

*E.H. Лобыкина, О.И. Хвостова***ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ОЖИРЕНИИ***Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей*

При адекватном пищевом поведении потребление пищевых веществ по составу, количеству, форме, способу употребления и приготовления соответствует пищевой потребности организма в питательных веществах и энергии в зависимости от состояния ферментных систем, энергозатрат, биоритмов, особенностей пищевой мотивации, повышения двигательной активности [7]. Пищевое поведение должно быть таким, чтобы обеспечивалось поступление всех необходимых пищевых веществ для поддержания энергетического, пластического баланса и сохранения здоровья. У человека пищевое поведение психологически полифункционально, и это ярко выражено у больных ожирением, проявляясь гипералIMENTацией [13].

У больных ожирением пищевое поведение направлено не только на обеспечение организма пластическими и энергетическими веществами, но и на выполнение самых разнообразных функций, являясь средством:

- удовлетворения потребности организма в питательных веществах и энергии (самая простая форма пищевого поведения [16]).
- поощрения и награды за счет своих вкусовых качеств (наблюдается в детском возрасте [10]).
- компенсации, замещения неудовлетворенных потребностей личности (например, потребности в общении с родителями, друзьями, сексуальной потребности [12]).
- релаксации, разрядки нервно-психического напряжения при сильном нервно-психическом напряжении (организм уменьшает состояние напряжения, увеличивая энергетические ресурсы путем избыточного потребления пищи [3]).
- познания (процесс принятия пищи всегда включает в себя познавательный компонент, в результате которого зрительный, вкусовой, обонятельный анализаторы оценивают внешний вид пищи, ее пищевую ценность и вкусовые качества [5]).

- поддержания определенного стереотипа питания или пищевой привычки (национальных, семейных традиций, ритуалов и привычек, например, утром принимать кофе, чрезмерно солить пищу, употреблять пищу во время чтения [4]).

- делектации (удовлетворения определенной эстетической потребности, например, употребление кондитерских изделий, прием пищи с использованием красивой столовой посуды и приборов [2]).

- коммуникации, когда общение между людьми (родственниками, коллегами по работе) происходит во время приема пищи.

- самоутверждения (повышения самооценки личности, что проявляется в выборе и приеме экзотических, наиболее изысканных и дорогих блюд, активном посещении ресторанов и тесно связано с неадекватным представлением о престижности пищи и соответствующей «солидной» внешности [6]).

- защиты (избыточное потребление пищи, а вслед за этим возникающее изменение внешности могут служить защитой от нежелательного супружества, спортивного соперничества или алиби при неудачах в социальных отношениях и жизни [6]).

У каждого отдельного человека эти функции всегда проявляются комплексно.

К изменению пищевого поведения и его нарушению могут приводить различные психотравмирующие ситуации, которые в большинстве случаев могут воздействовать не по отдельности, а комплексно. Это различные психические травмы (неудовлетворенность семейными отношениями, сексуальное, психологическое и физическое насилие), это национальные и семейные пищевые традиции, когда избыточная масса тела и ожирение могут свидетельствовать не только о хорошем аппетите как признаке здоровья, но и являться неким признаком солидности, социального благополучия и престижа [14], наконец, это неправильное воспитание как по типу «гиперопеки»

(преувеличенная забота о здоровье ребенка, его перекорм, слишком бережное к нему отношение, ограничение его двигательной активности), так и по типу «неприятия», приводящее к перекармливанию и развитию ожирения у детей.

Как видно из изложенного, существует значительное число психосоциальных факторов и ситуаций, изменяющих пищевое поведение человека. В результате их воздействия у человека могут появляться такие изменения, как тревожность, депрессия, плохое настроение. Однако состояние тревожности не является изначально негативной чертой. Определенный уровень тревожности — это естественная и обязательная особенность активной личности, при этом существует оптимальный индивидуальный уровень «полезной тревожности» [15]. Достигнув определенного предела, тревожность из полезной переходит в патологическую и требует не только наблюдения за пациентом, но и активного вмешательства медицинского работника в коррекцию патологического состояния. Возникновение депрессии может усугублять течение любой болезни, тем более, когда речь идет об избыточной массе тела и ожирении, так как ожирение и депрессия имеют общие генетические, патофизиологические компоненты и сходные, влияющие на их развитие факторы окружающей среды [17].

В настоящее время выделяют три основных типа нарушения пищевого поведения: экстернальное, эмоциогенное и ограничительное. Исследования, выполненные в последние годы, показали, что у 60% пациентов с ожирением на фоне эмоционального дискомфорта отмечается гиперфагическая реакция на стресс, т. е. переедание. Это состояние соответствует эмоциогенному типу нарушения пищевого поведения. Прием пищи у больных с эмоциогенным типом пищевого поведения играет роль своеобразного защитного механизма от стрессорных воздействий личностей, склонных к тревожно-депрессивным реакциям. У этих лиц стимулом к приему пищи является не аппетит, а эмоциональный дискомфорт (тревожность, беспокойство, обида, понижение настроения и другие психологических состояния, выходящие за рамки обычных проявлений жизнедеятельности и создающие ощущение психологического дискомфорта). Установлено, что в основе развития эмоциогенного типа пищевого поведения лежит дисфункция обмена моноаминов, прежде всего серотонина. Эмоциогенное пищевое

поведение может быть представлено пароксизмальными формами — компульсивное пищевое расстройство и синдром ночной еды. Наиболее важным признаком компульсивного поведения является более быстрый, чем обычно, прием пищи, причем вплоть до появления неприятного чувства переполнения желудка, потребление пищи без чувства голода. Синдром ночной еды проявляется клинической триадой симптомов — утренняя анорексия, вечерняя и ночная булимия и нарушения сна [17]. Описанные нарушения пищевого поведения, как правило, сочетаются с эмоционально-личностными расстройствами, в основном тревожно-депрессивного характера, при них ярко представлены психовегетативные расстройства и психалгические синдромы. В соответствие с данными A. Stunkard [17], компульсивный тип расстройства пищевого поведения в популяции составляет 6%, среди больных ожирением — от 19 до 25%, распространность синдрома ночной еды в популяции — 1%, среди больных ожирением — 9%.

Экстернальный тип пищевого поведения проявляется повышенной реакцией не на внутренние, гомеостатические стимулы к приему пищи (уровень глюкозы и свободных жирных кислот в крови, моторика желудка и т.д.), а на такие внешние стимулы, как вид пищи, реклама пищевых продуктов, вид человека, принимающего пищу и т.д. Именно эта особенность лежит в основе переедания за компанию и перекусов на улице. Человек с экстернальным типом пищевого поведения принимает пищу во всех случаях, когда он ее видит, когда она ему доступна. Основой повышенного реагирования на внешние стимулы приема пищи является не столько повышенный аппетит, сколько сниженная насыщаемость.

Третьим психологическим типом пищевого поведения является ограничительный. При нем с целью уменьшения массы тела имеет место сознательное ограничение больными приема пищи. Долгое время выдерживать такие ограничения больные не могут, в результате чего может возникнуть декомпенсация в психической и вегетативной сферах.

Механизмы возникновения психологических нарушений остаются наименее изученными в настоящее время как в нашей стране, так и за рубежом. Объектом внимания являются в основном патологические типы нарушений пищевого поведения у больных с выраженным

формами ожирения [1, 8]. Особенности формирования нарушений пищевого поведения у людей с нормальной массой тела остаются неисследованными. Однако с учетом того, что нарушение пищевого поведения наблюдается более чем у половины больных с ожирением, психотерапевтическое воздействие должно являться частью комплексного подхода в лечении избыточной массы тела и ожирения. По мнению И.Н. Пятницкой [11], алиментарная форма ожирения по механизму развития представляет собой форму пищевой наркомании. В ее основе лежит функциональное нарушение в процессах мотивации, т.е. гипертрофируется влечение к пище, происходит формирование целенаправленной поведенческой реакции, в то время как другие влечения ослабевают, что является характерным для классических наркоманий и алкоголизма [11].

Изучение психологического статуса пациентов с ожирением открывает возможность использовать в качестве дополнительного метода лечения ожирения воздействие на активную сторону личности самого пациента и определить более точно систему лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий. Для эффективности проводимой коррекции необходимо усилить выявленную мотивацию и в каждом конкретном случае найти дополнительные мотивы. Такими мотивами чаще всего бывает беспокойство о внешнем виде или о состоянии здоровья. Чем искренней и глубже будет у пациента желание уменьшить массу тела, тем сильнее будут меняться отношение к еде и связанные с нею ощущения. Для изменения личностных установок пациента, переориентации его на иной образ жизни необходимо более активно использовать психотерапевтические методы лечения избыточной массы тела и ожирения. Психотерапевтическое воздействие обеспечивает стабилизацию психоэмоционального состояния, осознания связи: переедание — психологическая защита (вторичная выгода лишних килограммов), заедание — коррекция негативных эмоций, укрепление уверенности в своих силах, достоверное повышение эффекта соблюдения диетотерапии, усиление мотивации на снижение массы тела, стабильность достигнутого результата [9].

Таким образом, при лечении пациентов с избыточной массой тела необходимо учитывать психологические особенности пищевого поведения пациентов и в обязательном порядке включать в комплекс лечебно-диагностических мероприятий различные психотерапевтические методы лечения. Это будет способствовать не только формированию нового рационального стереотипа пищевого поведения, но и более эффективно снижать и удерживать массу тела на протяжении длительного периода времени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вахмистров А.В., Вознесенская Т.Г., Порохов С.И. // Журн. неврол. и психиатр.— 2001. — № 12. — С.19—24.
2. Вознесенская Т.Г. Церебральное ожирение и истощение: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — М., 1990.
3. Вознесенская Т.Г., Сафонова В.А., Платонова Н.М./ Журн. неврол. и психиатр.— 2000. — № 12. — С. 49—52.
4. Вознесенская Т.Г. // Ожирение и метаболизм. — 2004. — № 2. — С. 2—9.
5. Клиорин А.И. Ожирение в детском возрасте. — Л., 1989.
6. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. — Прага, 1974.
7. Креславский Е.С. // Тер. арх. — 1984. — № 10. — С. 104—107.
8. Крылов В.И., Лаптева Е.Н. // Клин. мед. — 1997. — №3. — С. 44—46.
9. Лобыкина Е.Н., Хвостова О.И., Колтун В.З. // Клин. мед. — 2005. — № 3. — С. 66—68.
10. Ожирение / Под ред. И.И.Дедова, Г.А.Мельниченко. — М., 2004.
11. Пятницкая И.Н.Клиническая наркология. — Л.,1976.
12. Старостина Е.Г. // Врач. — 2005. — №2. — С.28—31.
13. Турчинец М. // Врач. — 1996. — № 6. — С. 36—37.
14. Фролова Е.В. // Росс. семейный врач. — 2001. — №2. — С.27—32.
15. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревоги Ч.Д. Спилбергера. — М., 1976.
16. Шмидт Р. Физиология человека Т.2. — М., 1985.
17. Stuncard A.J., Sobal J. Psychosocial consequences of obesity. In Brownell K.D. and Fairburn C.G. Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook. — New York, Guilford Press; 1995.

Поступила 04.09.06.

