

УДК 159.9

Кашевар Алена Андреевна

магистр психологии,
преподаватель кафедры социальной работы
и реабилитологии

Белорусский государственный университет
г. Минск, Беларусь

Alena Kashevar

MA in Psychology,
Lecturer of the Department
of Social Work and Rehabilitation

Belarusian State University
Minsk, Belarus
alena.kashevar@gmail.com

Макеева Екатерина Сергеевна

кандидат психологических наук, доцент,
доцент кафедры социальной работы
и реабилитологии

Белорусский государственный университет
г. Минск, Беларусь

Ekaterina Makeeva

PhD in Psychology, Associate Professor,
Associate Professor of the Department
of Social Work and Rehabilitation

Belarusian State University
Minsk, Belarus
kmakeeva-1977-2@mail.ru

ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ И РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У СТУДЕНТОВ

FACTORS OF FORMATION AND DEVELOPMENT OF STUDENTS' EATING DISORDERS

В статье дается краткая характеристика актуальной в настоящее время проблеме нарушений пищевого поведения. Раскрыта суть таких факторов, способствующих формированию и развитию данных нарушений, как социально-культурные, генетические, биологические/нейробиологические, психологические, семейные, возрастные факторы, наличие стрессовых состояний и травматического опыта, факторы профессионального спорта и диетического опыта.

Ключевые слова: *пищевое поведение; нарушение; фактор; нервная анорексия; нервная булимия; студенты.*

The article provides a brief description of the current problem of eating disorders. The main factors contributing to the formation and development of eating disorders are considered. The essence of such factors as socio-cultural, genetic, biological/neurobiological, psychological, family, age-related factors of eating disorders formation, factors of stress and traumatic experience, the factor of professional sports and the factor of dietary experience is revealed.

Key words: *eating behavior; disorder; factor; anorexia nervosa; bulimia nervosa; students.*

Проблема расстройств пищевого поведения (далее РПП) с каждым годом становится все более актуальной в силу своей распространенности: согласно статистическим данным Национальной ассоциации по расстройствам пищевого поведения около 70 миллионов человек в мире в настоящее время страдают от неупорядоченного питания. При этом ежегодно от разных форм РПП умирает 10 тысяч человек [1, с. 93].

Нарушение пищевого поведения (далее НПП) – это психическое расстройство, связанное с серьезными негативными изменениями в эмоциональной, поведенческой, личностной сферах, для которого характерно наличие комплекса поведенческих, психопатологических и физиологических симптомов. Согласно Международному классификатору болезней–11 к основным видам расстройств пищевого поведения относят нервную анорексию (далее НА), нервную булимию (далее НБ) и патологическое (компульсивное) переедание.

Сторонники социально-культурной модели, описывающей возникновение РПП, приходят к мнению, что в основе этого расстройства лежит воздействие общества и культуры на ценности и нормы индивида, влияние средств массовой информации (далее СМИ) и непосредственно самого окружения человека.

В современном обществе стройное, подтянутое тело выступает неким маркером «успешности». Иными словами, имея «идеальное» тело, девушка априори счастлива и успешна, она обладает силой воли и самоконтролем. Внешность воспринимается чем-то, что можно изменить, сконструировать исходя из своих пожеланий. Общество диктует свои критерии оценки красоты современной женщины: она должна быть здоровой, нацелена на поддержание своего веса в результате правильного питания и физических нагрузок. Другой крайностью является демонстрация в медиа очень худых девушек. С развитием научно-технического прогресса еще одной платформой для закрепления данных о телесной «нормальности» и обмена опытом в области похудения стали социальные сети [2, с. 30]. Именно там происходит приписывание людям с чрезмерно худым телом положительных психологических, социальных и когнитивных характеристик и тем самым выдвигаются критерии «нормальности» тела человека, что, в свою очередь, оказывает влияние на неокрепшую психику студентов. Нельзя утверждать, что само социокультурное пространство способствует формированию РПП. Однако оно запускает механизм переоценки веса и формы тела, что провоцирует телесную тревогу (ключевой симптом РПП).

В 1980-х годах появляются первые работы, посвященные культурным детерминантам НПП, которые указывают на уникальность РПП среди других психических расстройств в связи с влиянием социальных и культурных факторов на развитие и этиологию данных нарушений. Н. Brunch одна из первых

выделила два социокультурных фактора, которые связаны с формированием НПП: модное течение, которое акцентирует внимание на худобе как эталоне красоты, тем самым создавая условия для появления нарушений идентичности [3, с. 27].

Стоит отметить, что E. Stice и коллеги предложили свою модель развития НПП в социокультурном контексте. Они описали механизмы, посредством которых социокультурное давление способствует развитию НПП. Так, давление на человека, связанное с физической привлекательностью и транслируемое СМИ, приводит к росту неудовлетворенности телом и НПП через механизм интернализации (присвоения) культурных идеалов. E. Stice приходит к выводу, что чем сильнее прессинг со стороны СМИ [3, с. 27], тем выше риск того, что женщины примут имеющиеся эталоны красоты и будут стремиться к ним. Данная модель нашла свое подтверждение в многочисленных исследованиях и позже была дополнена другим механизмом – механизмом социального сравнения. J. Tompson предположил, что социальное сравнение может выступать в виде посредника между социокультурным влиянием и интернализацией. Большинство девушек не соответствуют навязанным обществом стандартам красоты, из-за чего у них формируется неудовлетворенность своей внешностью, а это приводит к появлению различных стратегий поведения, которые направлены на изменение формы тела. Одной из таких стратегий является ограничительное пищевое поведение [4, с. 41].

Отсюда следует, что повышенное внимание со стороны общества к девушкам и их телам становится культурно и социально приемлемым, соответственно, девушки стремятся достичь транслируемых в обществе стандартов красоты, прибегая к различным диетам и изматывающим тренировкам. Такое стремление к «совершенной» фигуре в конечном итоге приводит к нарушению пищевого поведения, а в дальнейшем и к расстройству.

В последнее время все больше исследований находят подтверждение тому факту, что расстройства пищевого поведения имеют генетическую природу (генетические факторы НПП). Появляется все больше данных о генетической предрасположенности к РПП, следовательно, встречаемость НПП у людей, чьи родственники имеют такой же диагноз, выше, чем у людей, чьи родственники не имеют в своем анамнезе такого диагноза. В. В. Мариллов пришел к выводу, что у 2–5% больных матери страдали аналогичным диагнозом, а у 1% – сестры или братья. Также стоит отметить, что в популяционных исследованиях было выявлено, что риск развития НА в 3,6 раза выше у людей, которые родились преждевременно [3, с. 27].

Помимо этого исследователи в области генетики выявили, что конкретные хромосомы могут быть связаны с конкретным видом расстройства пищевого поведения. В. В. Мариллов в своем исследовании установил зависимость ИПП от генетических факторов. С помощью методов количественной гене-

тики он выявил локус стремления к худобе, связанный с ригидностью поведенческих стереотипов и ассоциированный с анорексией. Нервная булимия (форма с самостоятельно провоцируемой рвотой) сцеплена с десятой хромосомой, что, в свою очередь, подкрепляет утверждение о том, что эта форма булимии представляет собой отдельный фенотип. При этом стоит отметить, что приблизительно там же находится локус гена ожирения, что согласуется с повышенной частотой случаев ожирения в семейном анамнезе при НБ.

Исследование С. М. Bulik, проведенное в Университете Северной Каролины США, показало наличие 8 точек в геноме человека, которые являются генами нервной анорексии. Благодаря этому она пришла к выводу, что влияние генетики на возникновение РПП составляет 40–60 % среди других факторов [5, с. 1153].

Сторонники влияния биологических/нейробиологических факторов на НПП полагают, что в основе расстройства лежат нарушения тончайших процессов головного мозга и нарушения функционирования нейромедиаторов, которые регулируют пищевое поведение.

Зарубежные авторы зачастую спорят о нозологии РПП в отношении других расстройств и первичности НПП и нарушений мозговой структуры. Ряд исследований указывают на нарушения обмена дофамина у лиц с РПП (в частности НА), признавая особенности эмоционального реагирования основополагающими в развитии РПП. Стоит сказать, что М. Kinsbourne и J. R. Vemrograd в своем исследовании пришли к выводу, что основной причиной развития РПП являются нарушения восприятия собственного тела и дисфункция теменной коры правого полушария [2, с. 29].

Приверженцы нейробиологических факторов НПП J. J. Wurtman и R. J. Wurtman сформулировали гипотезу о доминирующей роли серотонинергической недостаточности. Суть данной гипотезы заключается в том, что при употреблении повышенного количества высокоуглеводной легкоусвояемой пищи в крови будет повышаться уровень глюкозы, что впоследствии может привести к гиперинсулинемии. В таком случае гематоэнцефалический барьер будет становиться более проницаемым для триптофана, в связи с чем увеличивается его уровень в центральной нервной системе, что ведет к усилению синтеза серотонина. Так как серотонин является нейромедиатором мозга, который участвует в формировании насыщения и эмоционального комфорта, а студенты в силу своей деятельности питаются в основном высокоуглеводной пищей, то такая еда в большом количестве будет выступать как способ справиться с эмоциональными переживаниями, получить психологический комфорт, избавиться от состояния угнетенности, тревоги, раздражительности в связи со сдачей экзаменов или публичных выступлений [6, с. 92].

Отдельную группу составляют психологические факторы. У лиц с НПП часто наблюдаются социально-эмоциональные затрудне-

ния: неспособность самостоятельно принимать решения, ощущение внутренней пустоты и беспомощности (трудности в переживании одиночества), легкая ранимость и, как следствие, зависимость от малейшей критики или неодобрения со стороны окружающих [2, с. 30].

Так, ряд авторов (Н. О. Николаева, Т. А. Мешкова, С. Davis, G. Claridge, J. Fox, С. Fairburn, K. Brownell, P. Hewitt и другие) в своих исследованиях пришли к выводу, что существует связь между НПП и такой личностной чертой, как перфекционизм. Часто нервную анорексию называют «болезнью отличниц», болезнью девочек-подростков и девушек, которые во всем стремятся быть идеальными: иметь «безупречную» внешность, хорошие оценки в школе или университете, одобрение со стороны окружающих. Иными словами, такие люди стремятся, чтобы все сферы их жизнедеятельности соответствовали их выдуманному стандарту, и отклонение от этих стандартов будет вызывать тревогу и напряжение [4, с. 43].

Как утверждают P. Slade и G. A. Owens, следование диете можно рассматривать как так называемый позитивный перфекционизм, который позволяет лицам с НПП переживать эмоции успеха и удовольствия от достижения цели, ощущение собственной значимости от того, что они могут добиваться определенных успехов в жизненных ситуациях, которые кажутся им неподвластными контролю или неудачными [Там же].

Прием пищи не всегда связан с утолением голода, а еда часто выступает в качестве разрядки психоэмоционального напряжения. Среди исследователей бытует мнение, что НПП возникает вследствие эмоциональных расстройств: хронический стресс, тревожность, депрессия. В ситуации, когда человек удовлетворяет голод в состоянии эмоционального напряжения, он испытывает ощущение комфорта и защищенности [1, с. 92].

Исследователи G. Cascino, A. Monteleone, F. Marciello, V. Ruzzi, F. Pellegrino и P. B. Monteleone также указывают на нарушения эмоциональной регуляции у пациентов с НА и НБ: существует взаимосвязь алекситимии и сниженной базальной активности оси гипоталамус–гипофиз–надпочечники (стресс-система). В работах Т. Г. Вознесенской, В. А. Сафоновой, А. В. Вахмишрова, Л. В. Герус, Ш. Р. Минабутдинова и других делается акцент на то, что при недостатке положительных эмоций человек прибегает к компенсаторному способу нормализации эмоционального фона в качестве приема пищи.

Некоторые авторы, исследуя проблему пищевых расстройств, указывают, что значимой причиной их возникновения и развития является фактор неадекватности и неустойчивости самооценки. Для лиц с таким типом самооценки характерны склонность к перфекционизму, о котором говорилось выше, неуверенность в себе и своих действиях, зависимость от одобрения окружающих, страх перед социальными контактами с окружающими, склонность обвинять других, безответственность [Там же].

Одним из наиболее объективных признаков наличия РПП является нарушение образа тела. Образ собственного тела – это система «внутреннего» представления человека о собственной внешности, связанная с самовосприятием и предпочтениями, которая включает мысли, убеждения, верования и поведенческие реакции. С. Ralph-Nearman, А. С. Arevian и S. Moseman установили, что образ тела может оказывать значительное влияние на настроение, мысли и поведение людей в повседневной жизни, предопределять характеристики их межличностных отношений и качество жизни [7, с. 598].

Исследования людей с НПП позволили авторам выявить у них особый когнитивный профиль, а также дефицит визуально-пространственного восприятия. Стоит отметить, что яркое проявление специфичности когнитивной сферы можно наблюдать в активный период болезни, при этом когнитивные особенности после нормализации веса могут сохраняться, что указывает на риск рецидива расстройства.

Ученые R. Neveu, D. Neveu, E. Carrier, A. Gay, A. Nicolas и G. Coricelli установили, что лица с НПП принимают решение о приеме пищи в соответствии со своими когнитивными представлениями об условно «хорошей (полезной)» и «плохой (вредной)» еде, в то время как лица со здоровым пищевым поведением принимают решение о приеме пищи, в большинстве случаев опираясь на наличие или отсутствие чувства голода и своих вкусовых предпочтений [5, р. 1153].

Исследователи отдельно выделяют группой семейных факторов. В данном случае речь идет о наличии неконструктивных и конфликтных по своему характеру взаимоотношений внутри семьи, что повышает риск возникновения НПП.

В своем исследовании V. Vandereycken и R. Meerman показывают, что голодом подростки и студенты могут компенсировать недостаток внимания от родителей: не дождавшись от них должного внимания, подростки начинают прибегать к голоду, тем самым получая требуемое внимание, когда родители тревожатся, умоляют ребенка поесть и водят его по врачам. И, наоборот, при чрезмерном внимании и гиперопеке со стороны родителей в отношении пищевого поведения ребенка у детей начинает снижаться аппетит и появляется рвота. Снижению аппетита способствует тревога по поводу реальной или мнимой полноты, также это подкрепляется со стороны окружающих, которые одобряют потерю веса. Голод вызывает тревогу на биологическом уровне, но так как больная/больной не может объективно отличить чувство голода от тревоги, она/он пытается справиться с этой тревогой, отказываясь от еды, тем самым загоняя себя в еще больший голод [2, с. 29].

В частности, семьи, у которых девушки имели риск развития НА, характеризуются доминированием женского авторитета и высоким контролем со стороны матери или бабушки, в то время как влияние отцов снижено, они

неактивны, малодушны, необщительны [7, с. 639]. На развитие НПП внутри семьи влияют высказывания родственников (критика) о форме тела ребенка, его физической активности, пищевом поведении, что может восприниматься ребенком крайне негативно и привести к ограничительному пищевому поведению, чрезмерным занятиям спортом, понижению самооценки, замкнутости, развитию тревожного и депрессивного поведения.

Девушки, страдающие НА и НБ, описывают родителей как требовательных, не проявляющих любовь и поддержку, от чего расстройство выступает как способ привлечения внимания, способность контролировать свою жизнь и показать свою силу. Отсюда следует, что для девушек с НБ характерна зависимость от похвалы и одобрения со стороны окружающих, таким образом они стабилизируют свою самооценку и собственную значимость.

Как установила Т. Г. Вознесенская, для девушек с НПП характерен стереотип поведения «когда мне плохо, я должен есть, тогда мне станет лучше», суть которого заключается в том, что всякий телесный или эмоциональный дискомфорт ребенка воспринимается матерью как голод. Так как при любом внутреннем дискомфорте мать кормит ребенка, у него не происходит процесс дифференциации собственных телесных и эмоциональных ощущений; например, ребенок не может отличить чувство голода от тревоги или внутреннего напряжения [6, с. 92]. Таким образом, со временем у него не происходит адекватного обучения другому поведению в период стрессовых ситуаций, и он прибегает к понятному, привычному способу в виде еды, тем самым еще больше подкрепляя этот паттерн поведения: внутренний дискомфорт – прием пищи – облегчение состояния, успокоение.

Отсюда вытекает группа **в о з р а с т н ы х ф а к т о р о в** нарушений пищевого поведения. Наиболее часто НПП встречаются у подростков и студентов. Подростковый возраст в онтогенезе определяется фундаментальными изменениями, которые происходят в самосознании человека и оказывают влияние на его развитие. Именно в это период у подростков формируется система социальных и моральных ценностей, а система самооценочных суждений подвергается изменениям. Так, например, подростки могут находить утешение в еде при проживании каких-либо кризисных ситуаций; еда помогает им испытывать чувство достижения цели. При ограничительном ПП потеря веса аналогичным образом будет восприниматься как достижение цели. Однако в последнее время исследователи все больше внимания уделяют детям младшего возраста и формированию у них НПП. У детей этого возраста выявить НПП намного сложнее, так как не сразу родители обращают внимание на изменения в пищевом поведении своих детей.

В тесной связи с семейными и возрастными факторами формирования НПП находятся **ф а к т о р ы стрессовых состояний и травматического опыта**. Приверженцы гипотезы стрессовых

событий в своих исследованиях опираются на теорию, согласно которой на развитие нарушений пищевого поведения оказывают влияние любые значимые для индивида психотравмирующие ситуации, при этом они могут нести как отрицательный, так и положительный окрас. Сюда можно отнести утрату близкого человека, любой вид насилия, войны, терроризм, брак, развод, повышение в должности, окончание университета, сдачу экзамена и другое – все это может эмоционально и психологически влиять на человека, тем самым еда будет выступать как способ справиться с этими сильными эмоциями (переедание – заедание эмоций, голодание – переключаемость на физические ощущения в теле, а далее выброс гормонов, которые будут давать человеку чувство удовольствия от отсутствия пищи и длительного голода).

Более тяжелой формой стрессового состояния является проживание травмирующего опыта. В настоящий момент все больше исследований подтверждают тот факт, что психические расстройства развиваются более высокими темпами у тех, кто перенес травму в детстве, в сравнении с теми, кто ее не переживал. Так, исследователи D. F. Becker и C. M. Grilo в 2011 году выявили, что среди женщин с РПП (в частности – переедание) 52 % пережили эмоциональное насилие, 28 % – физическое насилие, 31 % – сексуальное насилие, 68 % – эмоциональное пренебрежение, а 48 % – физическое пренебрежение [2, с. 28].

В зону риска развития НПП входят профессии, где пищевые запреты и ограничения являются их неотъемлемой частью (ф а к т о р п р о ф е с с и о н а л ь н о г о с п о р т а). Худоба и стройное (иногда худощавое) тело чаще всего выступают основным требованием в таких сферах деятельности, как модельный бизнес, танцы, гимнастика, балет и другие. Девочки 5-летнего возраста, занимающиеся эстетическими видами спорта (балет/фигурное катание), демонстрируют более пристальное внимание к своей массе тела, чем девочки, занимающиеся неэстетическими видами спорта или не занимающиеся спортом вообще [4, с. 42].

Еще одним фактором формирования НПП является ф а к т о р д и е т и ч е с к о г о о п ы т а, суть которого заключается в следующем: если человек когда-либо придерживался определенного плана питания (диеты), ограничивал себя в питании, вероятность возникновения у него РПП увеличивается. К такому выводу в своих исследованиях пришел C. Jacobi. В то время как А. Н. Васичева установила, что риск возникновения нервной орторексии (и как следствие НПП) выше у лиц, которые продолжительное количество времени придерживались строгой диеты, страдают заболеваниями, требующими определенного режима питания, которые большое внимание уделяют здоровому питанию и у которых есть фобии или страх смерти и болезни [8, с. 101].

Несмотря на имеющуюся вариативность подходов, объясняющих механизмы формирования нарушенного пищевого поведения, большинство ученых разделяют общую идею, что НПП – это сложное мультифакторное заболевание. Наличие нескольких из вышеперечисленных факторов при клинической диагностике лиц с НПП требует обращения за специализированной помощью, разработки дополнительных программ и методов лечения, которые будут направлены на коррекцию текущего состояния и профилактику дальнейшего развития расстройства. Преподаватели и кураторы в университете при обнаружении у своих студентов признаков НПП должны обращаться к психологу, чтобы не усугубить ситуацию, так как сами студенты не могут объективно оценить свое состояние и вовремя обратиться за помощью.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Шабанова, Т. Л.* Исследование нарушений пищевого поведения у лиц юношеско-студенческого возраста / Т. Л. Шабанова // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. Медицинские науки. – 2017. – № 9. – С. 91–95.
2. *Ингеборг, В.* Факторы патогенеза и развития расстройств пищевого поведения / В. Ингеборг // Актуальные исследования. – 2021. – № 37 (64). – С. 27–32.
3. *Дурнева, М. Ю.* Влияние социокультурных стандартов привлекательности на формирование отношения к телу и пищевого поведения у девушек подросткового и юношеского возраста / М. Ю. Дурнева, Т. А. Мешкова // Клиническая и специальная психология. Психологическая наука и образование. – 2013. – № 2. – С. 25–34.
4. *Николаева, Н. О.* Нарушения пищевого поведения: социальные, семейные и биологические предпосылки / Н. О. Николаева, Т. А. Мешкова // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2011. – Т. 11. – № 1. – С. 39–49.
5. *Neural Network Alterations Across Eating Disorders : A Narrative Review of MRI Studies / T. Steward, J. M. Menchon, S. Jiménez-Murcia [et al.] // Curr Neuropharmacol. – 2018. – № 16. – P. 1150–1663.*
6. *Вознесенская, Т. Г.* Расстройства пищевого поведения при ожирении и их коррекция / Т. Г. Вознесенская // Фарматека. – 2009. – № 12. – С. 91–94.
7. *Малкина-Пых, И. Г.* Терапия пищевого поведения : справочник практического психолога / И. Г. Малкина-Пых. – М. : Эксмо, 2007. – 1040 с.
8. *Скугаревский, О. А.* Нарушения пищевого поведения : монография / О. А. Скугаревский. – Минск : БГМУ, 2007. – 340 с.

Поступила в редакцию 04.07.2024