

Анализ пищевого поведения больных сахарным диабетом и ожирением

А.Ф. Вербовой, Е.В. Митрошина, О.Н. Комаржина

Самарский государственный медицинский университет
(ректор – Г.П. Котельников); кафедра эндокринологии (заведующий кафедрой – д.м.н. А.Ф. Вербовой)

В настоящее время ожирение относится к числу глобальных заболеваний. Согласно эпидемиологическим прогнозам предполагается, что к 2025 г. ожирением будут страдать около 40% мужчин и 50% женщин [5]. Ожирение сопровождается развитием различных заболеваний, наиболее распространенным из них является сахарный диабет 2 типа. Факторами риска развития ожирения являются нарушения пищевого поведения (ПП). Существует 3 основных типа нарушения пищевого поведения: экстернальное, эмоциогенное и ограничительное пищевое поведение.

Экстернальное пищевое поведение проявляется повышенной реакцией больного не на внутренние стимулы к приему пищи, а на внешние стимулы, такие как вид еды или жующего человека, реклама пищевых продуктов и т.д. Определяющее значение имеет доступность продуктов. В случае эмоциогенного пищевого поведения стимулом к приему пищи является не голод, а эмоциональный дискомфорт. Существуют такие формы эмоциогенного пищевого поведения как компульсивное пищевое поведение и синдром ночной еды. Ограничительное пищевое поведение определяется хаотичными, резкими самоограничениями в приемах пищи, которые не выдерживаются больными долгое время, что ведет к декомпенсации в психической и вегетативной сферах и, в конечном итоге, к развитию «диетической депрессии» [2, 3, 6].

Материалы и методы

Было проанкетировано 92 больных сахарным диабетом 2 типа в возрасте от 40 до 70 лет (средний возраст $56,5 \pm 9,7$ лет): из них 59 женщин (64 %) и 33 мужчины (36%). Стаж заболевания от 12 месяцев до 25 лет (средний стаж заболевания $7,65 \pm 1,27$ лет).

Критерии включения: наличие сахарного диабета 2 типа, отсутствие психических заболеваний и проявлений диабетической энцефалопатии, ограничивающих возможность обучения пациента.

Критериями исключения для всех групп больных являлись возраст старше 70 лет; хроническая почечная недостаточность III стадии; наличие самостоятельных тяжелых соматических и эндокринных заболеваний, потенциально ухудшающих качество жизни больных, а также нарушающих контакт пациента с врачом.

Больные сахарным диабетом 2 типа были разделены на 5 групп в зависимости от индекса массы тела. 1-ю группу составили 16 пациентов с нормальной массой тела (ИМТ от 18 до 24,9); во 2-ю группу были включены 28 больных с избыточной массой тела (ИМТ от 25 до 29,9); 3-я группа – 24 пациента с ожирением I степени (ИМТ от 30 до 34,9); 4-я группа – 17 человек с ожирением II степени (ИМТ от 35 до 39,9); 5-я группа – 8 больных с ожирением III степени (ИМТ свыше 40).

Проводилось клиническое обследование больных: оценка жалоб, сбор анамнеза, физикальное обследование, оценка антропометрических показателей. Для исследования типов пищевого поведения использовали Голландский опросник DEBQ [7] для выявления ограничительного, эмоциогенного и экстернального пищевого поведения, а также разработанную на кафедре психологии и психотерапии СамГМУ «Анкету особенностей пищевого поведения» [4]. Анкета содержит вопросы, выявляющие причины возможных нарушений пищевого поведения с учетом особенностей раннего детского развития, возрастного периода, в который произошло увеличение веса, фактора наследственности, режима приема пищи, физической активности, наличия/отсутствия аппетита в ситуации психоэмоционального напряжения. Отдельный вопрос касается субъективной оценки своего тела. Также в анкету введены вопросы, позволяющие предположить наличие сниженной насыщаемости, углеводной жажды, экстернального, эмоциогенного (в том числе, компульсивного и синдрома ночной еды), ограничительного пищевого поведения. Для оцен-

ки депрессии применялась шкала депрессии Бэка, для оценки ситуативной и личностной тревожности — психологическая тестовая методика ИТТ «Интегративный тест тревожности» [1].

Нормативные данные авторов опросника DEBQ по экстеральному пищевому поведению — 2,68; по эмоциогенному пищевому поведению — 2,03; по ограничительному пищевому поведению — 2,43. Оценка результатов по шкале депрессии Бэка: 0–9 баллов — отсутствие депрессивных симптомов; 10–15 — легкая депрессия (субдепрессия); 16–19 — умеренная депрессия; 20–29 — выраженная (средней тяжести); 30–63 — тяжелая депрессия. Оценка по шкале общей тревожности с использованием методики ИТТ ниже 4 стенов соответствует низкому уровню тревожности; 4–6 — нормальному, от 7 и выше — высокому уровню тревожности. При повышении уровня общей тревожности определяются компоненты, за счет которых возникает отклонение: эмоциональный дискомфорт, астенический компонент, фобический компонент, тревожная оценка перспективы, социальные реакции защиты.

Результаты

В 1-й группе больных средние уровни показателей эмоциогенного, экстерального и ограничительного пищевого поведения не выходили за нормативы (0,63; 1,98 и 1,36 баллов соответственно). У 12,5 % было отмечено нарушение пищевого поведения по ограничительному типу. Общий уровень реактивной тревожности у больных 1 группы был низкий — 3,3, общий уровень личностной тревожности нормальный — 4,8 балла. Однако на этом фоне отмечалось значительное повышение показателя астенического компонента в структуре как реактивной (8,71 балла), так и личностной тревожности (7,8 балла). Также отмечалось повышение показателей эмоционального дискомфорта (6,7 балла) и тревожной оценки перспектив (6,8 балла) в структуре личностной тревожности. Для данной группы был характерен повышенный уровень депрессии по шкале Бэка (14,2 балла). Следует отметить, что только у 37,5% больных по данным анкетирования по шкале Бэка отмечалось отсутствие депрессивных симптомов, у 6,25% — субдепрессия; у 31,25% — умеренная депрессия; у 25% — выраженная депрессия.

Во 2-ю группу вошли 28 больных сахарным диабетом 2 типа с избыточной массой тела. Большинство больных этой группы (68%) отмечало прогрессирующее увеличение массы тела в течение последних 5 лет. Для этих пациентов было характерно частое нарушение диеты, отсутствие регулярных физических упражнений с целью снижения или сохранения массы тела. Регулярные занятия физическими упражнениями отметили 18% больных данной группы, для них была характерна стабильная масса тела в течение последних 5 лет. У 14% больных 2-й группы масса тела также была стабильной, несмотря на отсутствие регулярных физических нагрузок.

Среди пациентов 2-й группы уровни экстерального и ограничительного пищевого поведения составили 2,06 и 2,03 баллов соответственно, что выше, чем в группе пациентов с нормальной массой тела. Нарушение пищевого поведения по экстеральному типу отмечалось в 17,9% случаев, что практически всегда сочеталось с неэффективным ограничительным поведением. Уровень эмоциогенного пищевого поведения по данным анкетирования по шкале DEBQ составил всего 0,51 балла. При использовании «Анкеты особенностей пищевого поведения» 50% больных этой группы все-таки отмечали эпизоды резкого переедания с количеством съеденного больше обычного, ощущением невозможности контроля приема пищи, более быстрым приемом пищи, приемом больших количеств пищи без чувства голода, приемом пищи до ощущения неприятного переполнения желудка. Причем во время приступов переедания больные чаще употребляли высококалорийную, жирную пищу, а также сладкие, богатые простыми углеводами продукты. После приступа больные часто отмечали чувство вины из-за переедания. При этом связь между эпизодами переедания и эмоциональным дискомфортом не осознавалась. Уровень реактивной тревожности в данной группе нормальный — 5,6 балла, личностной — несколько повышен — 6,3 балла. В структуре тревожности выявлено повышение показателей астенического компонента (7,5 и 7,8 балла), тревожной оценки перспектив (6,1 и 6,3 балла), эмоционального дискомфорта (5,1 и 6,1 балла). Для больных этой группы характерен самый высокий уровень депрессии среди всех обследуемых — 20 баллов по шкале Бэка. Синдром ночной еды в данной группе не был выявлен, хотя у большинства больных имело место нарушение режима питания в виде обильных приемов пищи преимущественно во второй половине дня, вечерней гиперфагии, однако связи с нарушением сна пациенты не отмечали.

Среди пациентов 3-й группы с сахарным диабетом и ожирением I степени 88% отметили, что один или двое родителей имели избыточную массу тела. Наличие склонности к полноте в подростковом периоде или раннем детстве наблюдалось у 63% больных. Регулярные занятия физическими упражнениями с целью снижения массы тела отметили 17%. У пациентов данной группы уровень экстерального пищевого поведения превышал нормативный показатель (2,87 балла), уровень ограничительного пищевого поведения составил 2,10 балла, эмоциогенного — 0,66 балла. Лишь у 1 больной по анкетным данным DEBQ было обнаружено перманентное эмоциогенное пищевое поведение, сочетающееся с повышением показателей экстерального и ограничительного пищевого поведения, выраженной депрессией и высоким показателем личностной тревожности. Однако по анкетным данным «Анкеты особенностей пищевого поведения» у 8,3% был выявлен синдром ночной еды, у 25% — компульсивное эмоциогенное пищевое поведение.

Большинство больных 3-й группы, несмотря на выявленное нарушение пищевого поведения, преимущественно по экстеральному типу, рассматривали избыточную массу тела, в основном, как следствие наличия соматических заболеваний, объясняли неэффективностью проводимого лечения, негативно относились к рекомендациям по диете, считали, что достаточно ограничивают себя в питании. Отсутствие необходимой физической активности объясняли значительной усталостью, утомленностью. Общий уровень реактивной тревожности составил 4,7; личностной — 6,0 баллов. В структуре реактивной и личностной тревожности отмечалось повышение преимущественно астенического компонента (7,4 и 7,7 баллов соответственно), показателя тревожной оценки перспектив (6,1 и 6,7 баллов соответственно). В структуре личностной тревожности также отмечалось повышение показателя эмоционального дискомфорта (7 баллов). Уровень депрессии по шкале Бэка составил 16,25 балла, однако у 33% отмечалась выраженная депрессия, у 1 пациента — тяжелая депрессия.

В 4-й группе (пациенты с сахарным диабетом 2 типа и ожирением II степени) все опрошенные отметили, что один или двое родителей имели избыточную массу тела. Наличие склонности к полноте в подростковом периоде или раннем детстве наблюдалось у 94% больных. Регулярных занятий физическими упражнениями с целью снижения массы тела среди опрошенных не отметил никто. При этом большинство пациентов объясняло отсутствие физических нагрузок выраженной усталостью, быстрой утомляемостью, постоянным ощущением «упадка сил». В структуре как ситуативной, так и личностной тревожности преобладал астенический компонент — 7,1 и 8,1 баллов соответственно. Общие уровни ситуативной и личностной тревожности 5,4 и 6,7 баллов соответственно. Показатель эмоциогенного пищевого поведения в данной группе составил 1,19 балла, что не превышает норматив. Нарушение пищевого поведения по данным DEBQ преимущественно по эмоциогенному типу (2,69 балла) наблюдалось у одного больного. Однако у 12 % опрошенных по данным «Анкеты особенностей пищевого поведения» выявлено нарушение пищевого поведения по компульсивному эмоциогенному типу. Уровни экстерального и ограничительного пищевого поведения оказались повышенными — 3,05 и 2,46 баллов соответственно. Общий уровень депрессии по шкале Бэка составил 17,4 балла, однако у 29,4% опрошенных наблюдалась депрессия средней степени тяжести, у 5,9% — тяжелая депрессия.

В 5-й группе (пациенты с сахарным диабетом 2 типа и ожирением III степени) все опрошенные отметили, что один или двое родителей имели избыточную массу тела. У 100 % опрошенных наблюдалось наличие склонности к полноте в подростковом периоде или раннем детстве, отсутствие занятий физическими упражнениями с целью коррекции массы тела. Среди всех групп пациентов в

данной группе отмечается самый высокий уровень эмоциогенного пищевого поведения (1,27 балла) по данным опросника DEBQ, хотя он также не превышает норматив. Тем не менее, в этой группе у 25 % опрошенных по DEBQ был выявлен повышенный уровень эмоциогенного пищевого поведения. Нарушение пищевого поведения отмечалось преимущественно по компульсивному эмоциогенному типу. Уровни экстерального и ограничительного пищевого поведения составили 3,0 и 1,78 баллов соответственно. У 75 % пациентов отмечалось нарушение пищевого поведения преимущественно по экстеральному типу. Общий уровень ситуативной тревожности в данной группе пациентов оказался низким — 3,5 балла, общий уровень личностной тревожности — высоким — 7,75 балла. Несмотря на низкий общий уровень ситуативной тревожности, в ее структуре отмечалось повышение астенического компонента — 7,67 баллов. Высокий уровень личностной тревожности объяснялся высокими показателями астенического компонента, эмоционального дискомфорта и показателя тревожной оценки перспектив (7,38; 7,875 и 7,875 баллов соответственно). Общий уровень депрессии по шкале Бэка составил 17,1 балла, что приблизительно соответствует уровню депрессии в 4-й группе. При этом у 25% наблюдалась депрессия средней степени тяжести, у 12,5% — тяжелая депрессия.

Обсуждение

Для пациентов всех групп с ожирением были выделены общие особенности: наличие избыточной массы у одного или обоих родителей, наличие склонности к полноте в подростковом периоде или раннем детстве, при этом часто продукты питания использовались в качестве поощрения или наказания, отсутствие регулярных физических нагрузок с целью коррекции массы тела, что сами больные, в основном, объясняли выраженной усталостью и «упадком сил». Последняя особенность, вероятно, говорит о сниженной мотивированности пациентов снизить вес. Общим для всех групп пациентов явился повышенный уровень астенического компонента в структуре как реактивной, так и личностной тревожности.

Повышенные уровни экстерального пищевого поведения наблюдались в 3, 4, 5-й группах. Незначительное повышение уровня ограничительного ПП отмечалось лишь в 4-й группе (больных с ожирением II степени). Обращает на себя внимание тот факт, что в 5-й группе был отмечен один из наиболее низких уровней ограничительного пищевого поведения в сравнении с другими группами. По данным опросника DEBQ повышения среднего уровня эмоциогенного пищевого поведения не было выявлено ни в одной из групп, хотя во всех группах наблюдалось повышение уровня эмоционального дискомфорта в структуре личностной тревожности. Таким образом, можно предположить, что связь между эпизодами переедания и эмоциональным дискомфортом пациентами не осознается. Это пред-

положение подтверждает тот факт, что при более детальной беседе у 50% пациентов 2-й группы, 25% пациентов 3-й группы, у 12% 4-й группы, 25% 5-й группы было выявлено компульсивное ЭПП.

Уровень депрессии по шкале Бэка был повышен во всех группах, максимальное повышение отмечалось во 2-й группе. Учитывая, что группы пациентов формировались без специальной выборки, повышенный уровень депрессии, вероятно, отражает социальные характеристики среды, является результатом общей психологической нагрузки, социальной неудовлетворенности, отсутствия стабильности и неуверенности в будущем. Эти же причины влияют на повышенный уровень личностной тревожности в целом, компоненты эмоционального дискомфорта и тревожной оценки перспектив, в частности.

Во всех группах выявлено значительное повышение показателя астенического компонента в струк-

туре как личностной, так и ситуативной тревожности даже в тех случаях, когда общие уровни были низкими или нормальными. Это, вероятно, обусловлено существенным влиянием снижения качества жизни пациентов с сахарным диабетом.

Выводы

1. По мере увеличения индекса массы тела отмечается рост показателя экстернального пищевого поведения.

2. Среди пациентов с избыточной массой тела наблюдается наибольшая распространенность компульсивного эмоциогенного пищевого поведения на фоне наиболее выраженных депрессивных симптомов.

3. У больных с сахарным диабетом на фоне ожирения необходимо формирование правильного стиля пищевого поведения, что приведет к снижению массы тела и лучшей компенсации диабета.

Литература

1. Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В. Применение интегративного теста тревожности (ИТТ). Методические рекомендации. Санкт-Петербург, 1997.
2. Вахмистров А.В., Вознесенская Т.Г., Посохов С.И. Клинико-психологический анализ нарушений пищевого поведения при ожирении. // Журнал неврологии и психиатрии, 2001, № 12.
3. Вознесенская Т.Г. Причины неэффективности лечения ожирения и способы ее преодоления. // Проблемы эндокринологии, 2006. Т.52, № 6.
4. Мельченко Н.И., Любимова А.А. К вопросу об исследовании психологического статуса женщин с алиментарным ожирением. // Известия Самарского научного центра Российской академии наук, 2005.
5. Мкртумян А. М., Бирюкова Е. В. Ксеникал — современный и перспективный препарат для лечения ожирения. // Терапевтический архив, 2007, № 10.
6. Ожирение. Руководство для врачей / под редакцией И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. М.: Медицинское информационное агентство, 2004.
7. Van Strein T. et al. The Dutch eating behavior questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional and external eating behavior. // Int J Eat Disord, 1986; 2.