

А. В. Ковалева, В. И. Туренков

Научный руководитель: д.м.н., доцент И. М. Сквиря

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ИССЛЕДОВАНИЕ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ И ИХ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К РАССТРОЙСТВАМ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Введение

На сегодняшний день очень актуальной темой изучения в психиатрии и смежных дисциплинах является пищевое поведение. Многие психиатры считают, что пищевая аддикция не настолько тяжелое заболевание, чтобы уделять ему пристальное внимание, тем не менее, в развитых и развивающихся странах с каждым годом растёт число людей, страдающих пищевыми аддикциями [1].

Расстройства пищевого поведения характеризуются стойким нарушением приема пищи, которое ухудшает здоровье или психосоциальное функционирование. Расстройства включают нервную анорексию, избегающее/ограничительное расстройство приема пищи, компульсивное переедание, нервную булимию, пикацизм и расстройство размышлений [2].

Многие аспекты культуры Республики Беларусь демонстрируют одержимость потерей веса. В женских журналах часто публикуются статьи о контроле веса, диетах или о том, как подтянуть определенные группы мышц. Модели и актеры часто демонстрируют уровень худобы, которого трудно достичь, компьютерные программы используются для изменения фотографий, чтобы модели выглядели тоньше, а некоторые спортсмены неустанно стремятся к более стройному телу для повышения производительности. Эта озабоченность похудеть и привязка самооценки к худощавому типу телосложения часто распространяется на взрослеющих подростков [3].

Цель

Изучить пищевое поведение студентов-медиков и выявить их предрасположенность к расстройствам пищевого поведения.

Материал и методы исследования

В исследовании приняли участие 50 студентов-медиков, из них составили 60% женщин и 40 % мужчин. В качестве метода исследования был использован «Голландский опросник пищевого поведения (DEBQ)», включающий в себя три основные шкалы: ограничительное (диетическое) пищевое поведение (норма по этой шкале составляет 2.4), эмоциональное пищевое поведение (норма по этой шкале составляет 1.8), а также экстернальное пищевое поведение (значение в норме для данной шкалы 2.7).

Статистический анализ проводился с использованием пакета прикладного программного обеспечения Microsoft Excel 2013.

Результаты исследования и их обсуждения

В результате исследования было изучено пищевое поведение студентов-медиков с помощью трех основных шкал: ограничительное (диетическое) пищевое поведение, эмоциональное пищевое поведение, а также экстернальное пищевое поведение.

Ограничительное пищевое поведение: значения в норме оказались у 6 % (3 человека) – у данных респондентов нет проблем с ограничениями в пище, они разрешают себе есть «свободно» и при этом питаются достаточно разумно. Результат выше нормы у 38 % (19 че-

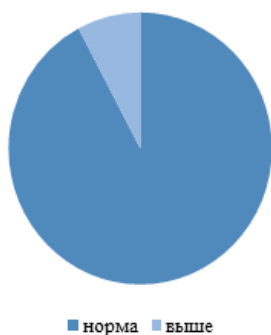
ловек) – у данных респондентов отношения с едой далеки от гармоничных. Они боятся есть, чтобы не набрать лишний вес. Результат значительно ниже нормы у 56 % (28 человек) – чаще всего они едят бесконтрольно, без ограничений, плохо осознавая, что и как они едят.



Эмоциональное пищевое поведение: в норме эти значения у 6 % (3 человека) опрашиваемых, они не склонны заедать стресс, различные эмоции. Значение выше нормы у 48 % (24 человека) – им сложно перерабатывать эмоции, не прибегая к помощи еды. И 46 % (23 человека) – значения ниже нормы.



Экстернальное пищевое поведение: в результате исследования выяснилось, что только 38 % (19 человек) не склонны переедать в социальных ситуациях или потому, что еда находится на виду и доступна. Значения выше нормы у 62 % (31 человек) – можно сказать, что эти студенты имеют звание «безотказного» едка, которым сложно остановиться, начав есть, сложно удержаться при виде вкусной или просто лежащей на виду еды.



Выводы

В результате исследования был выявлен достаточно большой процент студентов-медиков с нарушениями пищевого поведения. Следовательно, можно сделать вывод о том, что у большинства имеется предрасположенность к расстройствам пищевого поведения. Это может быть связано с влиянием многих факторов, таких как: социальных, экономических, этнокультурных, личностных особенностей.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бобров, А. Е. Психопатологические аспекты нервной анорексии: учебник / А. Е. Бобров. – М.: ООО Издательство «Альманах клинической медицины», 2015. – 51 с.
2. Менделевич, В. Д. Клиническая медицинская психология: учебник / В. Д. Менделевич. – М.: ООО Издательство «МЕДпресс», 2014. – 360 с.
3. Демешкина, Л. В. Нервная анорексия: обзор и клинический случай / Л. В. Демешкина, О. Н. Сердюченко // Гастроэнтерология. – 2015. – № 3. – С. 59–65.

УДК 616.895.1-07

А. А. Краснова

Научный руководитель: к.м.н., доцент С. В. Толканец

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ПРОБЛЕМАТИКА ДИАГНОСТИКИ БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА 2-ГО ТИПА

Введение

Биполярное аффективное расстройство 2-го типа (БАР-2 типа) – эпизодическое расстройство настроения, определяемое возникновением одного или нескольких гипоманиакальных эпизодов и по меньшей мере одного депрессивного эпизода, такие гипомании не попадают в поле зрения психиатров, пациент не осознает, как патологическое состояние [1].

Эмоциональные проявления данного расстройства охватывают все виды гипертимии – от легкой приподнятости настроения или чрезмерного выражения радости в связи с относительно адекватным поводом, неспособности по-настоящему огорчаться до безудержной неадекватной веселости, бурной радостной экзальтации. В гипоманиакальных состояниях нередко встречается эмоциональная лабильность, но с доминированием гипертимии.

Характерна диссомния с укорочением сна, ранними пробуждениями. Больные почти неистощимы, потребность в сне снижена. Иногда больные сообщают об особой яркости восприятия и даже об улучшении зрения, слуха, обоняния [3].

Также за фасадом тревоги обнаруживаются конативные и поведенческие проявления, которые свойственны гипомании: общее повышение активности, подвижность, ловкость, точность движений принимается окружающими, даже врачами как социально приемлемые. Пациенты склонны к экстравагантным поступкам, беспечной трате средств, ненужным покупкам, раздаче денег и подарков, присутствует повышение сексуального влечения, нередко с «романтическими увлечениями». К тому же далеко не всегда гипомания представлена классической структурой. Она часто имеет гневливые выражения, либо тревожные [4].

Ключевым дифференциальным критерием диагностики БАР, является наличие гипоманиакальных или маниакальных фаз в анамнезе заболевания. Однако частая ошибочная постановка диагноза рекуррентного депрессивного расстройства больным БАР связана с тем, что пациенты не оценивают гипоманиакальное или маниакальное состояние как болезненное, поэтому не обращаются к врачу и не сообщают о перенесенном «подъеме настроения» при сборе анамнестических сведений. Во французском исследовании EPIDEP уровень распространенности БАР среди депрессивных больных увеличился практически в 2 раза – с 22 до 40 %.

К факторам, затрудняющим процесс диагностики, можно отнести частую коморбидность БАР с другими расстройствами, особенно с тревожными и аддиктивными, а также отставленное появление маниакальной или гипоманиакальной симптоматики у больных с повторными депрессивными фазами [2].