

УДК 616.89-008.441.12-055.2:572

© И.А. Баландина, А.Б. Вайнер

ГБОУ ВПО Пермская Государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера
Минздравсоцразвития России

г. Пермь, Россия

АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ У ЖЕНЩИН ПРИ ПСИХОДИНАМИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПИЩЕВОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Аннотация. В статье приводятся результаты исследования по выявлению закономерности динамики антропометрических параметров тела при психодинамической коррекции пищевой зависимости. 49 пациенток (47,2%) страдали ожирением I степени, 42 (40,3%) – II степени и 13 (12,5%) – III степени. Через год проводимой терапии у 69 (66,4%) пациенток нами был зафиксирован нормальный вес и у 35 (33,6%) избыточная масса тела.

Ключевые слова: антропометрия, аддикция, авитальность, ожирение.

© I. Balandina, A. Vainer

Perm State Academy of Medicine named after ac. E. Vagner

Perm, Russia

ANTHROPOMETRIC INVESTIGATIONS IN WOMEN DURING PSYCHODYNAMIC CORRECTION OF FOOD ADDICTION

Abstract. The authors present their research on the revealing of regularity of dynamic anthropometric human body parameters in psychodynamic food addiction correction. In our study 49 (47,2%) patients revealed the I degree obesity, 42 (40,3%) patients – the II degree and 13 (12,5%) patients - the III degree. In a year course of treatment we noted a normal weight in 69 (66,4%) patients; 35 (33,6%) patients showed an abundant body weight.

Key words: anthropometry, addiction, avitality, obesity.

Введение. Психодинамическая трактовка аддикции сводится к бессознательному стремлению к смерти, т.е. появившаяся авитальная активность является неприемлемой для человека в силу активной работы механизмов хронификации жизни. Задача этих механизмов – не позволить человеку умереть. Но неприемлемость желания обуславливает то, что оно вытесняется в бессознательное, не исчезая куда-либо. В результате этого существующее желание находит себе выход через «замаскированный»,

«хронический» суицид, растянутый во времени, но от этого не менее эффективный. Такой суицид осуществляется при помощи психоактивных веществ (наркотики, алкоголь) или пищи. Очевидно, авитальная активность является провоцирующим фактором булемического синдрома у людей, страдающих пищевой зависимостью. Именно она инициирует аутоагрессию, из-за которой человек «заедает» себя на смерть [2].

Чрезмерное употребление высококалорийной пищи является главной причиной ожирения [1]. Человек потребляет больше калорий, чем тратит, причем делает это добровольно. Более того, продолжает это делать, даже не смотря на возникающие психологические и физиологические проблемы, связанные с ожирением [5].

Ожирение представляет для организма немалую опасность, поскольку сопровождается большим количеством сопутствующих заболеваний. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, избыточный вес и ожирение относятся к числу пяти основных факторов риска смерти. Ежегодно около 2,8 миллиона взрослых людей умирают по причине избыточного веса. Обусловленные ожирением заболевания распределяются следующим образом: 44% – диабет, 23% – ишемическая болезнь сердца и от 7 до 41% – онкологические заболевания. Вся эта картина осложняется сопутствующими психологическими проблемами [3, 4, 6].

Исследования, посвященные проблеме ожирения, в ближайшее время вряд ли утратят свою актуальность, поскольку число лиц, страдающих избыточным весом, прогрессивно увеличивается [7, 8]. Это свидетельствует о низкой эффективности имеющихся методов борьбы с лишним весом. Вызывает недоумение тот факт, что в изученной нами литературе психодинамическая коррекция пищевой зависимости рассматривается изолированно от антропометрических особенностей тела пациентов, что послужило причиной к проведению данного исследования [9, 10, 11, 12].

Цель исследования: провести анализ эффективности психодинамической коррекции пищевой зависимости с использованием антропометрии и обосновать клиническое значение выявленных закономерностей.

Материалы и методы исследования. Работа основана на результатах антропометрического исследования 104 пациенток, проходивших курс психодинамической коррекции пищевой зависимости в «Центре доктора Вагина» г. Перми в период с 2008 по 2009 г. Возраст пациенток варьировал от 20 до 50 лет, все трудоспособного возраста (100%).

Для проведения исследования по оценке эффективности снижения веса при помощи динамической терапии пищевой зависимости и коррекции пищевого поведения нам понадобились объективные критерии оценки.

Для этого мы использовали следующие антропометрические методы исследования:

1. Рост измеряли в положении стоя от подошвенных поверхностей пяток до верхней точки волосистой части головы.
2. Массу тела определяли с помощью электронных весов.
3. Степень ожирения выявляли с учетом индекса массы тела (ИМТ) (индекса Кетле).

$$\text{ИМТ} = M (\text{кг}) / R (\text{м}^2),$$

где M – масса тела (кг),

R – рост (м²).

**Трактовка показателей индекса массы тела
в соответствии с рекомендациями ВОЗ**

ИМТ, кг/м²	Состояние массы тела
Менее 16	Выраженный дефицит массы тела
16-18,5	Недостаточная (дефицит) масса тела
18,5-24,9	Нормальная масса тела

25,0-29,9	Избыточная масса тела (предожирение)
30,0-34,9	Ожирение I степени
35,0-39,9	Ожирение II степени
40,0 и более	Ожирение III степени (морбидное)

4. По методу В.Д. Devine (1974) идеальную массу тела (ИдМТ) высчитывали по формуле:

$$\text{ИдМТ} = 45,5 + 2,3 \times (0,394 \times R - 60),$$

где ИдМТ – идеальная масса тела (кг),

R – рост (см)

5. Площадь поверхности тела высчитывали по формуле:

$$S = 1 + (P + H) / 100,$$

где S – площадь поверхности тела (м²),

P – вес (кг),

H – отклонение в росте от 160 см с соответствующим знаком.

6. Толщину кожно-жировой складки с целью оценки жировотложения определяли электронным цифровым калипером в семи точках.

Вычисляли средний показатель толщины кожно-жировых складок по формуле:

$$d = (d1+d2+d3+d4+d5+d6+d7) / 14,$$

где d – средний показатель толщины кожно-жировых складок (мм),

d1 – толщина кожно-жировой складки на передней поверхности плеча (мм),

d2 – толщина кожно-жировой складки на задней поверхности плеча (мм),

d3 – толщина кожно-жировой складки на передней поверхности предплечья (мм),

d4 – толщина кожно-жировой складки на задней поверхности груди (мм),

d5 – толщина кожно-жировой складки на передней стенке живота (мм),

d6 – толщина кожно-жировой складки на бедре (мм),

d7 – толщина кожно-жировой складки на голени (мм).

7. Абсолютное содержание жира вычисляли по формуле:

$$D = d \times S \times k ,$$

где D – абсолютное содержание жира (кг),

d – средний показатель толщины подкожного жира вместе с кожей (мм),

S – площадь поверхности тела (м²),

k – константа, равная 0,13.

8. Относительное содержание жира определяли по формуле:

$$\text{ОСЖ} = (D/P) \times 100,$$

где ОСЖ – относительное содержание жира (%),

D – абсолютное количество жира (кг),

P – вес (кг).

9. Окружность бедер измеряли сантиметровой лентой в анатомическом положении (стоя, ноги вместе, руки опущены) посередине между наружной верхней остью подвздошной кости и верхним краем надколенника.

10. Окружность талии измеряли сантиметровой лентой, но не на уровне пупка, как указано в общепринятых методиках [4], а на середине расстояния между краем реберной дуги по среднеключичной линии и верхней передней подвздошной остью (при спокойном дыхании). Это обусловлено тем, что во время увеличения, либо уменьшения количества подкожной жировой клетчатки такие анатомические ориентиры, как пупок, становятся подвижными в отличие от костных образований.

Антропометрические исследования проводили ежемесячно. Контрольными числами считали результаты, полученные при первом антропометрическом исследовании, выполненном до лечения пациентки, а также антропометрические данные, выявленные через 1 год после начала

лечения и через 3 года после окончания терапии. Проводимые психотерапевтом антропометрические исследования помогли объективизировать успешность работы по снижению веса и тем самым повышали мотивацию пациентов.

С помощью клинико-психопатологического метода был проведен анализ этиопатогенетических факторов, способствовавших нарушению пищевого поведения, возникновению и формированию пищевой аддикции в целом. Полученные результаты анализировались по характеристикам:

1. избыточная масса тела (причины возникновения, длительность, динамика массы тела, наследственная предрасположенность, степень ожирения);

2. особенности пищевого поведения (субъективная оценка голода перед едой, количество и частота приемов пищи, степень насыщения во время еды, чувство физического дискомфорта после еды, прием пищи без чувства голода, традиции и культура питания пациента);

3. аффективные нарушения (связь переедания с психогенией, чрезмерная обеспокоенность размерами и массой тела, наличие тревоги и депрессии до и после приема пищи, самоупреки и чувство вины после еды, психологический дискомфорт от приема пищи в присутствии других, стремление скрывать от родственников приступы переедания);

4. наличие и характеристика очистительного поведения (желание избавиться от съеденного, чувство вины, тревога и подавленное настроение после приступов переедания);

5. особенности воспитания в родительской семье (вырос в гармоничной или дисгармоничной семье, культура питания в детстве, наличие психических и аддиктивных расстройств у членов семьи, тип воспитания);

Результаты подвергали статистической обработке на персональном компьютере в программе MicrosoftExcel-2007.

Кроме этого в нашем диагностическом исследовании у каждой пациентки мы использовали опросник для скрининга расстройств пищевого поведения (SCOFF).

Обследуемой пациентке задавали 5 вопросов, на которые можно ответить как в устной, так и в письменной форме:

1. Вы вызываете у себя тошноту, если чувствуете, что желудок переполнен?
2. Вы беспокоитесь, что потеряете контроль над количеством съедаемой пищи?
3. Вы за последнее время худели более чем на 6 кг за 3 месяца?
4. Вы считаете, что у Вас избыточный вес, хотя окружающие говорят, что Вы слишком худы?
5. Можете ли Вы сказать, что пища доминирует в Вашей жизни?

За каждый положительный ответ начисляли по 1 баллу. Если пациентка ответила положительно на 2 и более вопросов, у нее отмечали склонность к патологическому пищевому поведению.

Лечение сводилось к тому, что пациентка придерживалась принципов рационального питания, а психодинамическая коррекция способствовала ее удержанию в рамках этих принципов, как в течение терапии, так и на протяжении всей последующей жизни.

Результаты исследования. Из 104 пациенток, проходивших курс психодинамической коррекции пищевой зависимости, 49 человек (47,2%) страдали ожирением I степени, 42 (40,3%) – II степени и 13 (12,5%) – III степени. Через год проводимой терапии у 69 (66,4%) пациенток нами был зафиксирован нормальный вес и у 35 (33,6%) – избыточная масса тела. Через 3 года от начала лечения были отмечены следующие отдаленные результаты: у 65 (62,5%) женщин был нормальный вес, 39 (37,5%) женщин имели избыточную массу тела.

Анализ отдаленных результатов исследования показал, что масса тела пациенток в среднем уменьшилась от $100,5 \pm 7,8$ кг до $67,8 \pm 3,5$ кг. Средний показатель толщины кожно-жировых складок снизился от $16,5 \pm 1,3$ мм до $11,5 \pm 0,6$ мм. Окружность талии уменьшилась в среднем от $107,9 \pm 6,3$ см до $77,1 \pm 2,4$ см, а окружность бедер – от $61,3 \pm 1,7$ см до $50,2 \pm 1,2$ см ($p < 0,05$).

При определении средних показателей индекса массы тела получили следующие значения. Так, на момент начала коррекции веса ИМТ в среднем составляет $35,66 \pm 0,36$ кг/м². Максимальное значение ИМТ достигает $42,29$ кг/м², минимальное значение ИМТ при первичном обращении равно $31,65$ кг/м².

Через год после проведения психодинамической коррекции массы тела ИМТ пациенток в среднем равен $24,33 \pm 0,25$ кг/м²; $29,8$ кг/м² – наибольшее значение ИМТ, зафиксированное в нашем исследовании, $20,32$ кг/м² – наименьшее значение ИМТ.

При изучении отдаленных результатов эффективности психодинамической коррекции массы тела значение ИМТ в среднем составляет $24,16 \pm 0,27$ кг/м²; максимальный показатель ИМТ равен $28,03$ кг/м², минимальный – $19,38$ кг/м².

Значение медианы подтверждает характер распределения данных по значению средней арифметической и уменьшается от $35,26$ кг/м² (в момент начала коррекции веса) до $24,14$ кг/м² (в отдаленных результатах).

Динамика ИМТ пациенток, которым проводилась психодинамическая коррекция пищевой зависимости, представлена в таблице.

Индекс массы тела пациенток с пищевой зависимостью при первичном обращении в клинику, после лечения и через три года после психодинамической коррекции пищевой зависимости, кг/м² (n=104)

№ исследования	M±m	Max	Min	σ	Me	p
1	35,66±0,36	42,29	31,65	3,63	35,26	
2	24,33±0,25	29,80	20,32	2,57	24,27	< 0,05
3	24,16±0,27	28,03	19,38	2,75	24,14	< 0,05

Примечание:

№1 – результаты исследования ИМТ на момент начала коррекции веса;

№2 – результаты исследования ИМТ после лечения;

№3 – отдаленные результаты исследования ИМТ.

Таким образом, для экспресс-оценки расстройств пищевого поведения мы рекомендуем использование опросника, состоящего из пяти вопросов, не менее двух ответов на которые должны быть положительными. При этом для объективности исследования у пациентки необходимо рассчитать ИМТ, а также определить соотношение окружности талии (которую измеряли посередине между реберной дугой по среднеключичной линии и верхней передней подвздошной остью) к окружности бедер (которую измеряли посередине между наружной верхней остью подвздошной кости и верхним краем надколенника). При ИМТ>24,9 кг/м² и/или при значении ОТ/ОБ>0,95 (у женщин) следует диагностировать расстройства пищевого поведения.

Сочетание метода экспресс-оценки вероятных расстройств пищевого поведения с антропометрическими исследованиями мы предлагаем для дальнейшей клинической апробации с целью объективизации результатов данного опросника. Анализ антропометрических показателей тела дает возможность объективно и аргументировано решать вопросы о вероятных расстройствах пищевого поведения и рекомендовать его использование для предварительной экспресс-диагностики вновь обратившихся пациентов.

Кроме того он может быть использован с целью выявления патологии в группах высокого риска в специальных условиях (например, в балетных школах, группах фитнеса и спортивных заведениях), а также в отделениях неврозов клинических психиатрических больниц, в любых частных и государственных клиниках, занимающихся лечением ожирения.

Выводы и рекомендации

1. Психодинамическая коррекция пищевого рациона с использованием антропометрических показателей позволила достичь достоверного и долговременного снижения ИМТ в 62,5 - 66,4% случаев.

2. Сочетание психодинамической коррекции пищевой зависимости с исследованием антропометрических параметров тела дает возможность прогнозировать динамику пищевого статуса и определять дальнейшую тактику ведения пациенток.

Список литературы:

1. *Авксенова М.Н.* Роль ожирения в патогенезе репродуктивных нарушений у женщин // Пермский медицинский журнал. – 2008. – Том 25. – №4. – С. 41–43.

2. *Вагин Ю.Р.* Тифоанализ (теория влечения к смерти). – Пермь: ПОНИЦАА, 2003. – 246 с.

3. *Косыгина А.В.* Новое в патогенезе ожирения: адипокины – гормоны жировой ткани // Проблемы эндокринологии. – 2009 – Т. 55 (1). – С. 44–51.

4. *Николаев В.Г.* Методы оценки индивидуально-типологических особенностей физического развития человека / В.Г. Николаев, Е.П. Шарайкина, Л.В. Синдеева, В.П. Ефремова, В.А. Сапожников. – Красноярск: КрасГМА, 2005. – 111 с.

5. *Пинхасов Б.Б.* Нарушения пищевого поведения и предпочитаемые рационы питания у женщин с алиментарно-конституциональным ожирением / Б.Б. Пинхасов, Ю.П. Шорин, В.Г. Селятицкая // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – №1 (52). – С. 80–83.

6. *Саргаева Д.С.* Особенности анамнеза и факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний у девушек-подростков и молодых женщин с ожирением / Д.С. Саргаева, О.А. Кисляк, А.В. Стародубова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика: приложение к журналу. – 2008. – № 7 (6). – С. 328–329.

7. *Терещенко И.В.* Патогенетические механизмы гиперандрогении у молодых женщин при ожирении / И.В. Терещенко, М.Н. Авксенова // Здоровье и образование в XXI веке: матер. VI Международной научно-практической конференции. – М., 2005. – С. 461.

8. *Щедрина А.Г.* Онтогенез и теория здоровья. – Новосибирск: Наука, 2003. – 169 с.

9. *Лобин К.В.* Структура «Я» в межличностных отношениях женщин, страдающих алиментарно-конституциональным ожирением // Психопрофилактика, психогигиена и психотерапия в становлении психологической службы России: матер. Всероссийской научно-практической конференции (Воронеж, 19-20 сентября 2003 г.). – Воронеж, 2003. – С. 233–235.

10. *Гаврилов М.А.* Взаимосвязь психологических и физиологических особенностей при нормализации массы тела у женщин, имеющих избыточный вес: автореф. дис. ...канд. мед. наук. – Томск, 1998. – 36 с.

11. *Blazer D.G.* Mood disorders: epidemiology // Comprehensive Textbook of Psychiatry, Seventh Edition. – Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2005. – P. 1298–1308.

12. *Goldberg D.P., Lecrubier Y.* Prevalence of major psychiatric disorders in primary health care Form and frequency of mental disorders across centres // Ustun T.B., Sartorius N., eds. Mental illness in general health care: an international study. – Chichester: John Wiley & Sons, 1995. – P. 323–334.

Баландина Ирина Анатольевна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой нормальной топографической и клинической анатомии, оперативной хирургии ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Минздравсоцразвития России, Пермь, 614990, ул. Петропавловская, 26.

Вайнер Александр Борисович – аспирант кафедры нормальной топографической и клинической анатомии, оперативной хирургии ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Минздравсоцразвития России, e-mail: 446688@mail.ru

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Пермская государственная медицинская академия имени академика Е.А. Вагнера» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Пермь, 614990, ул. Петропавловская, 26.

