

Д.М. Менделевич, Т.В. Никишова, М.Н. Гришкина

ОЖИРЕНИЕ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

*Казанский государственный медицинский университет,
Казанская государственная медицинская академия*

Ожирение — гетерогенное заболевание организма, характеризующееся комплексом метаболических нарушений, основным проявлением которых является избыточное отложение жира в подкожной клетчатке и тканях вследствие нарушения обмена веществ [16].

Первая обзорная статья, посвященная жировой ткани, была опубликована в 1948 г. Вертхеймером и Шапиро (Wertheimer, Shapiro). Они писали, что жировая ткань — это особая ткань, состоящая из специализированных клеток [21]. В настоящее время известно, что адипоцит является эндокринной клеткой и вырабатывает такие гормоны, как лептин, ангиотензиноген, интерлейкин 6, ингибитор активатора плазминогена 1 (ИАП-1), простогландины, эстрогены, инсулиноподобный ростовой фактор 1, оказывающие влияние на различные системы организма и участвующие в регуляции основных обменных процессов [36].

Актуальность ожирения определяется, в первую очередь, его высокой распространенностью. По данным С.А. Бутровой, ожирением страдают 7% населения земного шара [4]. Эпидемиологические исследования показали, что распространенность ожирения достигает 30—35% среди населения экономически развитых стран [35]. По данным врачей-эндокринологов 13 крупных городов России, ожирением страдают 50% их пациентов [18]. Следует уточнить, что в России 30% лиц трудоспособного возраста имеют ожирение и 25% — избыточную массу тела [21]. Термины “ожирение” и “избыточная масса тела” не являются синонимами [28]. Ожирение можно определить как избыточное накопление жира в организме, представляющее опасность для здоровья. Избыточная масса тела у конкретного человека превышает ту, которая считается нормальной для его роста [24].

Одним из самых простых и распространенных методов определения степени ожирения является особый антропометрический параметр — индекс

массы тела (ИМТ), который рассчитывают как массу тела индивидуума (в килограммах), деленную на его рост (в метрах), возведенный в квадрат [26] (норма — от 18,5 до 25 кг/м²). Международная группа по ожирению (IOTF) в зависимости от массы тела различает ожирение I степени — при ИМТ от 25,0 до 29,9 кг/м²; Па — при ИМТ от 30,0 до 34,9; Пб — при ИМТ от 35,0 до 39,9 кг/м²; III степени — при ИМТ, равном 40,0 и более.

Ф.И. Комаров [9, 13] выделяет клинико-патогенетическую классификацию ожирения:

- I. Первичное ожирение: конституционально-экзогенное, алиментарное.
- II. Вторичное ожирение: гипоталамо-гипофизарное, эндокринное, центральное.

Кроме того, выделяют андройдный тип ожирения, который характеризуется отложением жира на животе и верхней части туловища, а также в абдоминальных органах и гиноидный тип ожирения, когда жир откладывается на бедрах, ягодицах и в нижней части туловища [19]. Первый тип наиболее характерен для мужчин, второй — для женщин.

Избыточной массе тела сопутствуют нарушения обмена веществ и тяжелые сердечно-сосудистые заболевания: атеросклероз (в 2 раза чаще), гипертоническая болезнь (в 3 раза чаще), ИБС (в 1,5 раза чаще), варикозное расширение вен (в 2-3 раза чаще), эндокринная патология — сахарный диабет (в 4 раза чаще), заболевания ЖКТ — холелитиаз (в 6 раз чаще), подагра (в 3 раза чаще) [9, 13]. По мнению Gray D.S. [29], ожирение является актуальной проблемой не только в области соматической патологии, но и оказывает влияние на психическое и психологическое состояние индивидуума. В.Д. Менделевич, С.Л. Соловьева [14] относят ожирение к разделу психосоматических

расстройств. К настоящему времени в области соотношения соматических и психических расстройств возможно выделение следующих вариантов [10]:

1. Соматическое и психическое заболевание могут сосуществовать у одного и того же больного независимо друг от друга.

2. Соматическое заболевание может быть непосредственным признаком появления тех или иных психических расстройств.

3. Предыдущий вариант, но с присоединением невротической или депрессивной реакции больного на возникновение соматической болезни.

По мнению А.С. Тиганова [22], наиболее частой формой психической патологии при соматических заболеваниях являются пограничные состояния, которые могут классифицироваться в разных отделах МКБ-10: “Органические, включая симптоматические психические расстройства” (рубрики F04 – F07), “Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства” (F44.4 – F44.7), соответствующие психогениям и соматоформные расстройства (F45), “Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами” (F50 – F53).

Вторичное (симптоматическое) ожирение связано с первичной эндокринной патологией [6] и наблюдается приблизительно в 1% случаев. Таким образом, у подавляющего большинства лиц с избыточной массой тела имеет место первичное ожирение, которое характеризуется выраженным полиморфизмом клинической симптоматики, включающей, помимо избыточного веса, нейроэндокринные и мотивационные расстройства [6, 7]. Последние представлены различными видами нарушения пищевого поведения (F50), снижением полового влечения (F52), нарушениями сна (F52).

По МКБ-10 к нарушениям пищевого поведения относятся нервная анорексия (F50.0), нервная булимия (F50.2), другие расстройства приема пищи (F50.9). У.Эграс [23] выделяет три вида расстройств пищевого поведения: нервную анорексию, нервную булимию и компульсивное переедание. Существуют различные точки зрения на природу булимии. Одни исследователи рассматривают ее в рамках эндогенных психозов, другие — в рамках невротических расстройств и аномалий личности [2]. Для нервной булимии [25] характерны следующие симптомы: самоограничение в еде, приступы обжорства с последующей

разгрузкой, неудовлетворенность фигурой и массой тела, страх перед полнотой. Приступам обжорства нередко предшествует тревога, вызванная стрессовыми ситуациями, а после них возникают чувство вины, депрессия. Субъект регулярно употребляет слабительные или диуретики, вызывает рвоту или принимает другие чрезвычайные искусственные меры для очищения желудка [12, 14]. Психопатологическая картина нервной булимии (МКБ-10) включает болезненный страх перед ожирением. Больной устанавливает для себя четко определяемый предел массы тела, которая намного меньше преморбидной, представляющей собой в глазах врача оптимальный или нормальный вес.

С. Fairburn [27] выделил следующие критерии для диагностики нервной булимии:

1. Повторяющиеся приступы обжорства (быстрое поглощение большого количества пищи в течение ограниченного промежутка времени).

2. Во время приступа обжорства присутствует ощущение потери способности контролировать пищевое поведение.

3. Стремясь предотвратить увеличение массы тела, больной, как правило, регулярно вызывает у себя рвоту, употребляет слабительные, соблюдает строгую диету.

4. В среднем у больного бывает не менее двух приступов обжорства в неделю, по крайней мере в течение трех месяцев.

5. У больного наблюдается стойкая чрезмерная обеспокоенность по поводу формы и массы тела.

М. Гельдер [8, 37] отмечает, что депрессивные симптомы при нервной булимии встречаются чаще, чем при нервной анорексии; вероятно, они вторичны по отношению к расстройству приема пищи. Некоторые отечественные психиатры [11] считают, что нервная анорексия и нервная булимия — это не два разных варианта, а стадии одного заболевания, при котором самоограничение в еде может перейти в булимию либо нервная анорексия и нервная булимия сосуществуют.

Анализ динамики нервной булимии [2] позволил установить существование двух основных вариантов этого расстройства. Первый вариант начинается после 25 лет — у больных отмечается дисморфофобия, которая зачастую приобретает сверхценный характер, второй вариант — в возрасте до 20 лет, при нем влечение к пище носит компульсивные черты. Дисморфофобия носит транзиторный характер. Аффективные расстройства более выражены с отчетливым фазовым характером.

Другие авторы [6, 7, 15, 34] выделяют следующие нарушения пищевого поведения:

1. Экстернальное — преобладание внешних стимулов к приему пищи над внутренними. Больные едят всякий раз, как только пища попадает им на глаза. Основой экстернального пищевого поведения является нарушение формирования чувства сытости.

2. Эмоциогенное — стимулом для приема пищи является не чувство голода, а эмоциональный дискомфорт. Наблюдается оно у 60% больных ожирением.

3. Ограничительное — сознательное ограничение больным объема пищи с целью снижения массы тела. Часто применяемые больным строгие диеты приводят к развитию “диетической депрессии”. В связи с появлением на фоне диетотерапии тревожно-депрессивных, депрессивных, астенических, агрессивных и психовегетативных расстройств больные отказываются от дальнейших попыток снижения массы тела.

В структуре эмоциогенного пищевого поведения выделяют еще две формы расстройства приема пищи: пароксизмальный приступ компульсивного приема пищи (binge eating disorder) [6, 7, 15, 34, 32]. Данное расстройство проявляется тем, что человек съедает большое количество пищи за короткий промежуток времени (менее чем за 2 часа). Больные теряют над собой контроль. При данном расстройстве питания депрессивный синдром выражен более значительно по сравнению с другими расстройствами пищевого поведения. Другой формой эмоциогенного пищевого поведения является ночное питание [14, 33]. Этот тип особенно распространен в США и характеризуется так: “Голод обурекает лишь вечером” [14, 33], большой никак не может насытиться.

По данным проведенных исследований [5], у больных с эмоциогенным пищевым поведением отмечались высокий уровень коморбидных ожирению синдромов, высокий уровень депрессии и тревоги, высокая напряженность таких механизмов психологической защиты, как регрессия и смещение. У больных с перманентным эмоциогенным пищевым поведением часто выявлялись ипохондрические черты. При компульсивном пищевом расстройстве преобладали психовегетативные нарушения, при синдроме ночной еды — инсомнические расстройства.

С психологической точки зрения [3], переедание как этиологический компонент накопления избытка массы тела является единственным способом для больных с ожирением поддерживать психическую уравновешенность: чем больший дискомфорт испытывает человек на психологическом уровне, тем большее количество пищи необходимо принять для компенсации этого дискомфорта [20]. В свою очередь, изменение внешнего облика и появление сопутствующей ожирению патологии являются дополнительными психотравмирующими факторами, также “требующими” компенсации, который данный пациент может реализовать только через гиперфагию. Порочный круг замыкается [3, 20, 1].

Анализ пищевого поведения [17] выявил разнообразные психологические факторы, провоцирующие гиперфагические реакции: 84% больных реагировали перееданием на психоэмоциональное напряжение, обусловленное конфликтами в семье и на работе, бытовой неудовлетворенностью. 72% чувствовали усиление аппетита при виде вкусной еды, у 32% переедание провоцировал прием алкоголя, у 20% аппетит повышался после тяжелой физической и умственной деятельности и у 12% — во время месячных.

Зарубежные авторы [31] отмечают, что резко выраженное ожирение ухудшает качество жизни — физические функции организма нарушаются вплоть до определенной потери трудоспособности.

Исследования, проведенные в 60—70-х годах [30], показали, что существует даже дискриминация при приеме на работу: 16% работодателей никогда не нанимают полных людей, а 44% — принимают их лишь на определенных условиях.

Приведенный анализ литературы показывает необходимость дальнейшего углубленного исследования клинических проявлений нарушения психической деятельности лиц с избыточной массой тела и изучения особенностей качества их жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бюел Е.А., Оленева В.А., Шатерников В.А. Ожирение. — М., 1986.
2. Бобров А.Е., Гладышев О.А., Бабин А.Г. Аффективные нарушения в синдромальной структуре нервной булимии: клинические проявления и варианты динамики// Аффективные и психозы. — М. www.psychiatry.ru.

3. Бобровский А.В., Гаврилов М.А. Некоторые клинические аспекты изучения методов психологической защиты у пациенток с избыточной массой тела. — 2002. — С. 1—3. — www.stroinost.narod.ru.
4. Бутрова Л.Е. Лечение ожирения. / Рекомендации для врачей. — М., 2002. — С. 1—18.
5. Вахмистров А.В., Вознесенская Т.Г., Посохов С.И. // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 2001. — №12 — www.mediasphera.ru.
6. Вознесенская Т.Г., Сафонова В.А. // Лечение нервных болезней — 2001. — №1. — С. 20—23.
7. Вознесенская Т.Г. Церебральное ожирение и источник: Дисс. ... докт.мед.наук. — М., 1990.
8. Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии. — Киев, 1997.
9. Гембицкий Е.В. Болезни органов дыхания, почек, эндокринной системы. — М., 1991.
10. Гиндикин В.Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства. — М., 2000.
11. Дмитриева Т.Б. Клиническая психиатрия: Пер. с англ., — М., 1998.
12. Каплан Г.И., Сэддок Дж. Б. Клиническая психиатрия: Пер. с англ. — М., 1994.
13. Комаров Ф.И. Диагностика и лечение внутренних болезней. — М., 1991.
14. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. — М., 2002.
15. Минабутдинов Ш.Р. Клинический и психофизиологический анализ при церебральном ожирении: Дисс... канд. мед. наук. — М., 1996.
16. Потемкин В.В. Эндокринология. — М., 1999.
17. Ротов А.В., Медведев М.А. Психологические причины ожирения. — Томск, 2002. — www.city.tomsk.net
18. Старостина Е.Г., Древаль А.В. Проблема ожирения глазами потенциального пациента. / Актуальные проблемы современной эндокринологии: Мат. IV Всеросс. конгресса эндокринол. — СПб, 2001.
19. Строев Ю.И., Чурилов Л.П., Чернова Л.А., Бельгов А.Ю. Ожирение у подростков. — СПб, 2003.
20. Таишлыков В.А. Психологическая защита у больных неврозами и с психосоматическими расстройствами. — (Руководство для врачей). — СПб, 1992.
21. Теппермен Дж., Теппермен Х. Физиология обмена веществ и эндокринной системы. — М., 1989.
22. Тиганов А.С. Руководство по психиатрии. — М., 1999. — Т. 2.
23. Эграс У. Расстройства пищевого поведения. Психиатрия — М., 1998.
24. Ackerman S. The management of obesity, Hosp. Pract., — 1983.
25. Agras W.S. Eating disorders: Management of obesity, bulimia, and anorexia nervosa. — N.-Y., 1987.
26. Epstein F.H., Higgins M. Human obesity: general aspects. In: Bjorntop P., Brodoff B.N. (eds). Epidemiology of obesity. — Philadelphia, USA: jb Lippincott Company. — 1992. — P. 30—42.
27. Fairburn C. Eating disorder, Churchill Livingstone. — Edinburg, 1988.
28. Foster W.R., Burton B.T. The problem of obesity (NIH Symposium), Ann. Intern. Med. — 1985.
29. Gray D.S. Diagnosis and prevalence of obesity. Med Clin. — North Am. — 1989. — С. 1—13.
30. Maddox G.L. Overweight as a social disability with medical implications. J. Med. Educ. — 1990. — С. 215 — 220.
31. Sorensen T.I.A. Socio-economic aspects of obesity — causes or effects? In: The health and socio — economic costs of obesity; Satellite Symposium to the 6-th European Congress on Obesity: abstract book.— N.-Y., 2002.
32. Spitzer R.L., Yanovski S.Z, Wadden T.A. et al. Binge eating disorder: Its further validation in a multisided study. Int J. Eat. Disord. — 1993. — С. 137—153.
33. Stunkard A.J. Binge eating disorder and the night eating syndrome. In Wadden T.A. Stunkard A. J (eds): Handbook of obesity treatment. — N.-Y., 2001.
34. Stuncard F., Stellar E. Eating and its disorders. — N.-Y., 1984.
35. Takenaka K., Dabestai A., Ibid. Вторичная профилактика заболеваний, связанных с нарушением жирового обмена в эндокринологии, кардиологии, акушерстве и гинекологии. / Мат. научно-практ. конф. — Казань, 2000.
36. Trayhurn P., D.Rayner D. Вторичная профилактика заболеваний, связанных с нарушением жирового обмена в эндокринологии, кардиологии, акушерстве и гинекологии. / Мат. научно-практ. конф. — Казань, 2000.
37. Wadden T.A., Foster G.D., Letizia K.A. et al. Metabolic and psychological characteristics of obese binge eaters. Int J. Eat. Disord. — 1993. — С. 1.

Поступила 23.10.03.

