

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра

_____ Д.Л. Пиневиц

05.12.2013

Регистрационный № 176-1113

**МЕТОД ДОНОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ
ДЕЗАДАПТИВНОГО ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ: ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», УО «Белорусский государственный медицинский университет»

АВТОРЫ: д-р мед. наук, проф. О.А. Скугаревский, канд. мед. наук, доц. А.В. Копытов, канд. мед. наук, доц. М.М. Скугаревская, О.А. Ильчик, С.Л. Мельгуй

Минск 2013

Настоящая инструкция по применению (далее — инструкция) разработана с целью оценки отклоняющегося от нормы (девиантного) пищевого поведения (ПП) на этапе до формирования клинической картины, удовлетворяющей диагнозам нарушений пищевого поведения (нервная анорексия, нервная булимия).

Данная инструкция предназначена для врачей психиатров-наркологов, врачей-психотерапевтов, медицинских психологов и других врачей-специалистов, сталкивающихся в своей работе с проблемами зависимых форм поведения на ранних этапах их формирования.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, СРЕДСТВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

1. Шкала оценки пищевого поведения (ШОПП).
2. Опросник пищевых предпочтений (ОПП-26) [Скугаревский О. А., Сивуха С.В., 2003].
3. Вопросник для оценки выраженности булимических тенденций (с учетом критериев диагностики компульсивного переедания DSM-IV).
4. Опросник образа собственного тела (ООСТ) [Скугаревский О.А., Сивуха С.В., 2006].
5. Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R) [Тарабрина Н.В., 2001].
6. Весы медицинские для оценки массы тела.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

- скрининг для диагностики девиаций пищевого поведения в популяции;
- для оценки выраженности феноменов отклоняющегося пищевого поведения в структуре клинических проявлений соматической патологии;
- для психопатологической оценки поведения, чувств и физиологических симптомов при нервной анорексии, нервной булимии;
- для оценки эффективности коррекции состояний, сопровождающихся девиантным пищевым поведением.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

Отказ пациента от проведения исследования.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Этап 1. В процессе интервьюирования первичной оценке подлежат психологические и поведенческие феномены, которые могут прямо или косвенно свидетельствовать о дисфункциональности пищевого поведения. При сборе анамнестических сведений следует обратить внимание на *обстоятельства, связанные с необходимостью оценки состояния здоровья, настоящего обследования*. Необходимо принимать во внимание тот факт, что отклоняющееся ПП зачастую на доклиническом этапе активно не предъясвляется респондентом (например, из-за недооценки значимости) либо его проявления диссимулируются. Такие поводы для обращения, как ухудшение соматического здоровья на фоне значительных изменений массы тела, активно предъясвляемое беспокойство со

стороны ближайшего окружения респондента по поводу его озабоченности формой и/или массой тела, «здоровым питанием» и пр. может быть основанием для продолжения обследования.

В ходе *оценки процесса питания* выявляются особенности пищевого поведения респондента в форме ограничений в питании, переедания (продукты, употребляемые за время ограничений в еде; продукты, которые употребляются при нарушении ограничений, т.е. «срыве»); калорийность пищевого рациона на протяжении следования пищевым ограничениям; определение диетических «правил», которым следует обследуемый), а также склонности к использованию экстремальных методов контроля формы и массы тела (самовызывание рвоты, несанкционированное использование мочегонных, слабительных средств, препаратов с катаболическим действием и пр.).

При *оценке актуальной массы тела и ее динамики* в анамнезе наряду с оценкой нормативности (центильные таблицы для детей и подростков, градации индекса массы тела для взрослых) следует принимать во внимание диапазон колебаний массы тела при данном росте (максимальная и минимальная масса тела; хронология динамики массы тела по годам).

При *оценке поведения по контролю внешности* (частота, интенсивность, продолжительность) следует проанализировать склонность респондента к диетам либо полному воздержанию от пищи; вероятность использования таких экстремальных методов контроля массы / формы тела как рвота, сплевывание пищи, вероятность злоупотребления веществами с целью контроля массы тела (слабительные, мочегонные, рвотные средства, гормональные препараты, амфетамины, кокаин, алкоголь). Следует тщательно оценить роль и характер физических нагрузок, используемых респондентом с точки зрения их влияния на форму и массу тела.

Отдельное внимание следует уделить *склонности респондента к перееданию*. Оценке подлежит частота перееданий, продукты, обычно используемые для переедания, и те, которые провоцируют эпизод, типичное время и обстановка для переедания, настроение до, в течение и после эпизода переедания, наличие/отсутствие ощущения утраты контроля над едой.

Специфическая роль отводится *оценке компонентов образа собственного тела* (ОСТ) респондента¹. Отмечается степень недовольства (телом в целом и отдельными его частями), нарушение восприятие форм тела. Следует уточнить, как влияет увеличение массы тела на настроение и самооценку респондента. Частота взвешиваний, характер озабоченности по поводу массы тела, навязчивые переживания по поводу массы тела, реакция на взвешивание — косвенные маркеры дезадаптивного пищевого поведения. Полезной является констатация реакции окружающих в отношении массы тела респондента.

Психосоматическая природа отклоняющегося пищевого поведения требует анализа *психологических особенностей респондента, характера его*

¹ В структуре нарушений образа собственного тела принято выделять как минимум два значимых компонента: искаженное восприятие формы /размеров тела (перцептивный компонент) и субъективная неудовлетворенность собственной внешностью (оценочный компонент).

межличностных / внутрисемейных отношений (с акцентом на наличие депрессии, злоупотребление психоактивными веществами, нарушения контроля импульсивности, перенесенное сексуальное насилие, профессиональный статус).

Оценка *психиатрического анамнеза* респондента необходима для интерпретации отклоняющегося ПП. Частой сопутствующей патологией могут быть такие нарушения, как аффективные, тревожные расстройства, расстройства личности и зависимость от психоактивных веществ.

Этап 2. На втором этапе респонденту предъявляется Шкала оценки пищевого поведения (ШОПП) для оценки нормативности / дезадаптивности ключевых феноменов отклоняющегося пищевого поведения с учетом факторной структуры опросника: «Стремление к худобе», «Булимия», «Неудовлетворенность телом», «Неэффективность», «Перфекционизм», «Недоверие в межличностных отношениях», «Интероцептивная некомпетентность».

Содержательный контекст субшкал ориентирован на оценку следующих базовых психологических и поведенческих феноменов:

- *стремление к худобе*: чрезмерное беспокойство о весе и систематические попытки похудеть;
- *булимия*: побуждение к наличию эпизодов переедания и очищения;
- *неудовлетворенность телом*: определенные части тела (прежде всего бедра, грудь и ягодицы) воспринимаются как чрезмерно толстые;
- *неэффективность*: ощущение общей неадекватности (имеется в виду чувство одиночества, отсутствие ощущения безопасности) и неспособности контролировать собственную жизнь;
- *перфекционизм*: неадекватно завышенные ожидания в отношении высоких достижений; неспособность прощать себе недостатки;
- *недоверие в межличностных отношениях*: чувство отстраненности от контактов с окружающими;
- *интероцептивная некомпетентность*: дефицит уверенности в отношении распознавания чувства голода и насыщения.

Шкала оценки пищевого поведения (ШОПП) состоит из 51 утверждения, разделенного на 7 субшкал. Утверждения сформулированы от первого лица. Респонденты должны оценить по 6-балльной шкале частоту определенных действий, мыслей или чувств. При подсчете суммарного показателя за ответы «всегда», «обычно» и «часто» начисляются соответственно 3, 2 и 1 балл; за ответы «иногда», «редко» и «никогда» баллы не начисляются. Ряд утверждений (1, 9, 11, 13, 14, 15, 17, 19, 23, 24, 29, 33, 43) имеет обратное направление оценки.

Этап 3 определяется интерпретацией полученных баллов по Шкале оценки пищевого поведения (ШОПП) с учетом таблицы перевода сырых баллов в стандартные (табл. 1) с последующей их взвешенной оценкой на основании результатов предшествовавшего интервью (этап 1).

Таблица 1 — Описательные характеристики субшкал ШОПП и таблица перевода сырых баллов в стенойны²

СТЕНОЙН	Стремление к худобе	Булимия	Неудовлетворенность телом	Неэффективность	Перфекционизм	Недоверие в межличностных отношениях	Интерцептивная некомпетентность
1	–	–	–	–	–	–	–
2	--	--	--	--	--	--	--
3	–	–	–	–	1–2	–	–
4	–	–	1	–	3	1	–
5	1–2	–	2–4	1–2	4–5	2	1
6	3–5	1–2	5–7	3–4	6–8	3–4	2–4
7	6–8	3–6	8–12	5–7	9–10	5–7	5–8
8	9–11	7–13	13–18	8–9	11–12	8–10	9–11
9	12+	14+	19+	10+	13+	11+	12+
Средний балл	3,0	2,0	4,7	2,6	5,3	2,8	2,6
Ст. откл.	3,67	3,92	5,60	3,36	3,83	3,11	3,69

Итоговая оценка, основанная на балле Шкалы оценки пищевого поведения (ШОПП), требует дальнейшей клинико-психологической интерпретации. Достижение респондентом суммарного балла по измеряемым конструктам, соответствующего (или превышающего) седьмому стенойну, дает основания для диагностирования дезадаптивного пищевого поведения.

Выраженной способностью различать здоровых лиц и пациентов, страдающих нарушениями пищевого поведения, обладают, прежде всего, субшкалы «Булимия», «Неудовлетворенность телом» и шкала «Интерцептивная некомпетентность».

Надежность теста, оцениваемая как внутренняя согласованность пунктов, по показателям альфа Кронбаха для отдельных субшкал, находится в пределах от 0,58 до 0,86.

² Выборка стандартизации была представлена 230 студентками вузов, техникумов, училищ г. Минска. Условиями включения в выборку были удовлетворительный уровень социальной адаптации при отсутствии активно предъявляемых жалоб, касающихся отклоняющегося пищевого поведения. Средний возраст обследованных составил 20,23±0,099 года.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

Среди возможных ошибок при применении метода донозологической диагностики феноменов отклоняющегося пищевого поведения в первую очередь следует учитывать вероятность ложноположительных и ложноотрицательных оценок. В обоих случаях их минимизации способствует комплексная оценка состояния, включающая (наряду с инструментальной оценкой по шкале ШОПП) обязательную клиническую интерпретацию состояния. Так, в качестве примера ложноположительной диагностики отклоняющегося пищевого поведения (как первичного феномена) можно привести ошибочную интерпретацию склонности к потреблению относительно больших количеств преимущественно углеводистой пищи в вечернее время пациентами, страдающими атипичной депрессией (например, в рамках сезонного аффективного расстройства или биполярного аффективного расстройства). В качестве стратегии минимизации таких ошибок следует предусмотреть *обязательность* параллельной оценки психиатрического анамнеза (этап 2).

Следует проявлять осторожность в констатации патогенетической роли донозологических феноменов пищевого поведения, проявления которого могут скрываться за клинически очерченной первичной соматической патологией с острыми ургентными явлениями. Например, причину нарушенного гликемического контроля у пациента с декомпенсированным сахарным диабетом следует изначально искать в интеркуррентных соматических заболеваниях или несформированности навыков подбора диетического режима и дозирования инсулина. Лишь при исключении иных причин необходимо анализировать вероятность целенаправленного осознанного вмешательства пациента (например, избегание введения инсулина) как варианта отклоняющегося от нормативного пищевого поведения с целью коррекции неудовлетворяющих параметров внешности (массы и/или формы тела).

Принимая во внимание, что феномены дезадаптивного пищевого поведения имеют тенденцию к персистированию, их выявление требует дальнейшего динамического наблюдения и коррекции. Донозологический уровень феноменов отклоняющегося ПП включает также состояния так называемых «неполных синдромов» нервной булимии и нервной анорексии. При этих состояниях биопсихосоциальные последствия нарушений могут быть налицо, несмотря на то, что формализованная оценка не удовлетворяет в полной мере критериям диагностики этих расстройств (например, по критерию неполного набора симптомов или критерию их продолжительности). Недоучет актуальных проявлений донозологических форм девиантного ПП оставляет таких лиц без своевременной адекватной помощи, формируя повышенный риск развития клинически очерченных признаков нарушений пищевого поведения.

Шкала оценки пищевого поведения (ШОПП)

Инструкция: Эта шкала измеряет различные предпочтения, ощущения и поведение. Некоторые пункты имеют отношение к еде и продуктам питания. Другие касаются ваших личных ощущений в отношении себя. Не существует правильных или неправильных ответов. Постарайтесь быть полностью искренними в своих ответах. Результаты строго конфиденциальны. Прочтите каждый вопрос и поставьте (x) в колонке (всегда, обычно, часто, иногда, редко, никогда) — т. е. то, что Вам наиболее подходит). Пожалуйста, читайте каждый вопрос внимательно.

Опросник:

1. Я ем конфеты и углеводы, не испытывая напряжения.
2. Я считаю, что мой живот слишком толстый.
3. Я ем, когда взволнован (растерян).
4. Я объедаюсь.
5. Я боюсь испытывать сильные эмоции.
6. Я считаю, что мои бедра слишком толстые.
7. Я чувствую себя бесполезным.
8. Я чувствую себя чрезмерно виноватым после того, как слишком много съел.
9. Я полагаю, что размер моего желудка в пределах нормы.
10. В моей семье учитываются только огромные достижения.
11. Я выражаю мои эмоции открыто.
12. Я испытываю ужас от возможности растолстеть.
13. Я доверяю другим людям.
14. Я удовлетворен моей внешностью.
15. В целом я чувствую, что контролирую мою жизнь.
16. При столкновении с собственными эмоциями я испытываю замешательство.
17. Я легко общаюсь с другими.
18. Я преувеличиваю важность веса.
19. Я могу четко определять эмоции, которые чувствую.
20. Я не чувствую себя на высоте.
21. У меня были такие приемы пищи, при которых я чувствовал, что не могу остановиться.
22. Когда я был маленьким, то делал все, чтобы не разочаровать своих родителей и учителей.
23. У меня близкие отношения с людьми.
24. Мне нравится форма моих ягодиц.
25. Я все время думаю о похудении.
26. Я не знаю, что со мной происходит.
27. Я беспокоюсь, выражая мои эмоции другим.
28. Когда я что-либо делаю, то хочу быть лучше других.

29. Я уверен в себе.
30. Я думаю о переедании.
31. Я не могу точно понять, голоден я или нет.
32. Я низко себя оцениваю.
33. Я чувствую, что я могу достигать моих целей.
34. Мои родители всегда ожидают, что я буду лучшим.
35. Я беспокоюсь, что мои чувства выйдут из-под моего контроля.
36. Я нахожу, что мои бока слишком толстые.
37. Я ем нормально в присутствии других людей и набиваю живот, когда они уходят.
38. Я чувствую вздутие живота после небольшого перекуса.
39. Когда я сильно взволнован, то не знаю: то ли мне грустно, то ли мне страшно, то ли я злюсь.
40. Я думаю, что я должен что-то либо делать идеально, либо вообще не делать.
41. Я думаю вызывать рвоту, чтобы снижать вес.
42. Мне нужно держать людей на определенной дистанции (мне неприятно, если кто-то пытается ко мне приблизиться).
43. Я считаю, что мои бедра нормального размера.
44. Я чувствую себя эмоционально опустошенным.
45. Я могу говорить о своих мыслях и чувствах.
46. Я нахожу, что мои ягодицы слишком толстые.
47. У меня есть чувства, которые я не могу точно определить.
48. Я ем или пью тайком.
49. Я считаю, что мои бока нормального размера.
50. У меня чрезвычайно высокие (амбициозные) цели.
51. Когда я взволнован, то боюсь, что начну есть.

Ключи:

Шкала 1. Стремление к худобе: 1, 8, 12, 18, 25.

Шкала 2. Булимия: 3, 4, 21, 30, 37, 41, 48, 51.

Шкала 3. Неудовлетворенность телом: 2, 6, 9, 14, 24, 36, 43, 46, 49.

Шкала 4. Неэффективность: 7, 15, 20, 29, 32, 33, 44.

Шкала 5. Перфекционизм: 10, 22, 28, 34, 40, 50.

Шкала 6. Недоверие в межличностных отношениях: 11, 13, 17, 23, 27, 42, 45.

Шкала 7. Интероцептивная некомпетентность: 5, 16, 19, 26, 31, 35, 38, 39,

47.