

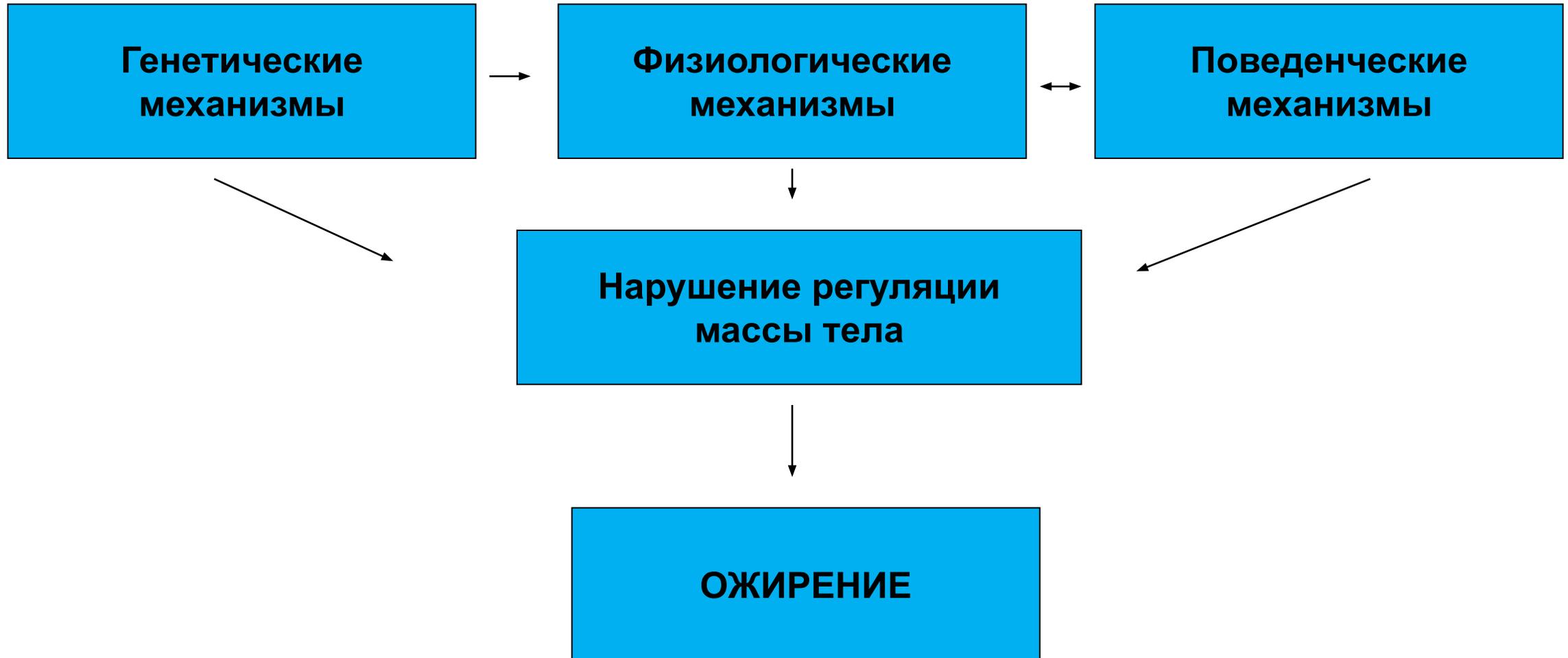
Пищевое поведение

доц. Щукина О.Б.

- **ОЖИРЕНИЕ** является синдромом, обусловленным физическими, биохимическими, метаболическими и поведенческими изменениями, в результате которых происходит повышенное отложение жира и, соответственно, увеличение веса. (Л.Б.Сейленс в книге: «Эндокринология и метаболизм» под ред.Ф.Фелига, Дж.Д. Бакстера, А.Е.Бродуса, Л.А.Фромена, 1985 год, стр.259



Процесс регуляции массой тела



К факторам, способствующим ожирению, относятся:

- особенности генотипа
- конституции жировой ткани и гормональной регуляции процессов липолиза и липогенеза
- нарушения функции центров аппетита и сытости
- психические и эмоциональные расстройства, связанные с особенностями питания в период грудного и детского возраста,
- семейные и национальные привычки в питании, потреблении алкоголя
- социально-экономические: уровень образования, уровень дохода, семейное и социальное положение

Влияние наследственности:

- Однояйцовые близнецы часто имеют одинаковый тип и степень ожирения.
- При наличии ожирения у обоих родителей дети страдают им в 80% случаев
- При наличии ожирения у одного из родителей – в 40% случаев
- При отсутствии ожирения у родителей – в 10% случаев.
- Наследственный фактор рассматривается как полигенный. И здесь учитывают наследование особенностей центральных регуляторных систем, ферментативной регуляции метаболизма адипоцитов, а также наследование «культуральных», семейных поведенческих особенностей человека в области питания и многие другие

Особенности пищевого поведения

- Это стиль питания — отражение аффективных (эмоциональных) потребностей и душевного состояния человека. Чувство удовлетворения голода вызывает ощущения защищенности и хорошего самочувствия еще с детства.

(«Скажи мне что ты ешь и я скажу кто ты есть» Сенека).

ПРИЧИНЫ нарушений пищевого поведения

Генетика, конституция в том числе специфика церебрального регулирования пищевого поведения и жирового обмена — наследственная предрасположенность к ожирению, повышенному аппетиту.

Особенности нейромедиаторной регуляции с дисфункцией серотонинергических систем мозга. У тучных наблюдается дефицит серотонина.

ПРИЧИНЫ нарушений пищевого поведения

Традиции (культурные, национальные, семейные). Например, в Нигерии существуют специальные комнаты, в которых «откармливают» дочерей.

Не побежден еще полностью миф о том, что полнота, величина форм и дородность –это проявление богатства, уважения и почета, признак солидности и определенного социального статуса.

ПРИЧИНЫ нарушений пищевого поведения

Особенности питания Перекармливание с детства, еда в качестве поощрения, награды, успокоения.

Кормление в ситуациях любого эмоционального / соматического дискомфорта, в качестве защиты от стресса (отсутствие других способов реагирования на стресс)

Формирование неправильной условно-рефлекторной реакции: любой дискомфорт воспринимается как желание поесть (потребность в еде).

В детстве еда – основной регулятор всего поведения. Поэтому, еда не должна использоваться в качестве награждения или поощрения, ребенка нельзя утешать или наказывать едой.

ПРИЧИНЫ нарушений пищевого поведения

Неразвитость или меньшая значимость других мотиваций

- По мере взросления, значимость пищевой мотивации должна уменьшаться. Она должна быть ниже потребности в самодостаточности, творческой реализации, в воспроизведении потомства и т.д.
- У толстых пищевая потребность остается на вершине по значимости.

ПРИЧИНЫ нарушений пищевого поведения

Пребывание в состоянии хронического стресса, выраженность аффективных состояний, особенности личности

- Женщины после стрессового воздействия более склонны потреблять жирную пищу, чем не подвергавшиеся стрессу
- У толстых в большей степени имеет место тревога, депрессия, сексуальные трудности, низкая самооценка. Если человек с ожирением ест, значит ему не наплевать, а это способ его защиты.
- Считается, что толстый виноват сам: ленив, распущен, не следует социальным нормам. Однако напротив, у них высокая социальная ориентированность (важно, что о них подумают), стрессодоступность и стрессочувствительность (защищаются

ПРИЧИНЫ нарушений пищевого поведения

Продемонстрирована связь между менопаузой и набором веса

- Уже в течение нескольких недель после хирургической менопаузы отмечено повышение приема пищи на 67% и массы тела на 5%.
- *Наблюдается повышение уровня лептина, вырабатываемого жировыми клетками и участвующего в регуляции пищевого поведения.*
- Большая часть самок стала употреблять большее количество пищи в вечернее и ночное время, что также способствовало быстрому набору веса.

Типы нарушений пищевого поведения

1 Сниженная насыщаемость

- У больных с ожирением нарушена нормальная регуляция центров аппетита и насыщения.
- У них не успевает сформироваться насыщаемость. Сытость представляет собой переполнение желудка. Т.е. нет эмоций, сопровождающих насыщение.

Типы нарушений пищевого поведения

2 Экстернальное пищевое поведение

- Больные часто не знают, когда они голодны. Их аппетит провоцируется внешними раздражителями: пациенты реагируют на внешние стимулы больше, чем на внутренние (чувство голода). «Толстые едят глазами» - т.е. реагируют на вид, запах пищи, разговоры о еде, рекламу. Поэтому они часто едят «за компанию».
- У здоровых людей внешние стимулы тоже играют роль, но у толстых очень сильна пищевая мотивация, они реагируют даже на вид пищи, покупая, например, в магазинах продуктов больше, чем нужно.
- Поэтому пища для них должна быть запрещенной, недоступной.

Типы нарушений пищевого поведения

3 Эмоциогенное пищевое поведение Варианты:

А. Гиперфагическая реакция на стресс у 30%-60% («Пищевое пьянство») В популяции 30% заедают стресс, плохое настроение, т.е. любое состояние эмоционального дискомфорта (чаще – женщины невротического склада). В популяции толстых 60% — это регрессивная реакция на конфликт и личностные проблемы, нежели реакция на внутренние физиологические стимулы. Еда – лекарство. Они предпочитают У и Ж. В крови ↑ У – гиперинсулинемия – изменяется проницаемость гемато-энцефалического барьера, ↑ проницаемость для триптофана в ЦНС, который является предшественником серотонина. Серотонин заведует чувством сытости, эмоционального комфорта (седатации и релаксации), устраняя состояние стресса. Дефицит защищенности, любви, признания может привести к замещению вплоть до обжорства. Задача – научить больного успокаиваться и бороться со стрессом

Типы нарушений пищевого поведения

Эмоциогенное пищевое поведение Варианты:

- *Б. Синдром ночной еды (9%)* Чаще страдают женщины с ожирением, невротического склада, как правило, со скрытой депрессией. Для этого синдрома характерно:
 - Утренняя анорексия. Еда даже может вызывать отвращение.
 - Вечерняя и ночная еда. Переедание.
 - Инсомния. Пациентка не может заснуть. Ходит на кухню и ест. Иногда после этого засыпает и затем вновь пробуждается и снова ест.

Как правило, данная симптоматика возникает после перенесенной психотравмы.

Типы нарушений пищевого поведения

Эмоциогенное пищевое поведение Варианты:

- *Б. Синдром компульсивного пищевого поведения (19-25%)* вариант «пищевого пьянства» (binge-eating disorder –англ. «кутеж, пищевой запой»), аналогичен запою, наркотикам. Характерны:

1. повторяющиеся эпизоды переедания с:

- приступообразным перееданием (в течение не более 2-х часов),
- ощущение невозможности контроля приема пищи (не могут остановиться: не могут прервать еду или уменьшить ее количество);

2. Эти эпизоды сопровождаются тремя из следующих признаков:

- прием пищи более быстрый, чем обычно;
- прием пищи продолжается до ощущения неприятного переполнения желудка (при этом не возникает чувство сытости);
- Нет чувства голода, т.е. больной ест сам не зная почему;
- Эпизод обжорства происходит в одиночестве, чтобы окружающие не узнали
- Ощущение отвращения к себе, депрессивное состояние или чувство вины из-за переедания.
- **Четкое состояние дистресса из-за таких эпизодов переедания**
- **Частота эпизодов резкого переедания в среднем не менее 2-х/нед на протяжении полугода**
- **Состояние не соответствует критериям НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ или НЕРВНОЙ БУЛЕМИИ**

Типы нарушений пищевого поведения

4 Ограничительное пищевое поведение

- Может быть следствием неотрегулированной, слишком строгой диеты (экзотические диеты, в том числе), которая приводит к «диетической депрессии», эмоциональной нестабильности, неверию в свои силы, отказу от дальнейшей терапии.
- Врач должен понимать, что тот, кто должен придерживаться определенной диеты, часто будет чувствовать себя неполноценным человеком, «отлученным от пиршественного стола полной жизни» (Б.Любан-Плоцца). При этом у больных повышается тревога, агрессивность, враждебность по отношению к врачу, окружающим. Они срываются с диеты, отсюда высок % рецидивов. Через 1.5 года лишь 5% смогут сохранить достигнутый эффект. Отсюда – необходимость в психологической помощи, а также в пожизненном лечении ожирения – новые пищевые привычки должны остаться на

Типы нарушений пищевого поведения

- **4 Сезонное аффективное расстройство** У женщин в 4 раза чаще. В популяции у 6% - четкий симптом, у 40% стертые формы — сезонные колебания самочувствия. Характерно то, что все симптомы присутствуют только в темное время года (октябрь – март, апрель), в светлое время года ретушируются или совсем проходят. Признаки: депрессия в виде сниженного фона настроения, «серой дымки», снижения «вкуса к жизни»; продолжительный, прерывистый сон, не приносящий отдыха – постоянно хочется спать (дневная сонливость); предменструальный с-м: либо появляется, либо обостряются проявления; булимия: больше едят, тем самым исправляя свое настроение, как правило, легко усвояемую жирную пищу. Отмечается повышенный аппетит, больные переедают; повышение массы тела; психалгии

• **Причины сезонного аффективного расстройства**

- Свет способствует снижению уровня мелатонина, а в ЦНС повышается уровень серотонина, допамина, гонадотропина. Темнота оказывает обратное действие.
- ночью освещенность равна 20 – 380 lux
- утро в плохо освещенном помещении 500 lux
- солнечный день 100 000 lux
- Следовательно, необходимо лечение светом – фототерапия: ежедневно по 2500 – 10 000 lux по 30 мин.
- Если нет лампы, то обязателен совет: не носить очки светозащитные, гулять по зимнему солнцу.

Поведенческая терапия

- Ведение пищевого дневника
- Знания
- Постановка конкретных целей
- Выработка новых навыков пищевого поведения

Пищевой дневник

- Поведенческая терапия начинается с ведения пищевого дневника. Не менее 2-х недель, лучше - месяц

Час приема пищи	Кол-во съеденной пищи и выпитых напитков (в гр, ложках, кусочках, чашках и др.)	Почему я ем?	Ситуация, в которой я ем
8-00	Каша овсяная 200 гр Масло слив 10 гр Чай Сахар 3 ч.л. Булка 70 гр Сыр 50 гр	Голоден («волчий голод»), чтобы успокоиться, потому что устал и болит голова, «за компанию», потому, что пришло время еды, машинально, впрок, не знаю, почему и т.д.	Дома, на работе, в кафе, в гостях (у кого конкретно: друг, теща и т.д.)

Пищевой дневник позволяет

- Оценить рацион пациента, проанализировать алиментарные причины отсутствия эффекта от проводимой диетотерапии:

- ✓ пациент может питаться мало, но калорийно

- ✓ пациент «наел» раньше избыточный вес и он остается на прежнем уровне

- Поневоле ведение пищевого дневника дисциплинирует больного. Фиксируя время приема пищи, пациент смотрит на себя со стороны, невольно меняя пищевое поведение.

- Если пациент систематически приходит без пищевого дневника, то это является сигналом его недостаточной мотивации на работу по снижению веса.

Знания

- Пациенту необходимо объяснить, что ожирение – это заболевание.
- Следует выявить причинно-следственные связи артериальной гипертензии и веса, глюкозы крови и веса, дислипидемии и веса, нарушения менструального цикла и веса и т.д.
- Необходимо дать правильное понимание ожирения как патологического процесса, не только косметического дефекта.
- Мальчику необходимо говорить о связи избыточного веса и потенции, его мужской состоятельности. Т.е. разговаривая с пациентом, нужно учитывать пол, возраст. Мы должны искать пациенту обоснования для снижения веса.

Постановка конкретных целей

- Цели должны быть кратковременными и долгосрочными.
- Кратковременные: постепенное введение новых пищевых привычек. Скорость снижения веса должна быть 2 кг/месяц. Пациент должен знать насколько мы собираемся «его худеть». Необходимо предупредить заранее о так называемой, «мертвой точке».
- Уже снижение массы тела на 5-10 кг является благом для пациента, а не просто снижением веса. Это обязательно улучшит показатели липидного спектра, артериального давления, уровня гликемии.
- Долгосрочной целью может быть: обустроенность личной жизни, покупка нового платья, посещение бассейна, устройство на работу.
- Таким образом, *цели должны быть осязаемыми.*

Выработка новых навыков пищевого поведения

- Правильный режим питания, который соблюдает вся семья, чтобы не было внутрисемейной злости. Идея: избавляться от вредной привычки следует *коллективно*. В коллективе проще следить за тем, чтобы другие не совершали тайные визиты на кухню или в ближайшую закусочную, и есть перед кем гордиться, если начал уменьшаться живот.
- Больше двигаться, желательно под музыку. Телодвижения не должны быть очень резкими, чтобы не истратить сразу весь запас калорий и проголодаться, но и не слишком вялыми.
- Три списка продуктов (1 список – продукты, которые следует исключить из рациона, 2 список продуктов, которые следует не переедать, 3 список продуктов, которые можно есть без ограничения (клетчатка: минеральная вода, кофе и чай без сахара, все виды зелени и овощей (кроме картофеля и бобовых), грибы. Каждый прием пищи следует начинать с овощного салата (без

Рекомендации по коррекции пищевых привычек

- не пропускать завтрак или обед;
- не перекусывать постоянно: один полный обед лучше двух-трех чаепитий с бутербродами;
- покупая продукты, читать этикетку о составе, не доверять словам «диетический» или «низкокалорийный»: смотреть на цифры;
- жарить в посуде с антипригарным покрытием без жира или на решетке (гриль). Чаще тушить и запекать, чем жарить
- уменьшение экстернального пищевого поведения: пациент не должен покупать продукты в состоянии голода. При этом покупать продукты в соответствии с заранее составленным списком. В холодильнике не должно быть продуктов из 1 списка. Пациент не должен есть «за компанию», не должен бояться оставить на тарелке недоеденное.

- уменьшение эмоциогенного пищевого поведения:
- не заедать плохое настроение. Необходимо научить больного как он должен снимать с себя стрессовое состояние (обучение аутогенной тренировке, при эмоциональном дискомфорте - физические упражнения, танцы, прогулка, музыка, разговор по телефону, душ, теплая ванна, занятие любимым делом)

- качественное повышение насыщаемости:
- стакан воды без газа за полчаса до еды снижает аппетит. Он должен заставлять себя есть медленно, думать о еде, не разговаривать во время еды, чтобы машинально не проглотить большое количество пищи, думать о тщательном пережевывании, нарезать пищу на маленькие кусочки, есть, используя десертную, чайную ложку, класть столовые приборы (вилку, ложку) на стол после того, как положил пищу в рот, когда съел $\frac{1}{2}$ порции уйти на 15-20 минут, а потом вернуться и доест.

- повышение физической активности.
- Необходимо научить больного как это сделать: разговаривать по телефону стоя, если проживает ниже 6 этажа – не пользоваться лифтом, 2 раза в неделю оставлять авто в гараже, скрытая гимнастика (в метро, в аудитории), 10 тысяч шагов в день – измерять шагомером.

- программа поощрений и поддержки:
- никогда не ругать больных – ошибки всегда можно исправить, важно ее заметить. Нет трагедии в том, что пациент «сорвался». Необходимо всячески хвалить за успехи. Пациент должен делать себе подарки: покупка платья на размер меньше, шарфик, перчатки или ей делают подарок другие: театр, прогулка, концерт, т.е. должна быть система поощрений и поддержки.
- Поведенческая модификация очень важна. Диетические рекомендации могут быть одинаковыми, но при этом эффект у пациентов будет разным. Необходим 1 совет в неделю – но это должна быть конкретная рекомендация, которую пациент может выполнить.

- Эффективность терапии зависит от мотивации пациентов на снижение веса.
- Больной с ожирением будет лечиться до тех пор, пока он худеет, то есть мотивация на продолжение лечения при стабилизации веса снижается или прекращается вовсе.
- Врачу постоянно приходится изобретать новые приемлемые для пациента мотивы.
- Без надлежащей психологической и психотерапевтической поддержки сам процесс лечения ожирения вызывает дистресс.

- Психотерапевтическая помощь может быть в виде аутогенных тренировок, группового психотренинга, сеансов гипноза, нейролингвистического программирования и т.д., которые осуществляет, как правило, психотерапевт.

успехов на этом трудном пути!

ДОРОГУ ОСИЛИТ ИДУЩИЙ