

Пищевое поведение как важный фактор развития ожирения и коморбидных с ним заболеваний

Исаченкова О.А.*

ФГБУ «Приволжский федеральный медицинский исследовательский центр» Минздрава России, Нижний Новгород
(директор – д.м.н. Н.Н. Карякин)

Нарушение пищевого поведения является важным фактором патогенеза развития ожирения и коморбидных с ним заболеваний. В статье рассмотрены различные формы таких нарушений, отмечена их связь с эмоционально-личностными нарушениями и неконструктивными копинг-стратегиями в ситуациях стресса, способствующими развитию психической дезадаптации и различных психосоматических расстройств, в том числе ожирения. Подчеркнута необходимость психологической коррекции данных нарушений и целесообразность включения психотерапии в комплексное лечение больных с ожирением и коморбидными ему психосоматическими заболеваниями.

Ключевые слова: ожирение, пищевое поведение, личностные расстройства, алекситимия, копинг-стратегии, психотерапия.

Eating behavior as an important factor in the development of obesity and comorbid diseases

Isachenkova O.A.*

Volga Federal medical research center, Verkhne-Volzhskaya naberezhnaya, 18, Nizhny Novgorod, Russia, 603155.

Eating disorders is an important factor in the pathogenesis of obesity and comorbid diseases. The article describes the various forms of such disturbances, their relationship to emotional and personality disorders and unhelpful coping strategies in situations of stress, contributing to the development of mental maladjustment, and various psychosomatic disorders, including obesity. It stresses the need of psychological correction and the appropriateness of including psychotherapy in complex treatment of patients with obesity and its comorbid psychosomatic diseases.

Keywords: obesity, eating behavior, personal disorders, alexithymia, coping strategies, psychotherapy.

*Автор для переписки/Correspondence author – isachenkova@mail.ru

DOI: 10.14341/OMET2015414-17

Ожирение с каждым годом становится все более серьезной медико-социальной проблемой в странах с высоким уровнем экономического развития, в том числе в России, где более 30% населения имеют избыточную массу тела. Считается, что оно снижает продолжительность жизни в среднем на 3–5 лет и является причиной развития различных соматических заболеваний, таких как атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, инсулиннезависимый сахарный диабет, желчно-каменная болезнь и др. [4, 13]. Согласно этиопатогенетической классификации, предложенной И.И. Дедовым и Г.А. Мельниченко [5], выделяют следующие формы ожирения:

1. первичное, или экзогенно-конституциональное, развивающееся вследствие несоответствия между поступлением и расходом энергии. Оно подразделяется на гиноидное (ягодично-бедренное) и андроидное (абдоминально-висцеральное);
2. вторичное, или симптоматическое, которое, в свою очередь, подразделяется на несколько видов:
 - а) генетическое с установленным дефектом, например, адипозогенитальная дистрофия, синдром Бабинского–Пехкранц–Фрелиха;

б) церебральное, связанное с заболеваниями головного мозга (воспалительный процесс, травма, опухоли и т.д.);

в) эндокринное, возникающее при патологии эндокринной системы (заболевания гипофиза, надпочечников, щитовидной железы и др.);

г) ятрогенное, возникающее при приеме некоторых лекарственных препаратов.

Следует отметить, что в большинстве случаев ожирение носит экзогенно-конституциональный характер и развивается в результате различных нарушений пищевого поведения. Такое ожирение нередко возникает на фоне стресса, являясь маркером психической дезадаптации и неконструктивных стратегий преодоления трудных жизненных ситуаций, поэтому с полным правом относится к психосоматической патологии [1, 9, 18].

Под пищевым поведением понимается ценностное отношение к пище, формирующее стереотипы питания и включающее в себя установки, привычки и эмоции, касающиеся еды, индивидуальные для каждого человека. Пищевое поведение оценивается как гармоничное (адекватное) или девиантное (патологическое)

в зависимости от множества параметров, в частности, от места, которое занимает процесс приема пищи в иерархии ценностей человека, а также от количественных и качественных показателей питания. Адекватной формой пищевого поведения считается прием пищи с целью удовлетворения потребности в питательных веществах, когда еда является средством поддержания энергетического и пластического равновесия организма. Однако пищевая потребность, будучи чисто биологической по своей природе у животных, у человека предстает в более сложном виде, являясь средством удовлетворения не только физиологических, но и различных социально-психологических потребностей. Так, прием пищи может быть средством разрядки психоэмоционального напряжения, компенсации неудовлетворенных потребностей, чувственного наслаждения, самоутверждения, общения, поддержания определенных ритуалов и т.д. Таким образом, пищевое поведение человека находится в рамках континуума, включающего нормальные пищевые паттерны, эпизодические пищевые расстройства и, наконец, патологическое пищевое поведение. Среди патологических форм выделяют экстернальный, эмоциогенный, ограничительный типы пищевого поведения, а также наиболее тяжелые их проявления, такие как нервная анорексия и нервная булимия. Экстернальный тип пищевого поведения связан с повышенной чувствительностью к внешним стимулам потребления пищи. Человек с таким поведением ест в ответ не на внутренние стимулы, такие как пустой желудок, уровень глюкозы и свободных жирных кислот в крови и т.д., а на внешние — витрина продуктового магазина, хорошо накрытый стол, вид едящего человека, реклама пищевых продуктов и т.д. При эмоциогенном типе пищевого поведения стимулом к приему пищи также является не голод, а эмоциональный дискомфорт, который человек пытается облегчить с помощью высококалорийной еды, в которой преобладают продукты, богатые углеводами и жирами. В настоящее время в литературе даже появился такой термин, как «углеводная жажда», для удовлетворения которой человеку срочно необходима сладкая и жирная пища. При этом она подобна наркотику, и при ее отсутствии у человека развивается тягостное депрессивное состояние, чем-то напоминающее абстиненцию [26, 27]. Ограничительный тип поведения наблюдается при соблюдении чрезмерно строгой диеты, чередующейся с периодами компульсивного переедания на фоне развития так называемой «диетической депрессии» [2, 3, 19]. Наиболее тяжелыми формами нарушениями пищевого поведения считаются нервная анорексия и нервная булимия, которые относятся к очень серьезным нервно-психическим расстройствам и лечатся уже с обязательным участием врачей-психиатров.

Следует отметить, что в основе развития многих форм нарушений пищевого поведения лежит так называемая пищевая аддикция или зависимость, которая формируется в результате различных конституционально-биологических и социально-психологических факторов [6, 11]. Она относится к тем формам зависимостей, которые внешне не противоречат право-

вым, морально-этическим и культуральным нормам, но вместе с тем нарушают целостность личности, задерживают ее развитие и серьезно осложняют межличностные взаимоотношения. Как считает К. Леонгард, «при обжорстве помыслы человека постоянно устремлены к удовлетворению ненасытного аппетита, соответственно с этим складывается весь его образ жизни» [7]. Согласно одной из гипотез, пища обладает аддиктивным (зависимым) потенциалом, если в ней содержится повышенное количество углеводов, которые усиливают выработку серотонина. По мере того, как еда приобретает все больший зависимый характер, у переедающего человека нарушаются обменные процессы и регуляция пищевого центра. При этом появляется неадекватная стимуляция чувства голода, и он начинает развиваться вскоре после очередного приема пищи при незначительном падении концентрации глюкозы в крови. Физиологические механизмы при этом рассогласовываются, и человек начинает есть слишком много и слишком часто [17, 24].

Многие авторы считают, что источником зависимого поведения чаще всего являются сложные нарушения личности. Это может быть непроработанный негативный опыт разных периодов жизни, приводящий к внутреннему дискомфорту, неспособности противостоять неудачам и трудностям, отсутствию четких ориентиров в жизни, неумению «быть взрослым» и отвечать за свою жизнь, развитию невротических черт личности и т.д. Неразрешенная внутренняя проблема может привести к использованию различных «заместителей» неудовлетворенных потребностей и развитию таких патологических состояний, как хроническое переедание, алкоголизм, табакокурение, наркомания, игромания, трудовголизм и др., имеющих в принципе один и тот же механизм происхождения. Поэтому любая форма зависимости является неадекватной формой защиты личности и может привести к развитию дезадаптивного поведения [2, 11, 18, 20].

Существует также мнение, что предпосылками к развитию пищевой аддикции служат нарушения в диаде мать-дитя в ранние периоды жизни человека, неадекватные семейные стереотипы питания, а также врожденные нарушения трансмиссии серотонина в структурах головного мозга, отвечающих за регуляцию пищевого поведения. Большая роль при этом принадлежит развитию определенных эмоционально-личностных нарушений, среди которых особое значение придается таким феноменам, как алекситимия, выученная беспомощность, сниженная поисковая активность [9, 10, 17, 25].

Алекситимия представляет собой патологический аффективно-когнитивный комплекс, в основе которого лежат трудности в идентификации и описании своих чувств и телесных ощущений, недостаточность воображения и такие черты когнитивного стиля, как ригидность и конкретность. Она является крайней степенью нарушения эмоционально-телесной компетентности, задатки развития которой закладываются в младенческом возрасте и зависят от характера общения матери и ребенка. Теплый эмоциональный контакт с ребенком и адекватное удовлетворение его физиологических потребностей способствуют полноцен-

ному развитию психических структур, формирующих эмоционально-телесную сферу человека. Однако при фрустрации потребностей ребенка способность к эмоционально-телесному пониманию претерпевает серьезные нарушения или не формируется вовсе. При этом развивается состояние чувственно-телесной слепоты, которое Р. Sifneos и обозначил термином «алекситимия» [23]. Она снижает способность вербализации аффекта, нарушая структурирование внутреннего опыта, особенно актуального при проживании сложных жизненных ситуаций и, по мнению ряда авторов, является одной из основных причин развития различных форм зависимостей и психосоматических заболеваний [1, 9]. Предполагают, что на физиологическом уровне при этом может происходить блокирование импульсов в мозолистом теле, соединяющем левое и правое полушарие и нарушение связи между лимбической системой и высшей кортикальной активностью [25].

Таким образом, алекситимия, лежащая в основе нарушения эмоционально-телесного уровня саморегуляции, признается одной из основных причин формирования различных форм зависимостей. Другими причинами их развития могут быть феномены выученной беспомощности и нарушенной поисковой активности, которые нарушают уже когнитивно-поведенческий уровень саморегуляции [16, 22]. Состояние выученной беспомощности возникает при личностной незрелости, сниженном уровне субъективного контроля, неуверенности в своих силах и характеризуется хроническим отсутствием подкрепления действий индивида положительным результатом. В концепции поисковой активности большая роль отводится активному поведению как важному фактору в преодолении трудных и неопределенных ситуаций, от которого зависит не только результат действия, но и соматическое здоровье человека [16].

Некоторые другие исследователи [12, 14, 15] также рассматривают развитие пищевой аддикции в рамках эмоционально-поведенческих теорий и считают, что ожирение является следствием неспособности человека проводить различие между чувством голода и состоянием тревоги, в результате чего он реагирует на стресс как на голод, увеличивая потребление пищи. Такая модель тоже указывает на важное значение отношений мать-дети в генезе ожирения. Когда мать предлагает еду в ответ на сигналы ребенка, свидетель-

ствующие о голоде, у младенца постепенно формируется чувство голода, которое отличается от других потребностей и состояний дискомфорта. Если же реакция матери длительное время неадекватна, то по мере своего роста ребенок не обретает способности отличать состояние голода от других дискомфортных состояний. Считается, что метафорическое и символическое значение еды для человека достаточно многогранно: поддерживать жизнь, ощущать вкус мира, впускать его в себя и т.д. Поэтому в первые месяцы жизни ребенка кормление становится той «ведущей деятельностью», в которой формируются различные психические процессы, в том числе и отношение к себе как эмоциональной матрицы самосознания. Кроме того, еда для ребенка поддерживает бессознательную фантазию единения с матерью, при этом впоследствии символическим замещением матери может стать продовольственный магазин или холодильник. Для многих взрослых быть сытым означает находиться в безопасности и не быть покинутым матерью, поэтому удовлетворение непреодолимого желания поесть может неосознанно способствовать и ослаблению страха. Итак, все вышеперечисленные теории указывают на важную роль нарушений саморегуляции личности в формировании дезадаптивных способов совладания с жизненными трудностями (копинг-стратегий), которые и лежат в основе развития психосоматической патологии и различных форм зависимого поведения [1, 9, 10, 12]. Термин «копинг-стратегии» был введен Лазарусом при изучении поведения людей в стрессовых ситуациях. По его мнению, адаптивным копингом является поведение, направленное на достижение успеха, размышление над ситуацией, эмоциональная поддержка, неадаптивным — уход от решения проблемы, растерянность, подавление негативных эмоций и т.д. [8, 21].

Таким образом, экзогенно-алиментарное ожирение и коморбидные ему заболевания с полным правом можно отнести к психосоматической патологии, развивающейся в результате нарушений пищевого поведения на фоне психической дезадаптации и стресса. Поэтому с целью профилактики и лечения данной патологии целесообразно применять психотерапевтические методы воздействия, способствующие улучшению эмоционально-личностной компетентности и развитию адаптивных копинг-стратегий преодоления трудных жизненных ситуаций.

Л и т е р а т у р а

1. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. Краткий учебник, пер. с нем. — М.: ГЭОТАР-Медицина; 1999 [Brojtigam V, Kristian P, Rad M. Psihosomaticeskaja medicina. Kratkij uchebnik, translated from German. Moscow: GEOTAR-Medicina; 1999 (In Russ)]
2. Вахмистров А.Б., Вознесенская Т.Г., Посохов С.И. Клинико-психологический анализ нарушений пищевого поведения при ожирении // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2001. — №12. — С. 19-24 [Bakhmistrov AB, Voznesenskaya TG, Posokhov SI. Kliniko-psikhologicheskij analiz narushenij pishchevogo povedeniya pri ozhireнии. Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova. 2001;(12):19-24. (In Russ)]
3. Вознесенская Т.Б., Рыльцова Г.А. Психологические и биологические аспекты нарушения пищевого поведения //Обзор психиатрии и мед. Психологии. — 1994 — №1. — С. 29-37. [Voznesenskaya TB, Ryl'tsova GA. Psikhologicheskie i biologicheskie aspekty narusheniya pishchevogo povedeniya. Obozrenie psikiatrii i med. Psikhologii. 1994;(1):29-37. (In Russ)]
4. Гинзбург М.М., Козулица Т.С., Крюков Н.Н. Ожирение и метаболический синдром. Влияние на состояние здоровья, профилактика и лечение. — Самара; 1999 [Ginzburg MM., Kozulitsa TS., Kryukov NN. Ozhirenie i metabolicheskij sindrom. Vliyaniye na sostoyaniye zdorov'ya, profilaktika i lechenie. Samara; 1999 (In Russ)]
5. Ожирение: этиология, патогенез, клинические аспекты: Руководство для врачей. / под ред. Дедова И.И., Мельниченко Г.А. — М. — Медицинское информационное агенство; 2004. [Ozhirenie: etiologiya, patogenez, klinicheskie aspekty: Rukovodstvo dlya vrachey. Ed by Dedov II, Mel'nichenko GA. Moscow: Meditsinskoe informatsionnoe agenstvo; 2004. (In Russ)]

6. Егоров А.Ю. Нехимические (поведенческие) аддикции (обзор) // Аддиктология. – 2005. – №1. – С. 65-67. [Egorov AYU. Nekhimicheskie (povedencheskie) addiktsii (review). Addiktologiya. 2005;(1):65-67. (In Russ)]
7. Леонгард К. Акцентуированные личности / пер. с нем., – издательство Феникс; 1997. [Leongard K. Aktsentuirovannye lichnosti, traslated from German. Izdatel'stvo Feniks; 1997. (In Russ)]
8. Либина Е.В. Изучение стилей совладания человека со сложными жизненными ситуациями с позиций интерактивного подхода. – Смоленск; 1996 [Libina EV. Izuchenie stiley sovladaniya cheloveka so slozhnymi zhiznennymi situatsiyami s pozitsiy interaktivnogo podkhoda. – Smolensk; 1996. (In Russ)]
9. Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф. и др. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике // –СПб.: Издание СПб. НИПНИ им. ВМ Бехтерева; 2000. [Lyuban-Plotstsa B, Pel'dinger V, Kreger F i dr. Psikhosomaticheskoe rasstroystva v obshchey meditsinskoй praktike. Saint-Petersburg: Izdanie SPb. NIPNI im. VM Bekhtereva; 2000. (In Russ)]
10. Малкина-Пых И.Г. Терапия пищевого поведения. – М.: из-во «Эксмо»; 2007 [Malkina-Pykh IG. Terapiya pishchevogo povedeniya. Moscow: izdatel'stvo «Eksmo»; 2007. (In Russ)]
11. Менделевич В.Д. Расстройства зависимого поведения (к постановке проблемы) // Рос. психiatr. журнал. – 2003. – №1. – С. 5-9. [Mendelevich VD. Rasstroystva zavisimogo povedeniya (k postanovke problemy). Ros. psikhiatr. Zhurnal. 2003; (1):5-9. (In Russ)]
12. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. – М.; 2002 [Mendelevich VD, Solov'eva SL. Nevrozologiya i psikhosomaticheskaya meditsina. Moscow; 2002. (In Russ)]
13. Мкртумян А.М. Ожирение-проблема XXI века. Пути решения // РМЖ. – 2005. – Т. 13 – № 7. – С.448-451. [Mkrtyumyan AM. Ozhirenie-problema XXI veka. Puti resheniya. RMZh. 2005; 13(7):448-451. (In Russ)]
14. Обухов Я.Л. Значение первого года жизни для последующего развития ребенка (Обзор концепции Д.В. Винникотта) // Вопросы общей и дифференциальной психологии: Сборник научных трудов / Под ред. Н.Э. Касаткина, В.П. Михайлова, М.С. Яницкий и др. – Кемерово; 1999. [Obukhov YaL. Znachenie pervogo goda zhizni dlya posleduyushchego razvitiya rebenka (Obzor kontsept-sii D.V. Vinnikotta) In: Voprosy obshchey i differentsial'noy psikhologii: Sbornik nauchnykh trudov. Ed by Kasatkina NE, Mikhaylova VP, Yanitskiy MS et al. Kemerovo; 1999. (In Russ)]
15. Перлз Ф., Хефферлин Р., Гудман П. Опыты психологии самопознания (практикум по гештальттерапии) / пер. с нем. Москва. 1993 [Perlz F, Khefferlin R, Gudmen P. Opyty psikhologii samopoznaniya (praktikum po geshtal'tterapii). Translated from German. Moscow; 1993 (In Russ)]
16. Ротенберг В.С., Аршавский В.В. Поисковая активность и адаптация. – М.; 1984 [Rotenberg VS, Arshavskiy VV. Poiskovaya aktivnost' i adaptatsiya. Moscow; 1984. (In Russ)]
17. Ротов А.В., Гаврилов М.А., Бобровский А.В., Гудков С.В. Агрессия как форма адаптивной психологической защиты у женщин с избыточной массой тела // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 1999. – №1. – С.81-83. [Rotov AV, Gavrilov MA, Bobrovskiy AV, Gudkov SV. Agressiya kak forma adaptivnoy psikhologicheskoy zashchity u zhenshchin s izbytochnoy massoy tela. Sibirskiy vestnik psikhiiatrii i narkologii. 1999; (1):81-83. (In Russ)]
18. Савчикова Ю.Л. Психологические особенности женщин с проблемой веса. Дис....канд. псих. наук. – СПб; 2005. [Savchikova YuL. Psikhologicheskie osobennosti zhenshchin s problemoy vesa. [dissertation]. Saint-Petersburg; 2005. (In Russ)]
19. Салмина-Хвостова О.И. Расстройства пищевого поведения при ожирении (эпидемиологический, клинико-динамический, превентивный, реабилитационный аспекты: автореф. дис.....д-ра мед. наук. – Томск; 2008. [Salmina-Khvestova OL. Rasstroystva pishchevogo povedeniya pri ozhireнии (epidemiologicheskii, kliniko-dinamicheskii, preventivnyy, reabilitatsionnyy aspekty [dissertation] Tomsk; 2008. (In Russ)]
20. Яременко Л.Н. Психосоциальная коррекция в комплексном лечении ожирения //Рос. семейный врач. – 1999 – №2. – С. 35-39. [Yaremenko LN. Psikhosotsional'naya korrektsiya v kompleksnom lechenii ozhireniya //Ros. semeynyy vrach. 1999; (2):35-39. (In Russ)]
21. Lazarus R.S. Psychological stress and the coping process. N.Y.; 1966
22. Seligman MN. Helplessness: on depression, development and death. San-Francisco; 1975
23. Sifneos P.E. The prevalence of «alexithymic» characteristics in psychosomatic patients in Topics of Psychosomatic Research. Psychother. Psychosom. 1973; 22:255-262.
24. Stunkard A.J. Foch T.T. Hrubec Z. A twin study of human obesity. Jama. 1986; 256:51-54.
25. Taylor G.J. Alexithymia: concept, measurement and implications for treatment. Am. J. Psychiatry. 1984; 141(6):725-732.
26. Wurtman JJ. Managing Your Mind and Mood through Food. Rawson Associates. 1986; (9).
27. Yanovsky SZ. Biological correlates of binge eating. Adduct. Behav. 1995; 20:705-712

Исаченкова Ольга Александровна

к.м.н., старший научный сотрудник ФГБУ «Приволжский медицинский
исследовательский центр»
E-mail: isachenkova@mail.ru