

Нижник А. Є.

ХАРЧОВА ПОВЕДІНКА МОЛОДІ ЯК ПРЕДМЕТ ПСИХОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Стаття присвячена теоретичному аналізу діагностичних критеріїв та методів дослідження харчової поведінки, емпіричному створенню нового психодіагностичного інструментарію.

Ключові слова: харчова поведінка, порушення харчової поведінки, нервова анорексія, нервова булімія, переїдання.

Статья посвящена теоретическому анализу диагностических критериев и методов исследования пищевого поведения, эмпирическому созданию нового диагностического инструментария.

Ключевые слова: пищевое поведение, нарушение пищевого поведения, нервная анорексия, нервная булимия, переедание.

Article is devoted to theoretical analysis of diagnostic criteria and methods of eating behavior, empirical create new psychodiagnostic tools.

Key words: eating behavior, eating disorder, anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge-eating.

На сьогодні у світі різко зростає загроза збільшення випадків порушень харчової поведінки (ПХП), зокрема нервової анорексії, нервової булімії та переїдання серед жіночого населення (у 95% випадків трапляються у дівчат і молодих жінок віком 13-23 роки). При цьому сучасні дослідники, зокрема Ю.Ф. Антропов, Д.Н. Ісаєв, М.В. Коркіна, О.М. Мойзріст, О.А. Скугаревський, В.К. Чайка зазначають, що ПХП, як багатогранна поведінкова проблема сучасної медичної психології, попри наростаючу поширеність, яка зростає, та актуальність, усе ж залишаються одними з найважчих у діагностичному та лікувальному плані [1; 4; 7; 10; 17; 18].

Так основні впроваджені на сьогодні методи та методики дослідження харчової поведінки здійснені переважно зарубіжними дослідниками, зокрема широко використовується німецькомовна версія структурованого клінічного інтерв'ю для виявлення розладів осі I DSM-IV (SCID, 1997) та структурне інтерв'ю Європейської спілки в галузі наукових та технічних досліджень COST Action B6 (European Commission Directorate-General Science, Research and Development, 2005), Перелік Розладів Харчової Поведінки (Eating Disorder Inventory; EDI) та оновлена версія (Eating Disorder Inventory; EDI-2) [19]. Проте дані методики для визначення психологічних ознак порушень харчової поведінки застосовуються лише у німецькомовній та англійській версіях, не адаптовані українською мовою, а їх діагностична ефективність перевірена лише в результаті досліджень, проведених у США та деяких країнах Європи (Німеччина, Франція).

Відповідно на сьогодні існує гостра необхідність у створенні україномовної версії опитувальника для діагностики порушень харчової поведінки у жінок, що дасть змогу сприяти ранньому виявленню схильності до виникнення цих порушень і запобігати їх переходу в клінічну форму.

Виклад основного матеріалу. У психології під харчовою поведінкою розуміють ціннісне ставлення до їжі та її вживання, стереотип харчування в звичайних умовах та умовах стресу, поведінку, орієнтовану на образ власного тіла і формування цього образу. Таким чином, харчова поведінка включає індивідуальні установки, звички, емоції та форми поведінки стосовно їжі. Оскільки харчова поведінка спрямована на задоволення не лише біологічних і фізіологічних, але й психологічних та соціальних потреб індивіда, тож її дослідження відокремлюється від вивчення процесів травлення і виступає на сьогодні самостійним предметом наукового дослідження в психології [2; 8; 13].

Харчова поведінка досліджується в межах континууму, що включає нормальні харчові патерни, епізодичні харчові розлади і, врешті, патологічну харчову поведінку. Зокрема «Довідник з діагностики та систематики психічних розладів» DSM-IV Американської психіатричної асоціації передбачає три види розладів харчової поведінки (eating disorder): нервову анорексію (Anorexia nervosa), нервову булімію (Bulimia nervosa) та розлад харчової поведінки не уточнений (Binge-Eating) [15] або компульсивне переїдання.

Основна діагностика нервової анорексії, булімії, переїдання ґрунтується на діагностичних критеріях міжнародних класифікаторів хвороб МКХ-10 і DSM-IV, останній розглядає «Розлад прийому їжі» (F-50) в розділі F-5 «Поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями і фізичними факторами» і включає нервову анорексію і нервову булімію. У сучасних концептуальних класифікаціях психічних і поведінкових розладів нервову анорексію і нервову булімію зараховують до порушень

афективного й обсесивно-компульсивного спектру, або розглядають як особливий варіант психосоматичної патології [8]. Так психогенну нервову анорексію і нервову булімію відносять до вегетозів – широка група захворювань, основним елементом патогенезу яких є порушення взаємовпливу центральної нервової, вегетативної нервової та імунної систем, що призводить до порушення вегетативного забезпечення функціонування ефекторних систем організму в підтримці гомеостазу [14]. Крім того, нервову булімію часто співвідносять із зловживанням психоактивними речовинами – результати експериментально-психологічних досліджень наркозалежних та досліджуваних з булімією свідчать про значущу схожість цих груп: їм характерна підвищена імпульсивність, тривожність, занижена самооцінка, комунікативні порушення тощо; тобто дослідники вважають, що теоретично булімія підпадає під модель адиктивної поведінки [16]. Соціально-прийнятним видом адиктивної поведінки вважають переїдання (гіпераліментацию) [17] як неповноцінну форму психоемоційної адаптації [2].

Основним у вивченні ПХП на сьогодні залишається Керівництво з діагностики і статистики психічних розладів DSM-IV, спираючись на який діагностичні методи порушень харчової поведінки затверджують на загальнодержавному рівні [12]. Так основними діагностичними критеріями ПХП у рамках DSM-IV є [13] такі: 1) відмова підтримувати масу тіла на рівні мінімальної норми для певного віку і зросту; 2) непереборний страх перед збільшенням маси тіла і повнотою, навіть якщо має місце виснаження; порушення відчуття свого тіла, його маси, розмірів чи форми; 3) у жінок відсутність щонайменше трьох послідовних менструальних циклів (первинна або вторинна аменорея).

У рамках МКХ-10 діагностичними ознаками нервової анорексії та нервової булімії є такі критерії [там само]: 1) вага тіла зберігається на рівні, як мінімум, на 15% нижче від очікуваного (більш високий рівень був знижений або так і не був досягнутий) або індекс маси тіла Кветелета становить 17,5 або нижче (визначається співвідношенням ваги тіла в кілограмах до квадрату зросту в метрах); у препубертатному віці може виявитися у нездатності набирати вагу в період росту тіла; 2) втрата ваги досягається самим пацієнтом за рахунок ухилення від прийому їжі, яка «повнить», і одного або більше прийомів з наступного переліку: викликання у себе блювання, прийом проносних засобів, надмірні гімнастичні вправи, використання засобів, що пригнічують апетит, і/або діуретиків; 3) спотворення образу свого тіла: приймає специфічну психопатологічну форму, при якій жах перед ожирінням зберігається як нав'язлива надцінна ідея; пацієнт вважає допустимою для себе лише низьку вагу; 4) загальний ендокринний розлад, що включає вісь гіпоталамус-гіпофіз-статеві залози і проявляється у жінок аменореєю (винятком є збереження вагінальних кровотеч у жінок, що знаходяться на замісній гормональній терапії), також можуть бути підвищеними рівні гормону росту і кортизолу, зміни периферичного метаболізму тиреоїдного гормону й аномалії секреції інсуліну; 5) прояви пубертатного періоду затримуються або зовсім не спостерігаються (припиняється ріст, у дівчаток не розвиваються молочні залози і має місце первинна аменорея); при одужанні пубертатний період часто завершується нормально, але в дівчат пізно настає перша менструація.

Крім того, у процесі діагностики ПХП зважають на низку особливостей таких пацієнтів, зокрема:

- пацієнти з цими розладами часто потайливі, заперечують наявні у них симптоми, тому першочерговими виступають спостереження лікаря, психолога;
- майже у всіх випадках необхідно, щоб родичі або близькі підтвердили анамнез, тому обов'язковим є бесіда з рідними;
- крім оцінки психічного статусу, необхідно забезпечити проведення ретельного фізичного та неврологічного обстеження пацієнта, призначити низку лабораторних аналізів тощо.

Тож діагностична база для виявлення розладів харчової поведінки у жінок здійснюється програмою комплексної діагностики, яка включає клінічне інтерв'ю для дослідження співвідношення маси тіла та образу власного тіла у пацієнтки шляхом визначення поведінкових порушень, розладів когнітивного та афективного функціонування та розлад засобів сприйняття; клінічне інтерв'ю для визначення дезадаптивних проявів у харчовій поведінці; клінічне інтерв'ю для дослідження методів контролю за масою тіла; клінічне інтерв'ю для збору психіатричного анамнезу; застосування власне опитувальників як діагностичного інструментарію для оцінки наявності та вираженості симптоматики розладів харчової поведінки. Основними серед них є групи методик для оцінки викривлень у сприйнятті розмірів тіла «Силуети», методики для оцінки компонента незадоволеності образом власного тіла «ШУСТ», методики для оцінки ступеня уникнення конфронтації з власним тілом та методики на визначення дезадаптивних харчових переваг, поведінки і думок, пов'язаних з ними – «Опитувальник харчових переваг-26». Процедура самомоніторингу у формі ведення щоденника самоспостережень є останньою з основних складових процедури діагностики порушень харчової поведінки у жінок.

Найбільш прикладною на сьогодні у діагностиці ПХП є методика для визначення дезадаптивних харчових переваг, поведінки і думок, пов'язаних з ними – Опитувальник харчових переваг-26 (ОПП-26), Eating Attitudes Test-26, (EAT-26). Спочатку методика була розроблена для оцінки переваг і поведінкових характеристик пацієнтів із нервовою анорексією, а згодом була доведена його здатність

розмежовувати не тільки вибірку хворих на нервову анорексію від здорових, але і пацієнтів, які страждають нервовою булімією, від здорових осіб. ОПП-26 виявив себе як надійний інструмент для оцінки ступеня вираженості проблем, типових для пацієнтів із ПХП: прагнення до схуднення, побоювання збільшення ваги й обмежувальних тенденцій у стилі харчування. Показано, що опитувальник ОПП-26 може бути використаний як: 1) скринінговий інструмент щодо девіацій харчової поведінки в цілому в популяції, а також у специфічних підгрупах (наприклад, у підлітків, які страждають на діабет 1-го типу, студентів по класу хореографії); 2) як перша частина двоетапного діагностичного пошуку; при цьому друга частина включає клінічне інтерв'ю у респондентів, які мають високий бал за ОПП-26; 3) як критерій міжгрупового порівняння (у тому числі для зіставлення крос-культуральних відмінностей, оцінки вираженості симптоматики в процесі лікування та ін.). Проте варто відзначити, що ОПП-26 містить лише 26 запитань суто клінічного характеру, що свідчить про високий ступінь його очевидної валідності, що значною мірою обмежує сферу його застосування. Тож очевидно, що актуальним на сьогодні є створення психодіагностичного інструментарію більш широкого застосування, зокрема на передклінічній стадії розвитку ПХП як засіб превентивних впливів на ХП молоді, що дозволить запобігти можливості появи/прогресування цих порушень шляхом вчасних психологічних та психотерапевтичних інтервенцій.

Результати теоретичного дослідження харчової поведінки та порушень харчової поведінки у жінок стали основою теоретичного конструкту створюваного нами психодіагностичного інструментарію – Опитувальника для визначення схильності до виникнення порушень харчової поведінки, таких як нервова анорексія, нервова булімія та переїдання.

Здійснивши специфікацію опитувальника шляхом встановлення відповідності між тестовими завданнями та відповідною змістовою частиною тесту, розробивши тестові завдання до кожної визначеної шкали опитувальника, сформулювавши пілотажний варіант опитувальника та провівши пілотажне тестування, проаналізувавши завдання тесту та здійснивши їх остаточний відбір, перевірили ефективність створеного опитувальника шляхом його повторної апробації на чисельній вибірці та оцінили ефективність опитувальника шляхом визначення основних її показників: надійності, валідності та дискримінативності, – ми створили Опитувальник для визначення схильності до виникнення ПХП у жінок.

Щоб встановити відповідність між завданнями опитувальника та власне його змістом, ми проаналізували вже наявні підходи та синтезували низку субшкал і шкал створюваного опитувальника. Так, Перелік Розладів Харчової Поведінки (Eating Disorder Inventory – EDI; Garner, Olmsted & Polivy, 1983; німецька версія: Thiel & Paul, 1988), який використовують для визначення психологічних ознак порушень харчової поведінки, містив вісім шкал: 1) прагнення бути худим; 2) симптоми булімії; 3) незадоволеність фігурою; 4) неспроможність; 5) страх дорослішати; 6) перфекціонізм – переконання, що найкращого результату можна досягнути; 7) недовіра до інших (ставлення до людей); 8) інтероцепція – процес сприймання ЦНС інформації про зміни щодо діяльності всіх внутрішніх органів; а в 1991 році вийшла нова, ще не стандартизована версія EDI, яка містила ще три додаткові шкали: 9) аскетизм – принцип поведінки чи стиль життя, що характеризується певною стриманістю в задоволенні потреб, відмова від земних благ з метою досягнути морального чи релігійного ідеалу; 10) регуляція потягів – здатність людини регулювати свої потреби та бажання; 11) соціальна невпевненість – відчуття власної соціальної неспроможності. Об'єднавши вищезгадані одинадцять шкал із шкалою симптомів власне нервової анорексії та переїдання (які, разом зі шкалою № 2 «симптоми булімії», відображають усю множину змісту нашого опитувальника), ми отримали 13 субшкал, проаналізувавши котрі, ми відсіяли ті, що, на нашу думку, не відображають особливості ХП і мають переважно допоміжний, частковий характер.

Таким чином, ми отримали в результаті 10 субшкал, що відображають усю множину етіологічних та клінічних проявів, які можна дослідити шляхом тестування, а саме: прагнення бути худим, незадоволеність фігурою, перфекціонізм, ставлення до людей, інтероцепція, соціальна неспроможність, регуляція потягів, симптоми анорексії, симптоми булімії, симптоми переїдання.

У результаті специфікації зазначені вище субшкали були згруповані у чотири шкали:

1. Сприйняття власного тіла, що включає: прагнення бути худим, незадоволення фігурою, інтероцепція.
2. Соціальний чинник: соціальна неспроможність, ставлення до людей.
3. Вольовий чинник: регуляція потягів, перфекціонізм.
4. Нервові симптоми: симптоми нервової анорексії, булімії та переїдання.

Оскільки виділені нами маніфестації є рівноцінними у змістовому відображенні, тому для розподілення запитань на кожну маніфестацію ми виділили однакову кількість запитань – по 25%. Кількість запитань відрізняється лише залежно від кількості субшкал цієї маніфестації. Оскільки частини нервова анорексія, нервова булімія та переїдання є так само рівноцінними, то для їх дослідження виділено по 33% на кожну частину.

У межах виділених субшкал нами було сформульовано перелік завдань загальним обсягом у 202 запитання типу «так/ні» для пілотажної версії опитувальника діагностики схильності до виникнення ПХП у жінок з метою перевірки процедур збору інформації та опитувальника загалом, зокрема оцінки завдань, ідентифікації факторів, що можуть ускладнювати роботу інтерв'юера і респондентів.

Результати пілотажного дослідження дали змогу відсіяти низку недостатньо ефективних запитань і після формулювання остаточної версії опитувальника проведено його апробацію з метою перевірки ефективності опитувальника на чисельній вибірці у 200 респондентів. У формуванні репрезентативної вибірки враховуємо етнічну, статеву, вікову належність респондентів, а також рівень освіченості та місце проживання. Зокрема розподіл за віковим показником становить: 40% – представниці юнацького віку, ще 40% – вікової групи молодість та 20% зрілої частини жіночої вибірки. Серед них, за факторами наявності/відсутності вищої освіти та міського/сільського місця проживання, співвідношення становить так само 60/40%, тобто 60% жінок мали вищу освіту та проживали в місті, а 40% – не мали вищої освіти (середня або середня спеціальна) та проживали в сільській місцевості.

Перевірку опитувальника на ефективність здійснено за такими критеріями (М. Кляйн)[5]: використання метричних шкал (шкали інтервалів або шкали відношень), надійність, валідність, дискримінативність, наявність нормативних даних, встановлених експертами. Так показник надійності визначався через перевірку надійності за внутрішньою узгодженістю та ретестовою надійністю: коефіцієнт внутрішньої надійності за коефіцієнтом Кьюдера-Річардсона, обраний з огляду на дихотомічність завдань, становить $Rkr = 0,84$, що знаходиться у встановлених межах; ретестова надійність визначена показником середньої кореляції між результатами тестування коефіцієнтом добутку моментів Пірсона, $r = 0,79$ – тип зв'язку сильний, що задовольняє висунуті вимоги. Тож результати свідчать про тісний зв'язок усіх завдань опитувальника між собою і з ознакою, яку вони вимірюють, та надійність функціонування тесту з плином часу, що є передумовою його валідності.

Валідність Опитувальника визначалася шляхом перевірки очевидної валідності, конкурентної валідності та конструктивної валідності. Конкурентна валідність визначалася за коефіцієнтом добутку моментів Пірсона $r = (-0,54)$ – зв'язок обернено пропорційний, помірний, що свідчить про існування помірної сили оберненого зв'язку між ПХП та вольовою саморегуляцією, зокрема вищому рівневі саморегуляції відповідає нижчий рівень схильності до виникнення ПХП і навпаки; для ПХП і схильності до ризику $r = (-0,08)$ – зв'язок обернено пропорційний, дуже слабкий – тобто статистично значущого зв'язку між схильністю до ПХП і до ризику не існує. Отримані показники виявилися достатніми, щоб припускати, що Опитувальник для діагностики патологічних схильностей у харчовій поведінці жінки вимірює саме ту ознаку, для визначення якої він призначений.

У результаті перевірки дискримінативності ми отримали показник дельта Фергюсона $\delta = 0,43$, який відповідає особливостям цього Опитувальника та задовольняє вимоги дискримінативності, що доводить здатність окремих завдань тесту і тесту в цілому диференціювати досліджуваних щодо максимальних та мінімальних результатів тесту, тобто визначити, наскільки він чутливим є, і можемо дійти висновку, що надійність, валідність та дискримінативність Опитувальника діагностики патологічних схильностей у харчовій поведінці жінки достатні, щоб припускати ефективність цієї методики.

Наступним кроком у дослідженні харчової поведінки молоді є апробація створеного нами опитувальника на більш чисельній вибірці з метою виявлення рівневого співвідношення схильності до виникнення ПХП, що дасть змогу більш точно встановлювати рівень ризику виникнення таких порушень харчової поведінки у молодих жінок.

Висновки. Під харчовою поведінкою розуміють ціннісне ставлення до їжі та її вживання, стереотип харчування в звичайних умовах та умовах стресу, поведінку, орієнтовану на образ власного тіла і формування цього образу; харчова поведінка включає індивідуальні установки, звички, емоції та форми поведінки стосовно їжі.

До основних патологічних порушень харчової поведінки жінок відносять нервову анорексію, нервову булімію та переїдання. Діагностична база для виявлення порушень харчової поведінки у жінок здійснюється програмою комплексної діагностики, яка включає клінічне інтерв'ю, процедуру самомоніторингу та застосування опитувальників як діагностичного інструментарію для оцінки наявності та вираженості симптоматики розладів харчової поведінки.

Опитувальник для визначення схильності до виникнення ПХП у жінок розроблений на основі Переліку розладів харчової поведінки EDI, містить 202 запитання в межах 10 шкал. Перевірка ефективності Опитувальника діагностики патологічних схильностей у харчовій поведінці жінки відбувалася на основні психометричні характеристики ефективності. Отримані результати свідчать, що надійність, валідність та дискримінативність Опитувальника для визначення схильності до виникнення ПХП у жінок достатні для доведення ефективності цієї методики.

Список використаних джерел:

1. Антропов Ю. Ф. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков / Ю. Ф. Антропов, Ю.С. Шевченко. – М.: ИИП, 1999. – 256 с.
2. Вознесенская Т. Г. Роль особенностей личности в патогенезе церебрального ожирения / Т. Г. Вознесенская, А. Н. Дорожевец // Советская медицина. – 1987. – № 3. – С. 28-32.
3. Значення раціонального харчування для підтримки здоров'я молоді / О. В. Кузьмінська, М. С. Червона. – К.: Державний інститут проблем сім'ї та молоді, 2005. – Кн. 4. – С. 13-22.
4. Исаев Д. Н. Детская медицинская психология / Дмитрий Николаевич Исаев. – СПб.: Речь, 2004. – 384 с.
5. Клайн П. Справочное руководство по конструированию тестов / Пол Клайн. – К.: Знання, 1994. – 288 с.
6. Клиническая психология / Под ред. М. Перре, У. Бауманна. – 2-е междунар. изд. – СПб.: Питер, 2002. – С. 235-248.
7. Коркина М. В. Нервная анорексия / Коркина М. В., Цивилько М. А., Марилев В. В. – М.: Класс, 1986. – 176 с.
8. Малкина-Пых И. Г. Терапия пищевого поведения / Ирина Германовна Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2007. – С. 617-639.
9. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): классификация психических и поведенческих расстройств. Краткий курс психиатрии / [под ред. В.П. Самохвалова] – СПб.: Адис, 2000. – 344 с.
10. Мойзріст О.М. Види порушень харчової поведінки (теоретичний аналіз літературних джерел) // Проблеми сучасної психології: Збірник наукових праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України. – 2009. – Вип. 6. – Ч. 2. – С. 85-94.
11. Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения. – СПб.: Речь, 2005. – 445 с.
12. Методи діагностики порушень пищевого поведения: инструкции по применению: № 28-0205 / разработ. О. А. Скугаревский. – Минск: Мед. унів., 2005. – 34 с.
13. Михайлов Б. В. Клиника, диагностика и принципы терапии невротических нарушений пищевого поведения / Б. В. Михайлов // Медична газета «Здоров'я України». – 2008. – № 23/1. – С. 69-71.
14. Парцерняк С. А. Вегетозы: Болезни стресса: [пособн. для студ. вищ. навч. закл.] / С. А. Парцерняк, Юнацкевич П. И. – Изд-во Михайлова В. А., 2002. – 58 с.
15. Перре М. Клиническая психология / М. Перре, У. Бауманн. – СПб.: Питер, 2002. – С. 247-259.
16. Попов В. Ю. Современная клиническая психиатрия / В. Ю. Попов, В. Д. Вид. – М.: Речь, 2000. – 402 с.
17. Скугаревский О.А. Методы диагностики нарушений пищевого поведения / Олег Алексеевич Скугаревский. – Мн.: Бел.гос.мед.ун-т, Респ. клин. псих. бол. – 2005. – С. 1-10.
18. Чайка В. К. Нервная анорексия у девочек и девушек / Чайка В. К., Матьцина Л. А., Бабенко-Сорококуд И. В. – Донецк: Лидер, 2004. – 32 с.
19. American Psychiatric Association «Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, Text Revision: DSM-IV-TR» – Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc., 2000.