

ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

Бобров А.Е.¹, Гегель Н.В.¹, Гурова О.Ю.², Романцова Т.И.², Савельева Л.В.³

¹ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Минздрава России; 107076, г. Москва, ул. Потешная, 3, Российская Федерация

²ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России; 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, 8/2, Российская Федерация

³ФГБУ «Эндокринологический научный центр» Минздрава России; 117036, г. Москва, ул. Дм. Ульянова, 11, Российская Федерация

Актуальность. Прием пищи при ожирении входит в системы поведения более мощные, чем сознательный самоконтроль.

Цель – исследовать особенности поведения больных ожирением, используя клинико-психопатологические и личностно-стилевые критерии.

Материал и методы. Обследовано 149 пациентов с избыточной массой тела, обратившихся для лечения ожирения. Возраст больных составил от 19 до 69 лет. Их физическое состояние было удовлетворительным, а имеющиеся сопутствующие соматические заболевания – в стадии компенсации. Поведение больных оценивалось по диагностическим критериям МКБ-10, а также с помощью Методики многостороннего исследования личности (психологическое тестирование).

Результаты. Установлено, что психические расстройства имелись у 98 (65,8%) больных. Особенно часто отмечались тревожные – у 65 (43,6%) и аффективные расстройства – у 41 (31,5%) пациента. При факторном анализе данных психологического тестирования было выделено пять основных типов поведения больных с избыточным весом и ожирением: пограничный, гипертимный, дистимический, сенситивный и недифференцированный. Ни выделенные типы поведения, ни частота психических расстройств не соответствовали степени ожирения.

Заключение. Нарушения саморегуляции приема пищи при ожирении сопряжены с разными поведенческими стилями, не являющимися специфичными только для психических расстройств. В работе описаны эти стили и соответствующие им психологические механизмы переедания.

Ключевые слова: избыточная масса тела, ожирение, поведение, психические расстройства, поведенческий стиль.

BEHAVIORAL PECULIARITIES IN PATIENTS WITH SURPLUS BODY MASS AND OBESITY

Bobrov A.E.¹, Gegel N.V.¹, Gurova O.Yu.², Romantsova T.I.², Savel'eva L.V.³

¹Moscow Research Institute of Psychiatry; 3 Poteshnaya ul., Moscow, 107076, Russian Federation

²I.M. Sechenov First Moscow State Medical University; 8/2 Trubetskaya ul., Moscow, 119991, Russian Federation

³Research Center of Endocrinology; 11 Dm. Ul'yanova ul., Moscow, 117036, Russian Federation

Background: Eating in obesity represents behavioral systems more powerful than conscious self-control.

Aim: To study the obese patients' behavior with the help of clinical-psychopathological and personal style criteria.

Materials and methods: A total of 149 patients (aged 19–69 years), who sought medical help due to obesity or overweight were examined. Their physical condition was satisfactory and concomitant somatic diseases were compensated. Patients' behavior was assessed by diagnostic criteria ICD-10 as well as with a Minnesota Multiphasic Personality Inventory (psychological testing).

Results: It was established that psychical impairments existed in 98 (65.8%) patients. The anxiety disorders (in 65 patients, 43.6%) and affective ones (in 41 patients, 31.5%) were noted most frequently. Factor analysis of the psychological test data revealed 5 main styles of behavior in patients with overweight and obesity: borderline, hyperthymic, dysthymic, sensitive, and undifferentiated. Neither these behavioral styles nor the frequency of disorders corresponded to the degree of obesity.

Conclusion: Disturbances of eating self-regulation in obesity are associated with different behavioral styles, which are not specific for mental disorders only. These behavioral styles are described in the study as well as corresponding psychological mechanisms of overeating.

Key words: surplus body mass, obesity, behavior, psychical impairments, behavioral style.

Ожирение представляет собой одну из глобальных медико-социальных проблем [1, 2, 3]. Ее социальная значимость обусловлена, прежде всего, факторами риска для здоровья, которые сопряжены с избыточной массой тела [4]. Второе место занимают косметические причины и вызываемые ими психологические трудности. Третья группа при-

чин связана с качеством жизни, работоспособностью, активностью, личным пространством, одеждой, а также финансами.

Несмотря на осознаваемые пациентами негативные последствия ожирения, мотивирующее значение указанных факторов оказывается недостаточным для изменения ими образа жизни [5].

Это происходит потому, что прием пищи при ожирении оказывается включенным в системы поведения, более мощные, чем сознательный самоконтроль. Без изучения указанных систем об эффективном лечении ожирения говорить не приходится [6, 7].

С учетом сказанного, цель настоящей работы состояла в исследовании особенностей поведения больных с избыточной массой тела и ожирением с применением клинко-психопатологических и личностно-стилевых критериев.

МАТЕРИАЛ

В работу включены 149 пациентов (30 мужчин и 119 женщин), обратившихся для лечения избыточной массы тела и ожирения. Возраст больных составил от 19 до 69 лет, в среднем – $38,6 \pm 12,8$ года. Все они находились на полустационарном или амбулаторном режиме обследования и лечения. У 20 (13,4%) пациентов была избыточная масса тела, не достигающая степени ожирения: средний индекс массы тела – $28,9 \pm 2,9$. У 23 (15,4%) больных имелось ожирение 1-й степени, у 46 (30,9%) – 2-й степени, у 60 (40,3%) – 3-й степени. Все пациенты находились в удовлетворительном физическом состоянии, а имевшиеся у них сопутствующие заболевания (эндокринологические, сердечно-сосудистые, желудочно-кишечные и др.) были в стадии компенсации.

МЕТОДЫ

Анализ поведения пациентов базировался на психиатрической оценке по диагностическим критериям МКБ-10 [8] и на результатах психологического тестирования с помощью Методики многостороннего исследования личности (ММИЛ) [9].

Статистическая обработка выполнялась при помощи дисперсионного анализа и кросстабуляции. Использовался факторный анализ с варимакс-вращением. В статистический анализ материалов тестирования с помощью ММИЛ были включены протоколы только 117 пациентов, которые соответ-

ствовали критериям достоверности для этой методики [10].

РЕЗУЛЬТАТЫ

Клинко-психопатологическое обследование позволило обнаружить, что клинически очерченные психические расстройства имелись у 98 (65,8%) больных, при этом со значительной частотой выявлялись тревожные – у 65 (43,6%) и аффективные расстройства – у 41 (31,5%). Среди последних одиночные или повторные депрессивные эпизоды отмечались у 22 (14,8%) пациентов, у 16 (10,7%) больных – дистимия, а у 14 (9,5%) – биполярное аффективное расстройство и циклотимия. У 15 (10,1%) пациентов было диагностировано генерализованное тревожное расстройство, у 15 (10,1%) – фобии, большую часть которых составляла социальная фобия. У 10 (6,7%) больных имелось паническое расстройство, в половине случаев сочетавшееся с агорафобией. Стрессовые расстройства, включая посттравматическое и пролонгированную депрессивную реакцию, выявлены у 22 (14,8%) пациентов.

Результаты кросстабуляции представлены в табл. 1. Общая частота наблюдавшихся психических расстройств, а также частота тревожных и аффективных расстройств при избыточной массе тела и разной степени ожирения существенно не отличалась от соответствующих ожидаемых частот ($p=0,555$; $p=0,498$; $p=0,598$ соответственно). В то же время в зависимости от выраженности ожирения прослеживались различия по частоте отдельных нозографических форм. Так, наблюдавшаяся частота циклотимии при разных степенях ожирения достоверно отличалась от ожидаемой за счет повышения в группе больных с избыточной массой тела (15%, $p=0,020$). Сходная картина складывалась и в отношении социальной фобии: отмечалась отчетливая тенденция к превышению наблюдавшейся частоты над ожидаемой за счет больных с избыточной массой тела (20%, $p=0,053$).

Психологическое обследование больных также не выявило существенных различий по профилю

Бобров Алексей Евгеньевич – д-р мед. наук, профессор, заместитель директора ФГБУ «МНИИП» Минздрава России. **Гегель Наталья Викторовна** – мл. науч. сотр. ФГБУ «МНИИП» Минздрава России. **Гурова Олеся Юрьевна** – канд. мед. наук, врач-эндокринолог Университетской клинической больницы №2 ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России. **Романцова Татьяна Ивановна** – д-р мед. наук, профессор кафедры эндокринологии, лечебный факультет ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России». **Савельева Лариса Викторовна** – канд. мед. наук, зав. отделением терапии эндокринопатий, лечебно-реабилитационный отдел ФГБУ «Эндокринологический научный центр» Минздрава России.

Для корреспонденции: Бобров Алексей Евгеньевич – 107076, г. Москва, ул. Потешная, 3/10, Российская Федерация. Тел.: +7 (495) 963 76 84. E-mail: bobrov2004@yandex.ru.

Bobrov Alexey Evgenjevich – MD, PhD, Professor, Moscow Research Institute of Psychiatry. **Gegel Natal'ya Viktorovna** – junior scientific worker, Moscow Research Institute of Psychiatry. **Gurova Olesya Yur'evna** – PhD, Department of Endocrinology, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University. **Romantsova Tat'yana Ivanovna** – MD, PhD, Professor, Department of Endocrinology, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University. **Savel'eva Larisa Viktorovna** – PhD, Research Center of Endocrinology.

Correspondence to: Bobrov Alexey Evgenjevich – 3/10 Poteshnaya ul., Moscow, 107076, Russian Federation. Tel.: +7 (495) 963 76 84. E-mail: bobrov2004@yandex.ru.

Таблица 1

Частота психических расстройств при разных степенях ожирения

Степень ожирения	Число больных	Психические расстройства в целом	Аффективные расстройства	Тревожные расстройства
Избыточная масса тела	20	15 (75,0%)	9 (45,0%)	7 (35,0%)
1-я степень	23	13 (56,5%)	7 (30,4%)	8 (34,8%)
2-я степень	46	32 (69,6%)	15 (32,6%)	22 (47,8%)
3-я степень	60	38 (63,3%)	16 (26,7%)	28 (46,7%)
Всего	149	98	47	65
P (χ^2 Пирсона)		0,555	0,498	0,598

Таблица 2

Факторные нагрузки, полученные в результате факторного анализа и варимакс-вращения результатов тестирования больных при помощи ММИЛ

Шкалы ММИЛ	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3	Фактор 4
L – установка на искажение результатов	-0,096	-0,485	0,213	0,494
F – поиск помощи	0,543	0,476	-0,049	-0,046
K – конформность	0,123	-0,836*	-0,142	-0,013
S1 – соматизация	0,814*	-0,199	0,091	0,107
S2 – тревога и депрессивные тенденции	0,601	0,218	0,638	0,187
S3 – вытеснение	0,789*	-0,172	0,128	0,084
S4 – импульсивность	0,707*	0,046	-0,077	-0,189
S5 – мужские/женские черты	-0,100	-0,071	-0,016	-0,902*
S6 – аффективная ригидность	0,487	0,616	-0,161	0,183
S7 – фиксация тревоги	0,710*	0,372	0,203	0,046
S8 – аутизация	0,803*	0,404	-0,131	0,052
S9 – гипомания	0,173	0,259	-0,851*	-0,007
S0 – социальные контакты	0,216	0,477	0,735*	-0,008
Общая дисперсия	3,938	2,260	1,856	1,187
Доля общей дисперсии	0,303	0,174	0,143	0,091

*Факторные нагрузки более 0,700.

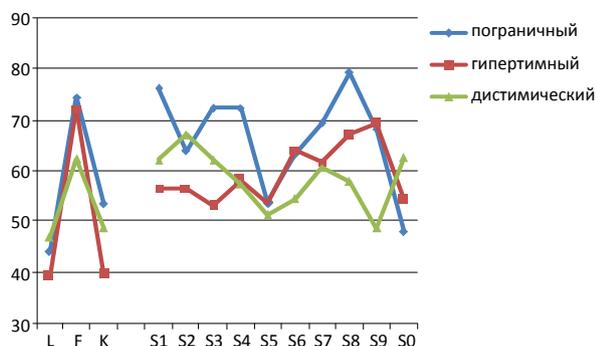
ММИЛ между группами пациентов с разной степенью ожирения. Единственным исключением явилась выявленная при дисперсионном анализе тенденция к повышению профиля по 1-й шкале (соматизация) при 1-й и 3-й стадиях ожирения ($p=0,053$).

На втором этапе работы для дифференцированной оценки поведения больных с ожирением и избыточной массой тела был проведен разведочный факторный анализ. В анализ включались показатели по шкалам ММИЛ, полученные в результате тестирования пациентов. Интерпретация факторов проводилась по переменным, факторные нагрузки которых превышали 0,7. В результате анализа было выделено четыре фактора, объясняющих более 71% дисперсии анализируемых переменных (табл. 2).

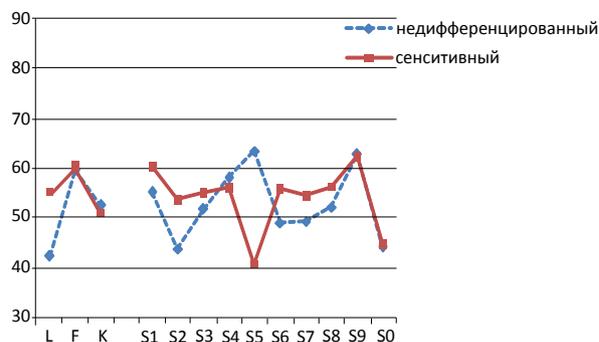
Были сформированы четыре группы больных, объединенных на основании близости их психологического профиля к соответствующим факторам¹. Пациенты, результаты анализа которых не ассоциировались ни с одним из четырех факторов, были отнесены в дополнительную – пятую группу. В итоге каждая из сформированных групп характеризовалась специфическим паттерном показателей по шкалам ММИЛ, который описывал соответствующий стиль поведения (см. рисунок).

В первую группу вошли 18 пациентов. Их поведение определялось общей психосоциальной дезадаптацией, которая проявлялась психологической отгороженностью со своеобразием оценок и суж-

¹В качестве критерия такой близости использовались наибольшие для каждого из пациентов факторные значения, превышающие 0,600.



а



б

Усредненные профили ММИЛ групп пациентов, выделенные на основании факторного анализа. Профили больных со стилями поведения: а – пограничным, гипертимным и дистимическим; б – сенситивным и недифференцированным

дений (пик по 8-й шкале), соматизацией (подъем по 1-й шкале), вытеснением (подъем по 3-й шкале), тревожностью (подъем по 7-й шкале) и импульсивностью (подъем по 4-й шкале). Указанный стиль свойственен эмоционально неустойчивым (пограничным) личностям и был обозначен как пограничный.

Во вторую группу вошел 21 пациент. Этим больным было присуще игнорирование мнения окружающих (снижение по шкале К), повышение активности, самооценки и расторможенность влечений (повышение по 9-й шкале). Данный поведенческий стиль соответствовал гипертимному поведению.

Больные третьей группы отличались заметным, но не достигавшим уровня дезадаптации снижением настроения, пессимизмом и ангедонией (пик по 2-й шкале). У них отмечалось уменьшение активности и побудительной силы мотивов (снижение по 9-й шкале), а также выраженное ограничение социальных контактов (повышение по 0-й шкале). Описанные проявления характерны для неглубоких аффективных расстройств, поэтому данный стиль поведения был обозначен как дистимический.

Четвертую группу составили больные с повышенной межличностной чувствительностью, сопровождающейся чувством недостаточной защищенности и автономии (снижение по 5-й шкале). У этих пациентов отмечалась высокая потребность в общении и чувствительность к нюансам эмоциональных отношений (повышение по 0-й шкале). Указанный стиль поведения был обозначен как сенситивный.

Больных пятой группы характеризовал психологический профиль с низким уровнем тревоги (понижение по 2-й и 7-й шкалам), слабым усвоением социальных норм (понижение по шкале L и повышение по 4-й шкале) и беспечностью (снижение по 6-й и повышение по 9-й шкале). Кроме того, у этих больных регистрировалось повышение профиля ММИЛ по 5-й шкале, что говорит о недостаточности поло-ролевой дифференцировки. В связи с этим

данный стиль поведения может быть охарактеризован как недифференцированный.

При кросстабуляции стилей поведения больных ожирением с имеющимися психическими расстройствами достоверных различий обнаружено не было. В то же время была зарегистрирована отчетливая тенденция к преобладанию аффективных расстройств при дистимическом стиле поведения ($p=0,067$). Анализ показал, что эта тенденция обусловлена статистически достоверной предпочтительностью сочетания депрессивных эпизодов с дистимическим стилем поведения ($p=0,030$).

ОБСУЖДЕНИЕ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе выполнения работы были сопоставлены два подхода к анализу поведения больных с избыточной массой тела и ожирением. Первый подход подразумевает зависимость нарушений приема пищи от наличия у больных ожирением сопутствующих психических расстройств [11, 12, 13]. При таком подходе нарушения саморегуляции рассматриваются в качестве одного из компонентов имеющегося у больного психического расстройства [14]. Однако такой логике противоречит обнаруженное в настоящем исследовании отсутствие корреляции между тяжестью ожирения и психическими расстройствами. Наоборот, многие психические расстройства чаще встречаются при избыточной массе тела и на 1-й стадии ожирения, и лишь тревожные расстройства имеют тенденцию, хотя и статистически незначимую, к нарастанию при 2-й и 3-й стадии ожирения.

Альтернативный подход связывает нарушения приема пищи с различными поведенческими стилями, неспецифичными для психических расстройств [15]. Эти стили могут сочетаться с психопатологической симптоматикой, но такое сочетание далеко не обязательно [16, 17]. В рамках каждого из стилей поведения нарушения контроля происходят по разным психофизиологическим механизмам. Полученные в ходе данного исследования ре-

зультаты дают основание для их прицельного изучения и построения соответствующих психотерапевтических моделей. Так, нарушения приема пищи при пограничном стиле сопряжены с импульсивностью и транзиторными диссоциативными состояниями сознания. Эпизоды аффективно суженного и искаженного сознания характерны для пограничных личностей и являются основой для снижения подконтрольности их поведения.

При гипертимном стиле страдает восприимчивость к внешнему социальному контролю, что, в частности, находит отражение в существенно пониженной конформности. В результате при гипертимном варианте поведения отмечается общая расторможенность, с которой и связано гедоническое потребление пищи.

При дистимическом поведении прием пищи, очевидно, сопряжен с ее седативным эффектом: происходит замещение приемом пищи навязчивых тоскливых мыслей. Социальная изоляция также способствует понижению самоконтроля.

Для сенситивного поведенческого стиля характерны повышенная зависимость от окружения и психологическая уязвимость. Очевидно, что снижению контроля над приемом пищи у этих больных способствуют пищевые ритуалы и иные формы приема пищи, опосредующие эмоционально насыщенное межличностное взаимодействие.

Недифференцированный стиль поведения определяется неустойчивостью мотивов и общей беспечностью. Это создает условия для ситуационно обусловленного приема пищи, когда пациент не в состоянии удержаться от предлагаемых соблазнов.

Отсутствие корреляции между выделенными стилями поведения и психическими расстройствами указывает на сложность имеющих в этой сфере соотношений, при которых психопатологические симптомы не могут однозначно выводиться ни из личностных особенностей, ни из характера соматической дисфункции. Исключением в этом отношении является только взаимосвязь депрессивных эпизодов и дистимического стиля поведения. Это обстоятельство может указывать на принципиальную значимость депрессии как психобиологического феномена, играющего ключевую роль в генезе некоторых типов нарушений приема пищи.

Литература

1. Vilhena E, Pais-Ribeiro J, Silva I, Cardoso H, Mendonça D. Predictors of quality of life in Portuguese obese patients: a structural equation modeling application. *J Obes.* 2014; 684919.
2. Dixon JB. The effect of obesity on health outcomes. *Mol Cell Endocrinol.* 2010;316(2):104-8.

3. Marcellini F, Giuli C, Papa R, Tirabassi G, Faloia E, Boscaro M, Polito A, Ciarapica D, Zaccaria M, Mucchegiani E. Obesity and body mass index (BMI) in relation to life-style and psycho-social aspects. *Arch Gerontol Geriatr.* 2009;49 Suppl 1:195-206.
4. Романцова ТИ. Эпидемия ожирения: очевидные и вероятные причины. *Ожирение и метаболизм.* 2011(1): 5-19. (Romanцова TI. [Obesity epidemic: obvious and probable causes]. *Ozhirenie i metabolizm.* 2011(1):5-19. Russian).
5. Mann T, Tomiyama AJ, Westling E, Lew AM, Samuels B, Chatman J. Medicare's search for effective obesity treatments: diets are not the answer. *Am Psychol.* 2007;62(3):220-33.
6. Peterson CB, Thuras P, Ackard DM, Mitchell JE, Berg K, Sandager N, Wonderlich SA, Pederson MW, Crow SJ. Personality dimensions in bulimia nervosa, binge eating disorder, and obesity. *Compr Psychiatry.* 2010;51(1):31-6.
7. Гурова ОЮ, Бобров АЕ, Романцова ТИ, Роик ОВ. Метаболические и психопатологические особенности больных морбидным ожирением. *Ожирение и метаболизм.* 2007;(3):28-32. (Gurova OYu, Bobrov AE, Romantsova TI, Roik OV. [Metabolic and psychopathologic features of the morbid obesity patients]. *Ozhirenie i metabolizm.* 2007;(3):28-32. Russian).
8. Всемирная организация здравоохранения. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. СПб.: АДИС; 1994. (World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th revision (ICD-10). Saint Petersburg: ADIS; 1994. Russian).
9. Березин ФБ, Мирошников МП. Русский модифицированный вариант психологического теста ММПИ и его применение в психиатрической практике. В кн.: Проблемы психоневрологии. М.: Наука; 1969. (Berezin FB, Miroshnikov MP. [Modified Russian variant of psychological test MMPI and its application in psychiatric practice]. In: [Problems of psychoneurology]. Moscow: Nauka; 1969. Russian).
10. Березин ФБ, Мирошников МП, Соколова ЕД. Методика многостороннего исследования личности. Структура, основы интерпретации, некоторые области применения. М.: Березин Феликс Борисович; 2011. (Berezin FB, Miroshnikov MP, Sokolova ED. [A method of the versatile studying of a personality. Structure, interpretation bases, and some fields for application]. Moscow: Berezin Feliks Borisovich; 2011. Russian).
11. Carpinello B, Pinna F, Pillai G, Nonnoi V, Pisano E, Corrias S, Orrù MG, Orrù W, Velluzzi F, Loviselli A. Psychiatric comorbidity and quality of life in obese patients. Results from a case-control study. *Int J Psychiatry Med.* 2009;39(1):63-78.
12. Petry NM, Barry D, Pietrzak RH, Wagner JA. Overweight and obesity are associated with psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychosom Med.* 2008;70(3):288-97.
13. Pickering RP, Goldstein RB, Hasin DS, Blanco C, Smith SM, Huang B, Pulay AJ, Ruan WJ, Saha TD, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Grant BF. Temporal relationships between overweight and obesity and DSM-IV substance use, mood, and anxiety disorders: results from a prospective study, the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry.* 2011;72(11):1494-502.
14. Ayensa JI, Calderon MJ. Psychopathological comorbidity of obesity. *An Sist Sanit Navar.* 2011;34(2):253-61.
15. Henriksen CA, Mather AA, Mackenzie CS, Bienvenu OJ, Sareen J. Longitudinal associations of obesity with affective disorders and suicidality in the Baltimore epidemiologic catchment area follow-up study. *J Nerv Ment Dis.* 2014;202(5):379-85.
16. Leombruni P, Rocca G, Fassino S, Gastaldi F, Nicotra B, Siccardi S, Lavagnino L. An exploratory study to subtype obese binge eaters by personality traits. *Psychother Psychosom.* 2014; 83(2):114-8.
17. Brambilla F, Samek L, Company M, Lovo F, Cioni L, Mellado C. Multivariate therapeutic approach to binge-eating disorder: combined nutritional, psychological, and pharmacological treatment. *Int Clin Psychopharmacol.* 2009;24(6):312-7.