

Нарушения пищевого поведения при первичном ожирении

ВОЗНЕСЕНСКАЯ Т.Г. д.м.н., профессор, кафедра нервных болезней ФПОВ ММА им. И.М.Сеченова, Москва

Отражены особенности пищевого поведения (ПП) у больных ожирением. Рассмотрены экстернальное, эмоциогенное ПП и разновидности последнего в виде гиперфагической реакции на стресс, компульсивного ПП и синдрома ночной еды. Рассмотрены ограничительное ПП и возникающая на его фоне "диетическая депрессия". "Диетическая депрессия" обсуждается в аспекте синдрома отмены. Пищевая зависимость рассматривается в ряду других зависимостей: алкогольной, никотиновой. Среди лечебных методов лидирует поведенческая модификация с выработкой правильного пищевого стереотипа.

Особенности нарушения пищевого поведения при ожирении, к сожалению, весьма редко анализируются врачами. Обращается внимание лишь на избыточный и нерегулярный по времени прием пищи, сниженную насыщаемость и пристрастие к высококалорийным продуктам. Однако нарушения пищевого поведения у тучных гораздо разнообразнее и сложнее.

Детальное изучение как их клинической феноменологии, так и их происхождения позволяют понять устойчивость этих нарушений и такую слабую подверженность терапии. Пищевая мотивация относится к первичным биологическим мотивациям, однако ее невозможно анализировать без учета других мотиваций и эмоционально-личностных особенностей индивидуума. Потребление пищи у человека служит не только для восполнения энергетических затрат, но и является способом общения, получения удовольствия, психической релаксации. На характер пищевых пристрастий оказывают влияние культуральные, национальные, социальные и семейные традиции. Становление неправильного пищевого стереотипа начинается в раннем детском возрасте и трудно модифицируется. Существует три основных типа нарушения ПП: экстернальное, эмоциогенное, ограничительное.

Экстернальное ПП при ожирении впервые описал Шахтер [6, 9, 11]. Оно проявляется повышенной реакцией больного не на внутренние, гомеостатические стимулы к приему пищи (уровень глюкозы и свободных жирных кислот в крови, наполненность желудка, его моторика и т.д.), а на внешние, такие, как накрытый стол, принимающий пищу человек, реклама пищевых продуктов. Основным стимулом к еде является доступность пищевых продуктов. Именно эта особенность лежит в основе переживания "за компанию", перекусов на улице, избыточного приема пищи в гостях. Основой постоянного повышенного реагирования на внешние стимулы к приему пищи является невозможность ощутить полноценное чувство сытости. Насыщение у больных ожирением ассоциируется почти исключительно с чувством механического переполнения желудка.

По нашим данным, практически у всех пациентов с ожирением в той или иной степени выражено экстернальное ПП [1—4]. У здоровых людей с нормальным весом повышенная реакция на внешние пищевые стимулы наблюдается только в состоянии голода, при этом ее степень прямо пропорциональна интервалу между приемами пищи, во многом зависит от ее количества и состава. У больных ожирением подобная закономерность отсутствует.

Другим типом нарушения является **эмоциогенное ПП**, которое, по нашим данным, встречается у 60% больных ожирением [2]. Его синонимы — гиперфагическая реакция на стресс и эмоциогенное переживание. Шелтон образ-

но называл этот вид переживания "пищевым пьянством". При этом типе нарушения ПП стимулом к приему пищи становится не голод, а эмоциональный дискомфорт: человек ест не потому что голоден, а потому что неспокоен, тревожен, раздражен, у него плохое настроение, он удручен, подавлен, обижен, раздосадован, разочарован, потерпел неудачу, ему скучно, одиноко и т.д. Образно говоря, человек с эмоциогенным ПП "заедает" свои горести и несчастья так же, как человек, привыкший к алкоголю, их запивает.

Мы проанализировали, после каких стрессовых событий чаще обостряется эмоциогенное ПП. На первом месте стоят смерть или тяжелая болезнь близких людей. Затем, в порядке снижения значимости, следуют:

- известие о супружеской измене;
- ситуация развода;
- подготовка к экзаменам или провал на экзамене;
- ожидание значимого события при сомнениях в его благоприятном исходе;
- обострение конфликтов в семье или на работе;
- периоды обострения переживаний по поводу неудачной, не сложившейся жизни, ненужности, некрасивости.

Эмоциогенное ПП может быть представлено пароксизмальной формой (компульсивное пищевое поведение) либо переживанием с нарушением суточного ритма приема пищи (синдром ночной еды). Эти формы впервые описаны А.Стункардом в 1959 г. и встречаются в клинической практике достаточно часто [10]. Среди популяции людей с избыточным весом компульсивное пищевое поведение выявлено в 19%. У больных, находящихся на лечении по поводу ожирения, представленность компульсивного пищевого поведения резко возрастает и достигает 30% [12]. Более того, последние исследования А. Golay (из доклада на Международном симпозиуме по ожирению, 31 мая—1 июня, 2002, Севилья) свидетельствуют, что компульсивное ПП наблюдается у 50% тучных, лечащихся от ожирения в специализированных стационарах Швейцарии.

Компульсивное ПП клинически проявляется четко очерченными во времени приступами переживания, которые не длятся более двух часов. Во время приступа компульсивного приема пищи больной ест очевидно больше обычного и быстрее обычного. Прием больших количеств пищи часто не сопровождается чувством голода. Потеря самоконтроля за приемом пищи — важный диагностический признак компульсивной еды. Булимический эпизод прерывается самопроизвольно, как правило, из-за избыточного переполнения желудка; иногда из-за прихода посторонних, так как больные, стесняясь приступов, тщательно их скрывают. Для этих больных характерно чувство вины, ощущение отвращения к себе и развитие других де-

прессивных симптомов из-за приступов переедания. Для постановки диагноза необходимо, чтобы частота эпизодов резкого переедания в среднем наблюдалась не реже двух раз в неделю на протяжении полугода. Это состояние имеет четкие различия с симптомокомплексом нервной булимии. Диагностические критерии компульсивного ПП (Binge-eating disorder) вошли в классификацию DSM-IV [14].

Синдром ночной еды встречается несколько реже [3, 6, 10]. Среди больных ожирением его представленность достигает 9%. Он проявляется клинической триадой симптомов: утренняя анорексия, вечерняя и ночная булимия, нарушение сна. В основном этот синдром встречается у тучных женщин, склонных к депрессии. Больные с синдромом ночной еды, как правило, не принимают пищу всю первую половину дня. С утра их аппетит очевидно снижен, вид пищи может вызывать отвращение. Во вторую половину дня аппетит значительно возрастает, и к вечеру они чувствуют сильный голод, который приводит к значительному перееданию. Причем, чем сильнее был дневной эмоциональный дискомфорт, тем более выражено вечернее переедание. Характерно, что больные не могут заснуть, не съев избыточного количества пищи. Их сон поверхностен, тревожен, беспокойен, они могут несколько раз просыпаться ночью и вновь принимать пищу. По нашим данным, голод и сытость у больных с синдромом ночной еды являются своеобразными модуляторами уровня бодрствования [3]. После приема пищи активность и работоспособность пациентов значительно снижаются, появляется сонливость, нарушается профессиональная деятельность. Это является одной из причин отказа от приема пищи утром и в течение рабочего дня. Переедание вечерами используется пациентами в качестве снотворного средства. Первостепенная роль голода и насыщения в регуляции уровня бодрствования характерна для человека в период раннего младенческого возраста. Именно голод пробуждает младенца ото сна и делает его эмоционально и моторно активным, и, напротив, за приемом пищи и сытостью наступают релаксация и сон. В процессе созревания организма роль голода и сытости как регуляторов уровня бодрствования значительно снижается, уступая место другим стимулам и мотивациям. У больных ожирением такой замены в должной мере не происходит. Синдром ночной еды при ожирении можно отнести к варианту онтогенетической психофизиологической незрелости.

Третий тип нарушения — *ограничительное ПП*. Так называют избыточные пищевые самоограничения и бессистемные слишком строгие диеты, к которым время от времени прибегают все больные ожирением. Периоды ограничительного ПП сменяются периодами переедания с новым интенсивным набором веса. В результате такого поведения человек находится в постоянном стрессе: во время самоограничений страдает от сильного голода, а во время перееданий — от чувства вины. Эмоциональная нестабильность, возникающая во время применения строгих диет, получила название *диетической депрессии*, впервые описанной А.Стункардом в 1953 г. Этим термином Стункард описывал целый комплекс отрицательных эмоциональных ощущений, возникающих на фоне диетотерапии: повышенные раздражительность и утомляемость, чувство внутреннего напряжения и постоянной усталости, агрессивность и враждебность, тревожность, сниженное настроение, удрученность и т.д. [6, 10]. "Диетическая депрессия" является основной причиной, которая приводит к отказу от дальнейшего соблюдения диеты и к рецидиву заболевания. После таких эпизодов у пациентов формируются: чувство вины, снижение самооцен-

ки, неверие в возможность излечения. Особенно плохо переносят диетотерапию больные с перееданием в ответ на стресс, которые привыкли нормализовать свой эмоциональный дискомфорт приемом пищи и для которых еда стала своеобразным релаксирующим средством.

По нашим данным, больные ожирением с эмоциогенным ПП при применении изолированной диетотерапии в 100% случаев испытывают симптомы "диетической депрессии" той или иной степени выраженности. Более того, у 30% больных ожирением без клинически выраженных форм нарушения пищевого поведения они впервые возникают на фоне диетотерапии, что сопровождается ощутимым эмоциональным дискомфортом и заставляет их отказываться от терапии [1—4].

T. Wadden привел данные по 259 пациентам, у 20% которых на фоне диетотерапии, даже несмотря на одновременное применение психотерапевтической коррекции, все же развились симптомы депрессии (Международный конгресс по ожирению, 31 мая — 1 июня, 2002, Севилья).

Решающее значение для формирования нарушений ПП имеет наследственная дисфункция церебральных систем, регулирующих прием пищи. Главную роль играет серотонинергическая недостаточность. Доказательством этой гипотезы служат экспериментальные работы J.J. Wurtman и R.J. Wurtman [14]. Приводим их краткую суть.

Вслед за потреблением повышенных количеств высокоуглеводной, легкоусвояемой пищи в крови увеличивается уровень глюкозы, что ведет к гиперинсулинемии. В условиях последней гематоэнцефалический барьер становится более проницаемым для триптофана, в связи с чем увеличивается его уровень в ЦНС, что ведет к усилению синтеза серотонина. Таким образом, потребление высокоуглеводной пищи служит своеобразным механизмом, позволяющим стимулировать недостаточную активность серотонинергических систем мозга. Серотонин является нейромедиатором мозга, который участвует в формировании насыщения, полноценного сна и эмоционального комфорта. Учитывая указанную зависимость, вполне возможно назвать высокоуглеводную пищу лекарством, эмпирически найденным больными: оно помогает им достичь эмоционального комфорта, избавившись от состояния угнетенности, раздражения, тревоги и плохого настроения, приносит успокоение, ощущение радости, сытости, покоя. Существенное значение в формировании эмоциогенного ПП имеет неправильное воспитание в раннем детстве. Проведенный нами анализ особенностей становления ПП в семьях тучных позволил выявить целый ряд существенных закономерностей [1, 2].

1. Пища играет доминирующую роль в жизни семьи и является основным источником удовольствия. Другие возможности получения удовольствия (духовные, интеллектуальные, эстетические) не развиваются в должной мере.

2. Любой соматический или эмоциональный дискомфорт ребенка воспринимается матерью как голод. Наблюдается стереотипное кормление ребенка в ситуациях внутреннего дискомфорта, что не позволяет ему научиться дифференцировать соматические ощущения и эмоциональные переживания, например голод от тревоги и внутреннего напряжения.

3. В семьях не происходит адекватного научения другому поведению в период стресса и закрепляется единственный и неправильный стереотип: "когда мне плохо, я должен есть".

4. Обнаружены нарушенные взаимоотношения между матерью и ребенком. В основном они проявляются формальной гиперопекой, при которой главными заботами матери являются только две: одеть и накормить ребенка.

Процесс приема пищи становится сурогатной заменой других проявлений любви и заботы. Это повышает символическую значимость приема пищи. В семьях преобладают психотравмирующие конфликтные ситуации и хаос в межличностных отношениях.

Немаловажную роль в становлении эмоциогенного ПП играют особенности личности больного. Наше многолетнее исследование 300 больных с первичным ожирением позволило выявить характерные для этих больных специфические особенности личности [1–4]. К ним относятся: высокая социальная ориентированность, хороший интеллект, высокая стрессодоступность, пониженная стрессоустойчивость, склонность к тревожно-депрессивным реакциям, психическая незрелость и такая личностная черта, как алекситимия. Преобладают менее совершенные способы психологической защиты, повышенная, плохо контролируемая эмоциональность, пассивные формы поведения. Прием пищи у больных с эмоциогенным ПП играет роль своеобразного защитного механизма от стресса, который соответствует их личности. Этот способ защиты абсолютно социально приемлем, доступен, прост, легко осуществим, не требует ни умственного, ни эмоционального дополнительного напряжения. Психическое напряжение этих больных в ситуации конфликта снижается не через адекватную переработку его содержания, а с помощью простой редукции дискомфорта переживания, не затрагивающей ни причин, ни сути конфликта. Подобная форма защиты от стресса, несомненно, патологична, так как приводит к соматическому заболеванию — ожирению.

Особенности личности больных, а также появление у многих из них психовегетативных расстройств (диетической депрессии) при отказе от привычных продуктов питания позволяют поставить пищевую зависимость в один ряд с алкогольной, никотиновой, лекарственной и наркоманической. В частности, диетическую депрессию возможно рассматривать как проявление синдрома отмены. Подобное рассмотрение пищевой зависимости подтверждается и нашими наблюдениями о частом сочетании эмоциогенного ПП с пристрастием к алкоголю и табаку. Коррекция пищевого поведения с отказом от неправильного пищевого стереотипа почти так же сложна, как и лечение других зависимостей и обязательно должна включать поведенческую терапию.

Основным видом лечения нарушений ПП является поведенческая терапия — изменение неправильного ПП, формирование нормального пищевого стереотипа. Новые пищевые навыки желательно внедрять постепенно. Постепенное, а не одномоментное исключение из рациона высококалорийных продуктов позволяет избежать возникновения диетической депрессии, которая обязательно возникает при резкой смене привычного стиля еды.

В первый месяц лечения возможен отказ только от двух самых высококалорийных и самых часто используемых данным пациентом пищевых продуктов. Настоятельно рекомендуется не есть на ходу, стоя, из пакетов и т.д. Следует постепенно приучить пациента принимать пищу в строго определенное время, в одном и том же удобном месте, за хорошо сервированным столом (скатерть, салфетки, хорошая посуда). Прием пищи обязательно должен не только утолять голод, но и приносить эстетическое удовольствие. Необходимо замедлить прием пищи. Чтобы пациент сумел выполнить эту рекомендацию, надо дать конкретные советы, например: нарезать пищу на очень маленькие куски; медленно и тщательно пережевывать пищу до состояния однородной массы; съев половину порции, сделать перерыв на 3–5 мин и только потом продолжить еду и т.д. В первые месяцы терапии, когда

пищевые ограничения даются с трудом, следует избегать ситуаций, которые способствуют перееданию, например не ходить в гости и не принимать гостей.

Все пищевые ограничения рекомендуется обязательно распространять на всю семью. Дома ни в коем случае не должны находиться продукты, которые запрещены. Эта рекомендация позволяет снизить экстернальное ПП, избежать ненужной напряженности в семье и сделать близких не пассивными наблюдателями, а единомышленниками и активными участниками лечения. Надо попытаться прервать у пациента привычный стереотип "заедать" стрессы.

Чтобы уменьшить проявления эмоциогенного ПП, следует научиться другим отличным от приема пищи способам расслабления. Это могут быть: физическая нагрузка, аутогенная тренировка, душ, ванна, прогулки, танцы, пение, дыхательные упражнения, музыка.

Перед тем как начать есть, следует приучить пациента задавать себе вопрос: почему я хочу это съесть, действительно ли я голоден? Это позволит избежать машинального незаметного переедания. Другими словами, следует использовать методы стимул-контроля.

Это основные, но далеко не все приемы поведенческой терапии ПП. Поведенческая терапия — одна из основных составляющих лечения ожирения, но не единственная. Ее следует применять одновременно с фармакотерапией современными лекарственными средствами, физиотерапией, ЛФК. Комплексное лечение и долговременная стратегия терапии являются необходимыми атрибутами успешного лечения.

Список литературы

1. Вознесенская Т.Г. Церебральное ожирение и истощение (клиническое, нейроэндокринологическое и психофизиологическое исследование): Дисс. на соискание учен. степени д.м.н. — М., 1990. — 472 с.
2. Вознесенская Т.Г., Вахмистров А.В. Клинико-психологический анализ нарушений пищевого поведения при ожирении// Журн. неврол. и психиатр. — 2001. — №12. — С. 19–24.
3. Вознесенская Т.Г., Сафонова В.А., Платонова Н.М. Нарушения пищевого поведения и коморбидные симптомы при ожирении и методы их коррекции// Журн. неврол. и психиатр. — 2000. — №12. — С. 49–52.
4. Appolinario J.C., Bacaltchuk J., Sichieri R. et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of sibutramine in the treatment of binge-eating disorders// Arch. Gen. Psychiatry. — 2003. — Vol. 60. — P. 1109–1116.
5. Giannini A.J., Slaby A.E. The Eating Disorders. — N.Y.: Springer-Verlag, 1993. — 283 p.
6. McElroy S.L., Arnold L.M., Shapira N.A. et al. Topiramate in the treatment of binge eating disorders associated with obesity: a randomized, placebo controlled trial// Am.J.Psychiatry. — 2003. — Vol. 160. — P. 255–261.
7. Rozin P. Towards a Psychology of food choice. — Institut Danone. — 1998. — 265 p.
8. Shachter S. Obesity and eating// Science. — 1968. — Vol. 361. — P. 751–756.
9. Stunkard A.J. Obesity// American Psychiatric Association Annual Review/ Eds. Hales R.E., Francis A.I. — Washington: American Psychiatric Press. Inc., 1985. — Vol. 4. — P. 419–442.
10. Van Strien T. et al. The Dutch eating behavior questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional and external eating behavior// Int. J. Eating Disord. — 1986. — Vol. 2. — P. 188–204.
11. Walsh B.T., Devlin M.J. Eating disorders: progress and problems// Science. — 1998. — Vol. 280. — P. 1387–1390.
12. Wurtman J.J. Carbohydrate craving a disorder of food intake and mood/ Ed. by J.I.Hudson, H.G.Pope. — Washington: A.P.P., 1977. — P. 229–239.