

УДК 159.9

**РАССТРОЙСТВО ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ:
СУЩНОСТЬ, ПРИЧИНЫ И ПОСЛЕДСТВИЯ****Я. А. ГУГНИНА***(Представлено: С. В. ОСТАПЧУК)*

В статье рассмотрены теоретические подходы к исследованию нарушений пищевого поведения. Раскрыта сущность и классификация данного феномена, проанализированы его основные причины и факторы риска. Охарактеризованы психологические, физиологические и социальные последствия.

В современном обществе проблема нарушений пищевого поведения приобретает все большую актуальность. Согласно данным исследований, различные формы данного расстройства встречаются у не менее чем 9 % населения, при этом реальная распространённость значительно выше вследствие тенденции к сокрытию симптомов. Расстройства пищевого поведения входят в число наиболее опасных психических заболеваний и характеризуются высоким уровнем смертности, сопоставимым с летальностью при тяжёлых соматических патологиях.

Данный феномен оказывает комплексное воздействие на личность, включая психологическую сферу, соматическое здоровье и социальное функционирование. Распространённость расстройств пищевого поведения, неблагоприятные последствия, а также высокий уровень риска суицидального поведения обуславливают необходимость всестороннего изучения проблемы и разработки эффективных профилактических мер.

В соответствии с определением Американской психиатрической ассоциации, расстройства пищевого поведения представляют собой группу поведенческих синдромов, характеризующихся нарушением процесса приёма пищи и патологическим отношением к ней [6].

Известно, что в США 20 миллионов женщин и 10 миллионов мужчин имели не менее одного эпизода расстройства пищевого поведения за свою жизнь [7].

Согласно МКБ-10 классификация нарушений пищевого поведения включает следующие расстройства:

- нервная анорексия (F50.0): расстройство, характеризующееся целенаправленной потерей массы тела, вызванной и поддерживаемой пациентом. Оно, как правило, чаще встречается у девушек подросткового возраста и молодых женщин, но ему могут быть подвержены юноши и молодые мужчины, а также дети, приближающиеся к пубертатному периоду, и женщины старшего возраста (вплоть до наступления менопаузы). Расстройство ассоциируется со специфической психопатологической боязнью ожирения и дряблости фигуры, которая становится назойливой идеей, в результате чего пациенты устанавливают для себя «идеальный» низкий предел массы тела. Как правило, возможны различные вторичные эндокринные и обменные нарушения, а также функциональные расстройства. Симптоматика обычно включает ограничение, диеты, чрезмерную физическую нагрузку, прием слабительных и мочегонных средств, а также препаратов, понижающих аппетит [1].

- атипичная нервная анорексия (F50.1): расстройство, отвечающее некоторым чертам нервной анорексии, но полная клиническая картина которого не позволяет поставить этот диагноз. Одним из ключевых симптомов является аменорея или выраженная боязнь ожирения, может отсутствовать при наличии заметной потери массы тела и поведения, направленного на достижение похудения [1].

- нервная булимия (F50.2): синдром, характеризующийся повторными приступами переедания и выраженным беспокойством из-за контроля массы тела. Это приводит к выработке такого стиля переедания, который сопровождается вызовом рвоты и использованием слабительных средств. Данное расстройство имеет много общего с нервной анорексией и тоже включает чрезмерную озабоченность своей фигурой и массой тела. Однако нервную булимию зачастую обнаружить тяжелее, нежели анорексию, поскольку вес таких пациентов обычно не выходит за пределы нормы, и внешне они могут выглядеть относительно здоровыми [1].

- атипичная нервная булимия (F50.3): расстройство, имеющее некоторые признаки нервной булимии. Например, возможны повторные приступы переедания и чрезмерное употребление слабительных средств без значительных изменений массы тела или может вовсе отсутствовать типичная сверхозабоченность собственной фигурой и массой тела [16]. – переедание, связанное с другими психологическими расстройствами (F50.4): это переедание вследствие стрессовых событий, таких, как тяжелая утрата, несчастный случай, рождение ребенка и т.д. [1].

- рвота, связанная с другими психологическими расстройствами (F50.5): повторная рвота, которая возникает при диссоциативных расстройствах и ипохондрическом расстройстве и не является исключительно следствием состояний, не входящих в перечень данного класса [1].

- другие расстройства приема пищи (F50.6): поедание несъедобного, извращенный аппетит [1].
- расстройство приема пищи неуточненное (F50.7) [1].

Причины расстройства пищевого поведения во многом не ясны. Биологический и социальный факторы играют свои роли предположительно в равной степени.

Культурная идеализация худобы и стройности определённо вносит свой вклад в этиологию некоторых подтипов заболевания. О последнем утверждении говорит тот факт, что в развитых странах такое расстройство, как НБ, практически не диагностировалось до конца 1970 годов.

Важно уточнить, что несмотря на многочисленные исследования, до сих пор точных причин формирования расстройств не выявлено, но исследователи выделяют следующие возможные причины:

1. Генетические: согласно Л.Кронбаху, нарушению пищевого поведения в 8 раз чаще подвержены те люди, чьи родственники имели это расстройство. Так, например, при изучении близнецов было выяснено, что они в большинстве случаев склонны к одинаковому пищевому поведению и, следовательно, к схожим расстройствам. Вместе с этим было установлено, что существуют конкретные хромосомы, которые могут быть связаны с булимией и анорексией [3].

2. Биопсихосоциальные: согласно О.А. Скугаревскому, при изучении клинической картины нарушений пищевого поведения (нервная анорексия, нервная булимия, компульсивное переедание) следует обращать внимание на такие факторы как: семейная ситуация, восприятие собственного тела, оценка пищевых предпочтений, стереотипы пищевого поведения, масса тела и методы его контроля, а также самооценка и мысли, связанные с употреблением пищи [5].

3. Культурные: согласно В.В. Ромацкому, с помощью средств массовой информации оказывается огромное влияние на сознание людей путем пропаганды нереалистичных образов тела и представлений об идеалах красоты, а также искажения культуры похудения. В то же время активно выпускаются и рекламируются недорогие, легкодоступные и высококалорийные продукты [2].

4. Личностные: согласно Д.Б. Карвасарскому, пищевые расстройства отражают бессознательную борьбу внутренней индивидуальности человека, его представлений о себе в социуме и проблемах, которые часто следуют из травматических событий жизненного опыта или определенной модели социализации [4].

Таким образом, нарушения пищевого поведения представляют собой многофакторное явление, включающее биологические, психологические и социальные компоненты. Они оказывают значительное влияние на соматическое и психическое здоровье, а также на качество жизни личности в целом. Несмотря на активное изучение данной проблемы, её причины и механизмы остаются до конца не раскрытыми, что делает актуальными дальнейшие исследования в данном направлении. Комплексный подход к пониманию и профилактике расстройств пищевого поведения является необходимым условием сохранения психического и физического здоровья населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Международная классификация болезней 10 пересмотра (МКБ-10). – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://mkb10.com/index.php?pid=4289> Дата доступа:
2. Николаева, Н. О. Нарушения пищевого поведения: социальные, семейные и биологические предпосылки/ Н. О. Николаева, Т. А. Мешкова// Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2011. – № 1 (11). – С. 39–49.
3. Пантеев, С. Р. Самоотношение как эмоционально-оценочная система. Психология самосознания: хрестоматия/ С. Р. Пантеев. – Самара: Издательский Дом «БАХРАХ-М», 2007. – 365 с.
4. Проскурякова, Л. А. Особенности пищевого поведения и виды его нарушения/ Л. А. Проскурякова // Рациональное питание, пищевые добавки и биостимуляторы. – 2016. – № 2. – С. 118–124.
5. Скугаревский, О. А. Нарушения пищевого поведения: клиничко-биологический подход/ О. А. Скугаревский // Медицинский журнал. – 2002. – № 1. – С. 82–87.
6. Austin, S. B. Population-based prevention of eating disorders: An application of the Rose prevention model/ S. B. Austin// Preventive Medicine. – 2001. – Vol. 32, № 3. – P. 268–283.
7. Wojtowicz, A. E. Weighing in on risk factors for body dissatisfaction: A one-year prospective study of middle-adolescent girls/ A. E. Wojtowicz, K. M. Von Ranson, // Body Image. – 2012. – Vol. 9, № 1. – P. 20–30.