

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ АЛИМЕНТАРНОМ ТИПЕ ОЖИРЕНИЯ

Д.М. Менделевич, М.Н. Гришкина

Кафедра психиатрии (зав. - проф. К.К. Яхин) Казанского государственного медицинского университета

Ожирение - патологическое состояние организма, основным компонентом которого является избыточное накопление жира, приводящее к увеличению массы тела на 20% и более от средних стандартных величин. Развитие ожирения может быть следствием ряда патологических процессов, но наиболее распространенной формой является ожирение с первичным (алиментарным) фактором патогенеза [1, 2]. Избыточной массе тела сопутствуют нарушения обмена веществ и тяжелые соматические заболевания - атеросклероз, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, холелитиаз, варикозное расширение вен, подагра и др. [1].

В последнее время был проведен ряд исследований, которые показали существование причинно-следственной связи ожирения как этиологического фактора с развитием психических расстройств и психологических отклонений. По мнению В.Г. Баранова [2], у части больных с ожирением наблюдается понижение психической активности и интереса к окружающему. Изменение внешнего облика и появление сопутствующей ожирению патологии являются дополнительными психотравмирующими факторами, «требующими» компенсации, которые данный пациент может реализовать только через гиперфагию. Потребность в повышенном поступлении калорий объясняется необходимостью защиты от негативных аффектов, в особенности от депрессивно окрашенных эмоций и от эмоций страха. У тучных людей нередко снижена самооценка, многие из них неуверенно чувствуют себя в обществе; у некоторых имеются серьезные психические нарушения [3]. Зарубежные авторы [5, 6] отмечают, что резко выраженное ожирение ухудшает качество жизни: физические функции организма могут нарушаться вплоть до определенной степени потери трудоспособности.

Цель исследования: изучение психических расстройств, сопутствующих алиментарному ожирению.

В нашем исследовании принимали участие 197 женщин, страдающих алиментар-

ным типом ожирения. Все респондентки были классифицированы по степеням ожирения. Последние определялись с помощью стандартного индекса массы тела (ИМТ), вычисляемого по формуле: масса тела (кг)/рост (м²). Ожирением I степени страдали 62 (31,5%) женщины: ИМТ=25-30 кг/м², II степени - 111 (56,3%): ИМТ = 30-35 кг/м², III - 24 (12,2%): ИМТ = 40-70 кг/м². Кроме того, все женщины были классифицированы по типу распределения жира: андронидный тип - преимущественное отложение жира на животе и в верхней части туловища - было у 126 (64%), гиноидный тип - отложение жира на бедрах, ягодицах и в нижней части туловища - у 71 (36%). Тип ожирения определялся путем измерения окружности талии и бедер [4].

Больные обращались самостоятельно с жалобами на избыточную массу тела с целью лечения. В процессе беседы выяснялось, что их беспокоил в основном собственный внешний вид. Его изменения вызывали такие расстройства, как снижение настроения, бессонница, усиление чувства тревоги, беспокойства, раздражительность, слезливость, снижение работоспособности. Часть больных (67) волновали возможные последствия ожирения, о которых они читали либо были наслышаны от родственников и знакомых: нарушение функции сердечно-сосудистой, пищеварительной, эндокринной, костно-суставной систем и обмена веществ.

Подавляющее большинство обратившихся больных являлись работающими - 123 (62,4%). Учащихся было 28 (14,2%), безработных - 46 (23,4%), замужних - 118 (59,9%). У 163 (82,7%) имелись дети. Возраст пациенток составлял 19-48 лет.

В качестве контрольной группы нами были обследованы 23 женщины с ожирением различной степени (I - у 14, II - у 6, III - у 3), у которых не было жалоб на психическое здоровье и желания изменить свой вес. Длительность ожирения к моменту исследования от 3 месяцев до одного года была у 29 (14,7%), от одного до 5 лет - у 34 (17,3%), от 5 до 10 лет - у 53 (26,9%), от 10 до 20 лет - у 42 (21,3%), от 20 до 22 лет - у 43 (21,8%) женщин.

Таблица 1

Распределение пациенток по возрасту в зависимости от степени ожирения в основной (1-я) и контрольной (2-я) группах (в абс./%)

Степень ожирения Возраст, лет	I		II		III		Всего	
	1-я	2-я	1-я	2-я	1-я	2-я	1-я	2-я
19 — 20	6/3	1/4,3	9 /4,6	1/4,3	—	—	15/7,6	2/8,6
21 — 30	22/11,2	2/8,6	38/19,3	2/8,6	4/2	—	64/32,5	4/17,4
31 — 40	25/12,7	5/21,7	41/20,8	1/4,3	9/4,6	1/4,3	75/38,1	7/30,4
41 — 50	9/4,6	6/26	23/11,7	2/8,6	11/5,6	2/8,6	43/21,8	10/43,5
Всего	62/31,5	14/60,9	111/56,3	6/26,1	24/12,2	3/13	197/100	23/100

В процессе исследования все респондентки были разделены на возрастные группы в зависимости от степени ожирения (табл.1).

Для клинко-психопатологического и соматического обследований использовались следующие методики: ММРІ, тест Люшера, опросник по выявлению невротических состояний, оценка качества жизни больных с помощью теста ВОЗ «Тест определения качества жизни». Каждая пациентка прошла анкетирование с помощью квантификационной карты для обследования больных с пограничными психическими расстройствами, разработанной в ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского. В карту внесены дополнительные вопросы, касающиеся исследуемого заболевания. Статистическую обработку полученных результатов производили с помощью t-критерия Стьюдента и критерия χ^2 . Проведенный анализ позволил выделить у обследованных ряд психопатологических синдромов (табл. 2).

В каждой возрастной группе ведущий синдром проявлялся по-разному. В группе от 19 до 20 лет преобладал астенический синдром - у 13 (6,7%). На последнем месте находился депрессивный и астено-депрессивный синдромы - по 3 (1,5%) человека. Истерический, тревожно-фобический, ипохондрический и истеро-ипохондрический синдромы отсутствовали. Тревожный синдром наблюдался у 9 (4,6%) женщин, тревожно-депрессивный - у 6 (3%). В возрасте от 21 до 30 лет преобладал депрессивный синдром - у 57 (28,9%) женщин, далее следовали истерический и ипохондрический синдромы - соответственно у 48 (24,4%) и 44 (22,3%). Остальные синдромы распределялись следующим образом: тревожный - у 41 (20,8%), истеро-ипохондрический - у 34 (17,3%), астенический - у 33 (16,8%), тревожно-депрессивный - у 26 (13,2%), астено-депрессивный - у 17 (8,6%), тревожно-фобический - у 25 (12,7%). У пациенток от 31 до 40 лет на первом месте был также депрессивный синдром - у 71

Таблица 2

Основные психопатологические синдромы у лиц основной (1-я) и контрольной (2-я) групп (в абс./%)

Основные психопатологические синдромы	1-я	2-я	p
Отсутствие	—	6/26,1	—
Астенический	95/48,2	11/47,8	>0,05
Депрессивный	158/80,2	—	—
Астено-депрессивный	99/50,3	—	—
Тревожный	72/36,5	4/17,4	<0,05
Тревожно-депрессивный	72/36,5	—	—
Тревожно-фобический	57/28,9	—	—
Истерический	140/71,1	—	—
Ипохондрический	116/58,9	2/8,7	<0,05
Истеро-ипохондрический	114/57,9	—	—
Всего	197/100	23/100	—

Примечание. Количество синдромов в каждом столбце составило более 100% в связи с нередкими сочетаниями разных синдромов у одного и того же пациента.

(36%), далее истерический - у 68 (34,5%), астено-депрессивный - у 62 (31,5%), астенический - у 33 (12,8%), ипохондрический - у 51 (25,9%), истеро-ипохондрический - у 57 (28,9%), тревожно-фобический - у 21 (10,7%), тревожно-депрессивный - у 27 (13,7%), тревожный - у 13 (6,6%). В возрастной группе от 41 до 50 лет также преобладал депрессивный синдром - у 27 (13,7%) женщин. У меньшего числа больных проявлялся истерический синдром - у 24 (12,2%), истеро-ипохондрический - у 23 (11,7%), ипохондрический - у 21 (10,7%), астено-депрессивный - у 17 (8,6%), астенический - у 16 (8,1%), тревожно-депрессивный - у 13 (6,6%), тревожно-фобический - у 11 (5,6%), тревожный - у 9 (4,6%).

Таким образом, наши данные показывают, что с увеличением давности болезни и возраста учащаются депрессивный, истерический и истеро-ипохондрический синдромы.

Таблица 3

**Связь нозологической принадлежности психических расстройств
с длительностью заболевания (абс./%)**

Длительность заболевания	Психопатологические расстройства по МКБ-10				
	тревожно- фобические (F 40)	генерализованное тревожное (F41.1)	расстройство адаптации (F43.2)	ипохондрическое (F45.2)	неврастения (F48.0)
3 месяца — 1 год	2 /1	—	13/6,6	2/1	12/6,1
1 год — 5 лет	7/3,6	—	14/7,1	4/2	9/4,6
5 — 10 лет	11/5,6	1/0,5	23/11,7	7/3,6	11/5,6
10 — 20 лет	13/6,6	2/1	13/6,6	8/4,1	6/3
20 — 22 года	4/2	4/2	10/5,1	17/8,6	8/4,1

Можно предположить наличие двух вариантов развития ожирения у обследованных нами пациенток. Первый вариант - у человека с нормальной массой тела переедание (зачастую приступообразное) является реакцией на дистресс (F50.4). Такая «реактивная тучность» может стать следствием утраты близких, несчастных случаев, хирургических операций, иных эмоциональных дистрессов, особенно у лиц, предрасположенных к полноте. В результате таких перееданий и развивается ожирение. В дальнейшем возможно появление описанных выше психических нарушений. Другой вариант развития ожирения - это регулярное переедание, обусловленное культуральными особенностями, семейными традициями, повышенным аппетитом с детства и т.д.

Всех обследованных больных можно подразделить на две группы по их отношению к полноте. К первой относятся пациентки, для которых проблема ожирения носит только эстетический характер, т.е. неудовлетворенность своей внешностью, что часто приводило к страхам нахождения в обществе, появлению психологических проблем в виде затруднения общения с лицами противоположного пола, сложностью и ограниченностью в подборе одежды и т.д. Женщин, относящихся к другой группе, волновала иная проблема - страх появления какой-либо соматической патологии из-за ожирения.

Психические расстройства при ожирении выявляются только тогда, когда пациентка начинает задумываться над своим внешним видом и последствиями, которыми чревато повышение массы тела в соматической сфере. Этот вывод, сделанный на основании сравнения основной и контрольной групп, указывает на то, что ведущим патогенетическим механизмом пограничных психических расстройств при алиментарном ожирении является реакция женщины на болезнь. Этим они отличаются от больных с психическими расстройствами, возникающими при вторичных (эндокринных) фор-

мах ожирения, при которых пограничные психические расстройства носят двойственный характер - психогенный и соматогенный.

У всех 197 больных, обратившихся к врачу-эндокринологу, были выявлены психические расстройства пограничного регистра, которые классифицировались по нозологической принадлежности. У всех наблюдались расстройства широкого спектра, куда входили невротические и соматоформные (по МКБ-10). К той или иной группе расстройств были отнесены женщины по ведущему психопатологическому расстройству, хотя при клиническом обследовании мы нередко наблюдали сочетания нескольких нарушений (табл.3).

Как видно из табл. 3, у пациенток, как и на синдромальном уровне, была выявлена зависимость формы психопатологического расстройства от длительности заболевания. На начальных этапах болезни доминировало расстройство адаптации и в меньшей степени - неврастения. При более продолжительном периоде заболевания отмечался рост генерализованного тревожного и ипохондрического расстройств.

Мы выделили наиболее выраженные симптомы, относящиеся к определенному типу расстройства, классифицируемого по МКБ-10. Тревожно-фобические расстройства (F40) наблюдались у 37 (18,8%) респонденток, из них у 16 (8,1%) - агорафобия (F40.0). Этим больных беспокоило непреодолимое чувство тревоги, появляющееся в общественных местах в присутствии большого числа людей. Они избегали фобических ситуаций, предпочитая, если это возможно, находиться в одиночестве большую часть времени. Психические расстройства сочетались у них с вегетативными нарушениями (дрожь в ногах, чувство головокружения, «все расплывается перед глазами», растерянность). 10,7% больных жаловались на чувство страха, которое возникало при внимании со стороны окружающих вне семейного круга, сопровождалось тревогой и приводи-

ло к социальной изоляции - социальные фобии (F40.1).

Генерализованное тревожное расстройство (F41.1) отмечалось у 7 (3,6%) женщин. Оно проявлялось чувством тревоги, беспокойства о предстоящих неудачах, носящих генерализованный и стойкий характер, чувством постоянной нервозности; внутренним мышечным напряжением, головными болями, потливостью, дрожью, тахикардией и другими вегетативными нарушениями.

У 73 (37,1%) респонденток имело место расстройство адаптации (F43.2), проявлявшееся эмоциональными нарушениями, которые препятствовали дальнейшему продуктивному и благополучному образу жизни. Причиной являлся стрессовый фактор, т.е. прибавка массы тела за незначительный промежуток времени, в результате которой больная не сумела адаптироваться к изменившемуся социальному статусу. Здесь можно выделить такое наиболее ярко выраженное расстройство, как пролонгированная депрессивная реакция (F43.21), наблюдавшаяся у 43 (21,8%) больных. Она проявлялась стойким снижением настроения, вялостью, заторможенностью в ответ на длительную подверженность стрессовой ситуации, которая в данном случае рассматривалась в виде избыточной массы тела, причем продолжительность данных симптомов к моменту обследования не превышала 2 лет.

Ипохондрическое расстройство (F45.2) было выражено в большей степени у женщин, которых беспокоили в первую очередь их соматическое состояние и возможные его изменения в связи с избыточной массой тела - у 38 (19,2%). Нормальные или обыкновенные ощущения часто толковались как аномальные и неприятные. Больные могли назвать предполагаемое соматическое заболевание или указать на дефект тела, тем не менее степень убежденности в наличии заболевания менялась у них от консультации к консультации. Вышеописанное состояние сопровождалось тревогой и депрессией.

Неврастения (F48.0) проявлялась у 46 (23,4%) больных в виде выраженной утомляемости после как умственной, так и физической работы, невозможности сосредоточиться, снижения профессиональной продуктивности, наличия неприятных, отвлекающих ассоциаций и воспоминаний. Беспокоили неприятные физические ощущения, невозможность

расслабиться, головные боли и головокружение, у 5 (2,5%) больных отмечалась ангедония.

В процессе обследования была установлена взаимосвязь психопатологических расстройств с типом ожирения: тревожно-фобических, генерализованного тревожного, расстройства адаптации, неврастении, ипохондрического - с андронидным (соответственно у 12 (6,1%), 7 (3,6%), 47 (23,9%), 36 (18,3%), 24 (12,2%), этих же психопатологических расстройств, за исключением генерализованного - с гиноидным (соответственно у 25 (12,7%), 22 (11,2%), 10 (5,1%), 14 (7,1%). Нарушение адаптации преобладает при андронидном типе, а тревожно-фобические расстройства - при гиноидном.

Таким образом, нами были выявлены и классифицированы психические расстройства при ожирении, их взаимосвязь с типом, степенью ожирения и длительностью болезни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балаболкин М.И. Эндокринология. - М., 1989.
2. Баранов В.Г. Руководство по клинической эндокринологии. - М., 1977.
3. Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии. - Киев, 1997.
4. Потемкин В.В. Эндокринология. - М., 1999.
5. Maddox G.L., Liederman U.R. // J. Med. Educ. - 1969. - P.215 - 220.
6. Sorensen T.I.A. Socio-economic aspects of obesity - causes or effects? In: The health and socio-economic costs of obesity; Satellite Symposium to the 6-th European Congress on Obesity: abstract book. - N.-Y., 2002.

Поступила 02.09.04.

MENTAL DISORDERS IN ALIMENTARY OBESITY

D.M. Mendelevich, M.N. Grishkina

S u m m a r y

197 women with alimentary obesity were examined. They were classified by obesity, age, duration of disease and by fat distribution. In addition to the clinicopsychopathologic and somatic examination, the experimentally psychologic study was performed in all patients. Questionnaire was given to each patient using quantification card to examine patients with boundary mental disorders. It is established that the leading pathogenetic mechanism in alimentary obesity is response of women to the disease. Mental disorders of boundary character classified by nosology were revealed in 197 women coming to see endocrinologist.