

*Е. І. Гетманчук*

**МОДЕЛЬ ПСИХОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕЖДУ КОМОРБИДНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И МИШЕНИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ИНТЕРВЕНЦИИ У КОНТИНГЕНТА ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХОГЕННОЙ ГИПЕРФАГИЕЙ**

*Є. І. Гетманчук*

**Модель психопатогенетичної взаємодії між коморбідними розладами та мішені психотерапевтичної інтервенції у контингенту пацієнтів, що страждають на психогенну гіперфагію**

*Ye. I. Hetmanchuk*

**Model of psychopathogenetic interaction between comorbid violations and targets of psychotherapeutic intervention is cohort of patients with psychogenous hyperphagia**

На основании клинико-психопатологического и психодиагностического обследования 100 пациентов, страдающих психогенной гиперфагией (F50.4) в сочетании с ожирением, обусловленным чрезмерным поступлением энергетических ресурсов (E66.0), была сформирована модель психопатогенетического взаимодействия между коморбидными расстройствами в рамках континуума «психогения → реакция → психогенная гиперфагия → повышение массы тела → метаболические расстройства → соматическое заболевание → патологическое состояние», описаны основные механизмы потенцирования психогенной индукции в психопатогенезе психогенной гиперфагии, выявлены мишени психотерапевтической интервенции, сформулированы требования к системе её психотерапевтической коррекции.

**Ключевые слова:** гиперфагия, алиментарное ожирение, тревога, депрессия, психотерапия

На підставі клініко-психопатологічного та психодіагностичного обстеження 100 пацієнтів, що страждають на психогенну гіперфагію (F50.4) у поєднанні з ожирінням, обумовленим надмірним надходженням енергетичних ресурсів (E66.0), була сформована модель психопатогенетичної взаємодії між коморбідними розладами в рамках континууму «психогенія → реакція → психогенна гіперфагія → підвищення маси тіла → метаболічні розлади → соматичне захворювання → патологічний стан», описано основні механізми потенціювання психогенної індукції у психопатогенезі психогенної гіперфагії, виявлено мішені психотерапевтичної інтервенції, сформульовані вимоги до системи її психотерапевтичної корекції.

**Ключові слова:** гіперфагія, аліментарне ожиріння, тривога, депресія, психотерапія

Basing on clinically-psychopathological and psychodiagnostic examination of 100 patients suffering from psychogenic hyperphagia (F50.4) in combination with obesity caused by excessive intake of energy resources (E66.0) the model of psychopathogenetic interaction between comorbid disorders as part of a continuum "psychogenic → reaction → psychogenic hyperphagia → weight gain → metabolic disorders → illness → pathological condition", was formed. Described the basic potentiation mechanisms of psychogenic induction in psychopathogenesis of hyperphagia, identified the main targets of psychotherapeutic intervention, designed the requirements to the system of psychotherapeutic correction.

**Key words:** hyperphagia, alimentary obesity, anxiety, depression, psychotherapy

Алиментарное ожирение (АО) на современном этапе развития общества является острой медико-социально-экономической проблемой в странах с высоким и возрастающим уровнем экономического развития, включая Украину. Численность людей с избыточной массой тела прогрессивно увеличивается. По данным ряда исследований, около 30 % населения в экономически развитых странах и странах постсоветского пространства имеют избыточный вес или ожирение [1—3, 5, 6].

Особое значение проблемы заключается в том, что ожирение и избыточная масса тела представляют серьезную угрозу для общественного здоровья и являются одними из основных факторов риска развития таких массовых заболеваний как артериальная гипертензия, сахарный диабет второго типа, ишемическая болезнь сердца, атеросклероз и другие, а также фактором, повышающим обусловленную ими смертность, в связи с чем проблема контроля массы тела является одним из приоритетов в медицине, намеченных Всемирной организацией здравоохранения [1, 4, 6].

Однако, несмотря на то, что ведущим механизмом в формировании ожирения является алиментарный, что детерминирует его модифицируемость, проблема этого вида ожирения до сих пор не решена.

Для купирования расстройств пищевого поведения непсихотического уровня показано применение психотерапевтических методов, что является медико-

и экономически обоснованным, однако большинство психотерапевтических моделей нормализации массы тела при АО устраняют следствие, а не причину, будучи малоэффективными и дающими высокую частоту рецидивов. Количество разработанных на данный момент систем, подходов и методов терапии говорит об их низкой эффективности, что может объясняться отсутствием патогенетических подходов для лечения АО в связи с отсутствием сформированной патогенетической концепции его возникновения и поддержания [1, 2, 4, 6, 7].

Не последнюю роль в возникновении и обременении симптомов АО играют психогенные факторы, которые провоцируют развитие психогенной гиперфагии (ПГ), и коморбидные заболевания, в том числе и психопатологические расстройства непсихотического уровня, сопровождающиеся развитием тревожных и депрессивных состояний, имеют взаимомодифицирующее влияние и трансформируют клиническую картину болезни. Связь последних с переяданием, на наш взгляд, особенно актуальна в связи с общностью звеньев центральной регуляции пищевого поведения и настроения — серотонин- и норадренергических нейротрансмиссивных систем центральной нервной системы, что обуславливает необходимость целостного психосоматического подхода к ведению пациентов с ожирением.

Среди невротических и невротоподобных расстройств пищевого подведения психогенная гиперфагия приобретает все большую популяционную представ-

ленность на протяжении последних десятилетий, в силу механизмов, среди которых основную роль играют следующие:

- повышение доступности и разнообразия пищевых продуктов;

- социально детерминированный переход к индивидуальному и нерегулярному употреблению пищевых продуктов, что препятствует контролю количества потребляемой пищи в рамках семейной или социальной группы;

- использование в пищевой промышленности добавок и модификаторов вкуса, превосходящих натуральные органолептически, препятствующих развитию чувства насыщения и вызывающих избыточную стимуляцию лимбической системы посредством ольфакторного и вкусового анализаторов;

- наличие тенденции к переходу от домашнего к общественному питанию, формирующей необходимость маркетинга в сфере питания;

- использование в сфере маркетинга рекламных технологий на основе формирования позитивных ассоциаций в отношении пищевых продуктов.

Не имея на ранних этапах патогенеза прямого механизма формирования соматических осложнений, психогенная гиперфагия зачастую проходит стадию формирования морфологического субстрата *resp.* алиментарного ожирения субклинически, что значительно затрудняет ее своевременную диагностику и терапию.

Рассмотрение ПГ вне контекста соматических и психопатологических расстройств, наличествующих у пациента, является формальным, так как не освещает патогенетических взаимодействий в рамках континуума «психогения → реакция → психогенная гиперфагия → повышение массы тела → метаболические расстройства → соматическое заболевание → патологическое состояние», который и определяет социальную значимость и, следовательно, актуальность поиска конгруэнтных механизмов диагностики, терапии и профилактики психогенной гиперфагии.

Целью исследования является выявление мишенной конгруэнтной психотерапевтической интервенции в психопатогенезе психогенной гиперфагии.

Дизайн исследования составил 100 пациентов, страдающих АО (ожирение, обусловленное чрезмерным поступлением энергетических ресурсов — E66.0), у которых обнаруживалась ПГ (переедание вследствие других психологических нарушений — F50.4) и тревожные и депрессивные расстройства (F40.8 и F41.2); 20 пациентов с АО (E66.0) у которых проявлялась ПГ (F50.4) и не проявлялась; 20 пациентов, у которых обнаруживались тревожные и депрессивные расстройства (F40.8 и F41.2) и не было ПГ и АО, и 20 условно здоровых лиц.

Методы исследования: медико-социологический; антропометрический — соматометрия, определение индекса массы тела по Кетле (степени ожирения); клинико-психопатологический; психодиагностический — Личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ, 1983); Авторский опросник «Наличие расстройств дигестивного поведения (гиперфагии)» (Гетманчук Е. И., 2012); клинико-психофеноменологический; статистический.

В результате исследования выявлена целесообразность распределения психопатологических расстройств, коморбидных алиментарному ожирению в сочетании с психогенной гиперфагией, в рамках континуума «психогения → реакция → психогенная гиперфагия → повы-

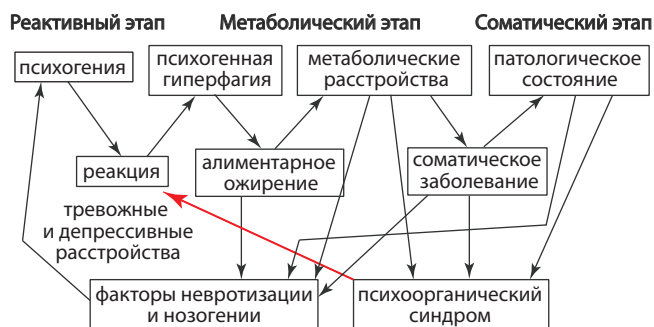
шение массы тела → метаболические расстройства → соматическое заболевание → патологическое состояние» на 3 клинических этапа:

- 1) реактивный (психогения → реакция → психогенная гиперфагия);

- 2) метаболический (повышение массы тела → метаболические расстройства);

- 3) соматический (соматическое заболевание → патологическое состояние).

Каждый из указанных периодов имеет собственные механизмы потенцирования психогенной индукции ПГ и, соответственно, всего континуума, образуя таким образом порочный круг патогенеза, представленный в схеме.



**Модель психопатогенетического взаимодействия коморбидных расстройств в рамках континуума «психогения → реакция → психогенная гиперфагия → повышение массы тела → метаболические расстройства → соматическое заболевание → патологическое состояние»**

Реактивный этап клинического течения континуума «психогения → реакция → психогенная гиперфагия → повышение массы тела → метаболические расстройства → соматическое заболевание → патологическое состояние» является базовым. Основываясь на клинических проявлениях патопсихологической реакции на первичную психогению, а в последующем — на комплекс психогений, данный этап является основным индуктором дальнейшего прогрессирования и нозологической трансформации патологических форм в рамках указанного континуума.

В рамках метаболического этапа клинического течения указанного континуума нарушений существуют следующие факторы невротизации, формирующие психоиндуктивный комплекс:

- эстетическая неудовлетворенность собственным телом;

- неудачная диетотерапия в рамках аутокурации — детерминирует разочарование в способности к самоконтролю и «срыву» в гиперфагию;

- половые расстройства в рамках семейных отношений;

- затруднения в выполнении профессиональных обязанностей среди контингента пациентов, занятых физическим трудом;

- социальная стигматизация, алиенация (преимущественно в рамках подростковых социальных групп);

- развитие донозологических форм соматических расстройств, инициальная симптоматика в структуре которых субъективно воспринимается как переход «от здоровья в болезнь»;

В рамках соматического этапа клинического течения указанного континуума нарушений существуют

следующие факторы невротизации, формирующие психоиндуктивный комплекс:

— иные невротические и неврозоподобные расстройства, развивающиеся в рамках соматической патологии и нозогений с ней сопряженных, включая и феномен госпитализма;

— осознание факта заболевания;

— социальная и трудовая дезадаптация в связи с соматическим состоянием;

— необходимость модификации образа жизни (исключение определенных видов активности, соблюдение диеты *etc.*), что воспринимается особенно тягостно в ракурсе имеющегося расстройства;

— зависимость от медицинской помощи (необходимость приема фармакологических средств, регулярных медицинских обследований *etc.*);

— формирование нарушений репродуктивной функции в рамках дисметаболических нарушений (амеоррея, противопоказания к беременности и родам *etc.*);

— морфологические и функциональные нарушения, детерминированные дисметаболическими явлениями (импотенция, гинекомастия у мужчин, периферические отеки, снижение толерантности к физическим нагрузкам *etc.*).

Помимо прямой психогенной индукции ПГ расстройствами сомато-метаболического спектра, существует механизм повышения реактивности психики в целом, опосредованный через формирование психоорганического (*s. l.* непосредственно психоорганического, психоэндокринного и тяжелых форм психастенического) синдрома, компоненты которого (истощаемость, торпидность инертность мышления, аффективная лабильность, раздражительность, когнитивно-мнестическая дефицитарность) определяют формирование патопсихологических феноменов, выступающих в качестве предикторов развития реактивных состояний, посредством повышения реактивности психики:

— истощаемость психических процессов в рамках психастенического а далее и психоорганического синдромов приводит к недостаточности торможения психогенного стимула;

— аффективная лабильность детерминирует увеличение степени негативной аффективной аранжировки психогенной индукции;

— раздражительность, являясь по своей сути следствием процесса, лежащего в основе истощаемости, снижает порог психической реактивности;

— торпидность и инертность мышления формируют предпосылки к длительной ретенции психогении и препятствуют своевременному саногенному торможению;

— когнитивно-мнестическое снижение уменьшает эффективность антисуггестивных барьеров, расширяя таким образом спектр воздействия психогенных факторов.

Таким образом, выявлены две группы мишеней психотерапевтической интервенции, разделенные по точкам их приложения, в модели патогенеза континуума «психогения → реакция → психогенная гиперфагия → повышение массы тела → метаболические расстройства → соматическое заболевание → патологическое состояние»:

— потенцирующая психогенное воздействие (социальные и нозогенные факторы невротизации);

— потенцирующая реактивность психики (психопатологические феномены в структуре психоорганического синдрома *s. l.*).

Учитывая указанное выше, конгруэнтная система психотерапевтической интервенции должна:

а) учитывать наличествующий клинически этап [пато]нозологической трансформации расстройств в рамках описанного континуума, смещая фокус терапевтического воздействия на актуальные на данном этапе мишени;

б) иметь разнонаправленность в отношении обеих групп мишеней;

в) учитывать индивидуальную констелляцию психогенетических факторов формирующих звенья патогенеза в каждом отдельном клиническом наблюдении;

г) учитывать эффективность методов психотерапевтической интервенции в отношении текущего комплекса соматических и психопатологических расстройств пациента, принимая во внимание прогрессирующее *s. l.* психоорганического синдрома на метаболическом и соматическом этапах указанного континуума.

Разработана модель психопатогенеза [пато]нозологической трансформации расстройств в рамках континуума «психогения → реакция → психогенная гиперфагия → повышение массы тела → метаболические расстройства → соматическое заболевание → патологическое состояние».

Описаны основные механизмы потенцирования психогенной индукции в психопатогенезе психогенной гиперфагии.

Выявлены основные мишени психотерапевтической интервенции в рамках указанной модели, в результате их систематизации образовано две группы: потенцирующая психогенное воздействие; потенцирующая реактивность психики.

Сформулированы основные требования к системе психотерапевтической коррекции психогенной гиперфагии и, следовательно, последующих патонозологических форм в рамках континуума «психогения → реакция → психогенная гиперфагия → повышение массы тела → метаболические расстройства → соматическое заболевание → патологическое состояние».

#### Список литературы

1. Александров А. А. Современная психотерапия / А. А. Александров. — СПб. : Питер, 2004. — 400 с.
2. Гинзбург М. М. Ожирение как болезнь образа жизни. Современные аспекты профилактики и лечения / М. М. Гинзбург, Г. С. Козупица, Г. П. Котельников. — Самара : Изд-во Самарского госмедуниверситета, 1997. — 48 с.
3. Гинзбург М. М. Ожирение. Влияние на развитие метаболического синдрома. Профилактика и лечение / М. М. Гинзбург — М. : Медпрактика, 2002. — 182 с.
4. Калиниченко С. Особенности диагностики и лечения метаболического синдрома у мужчин / С. Калиниченко // Врач. — 2004. — № 9. — С. 28—30.
5. Короленко Ц. П. Психосоциальная аддиктология / Ц. П. Короленко, Н. В. Дмитриева. — Новосибирск : Олсиб, 2001. — 251 с.
6. Марков А. А. Пограничные нервно-психические расстройства при избыточном весе и ожирении : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук / А. А. Марков. — Томск, 2006. — 23 с.
7. Савчикова Ю. Л. Психологические особенности женщин с проблемой веса : дис. на соискание уч. степени канд. псих. наук / Ю. Л. Савчикова. — СПб., 2005. — 22 с.

Надійшла до редакції 26.02.2015 р.

**ГЕТМАНЧУК Евгений Иванович**, соискатель кафедры психиатрии, психотерапии общей и медицинской психологии, наркологии и сексологии Запорожского Государственного медицинского университета, г. Запорожье

**НЕТМАНЧУК Yevhen**, Competitor for PhD degree of the Department of Psychiatry, psychotherapy, general and medical psychology, narcology and sexology of the Zaporizhzhia State Medical University, Zaporizhzhia