

УДК 616.89-008.441.12-092-07

Є.І. Гетманчук

**КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА ТА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА
ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ ІЗ ПСИХОГЕННОЮ ГІПЕРФАГІЄЮ**

Запорізький державний медичний університет

Ключові слова: переїдання, розлад дигестивної поведінки, ожиріння, тривожно-депресивний розлад, коморбідність, клінічна психопатологія

Харчова поведінка відноситься до базових, що мають гедоністичне значення, внаслідок чого дає почуття заспокоєння і сприяє поліпшенню настрою за рахунок активації загальних ланок центральної регуляції прийому їжі та настрою – серотонін – та норадренергічних нейротрансмітерних систем ЦНС [5;8;9].

При реалізації порушень дигестивної поведінки (психогенна гіперфагія) виникає перерозподіл та трансформація внутрішніх імпульсів з відверненням від інших патернів поведінки [1;3], у тому числі внутрішньої поведінки (розумових патернів) зі зниженням актуальності і емоційної значущості патологічних патернів (у першу чергу анкіозного кола) [4;6].

Для формування концепції психотерапії та психопрофілактики порушень дигестивної поведінки необхідно виявити домінуючий патологічний симптомокомплекс психогенної гіперфагії [2, 7, 10].

Матеріали та методи. Відповідно до поставлених завдань було обстежено 100 хворих на аліментарне ожиріння (ожиріння, обумовлене надмірним вступом енергетичних ресурсів – E66.0) з розладами дигестивної поведінки, а саме психогенною гіперфагією (переїдання внаслідок інших психологічних порушень – F50.4) та коморбідними розладами тривожно-депресивного кола (інші тривожно-фобічні розлади – F40.8 та змішаний тривожно-депресивний розлад – F41.2), а також 20 умовно здорових осіб, 20 пацієнтів хворих на аліментарне ожиріння (ожиріння, обумовлене надмірним вступом енергетичних ресурсів – E66.0) у яких виявлялися розлади дигестивної поведінки, а саме психогенне переїдання (переїдання внаслідок інших психологічних порушень – F50.4) та не виявлялося розладів тривожно-депресивного кола та 20 пацієнтів у яких виявлялися розлади тривожно-депресивного кола (інші тривожно-фобічні розлади – F40.8 та змішаний тривожно-депресивний розлад – F41.2) та не виявлялося розладів дигестивної поведінки та аліментарне ожиріння.

Для вивчення клініко-психопатологічних та медико-психологічних характеристик хворих на аліментарне ожиріння і розлади тривожно-депресивного кола, для чого було сформовано наступні групи обстежуваних:

1 група (основна) – 100 пацієнтів (50 чоловіків та 50 жінок) хворих на аліментарне ожиріння (ожиріння, обумовлене надмірним вступом енергетичних ресурсів – E66.0) у яких виявлялися розлади дигестивної поведінки, а саме психогенне переїдання (переїдання внаслідок інших психологічних порушень – F50.4) та коморбідні розлади тривожно-депресивного кола (інші

тривожно-фобічні розлади – F40.8 та змішаний тривожно-депресивний розлад – F41.2). Вік пацієнтів коливався від 20 до 47 років, середній вік у групі склав $31,6 \pm 0,73$ років.

Основна група у свою чергу була розділена на наступні підгрупи:

Група 1.1 – 70 пацієнтів (32 чоловіків та 38 жінок), у яких аліментарне ожиріння було діагностовано до психотравми, яка розглядається як провокуюча у виникненні розладів тривожно-депресивного кола;

Група 1.2 – 30 пацієнтів (12 чоловіків та 18 жінок), у яких аліментарне ожиріння було діагностовано після психотравми, яка розглядається як провокуюча у виникненні розладів тривожно-депресивного кола.

2 група (контрольна) – 20 умовно здорових осіб, які не мали аліментарного ожиріння, порушень дигестивної поведінки та тривожно-депресивних розладів, або існуючі розлади були на донозологічному рівні (10 чоловіків та 10 жінок). Вік пацієнтів коливався від 21 до 45 років, середній вік у групі склав $30,6 \pm 0,48$ років.

3 група (контрольна) – 20 пацієнтів (10 чоловіків та 10 жінок) хворих на аліментарне ожиріння (ожиріння, обумовлене надмірним вступом енергетичних ресурсів – E66.0) у яких виявлялися розлади дигестивної поведінки, а саме психогенна гіперфагія (переїдання внаслідок інших психологічних порушень – F50.4) та не виявлялося розладів тривожно-депресивного кола. Вік пацієнтів коливався від 22 до 48 років, середній вік у групі склав $30,5 \pm 0,54$ років.

4-а група (контрольна група) – 20 пацієнтів (10 чоловіків та 10 жінок) у яких виявлялися розлади тривожно-депресивного кола (інші тривожно-фобічні розлади – F40.8 та змішаний тривожно-депресивний розлад – F41.2) та не виявлялося розладів дигестивної поведінки та аліментарне ожиріння. Вік пацієнтів коливався від 20 до 47 років, середній вік у групі склав $29,8 \pm 0,34$ років.

Всі хворі дали інформовану згоду на участь у дослідженні.

В усіх пацієнтів, які взяли участь у дослідженні, проводилося ретельне вивчення клініко-анамнестичних даних, що дозволило виявити особливості особистості та хвороби, які мали пацієнти до виникнення розглянутої патології. Період обстеження та спостереження тривав з моменту встановлення вищевказаного діагнозу та по закінченню лікувально-реабілітаційних заходів. У всіх хворих до встановлення діагнозу не від-

значалося психічних захворювань в анамнезі, спадковість не обтяжена психопатологією, всі хворі не мали ознак органічних уражень головного мозку та клінічно визначальної ендокринної та соматичної патології. Пацієнти не отримували іншого лікування, окрім передбаченого дослідженням.

Для досягнення мети використовувалися такі методи дослідження:

– медико-соціологічний – для вивчення психосоціального статусу;

– антропометричний – для діагностики ожиріння (соматометрія, визначення індексу маси тіла Кетле, ступеню ожиріння) (Н. Д. Вардімаді, Л. Г. Машкова, 1988);

– клініко-психопатологічний – для вивчення структури психопатологічних розладів у хворих на розлади дигестивної поведінки (переїдання) та коморбідні тривожно-депресивні розлади;

– психодіагностичний – реалізовувався за допомогою наступних методик:

1. Стандартизований багатофакторний метод дослідження особистості ММРІ (І. Маккінлі, С. Хатеуей, 1971) для вивчення специфічних особистісних якостей контингенту із дигестивною поведінкою (переїдання) та коморбідними тривожно-депресивними розладами;

2. Шкала депресії Бека (BDI) (А. Т. Веck, 1961) для визначення депресивних проявів у визначеного контингенту;

3. Торонтська алекситимічна шкала (TAS) (G. J. Taylor, 1985) для визначення алекситимії та порушення спроможності усвідомлення і вербалізації своїх почуттів у визначеного контингенту;

4. Шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера – Ханіна (STAI) (Ч. Д. Спілбергер, Ю. Л. Ханін, 1978) – для психодіагностики тривожних про-

явів особистості профільного контингенту хворих;

5. Тест для визначення типу відношення до хвороби (Л. І. Вассерман, Б. В. Іовлев, Е. Б. Карпова, 2005) – для діагностики типу відношення до хвороби і лікування;

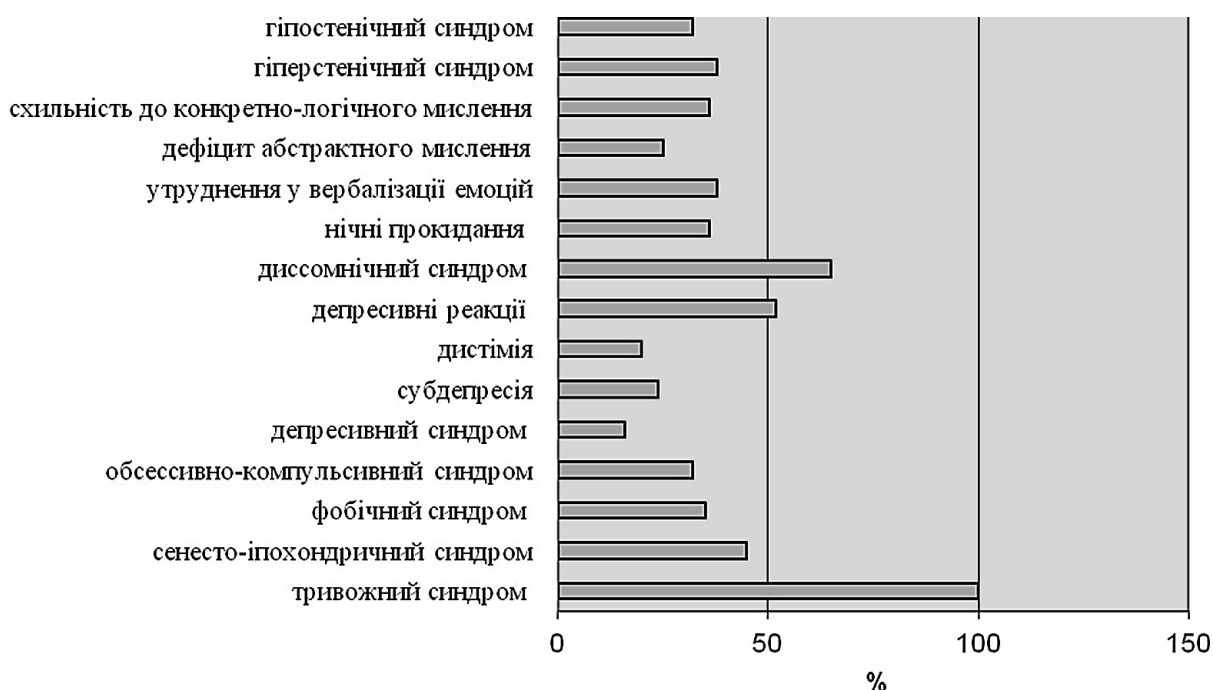
6. Опитувальник «Наявність гіперфагії» (Є. І. Гетманчук, 2012).

Також всі хворі проходили загальне клінічне обстеження – фізикальне, лабораторно-інструментальне обстеження, консультації терапевта, невролога (з метою виявлення супутньої патології).

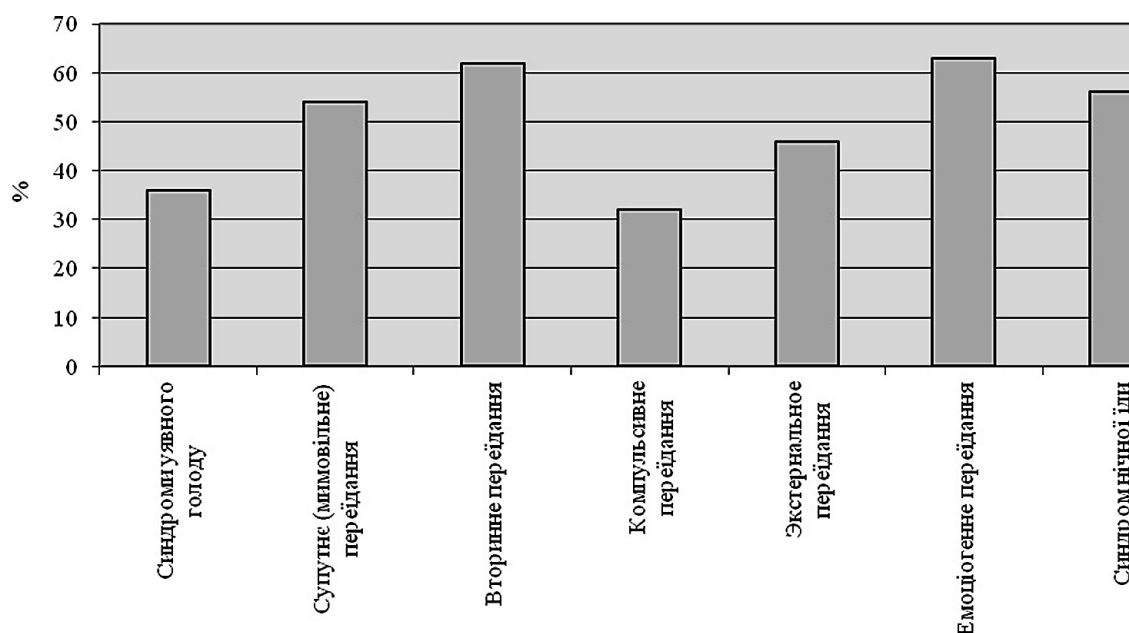
Результати проведених досліджень та лікування було оброблено за допомогою методів математичної статистики. Отримані дані порівнювалися з контрольною та групою та групою порівняння.

Результати та їх обговорення. Під час обстеження серед домінуючих психопатологічних синдромів у всіх пацієнтів групи 1 виявлялися тривожний синдром, зниження настрою різного ступеня вираженості: депресивний синдром ідентифікувався у 16,00 %, окремі депресивні реакції – 52,00 %, дистимія – 20,00 %, субдепресія – 24,00 %. Диссомнічний синдром мав місце у 65,00 %, нічні прокидання – 36,00 %. Виявлялися: фобічний синдром – у 35,00%, обсесивно-компульсивний – у 32,00 %, сенесто-іпохондричний – 45,00 %, утруднення у вербалізації емоцій – 38,00 %, дефіцит абстрактного мислення – 25,00 %, схильність до конкретно-логічного мислення – 36,00 %, гіперстенічний синдром – 38,00 %, гіпостенічний синдром – 32,00 % (мал. 1).

За допомогою клініко-психопатологічного дослідження встановлено істотну вагу проявів алекситимії серед контингентів груп 1 (38,00 %) та 3 (25,00 %), порівняно з групами 2 (00,00 %) та 4 (,00 %).



Мал. 1. Розподіл психопатологічних синдромів за частотою у групі 1



Мал. 2. Форми аліментарного переїдання у пацієнтів

В результаті аналізу отриманих даних стало можливим розділити аліментарне переїдання у пацієнтів групи 1 на 7 форм (мал. 2).

Синдромний голоду – відзначалися у 36,00 % пацієнтів групи 1, за наявності яких пацієнти приймали їжу у відповідь на відчуття непереборного голоду, яке вони відмічали у себе навіть тоді, коли об'єктивно мали бути насичені.

Супутнє (мимовільне) переїдання – відзначалося у 54,00 % пацієнтів групи 1, при цій формі переїдання бажання прийняти їжу і відчуття голоду у пацієнтів були відсутні, їжа вживалася при її наявності механічно, неусвідомлено під час зосередження уваги на інших речах (перегляді фільмів, читанні тощо).

Вторинне переїдання – відзначалося у 62,00 % пацієнтів групи 1, виникало як компенсаторне переїдання після періоду зменшеного вживання їжі.

Компульсивне переїдання – відзначалося у 32,00 % пацієнтів групи 1, при якому спостерігалися короткі чітко локалізовані в часі напади, що повторювалися, при яких харчування здійснювалося швидше, ніж зазвичай, без відчуття голоду, у великій кількості – до відчуття неприємного переповнення шлунку.

Екстернальне переїдання – виявлялося у 46,00 % пацієнтів групи 1, при якому у пацієнтів відзначалася підвищена чутливість до зовнішніх стимулів при споживанні їжі. Так бажання прийняти їжу виникало у пацієнтів, лише побачивши людину, що приймає їжу, готових страв, реклами продуктів, продуктів на вітрині крамниці і т. п.

Емоційне переїдання – відзначалося у 63,00 % пацієнтів групи 1, при якому вживання їжі реалізовувалося у відповідь на емоційну провокацію (почуття занепокоєння, тривоги, страху, знижений настрій тощо) в якості захисного механізму.

Синдром нічної їжі – відзначався у 56,00 % пацієнтів групи 1, при якому відчуття харчової потреби виникало у вечірні та нічні години, часто пацієнти прокидалися серед ночі від бажання поїсти, при цьому нічна булімія часто поєднувалася з порушенням сну і вранішньою анорексією.

Згідно аналізу анамнестичних даних та результатів опитування, серед пацієнтів групи 1.1 потяг до переїдання після психотравми одразу посилювався у 42,00 % (група 1.1.1), посилювався впродовж 1 – 2 – місяців – у 30,00 % (група 1.1.2), зменшився одразу у 7,00 %, зменшився впродовж 2 – 3 місяців у 11,00 %, не змінився у 10,00 %.

Серед групи 1.2 потяг до переїдання виник одразу після психотравми у 32,00 % випадків (група 1.2.1), впродовж 1 – 2 місяців – у 56,00 % (група 1.2.2), через 4 місяці – у 12,00 %.

У зв'язку з цим варіанти дигестивного реагування на емоційний дискомфорт можна розділити на наступні:

1. підвищення потягу до переїдання:
 - а) супутній варіант;
 - б) відстрочений варіант;
2. зниження потягу до переїдання:
 - а) супутній варіант;
 - б) відстрочений варіант;
3. відсутність змін потягу до переїдання.

Вищезазначений аналіз груп дозволив встановити два варіанти розвитку гіперфагії на тлі розладів трижово-депресивного кола у відповідь на психогенний чинник в залежності від часу виникнення гіперфагії:

– *без продромального періоду* – потяг до гіперфагії співпадав за часом із виникненням тривожно-депресивного розладу.

– *з продромальним періодом* – потяг до гіперфагії виник після виникнення тривожно-депресивного розладу та розвивався на його тлі.

Тривалість продромального періоду складала 1 – 4 місяці.

У контингентів групи 1 у 58,00 % виявлялося виникнення потягу до гіперфагії одразу після впливу психогенного чинника або впродовж 1 години та у 42,00 % – виникнення потягу до гіперфагії через деякий час – не раніше ніж через 1 годину після психогенного чинника; це дозволило виділити *прямий* та *відстрочений* варіанти порушення дигестивної поведінки у відповідь на психогенний чинник.

Психопатологічне дослідження виявило зміну за часом співвідношення тривоги через психогенну подію та через переїдання в залежності від варіанту виникнення гіперфагії (табл. 1).

У групах 1.1.1 та 1.2.1 з початку психогенної провокації домінували прояви гіперфагії, соматоформні та іпохондричні розлади, які маскували прояви класичної депресії та первинної тривоги.

У групах 1.1.2 та 1.2.2 з початку психогенної провокації домінували прояви депресивного кола та тривоги через психогенну подію. Прояви тривоги через ожиріння, які до психогенної події домінували у пацієнтів групи 1.1.2 редукувалися. Проте згодом, після приєднання гіперфагії, прояви депресивного кола редукува-

лися з тенденцією до зсуву у сторону соматоформних й іпохондричних розладів.

У 80,00 % групи 1 згодом приєднувалися або відновлювалися тривожно-депресивні прояви через гіперфагію.

У клінічній картині тривожно-депресивного розладу збіжного з гіперфагією були виявлені наступні відмінності від окремих проявів гіперфагії та розладів тривожно-депресивного кола без гіперфагії відображені у табл. 2.

Аналіз гіперфагії у пацієнтів груп 1 та 3 виявив відмінності гіперфагії за часом.

Постійна гіперфагія – гіперфагія та відчуття голоду різної інтенсивності, яке не відповідає фізіологічній потребі, виявляється увесь час протягом доби і виявлялося у 67,00 % пацієнтів групи 1 та 4,00 % пацієнтів групи 3.

Епізодична гіперфагія – гіперфагія та відчуття голоду різної інтенсивності, яке не відповідало фізіологічній потребі, виявлялося епізодично і відзначалося у 33,00 % пацієнтів з групи 1 та у 96,00 % з групи.

Звертає на себе увагу переважання постійної гіперфагії над періодичною у разі поєднання гіперфагії з тривожно-депресивними розладами.

Таблиця 1

Психопатологічна характеристика групи 1 в залежності від часу виникнення гіперфагії

Час виникнення	Група \ розлади	1.1.1	1.1.2	1.2.1	1.2.2
одразу після психогенної провокації	тривожні та депресивні розлади через психотравму	слабо виражені, домінують іпохондричний та соматоформні розлади	домінують	слабо виражені, домінують іпохондричний та соматоформні розлади	домінують
	тривожні та депресивні розлади через гіперфагію	виражені	відсутні або слабо виражені	слабо виражені	–
	критика до розладів настрою через психотравму	відсутня або слабо виражена	збережена	відсутня або слабо виражена	збережена
	критика до гіперфагії	збережена або відсутня	відсутня або слабо виражена	збережена або відсутня	–
через 2 місяці після психогенної провокації	тривожні та депресивні розлади через психотравму	слабо виражені, домінують іпохондричний та соматоформні розлади	слабо виражені, домінують іпохондричний та соматоформні розлади	слабо виражені, домінують іпохондричний та соматоформні розлади	слабо виражені, домінують іпохондричний та соматоформні розлади
	тривожні та депресивні розлади через гіперфагію	наявні	наявні	наявні	наявні
	критика до розладів настрою через психотравму	відсутня або слабо виражена	слабо виражена	відсутня або слабо виражена	слабо виражена
	критика до гіперфагії	збережена або відсутня	збережена або відсутня	збережена або відсутня	збережена або відсутня

Таблиця 2

Характеристика контингентів за колом тривожно-депресивних розладів

	тривожні розлади		депресивні розлади	
	група 1	група 3	група 1	група 3
Вираженість	часто масковані	виражені	масковані	виражені
Перебіг	частіше загальна	частіше нападаподібна	коливання покращення та погіршення у залежності від реалізації гіперфагією	істотні коливання відсутні або не залежать від реалізації гіперфагії
фабула тривоги та фобій	домінують побоювання ожиріння, соматичного неблагополуччя, смерті при нівелюванні тривоги внаслідок психогенної травми; прояв тривоги внаслідок психотравми після насичення при переїданні	зв'язок з психогенною травмою; насичення при переїданні істотно не впливає на фабулу тривоги або пом'якшує її прояв	неможливість визначення причини або через ожиріння; після насичення при переїданні домінує зв'язок з психогенною травмою	пов'язан з психотравмою; насичення при переїданні істотно не впливає на знижений або підіймає його
вегетативні прояви	превалювання вегетативних симптомів над тривожними	часто превалювання тривоги над вегетативними проявами	превалювання вегетативних симптомів над зниженим настроєм	частіше превалювання зниженого настрою над вегетативними проявами
соматоформні включення	рідко пов'язані з ШКТ	часто пов'язані з ШКТ або відсутні	рідко пов'язані з ШКТ	часто пов'язані з ШКТ або відсутні
елементи дереалізації-деперсоналізації	виражені	можуть бути		можуть бути

У контингентів виявлялися епізоди нав'язливого бажання з'їсти щось смачне, але при цьому пацієнти утруднювалися визначити що саме, відмічений феномен було названо *феноменом невизначеності смачного*.

Епізоди подібної невизначеності відзначалися у 74,00 % у групі 1, у 10,00 % у групі 4 та у 5,00 % у групі 3. При цьому виявлялося потенціювання частоти зустрічальності *феномену невизначеності смачного* (частота виникнення феномену перевищувала 5 разів на тиждень) у разі поєднання гіперфагії з тривожно-депресивними розладами.

Ретроспективний аналіз дозволив виявити виникнення або збільшення зазначеного феномену у пацієнтів групи 1 після психотравми, тоді як пацієнти груп 3 та 4 не відзначали істотної зміни частоти виникнення феномену.

У групі 1.1 відзначалася зміна переваг у їжі (зміна якісного складу їжі) з початку переїдання у 5,00 %, після психотравми – у 42,00 %, не відзначали зміну переваг у їжі 53,00 %.

У групі 1.2 відзначали зміну переваг у їжі з початку потягу до переїдання – 34,00 %, з моменту

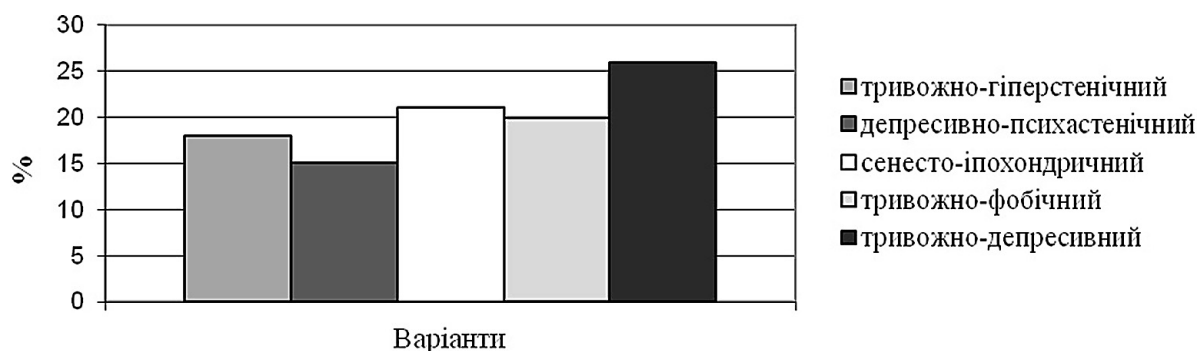
психотравми – 54,00 %, не відзначали зміну переваг у їжі 10,00 %.

У групі 3 (гіперфагія без патології емоцій) відзначали зміну переваг у їжі з початку виникнення потягу до переїдання – 7,00 %, не відзначали зміну переваг у їжі 93,00 %.

У групі 4 відзначали зміну переваг у їжі після психотравми 12,00 %, не відзначали зміну переваг у їжі 88,00 %.

Що дає підставу говорити про *феномен зміни переваг у їжі*, який може вказувати на взаємозалежність змін у перевазі їжі, розладів дигестивної поведінки та емоцій, що в свою чергу потенціює виникнення ожиріння. При цьому звертає на себе увагу збільшення реалізації феномену зміни переваг у їжі у разі поєднання гіперфагії з тривожно-депресивними розладами.

За допомогою ретроспективного аналізу було виявлено збільшення частоти *феноменів невизначеності смачного* та *змін переваг у їжі* у пацієнтів групи 1 у продромальному періоді, що дозволяє віднести виявлені феномени – *феномени дигестії* – до предикторів дигестивної поведінки.



Мал. 3. Клінічних варіантів розладів тривожно-депресивного кола на тлі гіперфагії

Психопатологічне дослідження дозволило виділити 5 клінічних варіантів розладів тривожно-депресивного кола на тлі гіперфагії в залежності від домінуючих психопатологічних синдромів: тривожно-гіперстенічний (18,00%), депресивно-психастенічний (15,00%), сенесто-іпохондричний (21,00%), тривожно-фобічний (20,00%), тривожно-депресивний (26,00%) (мал. 3).

Висновки

Вищезазначені дані психопатологічного дослідження та ретроспективного аналізу дозволили виділити 4 стадії розвитку поєднаних психогенної гіперфагії та розладів тривожно-депресивного кола:

0-а – продромальний період гіперфагії, поява первинних тривожно-депресивних розладів внаслідок психотравмуючого чинника, поява предикторів розладів дигестивної поведінки – феноменів дигестії.

1-а – поява емоціогенної гіперфагії, маскуванню потягом до переїдання ознак розладів тривожно-депресивного кола та зсувом їх клінічних проявів у бік семіотики соматоформного та іпохондричного спектрів. На цій стадії реакція на насичення від переїдання реалізується за кураційним варіантом.

На завершальному етапі стадії модус патологічної дигестивної поведінки виявляє тенденцію до закріплення.

2-а – поява вторинних розладів тривожно-депресивного спектру – гіперфагія виступає провокуючим фактором виникнення тривоги та зниженого настрою, фабула яких базується на занепокоєнні через переїдання та побоювання ожиріння. Кураційна спроможність насичення послаблюється. У рамках цієї стадії розвиток гіперфагії можливий за двома варіантами:

а) модус патологічної дигестивної поведінки набуває тенденції до самостійного або довільного усунування;

б) модус патологічної дигестивної поведінки остаточно закріплюється, до нього приєднуються інші

варіанти гіперфагії (синдром уявного голоду, супутне, вторинне, компульсивне переїдання тощо).

3-я – посилюється занепокоєння через переїдання та побоювання ожиріння. Реакція на насичення набуває нульового або парадоксального варіанту. Кураційна спроможність гіперфагії втрачається або зменшується.

Психопатологічне дослідження психогенної гіперфагії дає змогу розробити патопсихологічну концепцію виникнення психогенної гіперфагії, що дозволить зробити лікування даної патології більш ефективним.

Література:

1. Гетманчук Е. И. Клиника и коморбидность психических расстройств при переизбытке, связанном с другими психологическими расстройствами / Е. И. Гетманчук // Таврический журнал психиатрии. – 2006. – Т. 10, № 4. – С. 40 – 46.
2. Гинзбург М. М. Ожирение. Влияние на развитие метаболического синдрома. Профилактика и лечение / М. М. Гинзбург – М.: Медпрактика, 2002. – 182 с.
3. Гинзбург М. М. Ожирение как болезнь образа жизни. Современные аспекты профилактики и лечения / М. М. Гинзбург, Г. С. Козуница, Г. П. Котельников. – С.: Изд-во Самарского Госмедуниверситета, 1997. – 48 с.
4. Короленко Ц. П. Психосоциальная аддиктология / Ц. П. Короленко, Н. В. Дмитриева. – Н.: Олсб, 2001. – 251 с.
5. Марков А. А. Пограничные нервно-психические расстройства при избыточном весе и ожирении: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. А. Марков. – Томск, 2006. – 23 с.
6. Савчикова Ю. Л. Психологические особенности женщин с проблемой веса: дис. ... канд. психол. наук / Ю. Л. Савчикова. – СПб., 2005. – 22 с.
7. Старшенбаум Г. В. Аддиктология: психология и психотерапия зависимостей / Г. В. Старшенбаум. – М.: Когнито-Центр, 2006. – 367 с.
8. Bray G. A. Obesity: a time bomb to be defused / G. A. Bray // Lancet. – 1998. – 352 (18). – P. 160 – 161.
9. Bray G. A. Dietary fat intake does affect obesity! / G. A. Bray, B. M. Popkin // Am. J. Clin. Nutr. – 1998. – № 68 (6). – P. 1157 – 1173.
10. Burr J. Are eating disorders feminine addictions? / J. Burr, M. Reid // Addiction Research. – 2000. – Vol. 8. – № 3. – P. 203 – 211.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ И МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ПСИХОГЕННОЙ ГИПЕРФАГИЕЙ

Е.И. Гетманчук

Пищевое поведение относится к базовому, таковому, которое имеет гедонистическое значение, в результате чего дает чувство успокоения и способствует улучшению настроения за счет активации общих звеньев центральной регуляции приема еды и настроения – серотонин – и норадренергических нейротрансмиттерных систем ЦНС.

При реализации нарушений дигестивного поведения (психогенная гиперфагия) возникает перераспределение и трансформация внутренних импульсов с отвлечением от других паттернов поведения, в том числе внутреннего поведения (умственных паттернов) со

снижением актуальности и эмоциональной значимости патологических паттернов (в первую очередь анксиозного круга). Для формирования концепции психотерапии и психопрофилактики нарушений дигестивного поведения необходимо обнаружить доминирующий патологический симптомокомплекс психогенной гиперфагии.

Ключевые слова: переядание, расстройство дигестивного поведения, ожирение, тревожно-депрессивное расстройство, коморбидность, клиническая психопатология

CLINICAL PSYCHOPATHOLOGICAL AND MEDICAL PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS PATIENTS OF PSYCHOGENIC HYPERPHAGIA

E.I. Getmanchuk

Alimentary behavior refers to the basal, such which have a hedonistic value, as a result gives calming sense and it is an instrument in the improvement of mood due to activating of general links of the central adjusting of reception of meal and mood is a serotonin – and noradrenergic neurotransmitter systems of CNS.

During realization of violations of digestive conduct (psychogenic hyperphagia) there is a redistribution and transformation of internal impulses with a distraction from other patterns of conduct, including internal conduct (mental patterns) with the decline of actuality and emotional meaningfulness of pathological patterns (in the first turn of the anxiety circles). It is necessary to find out dominant pathological symptomocomplex of psychogenic hyperphagia for forming of conception of psychotherapy and psychoprophylaxis violations of digestive conduct.

Keywords: obesity, eating disorders, obesity, anxiety-depressive disorder, comorbidity, clinical psychopathology

УДК 616.89-008:616.65-006-053.9

В.И. Очколяс

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНОГО РЕАГИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ЗАБОЛЕВАНИЕ

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г.Киев
Николаевская областная психиатрическая больница №1, г.Николаев

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, непсихотические психические расстройства, акцентуации характера, тревога, типы реагирования на заболевание

В соответствии с целью и задачами исследования в течение 2010-2011 гг. на базе урологических отделений Николаевской городской и областной больниц нами обследовано 120 больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы. Из них 60 пациентов получающих консервативную терапию (первая группа) и 60 – подлежащих оперативному лечению (вторая группа) у которых были выявлены непсихотические психические расстройства.

Возраст обследованных от 53 до 74 ($65,9 \pm 0,4$) лет. При этом больные второй группы были старше, чем первой: соответственно $69 \pm 0,6$ и $65 \pm 0,6$ лет ($t > 4,7$ $p < 0,01$). Перед включением в исследование автором было получено информационное согласие от больных на их участие в обследовании.

82 (68,3%) больных были пенсионного возраста: 39 (65%) случаев в первой и 43 (71,7%) – во второй группе. В первой группе все они проживали в городе, а во второй – только 42 (70%) человека, а 18 (30%) пациентов являлись жителями сельских районов.

Большинство пациентов первой группы имели среднее и среднее специальное образование: 26 (43,3%) и 27 (45%) человек соответственно и 7 (11,7%) больных было с высшим образованием. Во второй группе ($\chi^2 = 6,882$ $p = 0,009$) с высшим образованием было 20 (33,3%) человек, 12 (20%) – имели образование менее 8 классов, среднее специальное – 3 (5%) пациента и остальные 25 (41,7%) среднее образование.

Семейное положение пациентов на период исследования было примерно одинаковым: женатых в первой и второй группах соответственно 37 (61,7%) и 35 (58,3%) человек.

У пациентов первой и второй группы взаимоотношения в семьях характеризовались, как доброжелательные: в 39 (65%) и 46 (76,7%) случаях соответственно, во время как эпизодические конфликты, не нарушающие единство семьи, наблюдались в 21 (35%) случае в первой группе и в 14 (23,3%) – во второй.

Результаты психодиагностического обследования больных при помощи теста К. Леонгарда-Г. Шмишека показали, что более чем в половине случаев в первой и второй группах 51,7% и 66,7% соответственно диагностировался тревожный тип акцентуации характера, который во многом и определял тревожный тип реагирования на ДГПЖ. На втором месте – демонстративный тип (18,3% и 10% соответственно), обуславливающий конверсионные и психопатоподобные расстройства в структуре психогенных реакций. Существенно реже встречались циклоидный, дистимичный, возбудимый, гипертимный и экзальтированный типы, придающие своеобразную окраску адаптационным реакциям и требующие учета при проведении психокоррекционных и психотерапевтических сеансов.

Результаты психодиагностического исследования больных с ДГПЖ первой и второй группы представлены в таблице 1.