

И. Н. Гурвич, Н. А. Антонова

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДЕТЕРМИНАЦИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

Введение

Одной из центральных проблем общественного здравоохранения является растущее число неинфекционных заболеваний, чаще хронических, во всем мире. Нерациональное питание может способствовать возникновению таких заболеваний, как диабет, сердечно-сосудистые нарушения, остеопороз, онкологические заболевания и др. [1–3]. Очевидно, что рациональное питание является важнейшей составной частью здоровья и развития человека. Данное положение легло в основу «Глобальной стратегии в области режима питания, физической активности и здоровья», принятой Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ) в 2004 г. [4]. До недавнего времени политика здорового питания в России практически не разрабатывалась. Изучение традиционных норм поведения, связанного со здоровьем, присущих российской культуральной среде, находится в кругу интересов социальной психологии здоровья как научной дисциплины. Таким образом, актуальность изучения особенностей пищевого поведения российской молодежи как одного из видов поведения в сфере здоровья не вызывает сомнений.

Цель предлагаемой работы — охарактеризовать паттерн пищевого поведения студентов и показать его связь с актуальным отношением студентов к своему здоровью.

Под пищевым поведением (ПП) понимают совокупность форм поведения человека, включающих режим (частота, распределение во времени), темп (скорость) приема пищи, предпочтительность потребления отдельных видов продуктов, побудительные причины и поводы к приему пищи, субъективное отношение к процессу питания [5]. Кроме того, ПП включает в себя ценностное отношение к пище и ее приему, стереотип питания в обыденных условиях и в ситуации стресса, поведение, ориентированное на образ собственного тела, и деятельность по формированию этого образа [6].

Потребность в пище является одной из первичных биологических потребностей и направлена на поддержание гомеостаза организма. ПП выполняет и ряд психосоциальных функций: релаксации, коммуникации, получения удовольствия, самоутверждения («престижность» определенных пищевых продуктов), познания, поддержания ритуала или привычки, компенсации, награды, защиты и удовлетворения эстетической потребности [7].

При нарушенной пищевой мотивации стремление к приему пищи возникает не в ответ на чувство голода, то есть внутренние, гомеостатические стимулы к приему пищи (уровень глюкозы и свободных жирных кислот в крови, наполненность желудка и т. д.), а как реакция на другие стимулы. В связи с этим выделяют экстернальное и эмоциогенное ПП. При экстернальном ПП побуждающими к еде выступают внешние стимулы (вид еды, накрытый стол, реклама пищевых продуктов и т. д.), а при эмоциогенном — внутренние стимулы (эмоциональный дискомфорт, внутреннее нервно-психическое напряжение, подавленность и др.). Эмоциогенное пищевое поведение может

быть представлено: пароксизмальной формой в виде компульсивного переедания [8], перееданием с нарушением суточного ритма приема пищи в виде синдрома ночной еды [9].

Кроме того, людям, неудовлетворенным своим образом тела, свойственно зачастую прибегать к ограничительному пищевому поведению, которое подразумевает бессистемные строгие диеты (самоограничения в питании), в результате чего повышается вероятность возникновения так называемой «диетической депрессии» и декомпенсации в психической и вегетативной сферах. Впервые «диетическую депрессию» описал А. J. Stunkard в 1953 г. [10], объединив этим понятием целый комплекс отрицательных эмоциональных ощущений, возникающих у человека на фоне диетотерапии: повышенные раздражительность и утомляемость, чувства внутреннего напряжения и усталости, агрессивность и враждебность, тревожность, сниженное настроение и т. д.

В формировании нарушений ПП большое значение имеют: наследственная дисфункция церебральных систем, регулирующих прием пищи; социально-психологические факторы (характеристики ближайшего социального окружения, родительского воспитания, стереотипы ПП, нормы относительно состава и количества пищи, существующие в обществе, стигматизация лиц пониженного или повышенного веса); личностные особенности (низкая стрессоустойчивость, склонность к тревожным реакциям, неуверенность в себе и др.).

Б. Ю. Приленский с коллегами [11] по результатам собственного исследования отмечают, что у лиц с зависимым ПП ведущую роль играют стереотипы ПП, усвоенные в родительской семье. Данные стереотипы авторы называют «родительскими предначертаниями» или «скриптами», участвующими в формировании сценария зависимого ПП. Социальное сравнение является основным источником информации о себе [12]. В свою очередь, социокультуральная идеализация худобы, пропагандируемая СМИ и модной индустрией, может приводить к «девиантонормализации» строгих диет у девушек и женщин. Девушки оказываются более чувствительными к такому социальному сравнению, так как именно привлекательность ассоциирована для женщин с популярностью у представителей противоположного пола, возможностью удачно выйти замуж, общим жизненным успехом и др. [13, 14].

Материалы и методы исследования

Приведем данные мониторинговых исследований в сфере здоровья студенческой молодежи, выполненных в Санкт-Петербургском государственном университете в 2006 г. и 2010 г. Объем выборок исследования в 2006 г. составил 1477 человек (31% юношей и 69% девушек), и в 2010 г. — 627 человек (28% юношей и 72% девушек), средний возраст — 19 лет.

Опросники исследования включали в себя следующие индикаторы ПП: соблюдение диеты, рацион, частота питания в учреждениях общепита, удовлетворенность студентов организацией питания в университете и др. Дифференциальная диагностика депрессивных состояний осуществлялась с помощью шкалы Зунге, диагностика тревоги — с помощью шкалы Тейлора, а установка к здоровому образу жизни — с помощью генерализованной шкалы аттитудов И. Н. Гурвича. Кроме того, изучалась личностная активность студентов в сохранении и укреплении здоровья. Математико-статистическая обработка данных была реализована с помощью программного пакета SPSS 16.0.

и заключалась в расчете распределений значений параметров статистических признаков и мер центральной тенденции — среднего значения (X), стандартного отклонения (d), достоверности различия средних величин (t-критерий Стьюдента). Кроме того, был осуществлен кроссекционный (χ^2 -критерий) и линейный регрессионный анализ данных.

Результаты и их обсуждение

Паттерн питания в родительской семье. В половине семей, в которых росли опрошенные студенты, придавалось особое значение правильному питанию. Чаще (в 86–95% случаев) предпочтение в семье воспитания отдавалось высококалорийной, внешне привлекательной и обильной пище, безопасной в отношении развития хронических заболеваний. Реже всего предпочтение отдавалось вкусной, богатой витаминами и безопасной с точки зрения возможности отравления пище (в 41–68% случаев). В семье каждого пятого студента было принято поощрять за хорошее поведение дополнительными порциями любимой еды. В два раза реже случалось обратное — наказание в виде лишения любимого блюда.

Организация питания. Около половины студентов в основном питаются дома и реже — на предприятиях общественного питания (в столовых, кафе, ресторанах, буфетах, бистро). Сравнительный анализ показал, что за последние 4 года студенты стали питаться значимо чаще на предприятиях общественного питания ($\chi^2 = 33,7$; $p \leq 0,001$). Предпочитают питаться дома, а не на предприятиях общественного питания, студенты, в семье которых придавалось особое значение правильному питанию ($\chi^2 = 15,6$; $p \leq 0,05$).

Самоограничения в питании. Более чем у половины студентов бывают дни, когда они вообще не едят горячей пищи. Каждый пятый соблюдает диету, причем, только в $1/3$ случаев эта диета предписана врачом. Каждый третий студент экономит на продуктах питания. Чаще в целях экономии они сокращают расходы на кондитерские изделия (72,4%), а также на рыбу (56%), мясо (54%) и безалкогольные напитки (46%). Реже студенты экономят на фруктах, овощах, хлебобулочных или макаронных изделиях (от 22% до 35%). Наименее распространено ограничение в покупке молочных продуктов — так поступает только один из шести студентов, экономящих за счет продуктов питания.

Актуальное отношение к здоровью. В целом, в списке ценностей здоровье занимает 7-е ранговое место из 13-ти, причем значение этого показателя варьирует в среднем от 4,5 до 9,5. Таким образом, здоровье имеет «средний» уровень ценности для студентов. Свою информированность в вопросах именно рационального питания около половины студентов оценивают как недостаточную, и таких студентов больше среди юношей, по сравнению с девушками ($\chi^2 = 18,5$; $p \leq 0,001$). Значение же генерализованной шкалы аттитудов по отношению к здоровому образу жизни, которая варьирует от -10 до $+10$, лежит в пределах 4 ± 2 . Это свидетельствует о потенциальной чувствительности студентов по отношению к превентивным воздействиям.

Наследственность рассматривается студентами, как одна из основных причин здоровья — она обуславливает около 25% (по медиане), далее идут собственные усилия (на них приходится 15%), в меньшей степени здоровье обусловлено, по мнению студентов, экологией, условиями труда и отдыха, медицинской помощью, случайными

событиями (долю значения этих причин в состоянии здоровья студенты оценивают на уровне 10%).

Самооценка здоровья. Более половины студентов оценивают свое состояние здоровья на данный момент как «хорошее», более четверти студентов сообщают о «среднем» состоянии, и незначительная доля студентов (менее 3%) оценивает его как плохое.

Удается проследить связи актуального ПП с условиями воспитания в родительской семье, где происходит первичная социализация студента, а так же с генерализованной установкой в отношении своего здоровья. Студенты, в семье которых придавали особое значение правильному питанию, выше оценивают состояние своего здоровья ($\chi^2 = 16,1; p \leq 0,05$); считают правильное питание важным для сохранения здоровья ($\chi^2 = 102,5; p \leq 0,001$), и, кроме того, уделяют много внимания избеганию инфекций в быту ($\chi^2 = 21,5; p \leq 0,01$), отравлений ($\chi^2 = 30,7; p \leq 0,001$); меньшее значение придают наследственности ($\chi^2 = 36,4; p \leq 0,01$) и состоянию медицинской помощи ($\chi^2 = 29,9; p \leq 0,01$); лучше осведомлены о правилах рационального питания ($\chi^2 = 76,6; p \leq 0,001$), имеют более выраженную установку к здоровому образу жизни ($T = 5,9; p \leq 0,001$) и больше ценят здоровье ($T = 4,1; p \leq 0,001$) по сравнению со студентами, в семье которых особое значение правильному питанию не придавалось.

Кроме того, студенты, в семье которых правильность питания была важна, склонны несколько ниже оценивать уровень питания в университете ($\chi^2 = 19,8; p \leq 0,05$), чаще включать первые блюда в свой рацион ($\chi^2 = 16,9; p \leq 0,01$), чаще соблюдать диету, предписанную именно врачом ($\chi^2 = 8,6; p \leq 0,05$).

Стремление в семье воспитания к тому, чтобы повседневная пища была высококалорийной ($\chi^2 = 27,3; p \leq 0,001$), сбалансированной по соотношению основных питательных веществ ($\chi^2 = 10,1; p \leq 0,05$) и обильной ($\chi^2 = 15,4; p \leq 0,01$) способствует тому, что студенты начинают придавать серьезное значение правильному питанию для сохранения своего здоровья.

Препятствует формированию установки к тому, что здоровье обусловлено, прежде всего, собственными усилиями, стремление в семье воспитания потреблять высококалорийную пищу ($\chi^2 = 16,97; p \leq 0,05$), сбалансированную по соотношению основных питательных веществ ($\chi^2 = 20,0; p \leq 0,01$), богатую витаминами ($\chi^2 = 15,1; p \leq 0,05$).

Реже диету соблюдают студенты, в семье которых первоочередное значение уделялось сбалансированности пищи по соотношению основных питательных веществ ($\chi^2 = 6,1; p \leq 0,05$).

У студентов, в семье которых было принято поощрять за хорошее поведение дополнительными порциями любимой еды, фиксируется более высокий уровень тревожности ($\chi^2 = 12,7; p \leq 0,05$), ассоциированный также с более низкими оценками уровня питания в университете ($\chi^2 = 26,9; p \leq 0,001$). Кроме того, чем выше тревожность у студента, тем чаще в его рационе отсутствуют горячая пища и первые блюда ($\chi^2 = 33,8; p \leq 0,001$), но реже наблюдается экономия на мясopодуктах ($\chi^2 = 3,9; p \leq 0,001$). На рыбе и морепродуктах чаще склонны экономить студенты с низким уровнем тревожности ($\chi^2 = 2,2; p \leq 0,001$). Экономия на остальных продуктах питания оказалась не связанной с уровнем тревожности. Повышение уровня депрессии у студентов связано с увеличением частоты дней без горячей пищи ($\chi^2 = 27,7; p \leq 0,001$).

Как это легко заметить из приведенных данных, актуальный паттерн пищевого поведения студентов весьма далек от паттерна рационального питания. Значение питания для сохранения и укрепления здоровья оценивается лишь как среднее. В форми-

ровании паттерна пищевого поведения студентов чрезвычайно высока роль родительской семьи (или семьи воспитания). Приблизительно в половине родительских семей вопросам рационального питания придавалось большое значение. У тех студентов, у которых в родительской семье отмечается высокая значимость питания, выше актуальная самооценка здоровья. Они придают большее значение правильному питанию, и меньшее — наследственности и состоянию медицинской помощи для сохранения и укрепления своего здоровья, лучше, по собственному мнению, осведомлены о правилах рационального питания, для них субъективно выше ценность своего здоровья. Студенты из таких семей предпочитают питаться дома, однако многие студенты используют и предприятия общественного питания университета, оценивая уровень организации питания там чаще как средний или высокий. Прослеживается тенденция к увеличению использования студентами предприятий общественного питания университета.

Около половины студентов испытывают ограничения в питании либо в виде самоограничений, либо вследствие недостаточности материальных средств. Здесь так же прослеживается влияние семьи воспитания. Студенты из семей, где придавалось большое значение обильности и вкусовым качествам пищи, склонны к соблюдению по своей инициативе различных диет, а выросшие в семьях, где не уделялось должного внимания безопасности пищи в отношении развития хронических заболеваний, склонны к соблюдению диеты лишь по предписанию врача. Экономить из-за материальных трудностей студенты склонны за счет пищевых продуктов с высокой биологической ценностью — мяса и рыбы.

Связь паттерна питания с тревогой может быть объяснена использованием в родительской семье пищи как инструмента воспитания, тогда как направление связи ограничений в питании с депрессивной окраской настроения не ясна: идет ли тут речь о «диетической депрессии» или же сама депрессия приводит к снижению аппетита.

Требуется объяснения и связь паттерна ПП с выбором того или иного факультета: она может быть обусловлена как влиянием родительской семьи на личностно-профессиональную predisposition, так и просто доступностью предприятий общественного питания университета для студентов некоторых факультетов.

Заключение

Проведенное исследование позволяет сделать следующие основные выводы.

1. Наиболее существенные характеристики паттерна ПП формируются в процессе первичной социализации в родительской семье (семье воспитания), и проявляются в самых различных жизненных ситуациях — от предпочтений предприятий общественного питания до, возможно, предпосылок профессионального выбора.

2. Самоограничения в питании нередки среди студентов и проявляются в отказе от первых блюд, от горячей пищи вообще, а также в экономии материальных средств на продуктах питания. При этом экономия распространяется, хотя и не в первую очередь, на источники полноценного белка — мясо и рыбу. Достаточно широко распространены среди студентов и различные диеты, причем лишь в небольшом числе случаев они бывают предписаны врачом.

3. Паттерн ПП является проявлением генерализованной установки к здоровому образу жизни, включающей в себя, по меньшей мере, три основных компонента: место

здоровья в системе жизненных ценностей, отношение к определенным действиям по сохранению и укреплению здоровья, представление о роли собственной активности в сохранении и укреплении своего здоровья.

4. Устанавливается тесная связь ПП с общими эмоциональными синдромами — тревожной и депрессией. Если связь с тревожной легко объясняется использованием в родительской семье пищи как инструмента воспитания, то связь с депрессией, возможно, носит «циркулярный» характер.

В целом, результаты исследования способствуют накоплению эмпирических данных о распространенности рискованных форм поведения среди студентов и являются необходимым основанием для планирования профилактической работы в студенческой среде в сфере сохранения и укрепления здоровья.

Литература

1. Aggett P.J. et al. Childhood diet and prevention of coronary heart disease // *J. of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 1994. Vol. 19. P. 261–269.
2. Guidelines for school health programs to promote lifelong healthy eating. // *Morbidity and Mortality Weekly Report*. Centers for Disease Control. 1996. Vol. 45 (No RR-9). P. 1–41.
3. Seidell J. C. Obesity: a growing problem // *Acta Paediatrica*, 1999. Vol. 88 (428). P. 46–50.
4. 57-я сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения / ВОЗ. А57/9. 2004. URL: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_9-ru.pdf (дата обращения: 10.06.2011).
5. Вознесенская Т. Г. Типология нарушений пищевого поведения и эмоционально-личностные расстройства при первичном ожирении и их коррекция // *Ожирение* / под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. М: МИА, 2004. Гл. 9. С. 234–271.
6. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. М.: МедПресс-информ, 2005. 426 с.
7. Креславский Е. С. Психосоциальные аспекты ожирения // *Социально-гигиенические аспекты ожирения: сб. научных тр.* Л.: ЛСГМИ, 1981. С. 31–38.
8. Dingemans A., Bruha M., Furth E. van. Binge eating disorder: a review // *Int. J. Obes.* 2002. Vol. 26. P. 299–307.
9. Вознесенская Т. Г., Вахмистров А. В. Клинико-психологический анализ нарушений пищевого поведения при ожирении // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. 2001. № 12. С. 19–24.
10. Stunkard A. J. Obesity / eds R. E. Hales, A. I. Fransis // *Am. Psychiatric Ass. Annual Review*. 1985. Vol. 4. P. 419–442.
11. Приленский Б. Ю., Приленская А. В., Федорова И. И., Култышев Д. В. Актуальные вопросы психотерапии зависимого пищевого поведения // *Медицинская психология в России: электрон. науч. ж.* 2009. № 1. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 20.06.2011).
12. Festinger L. A theory of social comparison processes // *Human relations*, 1954. Vol. 7, No 2. P. 117–140.
13. Austin S. B. Prevention research in eating disorders: theory and new directions // *Psychological Medicine*, 2000. Vol. 30. P. 1249–1262.
14. Davison T. E., McCabe M. P. Relationships between men's and women's body image and their psychological, social, and sexual functioning // *Sex Roles*, 2005. Vol. 52, No. 7/8. P. 463–475.

Статья поступила в редакцию 16 декабря 2011 г.