

Ю.А. Ляпунова, А.А. Плахута, С.В. Гречаный
ИЗУЧЕНИЕ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ
У ДЕТЕЙ ДОПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА
С ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

*Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет,
каф. психиатрии и наркологии*

Резюме. Обследован 31 ребенок в возрасте 3-11 лет (средний возраст – 7,42±0,542 лет, 15 мальчиков, 16 девочек) с различными гастроинтестинальными заболеваниями: гипертензия вен пищевода (1 чел.), энкопрез (1 чел.), желтуха (1 чел.), целиакия (6 чел.), язвенный колит (4 чел.), диспептические расстройства (9 чел.), агенезия желчных путей (1 чел.), болезнь Крона (8 чел.). Среднее значение шкалы семейной сплоченности, по методике FACES-3, соответствовало разделенному уровню семейных отношений, а среднее значение адаптации – хаотичному уровню (разделено-хаотичный профиль семейного функционирования). Это говорит о сбалансированном характере отношений между отдельными членами семьи, но дезадаптивном уровне функционирования семьи в целом. Исследование родителей пациентов по методике «Семейная тревога» показало, что ни одна из субшкал («Вина», «Тревожность», «Напряженность») не достигала диагностического уровня (сумма баллов – 5 и выше). Следовательно, нельзя говорить о выраженном уровне тревоги у членов семьи обследованных детей. Исследование по методике «Шкала пищевого поведения» (DEBQ) показало, что превышение референтных значений отмечалось только по субшкале «Эмоциональное пищевое поведение», следовательно данный тип пищевого поведения превалировал у родителей обследованных детей. Результаты корреляционного анализа показали, что эмоциональное пищевое поведение родителей оказалось напрямую связано с переяданием у детей. Некоторые особенности пищевого поведения у детей были сопряжены с тем или иным типом функционирования семьи. Так, склонность к переяданию оказалась связана с высоким уровнем семейной сплоченности. Показана связь такой характеристики, как высокая чувствительность к насыщению с медленным темпом приема пищи, пищевой избирательностью, эмоциональным недоеданием, высоким уровнем семейной напряженности и выраженностью детской тревожности.

Ключевые слова: допубертатные расстройства пищевого поведения, семейная адаптация и сплоченность, семейная тревога.

Актуальность исследования определяется высокой распространенностью нарушений пищевого поведения у детей и подростков и большим удельным весом функциональным (психосоматических) расстройств желудочно-кишечного тракта в детской популяции. Гастроэнтерологические заболевания относятся к наиболее частой патологии детского возраста, распространенность которой составляет 79 на 1 тыс. детского населения [2].

Известно, что допубертатные расстройства пищевого поведения представляют собой особый психопатологический феномен, клинические проявления которого и механизмы развития существенно отличается от нервной анорексии/булимии у подростков и взрослых [5], что находит отражение в МКБ-10, где рассматриваемому явлению отводится отдельная диагностическая рубрика (F 98.2 «Расстройства питания младенческого и детского возраста»). Критериями F 98.2 являются: А. Постоянная неспособность адекватно кушать, или постоянная жвачка или срыгивание пищи. Б.

Отсутствие прибавки в весе или потеря веса, или обнаруживает какую-то существенную проблему здоровья за период по меньшей мере один месяц (учитывая частоту транзиторных расстройств питания, исследователи могут предпочесть в некоторых целях минимальную частоту 3 месяца). В. Начало расстройства в возрасте до 6 лет. Г. Отсутствие синдрома, отвечающего МКБ-10 критериям любого другого психического расстройства (кроме умственно отсталости, F70-F79). Д. Отсутствие органического заболевания, которое могло бы объяснить неспособность питаться. Однако, пищевое поведение может существенно нарушаться и у детей с органической гастроэнтеральной патологией. Справедливо и противоположное утверждение, т. е. длительные, хронические расстройства питания (пищевого поведения) могут определять нарушения желудочно-кишечного тракта. Обозначенная проблема, формулируемая в литературе как «психосоматические взаимоотношения» [4], имеет непосредственное отношение к функционированию пищеварительной системы у детей.

В происхождении допубертатных расстройств пищевого поведения, безусловно, имеются общие моменты с пищевыми нарушениями у подростков и взрослых. Так, по мнению Chatoor I. (1998) [4], кормление ребенка при рассматриваемой патологии больше опосредуется его эмоциональными потребностями, а не физиологическими ощущениями голода и сытости, и у пациента не формируется должной соматопсихической дифференциации.

На сегодняшний день функциональные допубертатные расстройства пищевого поведения изучались чаще всего в структуре гастроинтестинальных нарушений, в том числе и психосоматической природы [1, 3]. В отечественной литературе практически не использовались опросники для объективной количественной оценки пищевого поведения у детей, что определяет практическую значимость настоящей работы.

Цель – изучение характеристик пищевого поведения у детей допубертатного возраста с различной гастроинтестинальной патологией и их связи с психосоматическими факторами (семья, тревога, пищевое поведение родителей и др.).

Материал и методы исследования. Для исследования пищевого поведения в допубертатном возрасте использовался адаптивный перевод шкалы «Child Eating Behaviour Questionnaire» (СЕВQ) («опросник пищевого поведения у детей»), состоящий из 35 вопросов, разделенных на 8 шкал: «Удовольствие от еды», «Эмоциональное переедание», «Реакция за насыщение», «Медленный прием пищи», «Потребность в жидкости», «Пищевая избирательность», «Эмоциональное недоедание», «Повышенное пищевое влечение». Для исследования пищевого поведения родителей использовалась «Шкала пищевого поведения» (DEBQ), которая изучает 3 типа пищевого поведения – ограничительное (диетическое), эмоциональное и экстернальное; Так же использованы шкала семейной тревоги (субшкалы – «Вина члена семьи», «Тревожность члена семьи», «Семейная напряженность»), шкала тревожности у дошкольников/школьников, представляющая собой адаптированный

перевод методики «Spence Children Anxiety Scale (SCAS)» (1999), шкала семейной адаптации и сплоченности (FACES-3).

Обследован 31 ребенок в возрасте от 3 до 11 лет (средний возраст – $7,42 \pm 0,542$ лет) (таблица 1) с различными гастроинтестинальными заболеваниями (таблица 2). Наибольшее количество обследованных детей было в возрасте 11 лет – 25,8%, однако число 11-летних достоверно не преобладало над детьми других возрастных групп ($\chi^2=9,355$, $p=0,313$).

Таблица 1.

Количество пациентов в зависимости от возраста

Возраст	Кол-во пациентов, n	
	Абс.	%
3 лет	3	9,7
4 лет	4	12,9
5 лет	4	12,9
6 лет	1	3,2
7 лет	4	12,9
8 лет	2	6,5
9 лет	3	9,7
10 лет	2	6,5
11 лет	8	25,8
Всего	31	100,0

Среди обследованных – 15 мальчиков, 16 девочек ($p=1,000$ по биномиальному критерию). Средний возраст мальчиков и девочек достоверно не различался ($Z=-1,321$, $p=0,202$ по Манну-Уитни).

Таблица 2.

Диагнозы обследованных пациентов

Возраст	Кол-во пациентов, n	
	Абс.	%
Гипертензия вен пищевода	1	3,2
Энкопрез	1	3,2
Желтуха	1	3,2
Целиакия	6	19,4
Язвенный колит	4	12,9
Диспептические расстройства	9	29,0
Агенезия желчных путей	1	3,2
Болезнь Крона	8	25,8
Всего	31	100,0

Полученные результаты и их обсуждение. Численные значения «Шкалы семейной адаптации и сплоченности» представлены в таблице 3.

Таблица 3.

Средние значения шкал «семейная адаптация» и «семейная сплоченность»

Шкалы	Диапазон значений	Среднее значение, M	Стандартная ошибка, m	Стандартное отклонение, σ
Семейная сплоченность	23-24	36,52	0,840	4,675
Семейная адаптация	22-43	32,74	0,951	5,298

Из таблицы 3 видно, что среднее значение шкалы «Семейная сплоченность» соответствует разделенному уровню семейных взаимоотношений, а среднее значение «Семейной адаптации» - хаотичному уровню. Таким образом выявляется разделено-хаотичный профиль семейного функционирования. Это говорит о сбалансированном характере отношений между отдельными членами семьи, но дезадаптивном типе функционирования семьи в целом.

Шкала «Семейной тревоги». Средние значения данной шкалы представлены в таблице 4. Из таблицы видно, что ни одна из субшкал не достигает диагностического уровня, при котором суммарный балл шкалы составляет 5 и выше. Следовательно, нельзя говорить о выраженном, клинически значимом уровне тревоги и ее составляющих компонентов у родителей обследованных детей.

Таблица 4.

Средние значения субшкал методики «Семейная тревожность»

Субшкалы	Диапазон значений	Среднее значение, М	Стандартная ошибка, m	Стандартное отклонение, σ
Вина	0-6	0,67	0,237	1,295
Тревожность	0-6	1,33	0,260	1,422
Напряженность	0-7	2,47	0,351	1,925
Суммарный балл	0-19	4,47	0,742	4,066

Данные о пищевом поведении родителей по результатам подсчета «Шкалы пищевого поведения» (DEBQ) представлены в таблице 5. Из таблицы 5 видно, что в изучаемой выборке выше референтного значения были цифры субшкалы «Эмоциональное пищевое поведение». Таким образом, для родителей обследованных детей была характерна тенденция к указанному типу пищевого поведения.

Таблица 5.

Средние значения субшкал «Шкалы пищевого поведения» (DEBQ).

	Шкалы опросника DEBQ		
	Ограничительное (диетическое) пищевое поведение	Эмоциональное пищевое поведение	Экстернальное пищевое поведение
Среднее значение	24,45±1,588	20,39±1,708	26,65±1,220
Нормативные значения	24	18	27

Средние значения шкал «Опросника пищевого поведения детей» представлено в таблице 6.

Таблица 6.

Средние значения шкал «Опросника пищевого поведения детей»

шкалы	Среднее значение, М	Стандартное отклонение, σ	Ошибка среднего значения, m
«Удовольствие от еды»	12,61	3,870	0,695
«Эмоциональное переедание»	6,13	2,391	0,429
«Реакция за насыщение»	14,61	4,631	0,832
«Медленный темп прием пищи»	11,03	3,773	0,678
«Потребность в жидкости»	6,32	2,414	0,434
«Пищевая избирательность»	18,71	4,755	0,854
«Эмоциональное недоедание»	9,71	4,307	0,773
«Повышенное пищевое влечение»	10,06	3,999	0,718

Корреляционные взаимосвязи. «Эмоциональное пищевое поведение» родителей прямо умеренно коррелировало с их «Экстернальным пищевым поведением» ($r=0,526$ $p=0,002$) и «Эмоциональным перееданием» у детей ($r=0,455$ $p=0,010$). «Экстернальное пищевое поведение» родителей прямо умеренно коррелировало с «Медленным темпом приема пищи» у детей ($r=0,384$ $p=0,033$).

«Удовольствие от еды» у детей обратно умеренно коррелировало с их «Пищевой избирательностью» ($r=-0,416$ $p=0,020$) и прямо умеренно – с их «Повышенным пищевым влечением» ($r=0,387$ $p=0,031$).

«Эмоциональное переедание» прямо сильно коррелировало с «Повышенным пищевым влечением» ($r=0,714$ $p=0,0001$), обратно умеренно с «Семейной сплоченностью» ($r=-0,493$ $p=0,006$).

«Реакция на насыщение» (высокая чувствительность к нему) прямо умеренно коррелировала с «Медленным темпом приема пищи» ($r=-0,474$ $p=0,007$), «Пищевой избирательностью» ($r=-0,677$ $p=0,0001$), «Эмоциональным недоеданием» ($r=-0,653$ $p=0,0001$), шкалой «Напряженность членов семьи» ($r=-0,425$ $p=0,019$) и численным значением детской тревожности ($r=-0,565$ $p=0,001$).

«Медленный темп приема пищи» прямо умеренно коррелировал с «Пищевой избирательностью» ($r=0,573$ $p=0,001$) и «Эмоциональным недоеданием» ($r=0,534$ $p=0,002$).

«Потребность в жидкости» прямо умеренно коррелировала с семейной сплоченностью ($r=0,375$ $p=0,038$).

«Пищевая избирательность» прямо умеренно коррелировала с «Эмоциональным недоеданием» ($r=0,670$ $p=0,0001$).

«Эмоциональное недоедание» прямо умеренно коррелировала с напряженностью членов семьи ($r=0,4240$ $p=0,020$).

выводы. В ходе исследования установлен усредненный семейный профиль детей с гастроинтестинальными заболеваниями, который сочетал черты отдельного типа семейной интеграции и хаотичной семейной адаптации. Отмеченный разделено-хаотичный профиль семейного функционирования, соответствует, согласно авторам методики FACES-3, дезадаптивному уровню семьи.

Выявлены взаимосвязи отдельных характеристик пищевого поведения у детей с особенностями пищевого поведения родителей. Так, эмоциональное пищевое поведение родителей оказалось напрямую связанным с перееданием у детей. Некоторые особенности пищевого поведения у детей были сопряжены с тем или иным типом функционирования семьи. Так, склонность к перееданию оказалась связана с высоким уровнем сплоченности семьи. Показана связь такой характеристики, как высокая чувствительность к насыщению с медленным темпом приема пищи, пищевой избирательностью, эмоциональным недоеданием, высоким уровнем напряженности членов семьи и выраженностью детской тревожности.

Полученные результаты важны для выяснения механизмов нарушений приема пищи у детей, установления возможных семейных влияний и выработки подходов к индивидуальной и семейной психотерапии.

Литература.

1. Гречаный, С. В. Клинико-этологические аспекты речевого развития ребенка // Клиническая психотерапия (инстинктивно-поведенческие и нейропсихологические модели) / Под ред. Ю. С. Шевченко. М.: ООО Издательство «Медицинское информационное агентство», 2018. – С. 76-116.
2. Исаев Д. Н. Психосоматические расстройства у детей. – М.: издательство «Питер», 2000. – С. 163-172.
3. Кошавцев, А. Г. Клинико-этологические аспекты расстройств пищевого поведения и сна в раннем детском возрасте // Клиническая психотерапия (инстинктивно-поведенческие и нейропсихологические модели) / Под ред. Ю. С. Шевченко. М.: ООО Издательство «Медицинское информационное агентство», 2018. – С. 159-178.
4. Chatoor, I. Infantile anorexia nervosa: a developmental disorder or separation and individuation / I. Chatoor // J. Am. Acad. Psychoanal. – 1989. – Vol. 17(1). P. 43-64.
5. Chatoor, I. Diagnosing infantile anorexia: the observation of mother-infant interactions / I. Chatoor, R. Hirsch, J. Ganiban et al. // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. – 1998. – Vol. 37(9). – P. 959-967.

Abstract.

Ju. A. Ljapunova, A. A. Plahuta, S. V. Grechanyi

THE STUDY OF EATING BEHAVIOR IN CHILDREN OF PRE-PUBERTAL AGE WITH THE PATHOLOGY OF THE GASTROINTESTINAL TRACT

Saint Petersburg State Pediatric Medical University, Dep. of Psychiatry and Narcology

31 children aged 3-11 years (mean age 7.42 ± 0.542 years, 15 boys, 16 girls) with various gastrointestinal diseases were examined: hypertension of the esophagus veins (1 person), encopresis (1 person), jaundice (1 person), celiac disease (6 people), ulcerative colitis (4 people), dyspeptic disorders (9 people), agenesis of the biliary tract (1 person), Crohn's disease (8 people). The average value of the family cohesion scale, according to the FACES-3 methodology, corresponded to the divided level of family relations, and the average value of adaptation to a chaotic level (a divided-chaotic profile of family functioning). This suggests a balanced nature of the relationship between individual family members, but a disadaptive level of the functioning of the family as a whole. A study of the parents of patients using the Family Alarm technique showed that none of the subscales ("Wines", "Anxiety", "Tension") reached the diagnostic level (the sum of the scores was 5 or more). Therefore, one can not speak about the expressed level of anxiety among family members of the children surveyed. The study using the "Scale of Food Behavior" (DEBQ) method showed that the excess of reference values was noted only in the subscale "Emotional eating behavior", hence this type of eating behavior prevailed in the parents of the children surveyed. The results of the correlation analysis showed that the emotional eating behavior of parents was directly related to overeating in children. Some features of eating behavior in children were associated with this or that type of family functioning. Thus, the tendency to overeating was associated with a high level of family cohesion. The relationship of such characteristics as high sensitivity to saturation with slow rate of food intake, food selectivity, emotional malnutrition, high level of family tension and severity of child anxiety is shown.

Keywords: pre-pubertal eating disorders, family adaptation and cohesion, family anxiety.

References.

1. Grechanyj, S. V. Kliniko-jetologicheskie aspekty rechevogo razvitija rebenka // Klinicheskaja psihoterapija (instinktivno-povedencheskie i nejropsihologicheskie modeli) / Pod red. Ju. S. Shevchenko. M.: ООО Izdatel'stvo «Medicinskoe informacionnoe agenstvo», 2018. – S. 76-116. (in Russian)
2. Isaev D. N. Psihosomaticheskie rasstrojstva u detej. – M.: izdatel'stvo «Piter», 2000. – S. 163-172. (in Russian)
3. Koshhavcev, A. G. Kliniko-jetologicheskie aspekty rasstrojstv pishhevogo povedenija i sna v rannem detskom vozraste // Klinicheskaja psihoterapija (instinktivno-povedencheskie i nejropsihologicheskie modeli) / Pod red. Ju. S. Shevchenko. M.: ООО Izdatel'stvo «Medicinskoe informacionnoe agenstvo», 2018. – S. 159-178. (in Russian)

4. Chatoor, I. Infantile anorexia nervosa: a developmental disorder or separation and individuation / I. Chatoor // J. Am. Acad. Psychoanal. – 1989. – Vol. 17(1). P. 43-64.

5. Chatoor, I. Diagnosing infantile anorexia: the observation of mother-infant interactions / I. Chatoor, R. Hirsch, J. Ganiban et al. // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. – 1998. – Vol. 37(9). – P. 959-967.

Сведения об авторах: Ляпунова Юлия Александровна – студентка Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, malyshevajulia@list.ru; Плахута Анастасия Андреевна – студентка Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, anastasiyaaaaa93@mail.ru; Гречаный Северин Вячеславович – доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, доктор медицинских наук, доцент, svgrechany@mail.ru.