

**РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ  
ПРИ ОЖИРЕНИИ (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ,  
КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЙ,  
РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ АСПЕКТЫ)**

**О.И. Салмина-Хвостова**

*Новокузнецкий государственный институт  
усовершенствования врачей, Новокузнецк*

«Расстройства приёма пищи» (РПП) (F50) отнесены в МКБ-10 к поведенческим синдромам, связанным с физиологическими нарушениями и физическими факторами, и в ряде отечественных публикаций обозначаются как «нарушения пищевого поведения» [2, 16, 18, 20]. Различают эмоциогенное, ограничительное и экстернальное пищевое поведение (ПП), свойственное пищевым аддиктам [4, 13, 22]. По данным литературных источников [6, 9, 12-14, 19], у пациентов с ожирением эмоциогенный тип нарушения ПП отмечается с частотой от 14,7 до 60%; 40% больных ожирением активных жалоб на переедание не предъявляют [3].

В мире каждый четвертый житель нашей планеты имеет избыточную массу тела или страдает ожирением, а по прогнозам эпидемиологов, к 2025 г. от ожирения будут страдать 40% мужчин и 50% женщин, так как численность людей, страдающих ожирением, прогрессивно увеличивается каждые 10 лет примерно на 10% [1, 2, 5, 7, 10, 11, 15]. При составлении терапевтических программ необходимо учитывать типологию нарушений ПП, эмоционально-личностных и психовегетативных расстройств таких пациентов [8, 17].

**Цель исследования:** изучить распространённость, типологию расстройств ПП, ассоциированных с избыточной массой тела и ожирением среди различных по полу, возрасту и профессиональной принадлежности групп населения, разработать программы превенции и реабилитации.

**Материалы и методы исследования.** Данная работа явилась частью комплексного исследования, посвященного диагностике, превенции, реабилитации пациентов при расстройствах пищевого поведения с избыточной массой тела и ожирением и

входит в план научно-исследовательской работы ГОУ ДПО «Новокузнецкого государственного института усовершенствования врачей Росздрава».

Сравнительное клинико-эпидемиологическое исследование было проведено в г. Новокузнецке на организованных популяциях лиц, занятых тяжелым физическим трудом (металлурги – 1036 чел.; шахтеры – 623); лиц, занятых умственным трудом (медицинские работники, учителя – 825 чел.); студентов – 399 чел.; пациентов эндокринологического отделения №2 МЛПУ «ГКБ №1» г. Новокузнецка – 1003, находившихся на лечении в 2004-2005 гг. Безвыборочное скрининг-исследование предусматривало изучение особенностей ПП обследованных, распространенность различных типов ПП и их взаимосвязь с избыточной массой тела и ожирением.

Оценка психического состояния осуществлялась в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 с использованием клинико-психопатологического метода и оценочных шкал. В исследование были включены пациенты с пищевой аддикцией по МКБ-10 (F50 – Расстройства приёма пищи) – по совокупности общих клинических признаков, необходимых для диагностики нарушений ПП, приведших к формированию экзогенно-конституционального (первичного, алиментарно-конституционального) ожирения (E66 – ожирение, обусловленное избыточным поступлением энергетических ресурсов; F50.4 – переедание, связанное с другими психологическими расстройствами, психогенное переедание). Исключались из исследования пациенты с диагнозами «нервная булимия» (F50.2) и «нервная анорексия» (F50.0).

В исследовании использовались эпидемиологический, клинико-психопатологический, статистический методы.

Для оценки выявления нарушений ПП использовалась «Анкета по изучению питания и особенностей пищевого поведения» (Колтун В.З., 2002) и датская анкета пищевого поведения DEBQ для оценки ограничительного, эмоциогенного и экстернального пищевого поведения (Van Strien T., 1986) [21].

Для постановки диагноза ожирение определялся индекс массы тела (ИМТ) по формуле ВОЗ (1997).

В соответствии с задачами исследования был разработан диагностический компьютерный вариант анкет и шкал, который способствовал эффективному обследованию большого количества лиц за короткий промежуток времени, с автоматическим подсчётом баллов.

При обработке всего массива данных применялись следующие статистические методы: для сравнения частоты встречаемости градаций диагностических признаков (достоверность различий) использовался *t*-критерий Стьюдента, из абсолютных (количественных) показателей при нормальной репрезентативной выборке использовались средняя, ошибка средней, корреляции и относительные (качественные) –  $\chi^2$ , метод сравнения долей.

**Результаты исследования.** В результате клинико-эпидемиологического исследования, проведённого в различных организованных группах населения (лица умственного труда – 825 чел., лица тяжелого физического труда – 1659, студенты – 399, пациенты эндокринологического отделения – 1003) и предусматривающего оценку особенностей пищевого поведения, ассоциированных с избыточной массой тела и ожирением, были выявлены определённые закономерности.

У женщин, занятых умственным трудом, преобладал эмоциогенный тип ПП (43,9 %) в возрасте от 30-39 лет. Доля экстернального типа ПП составила 22,5% в возрастной группе 50-59 лет, а рациональный тип ПП – 35,0 % у лиц умственного труда до 20 лет.

В группе мужчин, занятых умственным трудом (95; 13,0%), было выявлено преобладание пациентов старше 40 лет (54,7%,  $p < 0,05$ ). При экстернальном типе ПП наблюдалась тенденция к превалированию лиц моложе 20 лет (26,3%) относительно остальных мужчин умственного труда. Эмоциогенный тип ПП был более характерен для 20-30-летних мужчин (45,5%). Ограничительный тип пищевого поведения чаще всего встречался в группе мужчин в возрасте от 40 до 50 лет (15,8%), рациональный – у мужчин, занятых умственным трудом, в возрасте от 30 до 40 лет (46,2%).

В группе женщин, занятых умственным трудом (730; 87,0 %), было определено преобладание пациентов старше 40 лет

(60,6 %,  $p < 0,05$ ). При экстермальном типе ПП наблюдалась тенденция к превалированию женщин от 40 до 60 лет (68,3%) относительно остальных лиц умственного труда. Эмоциогенный тип ПП был более характерен для женщин до 20 лет (41,5%) и в возрасте 30-39 лет (44,4%), ограничительный тип ПП в возрастной группе от 20 до 30 лет (22,3%) и в группе женщин старше 50 лет (19,8%), рациональный тип пищевого поведения был отмечен у женщин не старше 20 лет (34,2%).

У мужчин, занятых физическим трудом (1211; 73,0%), было выявлено преобладание возрастной группы от 20 до 50 лет (84,6%,  $p < 0,01$ ), при экстермальном типе ПП наблюдалась тенденция к превалированию мужчин старше 50 лет (58,5%) и от 20 до 30 лет (54,7%). Эмоциогенный тип ПП был более характерен для среднего возраста от 30 до 40 лет (19,8%). Ограничительный тип пищевого поведения был выявлен в возрастной группе от 20 до 30 лет (3,4%), рациональный тип ПП – у мужчин, занятых физическим трудом, в возрасте до 20 лет (27,3%). Смешанный тип ПП был выявлен у 40-50-летних мужчин в 13,5% случаев (смешанный тип расстройства ПП был представлен случаями, когда максимальных значений при заполнении опросника DEBQ достигали экстеральный и эмоциогенный типы ПП).

В результате исследования было показано, что расстройства ПП у пациентов эндокринологического отделения статистически значимо отличаются по полу ( $p = 0,0001$ ). Так, экстеральный и смешанный типы ПП преобладали у мужчин (44,8 и 27,0%), у женщин этот показатель меньше (21,8 и 22,2%). Эмоциогенный и рациональный типы ПП отличались большей частотой в группе женщин (37,7 и 8,8%) по сравнению с мужчинами. Ограничительный тип ПП (9,5%) был отмечен только среди женщин, проходивших лечение в эндокринологическом отделении. Экстеральный тип ПП преобладал у женщин старше 30 лет, а эмоциогенный – у 30-50-летних.

Среди госпитализированных в эндокринологическое отделение мужчин преобладали пациенты в возрасте до 30 лет (70,2%,  $p < 0,05$ ); экстеральный тип ПП был характерен для пациентов моложе 30 лет (17,6%), эмоциогенный – в возрасте от 20 до 40 лет (64,4%), рациональный тип пищевого поведения

реже всего отмечался в возрастной группе от 30 до 50 лет (17,1%), смешанный тип ПП реже определялся в группах до 20 лет и 40-49 лет (29,3 и 33,3 % соответственно).

Для студентов был характерен экстернальный тип ПП, выявленный у 63,0% девушек и 61,7% юношей. Эмоциогенный тип ПП был определён соответственно в 4,1 и в 5,6% случаев, смешанный тип ПП – в 32,9 и 32,8% соответственно. Рациональный тип ПП у студентов не встречался, что обращает на себя внимание в плане обучения принципам рационального питания. Необходима разработка превентивных программ для молодежи с целью предотвращения развития пищевой аддикции, избыточной массы тела и ожирения, связанных с ними коморбидных психопатологических расстройств.

*Расстройства ПП как фактор формирования избыточной массы тела и развития экзогенно-конституционального ожирения.* Было определено, что у мужчин, занятых умственным трудом, экстернальный тип ПП связан с избыточной массой тела (21,9%;  $p \leq 0,5$ ) и ожирением первой степени (20,0%;  $p \leq 0,5$ ). При эмоциогенном типе ПП чаще встречались мужчины с крайней степенью ожирения – второй (50,0%) и третьей (100,0%) и избыточной массой тела (43,8%). Ограничительный тип ПП был характерен для мужчин с избыточной массой тела (12,5%), ожирением первой (10,0%) и второй степени (16,7%). Рациональный тип ПП пытались соблюдать половина мужчин с ожирением первой степени.

Были выявлены статистически значимые различия между типом ПП и значением индекса Кетле у женщин умственного труда ( $p=0,005$ ). Экстернальный тип ПП был связан с ожирением третьей и первой степени (26,7 и 23,0%). Эмоциогенный тип ПП чаще отмечался у женщин с избыточной массой тела (38,7%) и первой степенью ожирения (37,2%). Ограничительный тип ПП у женщин повторял статистические закономерности, характерные для эмоциогенного типа ПП – 22,7 и 19,5% соответственно. В 26,5% случаев женщины с ожирением второй степени придерживались рационального типа пищевого поведения.

Было выявлено статистически значимое различие между типом ПП и значением индекса Кетле у лиц, занятых тяжелым

физическим трудом ( $p < 0,001$ ). В общей группе 1659 обследованных у 55,0% больных имели место избыточная масса тела и ожирение первой степени, при этом у половины обнаруживали экстернальный тип ПП. Среди 330 лиц с эмоциогенным типом ПП первая и вторая степень ожирения встречалась в 27,2 и 40,0% случаев соответственно. Ограничительного типа ПП пытались придерживаться 2,2% мужчин с избыточной массой тела и 1,3% с ожирением первой степени. Смешанный тип ПП значимо преобладал у мужчин с избыточной массой тела (18,9%) и ожирением первой степени (5,4%).

Статистически значимые различия были выявлены между типом ПП и значением индекса Кетле у пациентов мужского пола, находившихся на лечении в эндокринологическом отделении ( $p = 0,0001$ ). Экстернальный тип ПП достоверно коррелировал с ожирением первой степени (55,5%), избыточной массой тела (в 44,8% случаев), с ожирением второй и третьей степени тяжести (40,0 и 10,3% случаев соответственно). В 54,6% случаев пациенты со второй степенью ожирения и 69,0% – с третьей степенью обнаруживали эмоциогенный тип ПП. Смешанный тип ПП значимо превалировал у мужчин с избыточной массой тела и начальной (первой) степенью ожирения. Экстернальный тип ПП студентов связан с ожирением первой степени и представлен в 3,8% случаев.

Нами разработаны программы превенции и реабилитации пациентов с экзогенно-конституциональным ожирением с учётом различной динамики расстройств ПП. Программы отличаются между собой объёмом психотерапевтических и психофармакологических мероприятий, которые направлены на личностный рост, повышение самооценки, укрепление мотивации к лечению, нормализации и поддержанию рационального ПП.

*Первая программа лечения расстройств ПП при избыточной массе тела.* В комплексном лечении пациентов с избыточной и нормальной массой тела при расстройствах ПП применялись рациональная психотерапия, суггестивная, косвенная, холоколонная (воздействие цветом) терапия; поведенческая психотерапия с формированием аверсии на продукт, вызывающий чрезмерный аппетит, путём визуализации этого продукта и вы-

зывающих отвращение объектов; тренинг психологической устойчивости совместно с людьми, окружающими пациента в семье; индивидуальную программу диетического питания.

Использование механизмов воздействия цвета через зрительные анализаторы на психофизиологическое состояние организма позволяло повысить мотивацию к лечению. Тренинг психологической устойчивости совместно с людьми, окружающими пациента в семье, способствовал изменению пищевых привычек всех членов семьи на рациональное ПП.

*Вторая программа комплексного лечения пациентов с ожирением при эмоциогенном типе ПП.* В комплексном лечении пациентов с эмоциогенным типом ПП использовались рациональная психотерапия (с заключением психотерапевтического контракта), нейролингвистическое программирование для формирования мотивации лечения и определённая диетпрограмма.

Предлагаемый алгоритм лечения базировался на привлечении творческих способностей человека, используя которые он мог бы с помощью психотерапевта, а в дальнейшем сам моделировать свое ПП. Взаимодействие с «частью личности, ответственной за ПП пациента», являлось работой с подсознанием, ориентированной на поиск возможных причин, приведших к избыточной массе, и трансформацию поведенческих стереотипов. Диетологический аспект обеспечивал знания о том, как определить нормальную массу (по индексу массы тела); на сколько килограмм и за какое время рекомендуется снизить массу тела; в каком диапазоне возможны для данного индивидуума колебания массы тела без увеличения риска нарушения здоровья; оценку калорийности и пищевой ценности необходимого набора продуктов и блюд (с учетом индивидуальных предпочтений), которые следовало использовать в соответствии с рекомендуемой схемой диетотерапии. Пациент обучался ведению пищевого дневника.

Соединение диетологических и психологических аспектов в лечении ожирения с учетом типа нарушения ПП позволяло выработать индифферентное, безразличное и спокойное отношение к пище при стрессе и достигнуть стойкого снижения массы тела на длительный период.

Пациентам назначали флуоксетин в дозе 20-40 мг, однократно в первой половине дня в течение 3 месяцев, что облегчало выработку новых пищевых навыков, способствовало редукции психопатологической симптоматики и снижению массы тела за счет ускорения насыщаемости и повышения физической активности.

*Третья дифференцированная программа лечения пациентов с ожирением при экстернальном типе ПП.* В комплексном лечении пациентов с экстернальным типом ПП были предусмотрены рациональная психотерапия (с заключением психотерапевтического контракта), формирование положительной мотивации на достижение конечной цели при лечении, косвенные внушения (с учётом репрезентативной системы), суггестивная психотерапия, диетпрограмма.

Использование при проведении психотерапии косвенных внушений, составленных с учётом выявленной основной репрезентативной системы восприятия информации, позволяло повысить эффективность воздействия и увеличить продолжительность полученного положительного результата.

Флуоксетин назначали в дозе 20-40 мг, однократно в первой половине дня в течение 3 месяцев.

Пищевые ограничения пациента рекомендовались обязательно и для других членов семьи, что позволяло корректировать экстернальное ПП, избегать ненужной напряжённости в семье и делать близких не пассивными наблюдателями, а единомышленниками и активными участниками процесса снижения массы тела пациента. Предлагаемый способ лечения ожирения при экстернальном типе нарушения ПП позволял достичь снижения массы тела за намеченное время и сохранить достигнутый результат в течение длительного периода.

*Четвертая программа профилактики расстройств ПП у студентов методом психологического тренинга с обучением стресспреодолевающему поведению.* По данным клинико-эпидемиологического обследования, в группе студентов в 62,7% случаев наблюдался экстернальный тип ПП, в то время как рациональный тип ПП отсутствовал.



Наиболее перспективным является превентивное направление, ориентированное на предупреждение причин, снижение факторов риска расстройств ПП, формирование здорового образа жизни и развитие личности. Эффективный подход в профилактике расстройств ПП основывается на концепции стресспреодолевающего поведения. Обучение стресспреодолевающему поведению целесообразно проводить в тренинговой группе, которая является естественной формой преодоления эмоциональных затруднений, профессиональной и социальной адаптации. Предлагаемая программа превенции нарушений ПП была ориентирована на лиц юношеского возраста и проводилась на первом курсе в начале учебного года. Предварительная направленная беседа о распространенности различных видов аддиктивного поведения и стресса среди студенческой молодежи, о значении формирования копинг-поведения для их профилактики проводилась врачом-психотерапевтом с учетом различных репрезентативных систем восприятия информации. Дальнейшая работа осуществлялась в группах, сформированных в зависимости от ведущей репрезентативной системы восприятия участников.

Работа со студентами проходила в три этапа по 10 часов. Тренинг психологической устойчивости сопровождался музыкальным оформлением и видеосъемкой с последующим просмотром и обсуждением. Цель - усиление мотивации к здоровому образу жизни; развитие внутреннего ресурса самоконтроля и устойчивости к стрессорному фактору без «заедания» высококалорийными продуктами, соответственно достижение возможности ответственно управлять своими чувствами, свободы самовыражения, уверенности в своих силах, умения брать ответственность на себя. По завершении тренинга участники получали красочно оформленную информацию о рациональном питании («Пирамида здорового питания»).

**Заключение.** В регионе Сибири впервые проведен сравнительный анализ распространенности РПП в различных социальных группах населения: у металлургов, шахтёров, медицинских работников, учителей, студентов. Нарушения ПП с преобладанием экстернального типа нарушения ПП выявлены у 84,9% лиц, работающих в условиях крупного промышленного пред-

приятия, наиболее выражены в группе мужчин и ассоциированы в половине случаев с избыточной массой тела и ожирением первой степени. В группе лиц, занятых умственным трудом, в 72,6% случаев выявлены нарушения ПП с преобладанием эмоциогенного типа. Показано отсутствие статистически значимых различий между группами лиц с различным характером труда по частоте избыточной массы тела и ожирения (55,0 и 47,5 %). Выявлено отсутствие в группе лиц юношеского возраста (студентов) рационального типа ПП при высоком удельном весе (62,4%) экстернального типа ПП, сопряженного в 3,8 % с ожирением первой степени.

Успешное лечение ожирения возможно только при эффективном сотрудничестве пациента и врача, владеющего современными принципами комплексного ведения данных пациентов с учётом их индивидуальных особенностей и типа пищевого поведения.

#### Литература

1. *Балкаров И.* Ожирение: терапевтические аспекты проблемы // *Врач.* 2004. №9. С.6-10.
2. *Бессен Д.Г., Кушнер Р.М.* Избыточный вес и ожирение. Профилактика, диагностика, лечение. М.: БИНОМ, 2004. 240 с.
3. *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.: Мед. информ. агентство, 2004. Гл. 9. С. 234-271.
4. *Егорова А.Ю.* К вопросу о феноменологии пищевых аддикций // *Человек, алкоголь, курение и пищевые аддикции (соматические и наркопсихиатрические аспекты): материалы 2-го междисциплинар. конгресса с междунар. участием (24-25 апреля 2008 г.).* СПб., 2008. 203 с.
5. *Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., Загоруйко Е.Н.* Идентичность. Развитие. Перенасыщенность. Бегство. Новосибирск: изд-во НГПУ, 2007. 472 с.
6. *Красноперова Н.Ю.* Клинико-динамическая характеристика пищевой аддикции: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск, 2001. 23 с.
7. *Крылов В.И., Лаптева Е.Н.* Нарушения пищевого поведения психосоматической природы в общей медицинской практике // *Клин. мед.* 1997. №3. С. 44-46.

8. *Малкина-Пых И.Г.* Терапия пищевого поведения. М.: Эксмо, 2007. 1040 с.
9. *Марков А.А.* Пограничные нервно-психические расстройства при избыточном весе и ожирении: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск, 2006. 23 с.
10. *Ожирение: этиология, патогенез, клинические аспекты;* под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. М.: Мед. информ. агентство, 2004. 456 с.
11. *Ожирение (клинические очерки);* под ред. А.Ю. Барановского, Н.В. Ворохобиной. СПб.: Диалект, 2007. 240 с.
12. *Рынза О.П.* Гигиеническая оценка стереотипов пищевого поведения у лиц молодого возраста, проживающих на территории с экологическим неблагополучием: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Кемерово, 2006. 23 с.
13. *Семке В.Я.* Психическое здоровье женщин: проблемы и решения // Сиб. вестн. психиатрии и наркологии. 1999. №1. С. 7-10.
14. *Старостина Е.Г., Древаль А.В.* Проблема ожирения глазами потенциального пациента // Актуал. проблемы совр. эндокринологии: материалы 4-го Всерос. конгресса эндокринол. СПб., 2001. С. 686.
15. *Фишман М.Б., Седов В.М.* Ожирение и здоровье женщин Северо-Западного региона // Журн. акушерства и женских болезней. 2007. №4. С. 3-9.
16. *Чуркин А.А., А.Н. Мартюшов.* Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии. М.: Триада-Х, 1999. 232 с.
17. *Чухрова М.Г.* Нарушения пищевого поведения и психологические расстройства у женщин при избыточной массе тела // Психосомат. мед.: материалы 1-го Междунар. конгресса. СПб.: изд-во ООО «Медлай-Медиа», 2006. 244 с.
18. *Patients with generalized anxiety disorder and a history of trauma: somatic symptom endorsement / O. Brawman-Mintzer [et al.] // J. Psychiatr. Pract. 2005. Vol. 11, N 3. P. 212-215.*
19. *Hilbert A., Tuschen-Caffier B.* Maintenance of binge eating through negative mood: a naturalistic comparison of binge eating disorder and bulimia nervosa // Int. J. Eat. Disord. 2007. Vol. 40, N 6. P. 521-530.
20. *Negative mood induction and unbalanced nutrition style as possible triggers in binge eating disorder (BED) / S. Munsch [et al.] // Eat. Weight Disord. 2008. Vol. 13, N 1. – P. 22-29.*
21. *Van Strein T., Frijters J, Bergere G. et al.* The Dutch eating behavior questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained emotional and external eating behavior // Int. J. Eat. Disord. 1986. Vol. 5, N 2. P. 295-315.
22. *Eating Disorders/ J. Yager [et al.] // Focus. 2005. Vol. 3. P. 503-510.*