденция к ограничению в потреблении пищи; чрезмерный контроль в отношении питания; тенденция к компульсивному перееданию; тенденция к очистительному поведению; непринятие образа тела; изменение/нарушение пищевой мотивации; социально-личностные факторы пищевого поведения. Каждый из этих паттернов имеет свои патопсихологические и/или психофизиологические этиопатогенетические механизмы. **Заключение.** Изученная батарея психодиагностических методик дает возможность выявить наличие и оценить особенности базовых видов нарушений пищевого поведения. В выбранной батарее отсутствуют методики, позволяющие диагностировать все основные описанные в научной литературе паттерны пищевого поведения. Кроме того, все методики требуют разработки алгоритмов дополнительной качественной интерпретации полученных данных. Перспективным является разработка комплексной диагностической методики, позволяющей квалифицировать расстройство пищевого поведения качественно и количественно.

Ключевые слова: пищевое поведение, паттерн пищевого поведения, пищевая мотивация, компульсивное переедание, образ тела, очистительное поведение, психологическая диагностика пищевого поведения

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Правило Е.С., Михайлова А.П., Астаева А.В. Клинико-психологическая интерпретация ключевых паттернов нарушенного пищевого поведения: анализ отечественных и зарубежных психодиагностических методик // Психология. Психофизиология. 2023. Т. 16, № 3. С. 100–110. DOI: 10.14529/jpps230309

Original article
DOI: 10.14529/jpps230309

Clinical and psychological interpretation of key patterns of eating disorders: analysis of domestic and foreign psychodiagnostic methods

E.S. Pravilo✉, A.P. Mikhailova, A.V. Astaeva
South Ural State University, Chelyabinsk, Russia
✉ praviloes@susu.ru

Abstract

Background. Nowadays, the question of the assessment of eating behavior (EB) remains relevant. The analysis of publications has shown that most specialists use methods that are not adapted or standardized. Besides, the methods used, as a rule, allow specialists to state the presence or absence of a particular type of eating disorder without qualitative interpretation of the data. **Aim:** the paper presents an analysis of theoretical, methodological, and applied aspects of the most common methods of psychological diagnostics of eating behavior. **Materials and methods.** The study material involves complex methods published in Russian scientific literature, including 1) the Eating Behavior Questionnaire (U. Savchikova); 2) the Dutch Eating Behavior Questionnaire (T. Van Strien et al.); 3) the Eating Disorder Diagnostic Scale (E. Stice); 4) Cognitive behavioral patterns for eating disorders (O.A. Sagalakova et al.); 5) the Eating Attitudes Test-26 (D.M. Garner et al.); 6) the Eating Disorder Inventory (D.M. Garner et al.). The abovementioned methods were studied inductively. **Results.** This battery of tests provides an opportunity to examine the presence and/or severity of the following patterns of eating behavior: food restrictions, nutritional control, binge eating, purging behavior, body image dissatisfaction, changes in eating motivation, and personal social factors of eating behavior. Each of these patterns possesses its own pathopsychological and/or psychophysiological etiopathogenetic mechanisms. **Conclusion.** The battery of tests gives an opportunity to identify the presence of and evaluate basic changes in eating behavior. This battery doesn't contain all the tests that identify all the selected patterns of EB. Besides, all these tests require additional qualitative interpretation of the data obtained. The development of a diagnostic method that estimates eating behavior disorder qualitatively and quantitatively seems promising.

Keywords: eating behavior, pattern of eating behavior, eating motivation, binge eating, body image, purging behavior, assessment of eating behavior

The authors declare no conflict of interest.

For citation: Pravilo E.S., Mikhailova A.P., Astaeva A.V. Clinical and psychological interpretation of key patterns of eating disorders: analysis of domestic and foreign psychodiagnostic methods. *Psikhologiya. Psikhofiziologiya = Psychology. Psychophysiology.* 2023;16(3):100–110. (in Russ.) DOI: 10.14529/jpps230309

Введение

В настоящее время с увеличением темпа жизни и появлением необходимости быть максимально продуктивным перед нашими современниками наиболее остро встают вопросы питания и отношения к процессу потребления пищи, которая обеспечивает организм жизненно необходимыми макро- и микронутриентами. Согласно опросу жителей России, проведенному И.Ф. Патраковой с соавторами (2021), 37,4 % выборки респондентов соприкасались с темой расстройств пищевого поведения (далее – ПП), а у 62,6 % опрошенных близкие или знакомые им люди

имели опыт переживания подобных нарушений. Проблема ПП в целом является востребованной по мнению 95,7 % респондентов [1]. В связи с этим у специалистов разного профиля (врачей, психологов, нутрициологов) возникает необходимость максимально раннего выявления и диагностики тенденций к таким нарушениям и своевременная квалификация расстройств ПП при помощи специально разработанной валидной и психометрически надежной батареи диагностических методик.

Анализ публикаций по теме пищевого поведения, представленных в научных монографических и периодических изданиях нашей

страны, показывает, что большинство исследователей используют в качестве диагностического материала в основном Голландский опросник пищевого поведения (DEBQ) либо применяют эту методику в сочетании с другими. Несколько реже используются в исследованиях методики, являющиеся либо оригинальной разработкой авторов публикации и, как правило, не имеют ссылки на какой-либо теоретический конструкт и(или) не содержат указаний на их психометрические свойства, либо представляют собой «переводной» вариант зарубежной методики без указаний на соблюдение процедуры ее адаптации/рестандартизации [2]. Исходя из этого, актуальным представляется необходимость выполнения качественного теоретического анализа и сравнения используемых в практике методик диагностики ПП с целью выявления потенциально наиболее перспективных для их дальнейшей адаптации, стандартизации и внедрения в практику работы врачей, психологов и нутрициологов.

Кроме того, при использовании существующего диагностического инструментария возникает еще одна проблема – применяемые в практике методики направлены, в первую очередь, на констатацию факта наличия или отсутствия того или иного поведенческого паттерна, связанного с приемом пищи. При этом отсутствует возможность проведения клинической и психологической качественной интерпретации полученных результатов. В то же время подобный качественный подход к анализу данных является необходимым этапом для понимания этиопатогенетических механизмов возникновения, развития и поддержания того или иного типа ПП и, соответственно, для более системного каузального подхода к подбору профилактических и коррекционных мероприятий. Кроме того, классификации нарушений ПП и, следовательно, конструктивная валидность применяемых методик различны, что создает дополнительные трудности при сопоставлении и метаанализе полученных в исследованиях данных.

В связи с вышеприведенным **целью** настоящего исследования явился теоретический анализ методик диагностики ПП, имеющих русскоязычный перевод стимульного материала и инструкции к применению. Задачи исследования направлены на решение следующих проблем: 1) поиск в русскоязычной научной литературе и отбор комплексных ме-

тодик диагностики ПП; 2) выделение общих (перекрестных) паттернов ПП в выделенных для анализа методиках; 3) клинко-психологическая качественная интерпретация паттернов ПП, выявляемых при помощи изучаемых методик.

Материалы и методы

Материалом настоящего исследования выступили методики диагностики нарушений ПП. Критериями включения методики в анализируемую батарею явились следующие основания: 1) направленность методики на психологическую диагностику ПП; 2) комплексность (интегративность) методики диагностики особенностей ПП посредством возможности выявления и оценки не какого-либо одного варианта расстройства ПП, а путем верификации одновременно нескольких паттернов ПП; 3) профессиональность статуса методики вследствие размещения ее в научном издании (научной статье, диссертации, монографии и пр.) в соответствии с требованиями к научным публикациям; 4) методика представлена на русском языке.

Анализ научных данных по вопросу диагностики ПП позволил выделить ряд комплексных методик, оценивающих разные аспекты этой проблемы: анкета «Пищевое поведение» (Ю.Л. Савчикова, 2005); Голландский опросник пищевого поведения, в оригинале Dutch Eating Behavior Questionnaire (далее – DEBQ, T. Van Strien и соавт., 1986); диагностическая шкала «The Eating Disorder Diagnostic Scale» (далее – EDDS, E. Stice, 2000); опросник «Когнитивно-поведенческие паттерны при нарушениях пищевого поведения» (О.А. Сагалакова, М.Л. Киселева, 2014); Опросник пищевых предпочтений-26 (далее – ОПП-26), в оригинале Eating Attitudes Test-26 (EAT-26, D.M. Garner с соавт., 1979); Шкала оценки пищевого поведения (далее – ШОПП); в оригинале Eating Disorder Inventory – EDI, D.M. Garner с соавт., 1983).

Для определения паттернов ПП, которые позволяют оценить данные методики, на начальном этапе в каждой из них отдельно анализировался «ключ» и модуль интерпретатора результатов. Далее полученные результаты по каждой методике соотносились с данными о других методиках с помощью индуктивного подхода (метода). В итоге были выделены несколько паттернов ПП, которые можно оценить при помощи одновременного примене-

ния нескольких методик или только при использовании одной методики из числа анализируемых.

Результаты

Общепсихологическое понимание термина «паттерн» позволяет определить «паттерн ПП» как систематически повторяющиеся эмоциональные и когнитивные схемы, связанные с процессом питания, и/или как повторяющуюся в итоге последовательность фрагментов поведения при приеме пищи. Поскольку анализируемые в настоящей публикации методики направлены, в первую очередь, на диагностику нарушений питания, выделенные паттерны следует рассматривать как варианты отклонений от условно-нормативного ПП.

Изучение научной литературы по проблеме квалификации ПП показывает, что представленная выше батарея диагностических методик позволяет оценивать наличие и/или степень выраженности следующих паттернов ПП: 1) тенденция к ограничению в потреблении пищи; 2) чрезмерный контроль в отношении питания; 3) тенденция к компульсивному перееданию; 4) тенденция к очистительному поведению; 5) непринятие образа тела; 6) изменение/нарушение пищевой мотивации (см. таблицу).

Одним из наиболее часто встречающихся в научной литературе диагностических признаков нарушения ПП выступает **«тенденция к ограничению в потреблении пищи»**. Такой паттерн наиболее характерен для больных нервной анорексией. Разные опросники и диагностические шкалы оценивают у респондента наличие актуальной потребности быть стройным (похудеть, оставаться худым), постоянно повышенное внимание к своему внешнему виду и телу. В процессе диагностики может уточняться причина такого статуса. Например, в опроснике «Когнитивно-поведенческие паттерны при нарушениях пищевого поведения» [3] в качестве цели «быть худым» выделяется желание успешно общаться с другими людьми, иметь эмоциональные контакты с ними. Реализация указанных потребностей осуществляется с помощью сознательных попыток соблюдать разные ограничительные диеты, например, отказываться от обычного размера порций в пользу меньшего их объема или пропускать один из положенных приемов пищи, отказ от употребления

сладкого, углеводов и т. д. При нарушении установленных для себя правил питания у человека возникают психическое напряжение, дискомфорт и чувство вины. Согласно имеющимся опросникам и диагностическим шкалам, также ограничительное ПП может проявляться, например, в стремлении подсчитывать калорийность съеденных продуктов и соотношение белков, жиров, углеводов в потребляемой пище.

Физиологическая сторона таких проявлений связана с активностью серотонинергической и дофаминовой систем. Так, повышение уровня серотонина может рассматриваться как маркер расстройств ПП. Отказ от пищи, потеря веса и гиперактивность, искажения схемы тела и обсессивно-компульсивные черты, согласно исследованиям, связаны с изменением работы дофаминергической системы. При исследовании спинномозговой жидкости пациенток с нервной анорексией было выявлено, что уровень гомованилиновой кислоты (одного из метаболитов дофамина) у них в среднем на 30 % ниже в сравнении с группой контроля [4].

С патопсихологических позиций у людей со склонностью к анорексии есть основания предполагать наличие тенденции к нарушению личностного компонента мышления. Действительно, у больных анорексией четко проявляется личностная окраска мышления, связанная с проблемой изменений потребности в еде. Такие особенности мыслительной деятельности проявляются и в речи – при переходе к заданиям, связанным с пищей, речь пациенток с анорексией становится более эмоциональной, она наполнена сложными речевыми оборотами, в отличие от других заданий, не связанных с едой и питанием [5]. Кроме того, при изучении склонности к ограничительному поведению можно предположить наличие изменений и в структуре иерархии мотивов в виде начального этапа развития феномена, описанного в патопсихологии как «сдвиг мотива на цель»¹. В этом случае первоначальные цели (например, цель нравиться окружающим) отходят на задний план, уступая свое место мотиву похудения, который раньше был лишь средством достижения цели (мотивом-средством), но постепенно сам становится основной целью деятельности. Возникает риск

¹ Зейгарник Б.В. Патопсихология: учебник. М.: Юрайт, 2023. 367 с.

Диагностика основных моделей пищевого поведения
 Diagnosis of basic eating behavior patterns

Паттерн ПП / EB pattern	Методики, диагностирующие паттерн ПП / Tests for diagnosis of EB patterns
1. Тенденция к ограничению в потреблении пищи / Food restriction	<ul style="list-style-type: none"> – Анкета «Пищевое поведение» (Eating behavior questionnaire) – DEBQ – EDDS – Опросник «Когнитивно-поведенческие паттерны при нарушениях пищевого поведения» (Cognitive behavioral patterns for eating disorders) – ОПП-26 (EAT-26) – ШОПП (EDI)
2. Чрезмерный контроль в отношении питания / Nutritional control	<ul style="list-style-type: none"> – EDDS – Опросник «Когнитивно-поведенческие паттерны при нарушениях пищевого поведения» (Cognitive behavioral patterns for eating disorders)
3. Тенденция к компульсивному перееданию / Binge eating	<ul style="list-style-type: none"> – Анкета «Пищевое поведение» (Eating behavior questionnaire) – EDDS
4. Тенденция к очистительному поведению / Purging behavior	<ul style="list-style-type: none"> – Анкета «Пищевое поведение» (Eating behavior questionnaire) – EDDS – ШОПП (EDI) – Опросник «Когнитивно-поведенческие паттерны при нарушениях пищевого поведения» (Cognitive behavioral patterns for eating disorders)
5. Неприятие образа своего тела / Body image dissatisfaction	<ul style="list-style-type: none"> – Опросник «Когнитивно-поведенческие паттерны при нарушениях пищевого поведения» (Cognitive behavioral patterns for eating disorders) – ШОПП (EDI)
6. Изменение пищевой мотивации / Changes of eating motivation:	
6.1. Интероцептивная нечувствительность (некомпетентность) Interoceptive insensitivity (incompetence)	ШОПП (EDI)
6.2. Центрированность на еде («пищевая озабоченность») / Focus on food (food addiction)	ОПП-26 (EAT-26)
6.3. Эмоциогенность ПП / Emotive EB	<ul style="list-style-type: none"> – Анкета «Пищевое поведение» (Eating behavior questionnaire) – DEBQ – Опросник «Когнитивно-поведенческие паттерны при нарушениях пищевого поведения» (Cognitive behavioral patterns for eating disorders)
6.4. Экстернальность ПП / External EB	DEBQ

парадоксальной стабилизации смысловых образований, связанных с питанием.

Рассматриваемые диагностические методики батареи также позволяют квалифицировать наличие у респондентов **чрезмерного контроля в отношении питания**. При таком паттерне поведения процесс приема пищи постоянно находится под строгим сознательным

контролем – у человека может выявляться потребность осознанно контролировать объем съедаемой порции, без опоры на свои физиологические ощущения голода и сытости. Такой паттерн проявляется в том числе сознательным ограничением порций либо полным отказом от приема пищи даже при наличии четко ощущаемого чувства голода, потребле-

нием пищи небольшими кусочками и в течение продолжительного времени. Кроме того, в образе жизни респондентов могут выявляться четкие, жесткие правила и нормы поведения, связанные с питанием. При этом соблюдение таких правил и норм контролируется с особым вниманием. Как правило, отмечается наличие таких же категоричных требований к своему телу и к себе [3], сверхстеничное стремление соответствовать им, прежде всего – с помощью значительных ограничений в питании в пользу употребления только той пищи, которая субъективно воспринимается как «правильная, здоровая», и/или следования такому же субъективно «правильному» режиму питания. С позиций патопсихологии такой паттерн поведения может рассматриваться как проявление «сверхактивности» организационного (регуляторного) компонента деятельности, а именно – «сверхактивности» контролирующей функции мышления и сознания по отношению к своему питанию. В данном случае речь идет о чрезмерной выраженности этого контроля в сфере потребления пищи, вплоть до навязчивых состояний.

Некоторые рассматриваемые методики диагностики ПП также позволяют выявить у респондентов *признаки компульсивного переедания*. Такой паттерн проявляется в употреблении человеком избыточного количества пищи даже при отсутствии чувства голода, вплоть до ощущения боли от переполнения желудка. При этом у человека может возникать чувство вины, угнетенность и отвращение к себе за переедание. Чтобы скрыть привычку переедать, отмечается тенденция к употреблению пищи в одиночестве. Компульсивное переедание может квалифицироваться как самостоятельное психогенное расстройство (являться реакцией на дистресс), так и быть составляющей частью нервной булимии [6]. В любом случае с позиций патопсихологии этот паттерн можно обозначить как нарушение регуляторного компонента ПП – нарушение саморегуляции и опосредованной структуры мотивационной сферы. В основе расстройств опосредования и саморегуляции, по мнению Б.В. Зейгарник¹, могут лежать трудности осознавать собственные мотивы ПП – их психологические первопричины. Кроме того, искаженный процесс психического опосредования и управления своими действиями, наблюдающийся при компульсивном переедании, вероятно, связан с нарушением

согласованности дальних и ближних целей, когда дальние цели (стремление нравиться себе, быть стройным и т. п.) не участвуют в регуляции ПП на данный момент.

Рассматривая компульсивное переедание с физиологических позиций, следует отметить, что у склонных к нему респондентов высоко вероятно наличие изменения транспорта серотонина с помощью натрий-зависимого белка-транспортера SERT (называемого также 5-НТТ) обратно из синаптической щели, часто с вовлечением в патогенез этого нарушения и дофаминовой системы [4]. Кроме этого, механизм типичного эпизода можно описать с физиологических позиций следующим образом: во время переедания (употребления большого количества пищи, чаще всего высокоуглеводной) в организме включаются механизмы активизации дофамина и серотонина. Так, употребление пищи при булимии улучшает настроение вплоть до эйфории, может возникать чувство внутреннего спокойствия [7]. Подобное состояние удовлетворения не позволяет адекватно воспринимать физиологические сигналы достижения чувства сытости, что приводит к перееданию. Итак, при склонности к компульсивному перееданию так же, как и при других формах пищевых расстройств, отмечается нарушение процессов саморегуляции ПП.

Следующий паттерн ПП, который можно оценить при помощи анализируемых диагностических методик, определяется как *тенденция к очистительному поведению*. Этот паттерн может присутствовать при двух клинических формах ПП – нервной анорексии (частый, но необязательный диагностический критерий согласно Международным классификаторам болезней для этой патологии) и нервной булимии (в этом случае наличие вышеназванного паттерна является облигатным критерием расстройства). Очистительное поведение характеризуется потребностью в избавлении от съеденной пищи (с помощью рвоты, приема слабительных препаратов) с целью не набрать вес. С патопсихологических позиций речь может идти о формировании искаженных способов саморегуляции через самоочищение с целью нормализации психического состояния. В таком случае психическое напряжение снижается (компенсируется) при помощи физиологических механизмов. При этом совершенные очистительные действия действительно вызывают некоторое крат-

современное облегчение эмоционального состояния, уменьшая страх прибавки в весе после переедания, но существенного улучшения настроения при этом не наблюдается. Очистительное поведение может также возникать по компульсивным механизмам, когда переживания о «лишних килограммах» приобретают навязчивый, обсессивный характер². В таком случае также отмечается нарушение процессов саморегуляции, вызванное изменениями в ценностно-смысловой сфере, в том числе – в связи с непринятием своего тела. В итоге страдающие такими расстройствами люди испытывают трудности в контроле своего поведения, в частности произвольной остановке актов самоочищения.

Для выявления **непринятия образа собственного тела** существует множество специальных узконаправленных опросников и шкал диагностики особенностей восприятия своего тела и отношения к нему [8], а также диагностики проблем, связанных с принятием собственной телесности³ [3]. При таком паттерне ПП респондент может воспринимать части своего тела как слишком толстые (ненормально большого размера), быть неудовлетворенным их формой и внешним видом. Так, согласно опроснику «Когнитивно-поведенческие паттерны при нарушениях пищевого поведения», основным параметром оценки здесь будет повышенное внимание и самофокусированность, определяющиеся формированием отвращения к собственному телу [3]. С клинико-психологической точки зрения, у таких респондентов в первую очередь нарушены процессы самовосприятия, образ «Я» и самооценка.

В исследованных методиках диагностики ПП было выделено несколько шкал, которые выявляют изменение так называемой **пищевой мотивации**. С физиологических позиций пищевая мотивация (побуждение организма к активному поиску и приему пищи) в состоянии физиологического здоровья запуск пищевого поведения осуществляется в случаях, когда организм начинает чувство-

вать физиологический голод. Этот голод возникает в двух ситуациях – «опустошенный желудок» (сенсорная стадия голода) и снижение количества питательных веществ в крови (метаболическая стадия голода). Недостаток питательных веществ в крови приводит к активизации нейронов латеральных ядер гипоталамуса. Далее возбуждение распространяется на лимбическую систему и ретикулярную формацию, а оттуда – в передние отделы коры больших полушарий. Последнее приводит к поисковому и пищедобывающему поведению, а впоследствии (при достижении необходимой цели) – к приему пищи⁴. Важнейшую роль в этом процессе занимает эндокринная система, в частности, правильная выработка гормонов грелина, лептина, инсулина. Таким образом, в норме человек принимает пищу, ориентируясь, в первую очередь, на физиологические потребности организма. При изменении описанных выше процессов регуляции питания на центральном их уровне человек начинает прием еды не потому, что испытывает физиологический голод, а по другим причинам.

Поведенческий паттерн «изменение пищевой мотивации», выявляемый с помощью рассматриваемого диагностического инструментария, позволяет дифференцировать некоторые его составляющие и характеристики, в частности, «интероцептивную нечувствительность (некомпетентность)»³, «центрированность на еде («пищевая озабоченность»)»⁵, «эмоциогенность ПП», «экстернальность ПП» [3, 9].

Интероцептивная нечувствительность (некомпетентность) диагностируется в случаях, когда респонденты отмечают у себя трудности распознавания физиологических признаков (ощущений) голода и сытости. На гормональном уровне в этом случае, в первую очередь, речь идет о возможных дисфункциях в синтезе и обменных процессах с участием пептидов грелина и лептина, отвечающих за возникновение этих интероцептивных ощущений. В итоге человек не может почувствовать момент, когда его организму физиологи-

² Грачев В.В., Шевченко Ю.С. Нервная булимия и расстройства пищевого поведения булимического спектра у девушек подросткового возраста: учеб. пособие. М.: ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, 2020. 91 с.

³ Скугаревский О.А. Метод донозологической диагностики дезадаптивного пищевого поведения (инструкция по применению). Минск, 2013. 12 с.

⁴ Физиология системы пищеварения: учеб. пособие / А.Ф. Каюмова, О.В. Самоходова, Г.С. Тупиневич и др. Уфа: ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, 2019. 64 с.

⁵ Скугаревский О.А. Методы диагностики нарушений пищевого поведения. Инструкция по применению. Минск, 2005. 34 с.

чески необходима пища, а в каких случаях – нет. В качестве ремарки необходимо отметить и наличие обратной связи в системе отношений «чувство голода (сытости) – ПП»: первично искаженное по разным причинам ПП вызывает дисбаланс в нейрогормональной регуляции жизнедеятельности организма, что, в свою очередь, вторично может привести к описанной интероцептивной нечувствительности. Проанализированные методики не позволяют диагностировать у респондентов первичные факторы возникновения этого феномена, а лишь констатируют его наличие или отсутствие в картине ПП.

Еще одним проявлением нарушения пищевой мотивации, на наш взгляд, является наличие у человека *центрированности на еде*, которую можно устанавливать, например, при применении шкалы «Пищевая озабоченность» из Опросника пищевых предпочтений-26 (ОПП-26, Eating Attitudes Test-26, ЕАТ-26)⁵. У респондентов с пищевой озабоченностью потребность в еде является одной из ценностно-образующих (наиболее значимых) потребностей в их субъективной иерархии: размышлениям о еде и ее потреблению уделяется большое количество времени, формируются obsессивные мысли о ней, а вопросы потребления пищи начинают контролировать жизнь человека. С патопсихологической точки зрения¹, в данном случае речь может идти о перестройке иерархии мотивов, вплоть до возникновения феномена «сдвига мотива на цель» (характерное в целом для развития патологических расстройств ПП). В норме удовлетворение базовой физиологической потребности в пище позволяет активироваться потребностям более высшего уровня (например, потребностям в познании, общении, саморазвитии и пр.). Поэтому если человек сыт, то еда и все, что с ней связано, перестает быть актуальным до момента возникновения очередного чувства голода (в норме в среднем через 3,5–4 часа при условии полноценного приема пищи). В случае выявления у респондента пищевой озабоченности можно предположить, что, вероятно, такой смены актуальных потребностей не происходит – прием пищи и чувство сытости не уменьшают актуальность проблемы питания. Последнее может свидетельствовать об описанных выше феноменах изменения иерархии мотивов и «сдвига мотива на цель». В последнем случае прием пищи из мотива-стимула (помочь вос-

становить гомеостаз в организме) превращается в смыслообразующий – человек начинает потреблять еду ради самого этого процесса, а не для удовлетворения своих физиологических потребностей. Кроме того, пищевая озабоченность в рамках расстройства может стать проявлением парадоксальной стабилизации круга смысловых образований¹, связанных с едой, или, наоборот, спровоцировать этот патопсихологический симптом. Кроме того, в случае центрированности человека на еде у него может наблюдаться изменение регулирующей функции мышления, в первую очередь, его конструктивной составляющей, связанной с осознанием и перестройкой мыслительных действий в соответствии с условиями реальности.

Результаты анализа описанного психодиагностического инструментария также позволяют выделить поведенческий паттерн «*эмоциогенность ПП*», относящийся, на наш взгляд, к изменениям пищевой мотивации. В этом случае у респондентов желание поесть возникает не только в ответ на физиологический голод, но также и по причине субъективно некомфортного психического состояния – негативных эмоций, скуки и т. д. На бытовом уровне такое поведение характеризуется как «заедание проблем». В патопсихологическом аспекте речь здесь идет об изменении эмоциональной регуляции деятельности. Так, пищевая деятельность начинает регулироваться скорее не физиологическими потребностями (чувством голода), а аффективным состоянием человека, что, в свою очередь, приводит к изменению пищевой мотивации. Иными словами, чувство эмоционального и личностного дискомфорта уменьшается не посредством работы с психологическими первопричинами такого состояния, а путем формирования физиологических сигналов благополучия организма (в том числе чувства сытости, приятного вкуса еды и пр.). Возникновение и закрепление эмоциогенного ПП объясняется и на физиологическом уровне. Так, во время приема особенно любимой пищи на уровне нервно-гормональной регуляции происходит активация связанных с вознаграждением нейротрансмиттерных систем, в том числе выбросом в кровь дофамина, что формирует у человека чувство удовлетворения. Также во время еды с употреблением углеводов, которые содержатся в подавляющем числе продуктов, начинает высвобождаться ин-

сулин, который способствует захвату нейтральных аминокислот скелетными мышцами. Такая утилизация инсулином нейтральных аминокислот облегчает поступление триптофана в головной мозг и способствует большей продукции серотонина. В итоге высокоуглеводная пища, которую чаще всего употребляют в состоянии эмоционального дискомфорта, увеличивает концентрацию серотонина в мозге, в результате чего настроение улучшается [10]. Таким образом, при эмоциогенном ПП выбирается наиболее простой и быстрый «физиологический» способ нормализации своего психологического состояния, несмотря на то, что он не устраняет его истинные психологические первопричины.

Кроме того, для диагностики изменений пищевой мотивации является возможным оценить и такой паттерн, как «экстернальность ПП», описанный в Голландском опроснике пищевого поведения DEBQ [9]. Он характеризуется тем, что желание употребить пищу регулярно стимулируется внешними (в том числе зрительными и обонятельными) стимулами, связанными с питанием – запахом и видом еды, ее текстурой, наличием в поле зрения принимающих пищу других людей. Иными словами, может проявляться повышенная чувствительность к сигналам пищевого вознаграждения и/или более слабая способность регулировать свои когнитивные реакции на пищевые сигналы [11]. Следовательно, на патопсихологическом уровне отмечается тенденция к нарушению регулирующей функции мышления относительно питания и организационного компонента психической деятельности в целом. Согласно исследованию Е.Н. Лобыкиной (2008), именно культурально-обусловленные стереотипы отношения к приему пищи как к средству коммуникации и поощрения способствуют развитию экстернального типа расстройства ПП [12]. Также показано, что после длительного пребывания в ситуации хронического стресса возможен переход от экстернального к эмоциогенному типу ПП [13].

Важно отметить, что выделенные паттерны ПП могут проявляться у индивида в разных комбинациях при наличии нарушений или расстройств ПП. Некоторые проявления (редкие, преходящие эпизоды) вышеперечисленных паттернов могут быть определены как факторы риска формирования клинических форм ПП.

Кроме того, в трех исследованных нами методиках³ [3, 9] были выделены шкалы, оценивающие влияние **социально-личностных факторов** на развитие и поддержание стиля ПП. Например, в анкете Ю.Л. Савчиковой [9] оцениваются факторы семейного воспитания в сфере питания. Шкала оценки пищевого поведения (ШОПП) оценивает ряд личностных особенностей, в частности: чувство собственной психологической неэффективности и неадекватности, трудности контроля своей жизни, недоверие в межличностных отношениях, перфекционизм³. Опросник «Когнитивно-поведенческие паттерны при нарушениях пищевого поведения», выявляя ограничительное поведение, позволяет установить и наличие возможных проблем в реализации мотива аффилиации [3].

Заключение

Таким образом, проанализированная батарея методик позволяет диагностировать основные варианты нарушений ПП или тенденцию их формирования. При этом ни одна из предложенных методик не оценивает все содержащиеся в них паттерны ПП и не дает оснований для системной качественной интерпретации полученных с их помощью данных. В связи с этим представляется актуальным и востребованным разработку и апробацию многошкального либо многофакторного опросника для выявления склонности к нарушениям ПП либо их структуры. Помимо выявления собственно паттернов ПП перспективным является их качественное описание в опроснике, включающее интерпретацию полученных результатов с позиций психофизиологии и патопсихологии.

Список источников

1. Патракова И.Ф. Статистика расстройств пищевого поведения // Заметки ученого. 2021. № 6–1. С. 127–130.
2. Михайлова А.П., Иванова Д.А., Штрахова А.В. Вопросы квалификации и психологической диагностики пищевого поведения в норме и при его нарушениях // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия «Психология». 2019. Т. 12, № 1. С. 97–117. DOI: 10.14529/psy190110

3. Сагалакова О.А., Киселева М.Л. Опросник «Когнитивно-поведенческие паттерны при нарушениях пищевого поведения» // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: 2014. № 1(3). URL: http://medpsy.ru/climp/2014_1_3/article07.php (дата обращения: 21.02.23).

4. Нервная анорексия и нервная булимия: от истории к современности / Ю.Б. Барыльник, Н.В. Филиппова, М.А. Деева, М.А. Гусева // Российский психиатрический журнал. 2016. № 3. С. 36–45.

5. Шубина С.Н., Скугаревский О.А. Особенности результатов патопсихологического исследования больных нервной анорексией и шизофренией // Военная медицина. 2019. № 3. С. 88–92.

6. Психосоциальные факторы компульсивного переедания: мета-аналитическое исследование / А.А. Лифинцева, Ю.Ю. Новикова, Т.А. Караваева, М.В. Фомичева // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 2019. № 3. С. 19–27. DOI: 10.31363/2313-7053-2019-3-19-27

7. Брюхин А.Е., Онегина Е.Ю. Аффективные нарушения у пациентов с нервной анорексией и нервной булимией // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2011. № 1. С. 21–26.

8. Татаурова С.С. Актуальные проблемы исследования образа тела // Психологический вестник Уральского государственного университета. Вып. 8. Екатеринбург: Изд-во Уральского университета. 2009. С. 142–154.

9. Малкина-Пых И.Г. Терапия пищевого поведения. М.: Эксмо, 2007. 1040 с.

10. Загребаяева О.Ю. Роль серотонинергической системы в развитии ожирения // Медицинские новости. 2016. № 4. С. 15–17.

11. Типы нарушений пищевого поведения / В.А. Дадаева, Р.А. Еганян, А.И. Королев, О.Т. Ким, О.М. Драпкина // Профилактическая медицина. 2021. Т. 24. № 4. С. 113–119. DOI: 10.17116/profmed202124041113

12. Лобыкина Е.Н., Салмина-Хвостова О.И., Симутина Н.С. Социально-экономические аспекты лечения больных с избыточной массой тела и ожирением // Здоровоохранение Российской Федерации. 2008. № 3. С. 47–51.

13. Леонова Е.Н. Социально-психологические типы пищевого поведения // Вестник Удмуртского университета. Серия «Философия. Психология. Педагогика». 2017. Т. 27. Вып. 2. С. 174–181.

Поступила 23.04.2023; одобрена после рецензирования 28.06.2023; принята к публикации 05.07.2023.

Информация об авторах:

Правило Екатерина Сергеевна, кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии, Южно-Уральский государственный университет (Россия, 454080, проспект Ленина, д. 76). ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-3363-0563>, e-mail: praviloes@susu.ru

Михайлова Анна Павловна, преподаватель кафедры клинической психологии, Южно-Уральский государственный университет (Россия, 454080, проспект Ленина, д. 76). ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-6290-3442>, e-mail: mikhailovaap@gmail.com

Астаева Алена Васильевна, заведующий кафедрой клинической психологии, Южно-Уральский государственный университет (Россия, 454080, проспект Ленина, д. 76). ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-7459-6382>, e-mail: astaevaav@susu.ru

Заявленный вклад авторов: авторы внесли равнозначный вклад в подготовку статьи.

Правило Е.С. – концепция и дизайн исследования, подготовка и проведение теоретического исследования, подготовка первоначального и конечного варианта статьи.

Михайлова А.П., Астаева А.В. – концепция и дизайн исследования, доработка конечного варианта статьи, форматирование первоначальной и окончательной редакции текста.

Авторы прочитали и одобрили окончательный вариант рукописи.

References

1. Patrakova I.F. Statistics of eating disorders. *Zametki uchenogo = Scientist 's notes*. 2021;6–1:127–130. (in Russ.).

2. Mikhailova A.P., Ivanova D.A., Shtrakhova A.V. Issues of qualification and psychological diagnostic of eating behavior under normal and disordered conditions. *Vestnik Yuzhno-Ural'skogo*

gosudarstvennogo universiteta. Seriya "Psikhologiya" = Bulletin of the South Ural State University. Series Psychology. 2019;12(1):97–117. (in Russ.). DOI: 10.14529/psy190110

3. Sagalakova O.A., Kiseleva M.L. Questionnaire "Cognitive behavioral patterns in eating disorders". *Klinicheskaya i meditsinskaya psikhologiya: issledovaniya, obuchenie, praktika = Clinical and medical psychology: research, training, practice. 2014;1(3). URL: http://medpsy.ru/climp/2014_1_3/article07.php (accessed 21.02.23). (in Russ.).*

4. Baryl'nik Yu.B., Filippova N.V., Deeva M.A., Guseva M.A. Anorexia nervosa and bulimia nervosa: from history to the present. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal = Russian Journal of Psychiatry. 2016;3:36–45. (in Russ.).*

5. Shubina S.N., Skugarevskii O.A. Specifics of the results of pathopsychological study of patients with anorexia nervosa and schizophrenia. *Voennaya meditsina = Military medicine. 2019;3:88–92. (in Russ.).*

6. Lifintseva A.A., Novikova Yu.Yu., Karavaeva T.A., Fomicheva M.V. Psychosocial factors of binge-eating: a meta-analytical study. *Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoi psikhologii = V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology. 2019;3:19–27. (in Russ.). DOI: 10.31363/2313-7053-2019-3-19-27*

7. Bryukhin A.E., Onegina E.Yu. Affective disorders in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii = The Korsakov's Journal of Neurology and Psychiatry. 2011;1:21–26. (in Russ.).*

8. Tataurova S.S. Actual problems of body image research. *Psikhologicheskii vestnik Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta = Psychological Bulletin of the Ural State University. 2009;8:142–154. Ekaterinburg: Publ. House of the Ural University. (in Russ.).*

9. Malkina-Pykh I.G. *Terapiya pishchevogo povedeniya [Eating Behavior Therapy]. Moscow: Eksmo. 2007:1040. (in Russ.).*

10. Zagrebaeva O.Yu. The role of serotonergic system in the developing of obesity. *Meditsinskie novosti = Medical news. 2016;4:15–17. (in Russ.).*

11. Dadaeva V.A., Eganyan R.A., Korolev A.I., Kim O.T., Drapkina O.M. Unhealthy eating behaviors *Profilakticheskaya meditsina = Preventive medicine. 2021;24(4):113–119. (in Russ.). DOI: 10.17116/profmed202124041113*

12. Lobykina E.N., Salmina-Khvostova O.I., Simutina N.S. Treatment of overweight and obese patients: socioeconomic aspects. *Zdravookhranenie Rossiiskoi Federatsii = Healthcare of the Russian Federation. 2008;3:47–51.*

13. Leonova E.N. Socio-psychological types of eating behavior. *Vestnik udmurtskogo universiteta. Seriya "Filosofiya. Psikhologiya. Pedagogika" = Bulletin of Udmurt University. Series Philosophy. Psychology. Pedagogy. 2017;27(2):174–181. (in Russ.).*

Submitted 23.04.2023; approved after reviewing 28.06.2023; accepted for publication 05.07.2023.

About the authors:

Ekaterina S. Pravilo, candidate of psychological sciences, assistant professor of department of clinical psychology, South Ural State University (National Research University) (76 ave. Lenina, Chelyabinsk, 454080, Russia). ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-3363-0563>, e-mail: praviloes@susu.ru

Anna P. Mikhailova, lecturer of department of clinical psychology, South Ural State University (National Research University) (76 ave. Lenina, Chelyabinsk, 454080, Russia). ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-6290-3442>, e-mail: mikhailovaap@gmail.com

Alena V. Astaeva, head of department of clinical psychology, South Ural State University (National Research University) (76 ave. Lenina, Chelyabinsk, 454080, Russia). ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-7459-6382>, e-mail: astaeavaav@susu.ru

Contribution of the authors:

E.S. Pravilo – concept and research design, preparation and carrying out research, preparation of initial and final version of the article.

A.P. Mikhailova, A.V. Astaeva – concept and research design, refinement of final version of the article, initial and final text formatting.

All authors have read and approved the final manuscript.