

УДК 616.89:616.399-056.45

СИНЕРГЕТИЧЕСКАЯ БИПСИХОСОЦИОДУХОВНАЯ КОНЦЕПЦИЯ ПАНДЕМИИ ОЖИРЕНИЯ

© 2015 г. П. И. Сидоров, Е. П. Совершаева

Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск

Пандемия ожирения охватила все страны и народы, став гедонистической ментальной ловушкой «алиментарного счастья» общества потребления. Предложена синергетическая биопсихосоциодуховная концепция ожирения с выделением трех донозологических фракталов: предрасположенности – адипогенной семьи, латентного – адипогенного диатеза, инициального – избыточной массы тела и трех нозологических: развернутой клинической картины, хронизации и исхода. Обоснованы механизмы развития и критерии социальной эпидемии, деструктивной социальной эпидемии и пандемии ожирения. Разработана и внедрена в практику на ряде пилотных моделей мультидисциплинарная программа превентивно-коррекционной и лечебно-реабилитационной помощи.

Ключевые слова: ожирение, синергетика, биопсихосоциодуховная модель, соматогенез, психогенез, социогенез, анимогенез, социальная эпидемия, деструктивная социальная эпидемия, пандемия

SYNERGETIC BIOPSYCHOSOCIOSPIRITUAL CONCEPTION OF OBESITY PANDEMY

P. I. Sidorov, E. P. Sovershaeva

Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russia

The obesity pandemy has reached all countries and peoples and become a hedonistic mentality trap of "alimentary happiness" of the consumer society. There has been proposed a synergetic biopsychosociospiritual conception of obesity including three prenosological fractals: predisposition - an adipogenic family, latent - adipogenic diathesis, initial - overweight, and three nosological fractals: a full-scale clinical picture, chronization and an outcome. There have been grounded mechanisms of development and criteria of a social epidemic, a destructive social epidemic and a pandemy of obesity. A multidisciplinary program of preventive-correctional and medical-rehabilitation aid has been worked out and introduced into practice in a number of pilot models.

Key words: obesity, synergetics, biopsychosociospiritual model, somatogenesis, psychogenesis, sociogenesis, animogenesis, social epidemic, destructive social epidemic, pandemy

Библиографическая ссылка:

Сидоров П. И., Совершаева Е. П. Синергетическая биопсихосоциодуховная концепция пандемии ожирения // Экология человека. 2015. № 5. С. 27–35.

Sidorov P. I. Sovershaeva E. P. Synergetic Biopsychosociospiritual Conception of Obesity Pandemy. *Ekologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2015, 5, pp. 27-35.

Избыточный вес и ожирение определяются как аномальные и излишние жировые отложения, наносящие вред здоровью. Наиболее доступным инструментом количественной оценки ущерба является индекс массы тела (ИМТ), рассчитываемый как отношение веса в килограммах к квадрату роста в метрах ($\text{кг}/\text{м}^2$). По определению ВОЗ [7], ИМТ ≥ 25 – избыточная масса тела; ≥ 30 – ожирение. При избыточной массе тела вес превышает должный на 6–14 %, при ожирении – на 15 %.

Задачей статьи является концептуально-методологическое обоснование синергетической биопсихосоциодуховной концепции ожирения и мультидисциплинарной программы противостояния социальной эпидемии гедонистического алиментарного самоуничтожения общества потребления.

Распространенность избыточной массы тела и ожирения

По данным ВОЗ, к 2015 году примерно 2,3 млрд взрослых людей будут иметь избыточный вес и более 700 млн страдать ожирением. В странах Европы около 50 % населения имеет избыточную массу тела, а

30 % – явное ожирение. С избыточной массой тела отчетливо связано многократное повышение риска и частоты артериальной гипертонии (АГ) и сахарного диабета 2 типа (СД2), атеросклероза и ишемической болезни сердца (ИБС), желчно- и мочекаменной болезни, некоторых форм рака и ментальных недугов. Люди среднего возраста, страдающие избыточным весом, на 71 % больше подвержены риску развития деменции после 65 лет по сравнению с людьми с нормальным весом [19].

Ожирение значительно уменьшает продолжительность жизни: в среднем от 3–5 лет при небольшом избытке массы тела и до 15 лет при выраженном ожирении. В то же время число лиц с ожирением прогрессивно увеличивается (каждые 10 лет на 10 %). Столь интенсивный рост числа больных связан с образом жизни, демографическими, социально-культурными и биологическими причинами [4, 7].

В России избыточный вес выявлен у 25–30 %, а ожирение – у 15–20 % населения. В некоторых возрастных группах эти показатели существенно выше. Так, среди женщин в возрасте 35–55 лет избыток

веса регистрируется у 75 %, а показатель ожирения приближается к 50 % [2].

Всемирная организация здравоохранения рассматривает ожирение как эпидемию. Эта проблема коснулась всех слоев населения, независимо от социальной и профессиональной принадлежности, возраста и пола, места проживания и национальности.

Этиопатогенез избыточной массы тела и ожирения

Ожирение относится к полиэтиологическим заболеваниям. Экзогенными факторами, которые служат провоцирующими моментами, чаще всего называют неправильное питание и снижение двигательной активности. При всех типах ожирения основное значение в его развитии играет алиментарный фактор (особенно содержание жира в рационе), а другие имеют лишь второстепенное значение.

Ожирение — многофакторный процесс, в развитии которого играют роль генетический и метаболический, индивидуально-психодинамический и духовно-нравственный, социально-экономический и культуральный факторы. Всеми признается большая роль генетической предрасположенности в развитии ожирения.

Патогенез ожирения достаточно сложен. Основные факторы, вызывающие эту патологию, можно объединить в несколько групп: 1) генетически обусловленный феномен (с вероятностью от 16 до 85 % по отношению к ИМТ); 2) переедание в детском возрасте, формирующее функционально-морфологическую основу для экспрессии генетического феномена и развития ожирения как патофизиологического процесса; 3) формирование порочных эндокринных реакций вследствие повышения основного обмена, выражающихся в появлении неправильных привычек питания; 4) снижение физической активности, способствующее сохранению избыточной массы тела и отягощающее течение ожирения [4, 7, 9].

Ожирению способствует недостаток белка в питании, ослабляющий специфическое динамическое действие пищи. Как правило, ожирение, при равном калорическом избытке, развивается быстрее, если перерывы между приемами пищи велики, а порции обильны. При таком режиме питания в организме дольше удерживается высокая концентрация инсулина. Ожирению способствует никтофагия — смещение максимума пищевой активности на поздние вечерние часы. Здесь проявляется характерная для расстройств гипоталамической дисфункции тенденция к нарушению суточных ритмов.

Ключевым механизмом ожирения являются конкретные нарушения гормональной связи между жировой тканью и гипоталамусом. Из-за этих нарушений меняются пищевое поведение больного, его психология и тенденция к выбору определенного образа жизни. Гипоталамус является центральным звеном регуляции гомеостаза, специфических центров, регулирующих постоянство объема жировой ткани как за счет изменения направления био-

химических процессов в организме, так и за счет регуляции аппетита.

Идею о существовании «пищевого центра» как автоматического регулятора потребления пищи впервые высказал И. П. Павлов в 1911 году. Он считал, что в коре больших полушарий и нижележащих отделах ЦНС существует функциональное объединение клеток, чувствительных к степени наполнения желудка и химическим сигналам и обеспечивающих контроль поступления пищи. Позднее была установлена локализация центра голода (аппетита) и центра насыщения, соответственно в вентролатеральных и вентромедиальных ядрах подбугорья. Звенья, определяющие эмоционально-поведенческие корреляты приема пищи, располагаются в кортикальной части лимбической системы, а также в миндалине.

О системе регуляции постоянства жировой массы известно, что она включает в себя центральное и периферическое звенья регуляции. При этом центральное звено представляет собой совокупность гипоталамических гормонов, которые по своему действию могут быть разделены на липогенетические и липолитические. Равновесие их антагонистических влияний направлено на поддержание энергетического гомеостаза в организме.

К факторам липогенеза относится нейропептид Y, который стимулирует пищевое поведение, транснадирную и паранадирную модуляцию работы ряда эндокринных желез, продукцию инсулина и накопление жира в адипоцитах. Все периферические и центральные влияния, снижающие аппетит, реализуются через снижение продукции нейропептида Y. В этих условиях энергетические траты организма снижаются до минимума, а процессы липогенеза значительно преобладают над липолитическими. Энергетическое обеспечение организма осуществляется в основном за счет углеводного обмена. Подобную же функцию выполняют и орексины — гипоталамические вещества, способные полностью компенсировать недостаточность нейропептида Y.

Мобилизация жира из депо — липолиз — это процесс, подверженный сложной многоступенчатой нейроэндокринной регуляции. Его ключевым ферментом является внутриадипоцитарная гормонозависимая липаза. Она подлечит активирующему фосфорилированию с участием ц-АМФ-зависимых протеинкиназ. Повышение симпатoadренальной активности в промежутках между приемами пищи также способствует увеличению липолиза. Липолиз в адипоцитах стимулируется гормонами щитовидной железы и аденогипофиза. Подобное действие оказывают такие гормоны гипоталамуса, как кортикотропин-рилизинг-фактор, мелатонин, уркортин, а также центральный нейромедиатор — серотонин. Увеличение продукции данных веществ приводит к подавлению центров голода, активации симпатической нервной системы и усилению опосредуемого ею липолиза [5, 7].

Периферическим звеном регуляции постоянства жировой ткани являются адипоциты. Это активные

клетки, секретирующие различные гормоны, факторы роста и цитокины. Одним из основных гормонов жировой ткани считают лептин. Выработка лептина в адипоцитах стимулируется инсулином и в меньшей степени глюкокортикоидами и зависит от размеров жировых клеток. Лептин вызывает насыщение и продукцию тормозных сигналов, адресованных центром голода, увеличивает термогенез, активирует норадренергический липолиз в жировой ткани.

При постоянном избытке потребляемой пищи происходит своего рода «привыкание» рецепторов центрального отдела регуляции жирового обмена к избыточным концентрациям периферических медиаторов, и организм воспринимает высокие уровни лептина и инсулина как должные вследствие повышения порога чувствительности к ним в соответствующих центрах гипоталамуса, что не вызывает активации липолиза.

Синдром ожирения следует рассматривать как состояние общей метаболической резистентности к липолитическим влияниям. Формирующаяся при этом нечувствительность тканей к лептину и инсулину приводит к патологической активации процессов липосинтеза за счет реактивной гиперинсулинемии.

При ожирении формируется порочный круг, в котором все большая доля потребляемых пищевых веществ чрезмерна и не уравновешена противоположными влияниями процессов липосинтеза, трансформируется в метаболически инертную жировую массу так, что организм, дабы обеспечить непомерно возрастающие при ожирении метаболические потребности, вынужден поглощать все большие количества пищи. Ожирению часто сопутствует развитие инсулинорезистентности, вследствие чего эффективность усвоения и утилизации глюкозы клетками организма резко падает, несмотря на патологически высокие уровни гликемии. В организме больного очень скоро формируется характерный метаболический синдром, который может являться одной из главных причин развития сердечно-сосудистых заболеваний и СД2 [1, 4].

Эпидемические масштабы распространенности ожирения могут оцениваться как: **социальная эпидемия** — возникновение в коллективе или на территории случаев (вспышки) с частотой, существенно превышающей обычно ожидаемую. Социальные эпидемии переходят в разряд **деструктивных**, когда начинают угрожать общественному здоровью и национальной безопасности всей страны в целом. В этом случае включаются **механизмы генерализации, расширения и неконтролируемого воспроизводства**, раскручивая интенсивность эпидемического процесса до **пандемии**, охватывающей не только страны, но и континенты [12]. Если при социальных эпидемиях преобладают ранние формы ожирения, то при деструктивных социальных эпидемиях — хронические типы течения, а при пандемиях — исходные состояния и множественные осложнения.

Ожирение можно рассматривать как исход гедонистической ментальной ловушки «алиментарного

счастья» общества потребления. Пищевая интоксикация буквально разрушает индивидуальную и социальную идентичность, деформирует ментальность и маргинализирует общественное сознание, увеличивая риск ранней деменции. Пандемия ожирения является одним из многочисленных аргументов, свидетельствующих об исчерпании прежней постпостиндустриальной парадигмы общественного развития и необходимости усиления гуманитарно-гуманистических составляющих сингулярного цивилизационного тренда. Понятные и всеми признаваемые требования к физической активности должны быть дополнены духовно-нравственной креативностью. Ведь Тело жиреет только у переставшей трудиться Души. Именно поэтому синергетическая биопсихосоциодуховная парадигма индивидуального и общественного развития представляется нам сегодня наиболее системной моделью в противостоянии любым социальным эпидемиям, в том числе и ожирению [14].

Синергетика ожирения

Синергетическая модель формирования ожирения представлена в табл. 1. Динамика ожирения включает следующие фракталы: **предиспозиция** — адипогенная семья, **латентный** — адипогенный диатез, **инициальный** — избыточная масса тела, **развернутая клиническая картина ожирения**, **хронизация** — формы и типы течения ожирения, **исход** — соматопсихические осложнения ожирения.

Фрактал **адипогенной семьи** является начальным при формировании ожирения, так как социализация с момента рождения у человека происходит преимущественно в семье. Вследствие этого нарушения семейных взаимоотношений могут способствовать формированию данной патологии.

Ожирение может быть спровоцировано родителями, когда они систематически на любое внешнее выражение ребенком потребности в самоутверждении отвечают предложением ему пищи и ставят свое изъяснение любви ребенку в зависимость от того, как он ест. Такая порочная структура семейных взаимоотношений ведет к недостатку «силы Я», в результате чего фрустрации не могут переноситься и перерабатываться, а должны лишь стираться и смываться за счет «подкрепления» или пищевой интоксикации.

У больных с ожирением часто наблюдается тесная привязанность к матери. Доминирование матери в семье, где отец играет лишь подчиненную роль, а мать своей чрезмерной заботой и опекой задерживает развитие ребенка, его готовность к социальному контакту, фиксируя пассивно-рецептивную позицию ребенка.

Следующим является фрактал **адипогенного диатеза**. Диатезом (греч. *diathesis* — расположение) называют конституциональное предрасположение организма к тем или иным болезням вследствие врожденных особенностей обмена, физиологических реакций и т. п.

Таблица 1

Фрактальная динамика развития социальной эпидемии ожирения

Вектор онтогенеза	Донозологические фракталы			Нозологические фракталы		
	Предиспозиция: адипогенная семья	Латентный: адипогенный диатез	Инициальный: избыточная масса тела	Развернутая клиническая картина ожирения/социальная эпидемия	Хронизация: типы и формы течения ожирения/деструктивная социальная эпидемия	Исход: соматопсихические осложнения/пандемия
Соматогенез	Наследственная отягощенность	Склонность к патологическим физиологическим реакциям	Избыточная масса тела (предзаболевание)	Ожирение	Формы и типы течения заболевания	Соматические осложнения
Психогенез	Психофизиологическая диспозиция	Преморбидные личностные особенности	Психосоматические реакции	Соматоформные нарушения	Психосоматические нарушения	Соматопсихотические нарушения
Социогенез	Дисгармония семейных отношений	Дисгармония социализации личности	Нарушение значимых социальных отношений	Преходящая социальная дисфункция	Социальная декомпенсация	Социальная дезадаптация (инвалидность)
Анимогенез	Духовно-нравственная дефицитарность или амбивалентность семьи	Дисгармония формирования нравственных чувств	Деформация нравственного облика	Деструкция духовно-нравственной позиции	Вероятность аморальных поступков	Возможность противоправного поведения

Диатез – это особое состояние организма, когда обмен веществ и сопряженные с ним функции длительно находятся в неустойчивом равновесии вследствие врожденных или приобретенных свойств, которые предрасполагают к неадекватным ответам на обычные воздействия, к развитию патологических реакций на внешние вредности и определяют более тяжелое течение имеющихся заболеваний.

В патогенезе болезни экзогенные факторы внешней среды утрачивают свое значение, трансформируясь во внутренние, действуя по стереотипу общебиологических закономерностей.

Адипогенный диатез – это нарушение психической адаптации организма к внешней среде или пограничное состояние, которое может трансформироваться в заболевание под влиянием экзогенных (стресс) и эндогенных (генетически обусловленные аномалии и т. п.) факторов. Он представляет собой один из вариантов специфического диатеза или предрасположения в общей группе недифференцированных психических диатезов. У человека, имеющего адипогенный диатез, при воздействии внешних или внутренних факторов риска развивается **избыточная масса тела**.

Причины, лежащие в основе возникновения нарушений пищевого поведения, могут быть следующими [3, 9]: генетика и конституция (специфика церебрального регулирования пищевого поведения и жирового обмена, особенности нейромедиаторной регуляции с дисфункцией серотонинергических систем мозга); традиции (национальные, семейные); особенности воспитания (еда с детства воспринимается как поощрение, награда и успокоение); неразвитость или меньшая значимость других мотиваций; пребывание в состоянии хронического стресса и выраженность аффективных состояний (тучные люди более ранимы, обидчивы, чувствительны, чем имеющие нормальный вес); особенности личности (инфантильность

и маргинальность, психологическая незрелость и зависимость).

Среди психодинамических факторов выделяют оральную фиксацию, оральную регрессию и сверхценное отношение к пище. Может иметь место булимия. Кроме того, иногда ожирению способствуют пренебрежение к своему внешнему виду и плохие условия питания в раннем детстве [17].

Больные ожирением находятся в своих пищевых потребностях под большим влиянием раздражителей внешнего мира по сравнению с внутренними физиологическими раздражителями. Больные не знают, когда они голодны. Вместо этого их аппетит провоцируется внешними раздражителями и различными формами дурного самочувствия. Длительная потребность в еде или внезапный сильный голод больных не являются в связи с этим выражением повышенной потребности организма в питании. Больные, скорее всего, регрессируют при столкновении с конфликтами и личными проблемами, хватаясь за возможность устранения с помощью еды дурного самочувствия и неприятных эмоций, как в раннем детстве. Еда становится иллюзорно-компенсаторным заменителем неудовлетворенных эмоциональных потребностей. При воздействии дополнительных факторов риска это может привести к развитию **клинической картины впервые возникшего ожирения**.

Различные формы и типы течения ожирения отражают многовариантные особенности развития болезни. Типы течения и формы ожирения зависят от воздействия психосоциальных и соматических факторов.

К **соматопсихическим осложнениям ожирения** относятся такие заболевания и синдромы, как СД 2, АГ, ИБС, тревожно-депрессивные расстройства и др.

Артериальная гипертензия встречается в 4,5 раза чаще у больных ожирением. Реализации риска АГ

при ожирении способствуют повышенная задержка натрия, увеличение активности симпатoadренальной и ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, инсулинорезистентность.

Избыточная масса тела и ожирение повышают риск ИБС в 2–3 раза. Частота коронарных осложнений возрастает на 10 % при увеличении ИМТ на единицу.

Риск СД 2 увеличивается на 25 % на каждую единицу ИМТ. При этом большое значение имеет образование в жировой ткани резистина, ФНО- α , адипонектина и другого, оказывающих влияние на чувствительность периферических тканей к инсулину и клеточные механизмы утилизации глюкозы.

Ожирение является частью метаболического синдрома, критериями которого являются: увеличение окружности талии (специфичны по полу, стране и этнической группе); триглицериды в плазме крови $\geq 1,7$ ммоль/л (≥ 150 мг/дл) или специфическая терапия данного нарушения; ХС ЛПВП $<$ ммоль/л (< 40 мг/дл) для мужчин и $< 1,3$ ммоль/л (< 50 мг/дл) для женщин или специфическая терапия данного нарушения; артериальное давление $\geq 130/85$ мм рт. ст. или наличие гипотензивной терапии; глюкоза плазмы натощак $\geq 5,6$ ммоль/л (≥ 100 мг/дл). Наличие любых трех из пяти факторов составляет диагноз метаболического синдрома.

Частота желчнокаменной болезни у больных ожирением повышена в 2–2,5 раза, что связано с расстройством холестерина обмена, изменением физико-химических свойств желчи, затруднением желчевыделения.

У больных с ожирением III степени нередко развивается пиквикский синдром – апноэ во сне вследствие гиповентиляции, нарушение чувствительности дыхательного центра к гипоксии, гиперкапния, легочная гипертензия [4, 7, 9].

Синергетическая концепция формирования заболевания вписывается в существующий в настоящее время взгляд на многофакторную природу ожирения, являющегося, по существу, диатезом практически всех психосоматических расстройств.

Далее остановимся на каждом из векторов синергетической модели ожирения. **Соматогенез** (онтогенетическое развитие соматических функций) предполагает в первом фрактале наличие наследственной предрасположенности.

В латентном фрактале соматогенеза ожирения можно отметить наличие склонности к патологическим физиологическим реакциям. Избыточная масса тела нами обозначена как функциональное расстройство, так как это состояние может и не перейти в стадию развитого заболевания. Далее следует развернутая клиническая картина впервые возникшего заболевания. Формы и типы течения ожирения зависят от воздействия внешних и внутренних факторов. Конечным фракталом соматогенеза ожирения являются соматические осложнения.

Психогенез (онтогенетическое развитие психических функций) в первом фрактале представлен

психофизиологической диспозицией, предполагающей наличие специфических врожденных особенностей, которые могут способствовать развитию заболевания (слабый или среднеслабый неуравновешенный тип нервной системы, высокая эмоциональность и эмоциональная неустойчивость).

От психофизиологических характеристик зависит выраженность физиологического ответа на стрессор. Отмеченные психофизиологические особенности способны вызвать более выраженную и патологическую реакцию на стрессор.

Данные ряда исследований указывают на приоритетное значение психологических факторов в генезе ожирения и психосоматический характер данного заболевания [6, 10, 16]. Так, психологические факторы имеют наибольшее значение при гиперфагическом ожирении, связанном с переядением. В исследовании [8], проведенном среди 10 тыс. женщин с клиническими признаками алиментарно-конституционального ожирения (возраст 18–55 лет), анамнестический анализ пищевого поведения выявил разнообразные психологические факторы, провоцирующие гиперфагические реакции: 84 % больных реагировали переядением на психоэмоциональное напряжение, обусловленное конфликтами в семье и на работе, бытовой неудовлетворенностью; 72 % отмечали усиление аппетита при виде вкусной еды; у 32 % переядение провоцировал прием алкоголя; у 20 % аппетит повышался после тяжелой физической и умственной деятельности.

Второму фракталу психогенеза присущи преморбидные личностные особенности, среди них можно отметить высокую личностную тревожность, высокий уровень алекситимии. В инициальный период заболевания возможны психосоматические реакции, проявляющиеся жалобами на единичные симптомы со стороны соматического состояния, с длительностью расстройства от нескольких минут до нескольких дней и не нарушающие функции органа.

При избыточной массе тела и ожирении имеются функциональные нарушения в процессах мотивации, в частности, в системе пищевого центра, обуславливающие характерное пищевое поведение. Для большинства больных ожирением чередование эпизодов повышения и снижения массы тела всегда четко зависело от степени нервно-психического напряжения. Переядение в ситуациях стресса становилось не проявлением чувства голода, а средством успокоения и отвлечения. Эпизоды булимии на фоне обострения конфликтной ситуации можно рассматривать как своеобразную неадекватную форму психологической защиты. Ее становление оказывается реальным в силу изначально доминирующего характера пищевой мотивации, обучения стереотипному купированию эмоционального напряжения приемом пищи в детстве и определенного набора личностных черт: пассивности и внушаемости, зависимости и ригидности, склонности к тревожным феноменам и психическому инфантилизму [3, 7, 9].

При дальнейшей психической травматизации происходит трансформация психосоматических реакций в соматоформные нарушения, которые также являются функциональными, но продолжаются более длительно (более 6 месяцев) и сопровождаются повторяющимися, множественными и клинически значимыми жалобами.

В данном фрактале также возможны нозогенные реакции на факт впервые обнаруженного заболевания, проявляющиеся тревожной, фобической и депрессивной симптоматикой. В дальнейшем возможен переход в психосоматические нарушения, которые уже носят хронический и необратимый характер.

Социогенез (онтогенетическое развитие социальных ролей и отношений) начинается с дисгармонии семейных отношений. Дисгармония может быть связана с нарушениями одного или нескольких видов семейных отношений: психологических (открытость, доверие, забота друг о друге, взаимная моральная и эмоциональная поддержка), психофизиологических (половые отношения), социальных (распределение ролей, материальная зависимость, авторитет, руководство), культурных (национальные и религиозные традиции и обычаи). Все эти виды отношений влияют на воспитание ребенка в семье. Вследствие дисгармонии семейных отношений может в дальнейшем возникнуть дисгармония социализации личности. Нарушенные семейные отношения будут образцом для усвоения и приведут к формированию дисгармонии личности. В дальнейшем это может привести к нарушению значимых социальных отношений во взрослом состоянии, которые станут стрессогенным фактором. В стадии развернутой клинической картины ожирения могут возникать преходящие социальные дисфункции, связанные с необходимостью изменения образа жизни. При тяжелом течении ожирения возможно наличие социальной декомпенсации, которая проявляется в нарушении семейных, профессиональных и других социальных отношений. В исходе заболевания возникает социальная дезадаптация, связанная с выходом на инвалидность и утратой социального статуса, профессиональных и личных перспектив.

Анимогенез (онтогенетическое духовно-нравственное развитие) начинается во фрактале predisпозиции с духовно-нравственной дисгармонии, дефицитарности или амбивалентности семейных отношений, создающих осознаваемое или неосознаваемое психоэмоциональное напряжение.

Латентный фрактал адипогенного диатеза представлен дисгармонией и дисхронозом формирования и развития основных нравственных чувств: веры и ответственности, совести и долга, чести и достоинства. Это проявляется замедлением и нарушением моральной социализации и развития личности в любом возрастном периоде.

В инициальном фрактале становятся заметными ранние деформации нравственного облика, проявляющиеся недостаточностью выдержки и терпения, гуманности и милосердия, скромности и тактичности.

Во всем облике пациента проявляется «адипогенная инфантильность». Это создает предпосылки для возможного развития синдрома деморализации и синдрома комплекса деструктивного профессиогенеза, клиническая картина которых в каждом конкретном случае и фрактале формируется и дополняется коморбидными и ассоциированными расстройствами в сомато-, психо- и социогенеза [11, 12].

Фрактал развернутой клинической картины проявляется деструкцией духовно-нравственной позиции: начинающимся снижением способности различия добра и зла, девальвацией дружеской привязанности и любви, снижением волевой активности и самоконтроля.

Фракталы хронизации и исхода характеризуются нарастанием всех проявлений синдрома деморализации.

Фрактальные блочно-модульные компоненты биопсихосоциодуховной динамической модели позволяют диагностировать и прогнозировать многовариантные траектории развития заболевания. Синергетическая методология ментальной медицины системно учитывает все внутренние и внешние факторы патопластики и патокинетики ожирения и комплексно выстраивает индивидуальные превентивно-коррекционные и лечебно-реабилитационные маршруты в рамках мультидисциплинарной программы.

Медико-психосоциодуховная помощь больным ожирением

На основе синергетической методологии ментальной медицины нами [18] разработана мультидисциплинарная программа помощи больным, включающая четыре блока: медицинский и психологический, социальный и духовно-нравственный (табл. 2).

Превентивно-коррекционные мероприятия реализуются в первых трех донозологических фракталах, а лечебно-реабилитационные — в трех нозологических, составляя единый мультидисциплинарный протокол помощи больным, реализуемый бригадой в составе терапевта (эндокринолога), психотерапевта, клинического психолога, специалистов по социальной работе и биоэтике.

Медицинский блок в рамках соматогенеза включает оказание помощи специалистами общей практики, врачами-терапевтами, эндокринологами, а при возникновении осложнений — узкими специалистами (кардиологи, неврологи). **Психологический блок** помощи в рамках психогенеза предполагает участие специалистов, занимающихся психическим здоровьем: психотерапевтов, клинических психологов, психиатров. **Социальная помощь** оказывается в векторе социогенеза с участием специалистов социальных служб (специалисты по социальной работе, социальные работники). **Духовно-нравственный блок** в векторе анимогенеза реализуется с участием семьи и референтного окружения в микросоциальной и производственной среде, с использованием современных методов и форм образования и воспитания, коучинга и тренинга личностного роста, с подключением экс-

Таблица 2

Программа медико-психосоциодуховной помощи больным с ожирением

Блок	Донозологические фракталы			Нозологические фракталы		
	Предиспозиция: адипогенная семья	Латентный: адипогенный диатез	Инициальный: избыточная масса тела	Развернутая клиническая картина ожирения/социальная эпидемия	Хронизация: формы и типы течения ожирения/деструктивная социальная эпидемия	Исход: соматопсихические осложнения/пандемия
Медицинский	Включение лиц с наследственной предрасположенностью в группу риска и раннее их профилактическое обследование	Выявление лиц, склонных к избыточной массе тела	Диагностика состояний избыточной массы тела при профосмотрах; медикаментозные и немедикаментозные воздействия	Постановка клинического диагноза ожирения, назначение медикаментозной терапии, профилактика осложнений	Контроль за соматическим состоянием; адекватная медикаментозная терапия ожирения, профилактика осложнений	Лечение соматических и психических осложнений ожирения
Психологический	Выявление лиц со специфическими психофизиологическими особенностями и включение их в группу риска	Коррекция семейных отношений и социализация личности	Коррекция психосоматических реакций, психотерапия	Коррекция соматоформных нарушений, психотерапия, психофармакотерапия	Коррекция психосоматических нарушений, психотерапия, психофармакотерапия	Психологическая реабилитация
Социальный	Выявление и коррекция дисгармонии семейных отношений	Коррекция семейных отношений и гармонизация социализации личности	Гармонизация значимых социальных отношений	Адаптация к заболеванию, коррекция межличностных проблем	Профессиональная и семейная адаптация	Социальная реабилитация
Духовно-нравственный	Скрининг и коррекция «морального климата» семьи	Коррекция формирования и развития нравственных чувств	Коррекция формирования нравственного облика	Реконструкция нравственной позиции	Реконструкция нравственного поведения	Духовно-нравственная реабилитация

пертов и консультантов службы ментального здоровья и этических комитетов, особенно в случаях угрозы возникновения деструктивного профессиогенеза и необходимости медиации, духовных наставников из официальных российских конфессий, участия в программах общественных организаций родственников и больных, волонтерских и социальных движений, профсоюзных и ветеранских организаций.

Первичные профилактические мероприятия должны проводиться еще во **фрактале предиспозиции (адипогенная семья)**, где они могут быть направлены на выявление наследственной, психофизиологической предрасположенности и этико-психологическую гармонизацию семейных отношений.

В **латентном фрактале** мероприятия направлены на выявление лиц, склонных к избыточной массе тела, коррекцию моральной социализации личности, преморбидных особенностей.

В **инициальном фрактале** при возникновении избыточной массы тела предполагаются медикаментозные и немедикаментозные воздействия, препятствующие развитию заболевания.

Во **фрактале развернутой клинической картины** ожирения требуется ранняя квалифицированная медицинская и психологическая, духовно-нравственная и социальная помощь, которая далее складывается в индивидуальную лечебно-реабилитационную программу.

Медицинский блок программы рассмотрен в профильных руководствах [4, 7, 9] и не требует специального обсуждения в этой статье, нацеленной

на разработку синергетического дизайна программ профилактики и помощи. Синергетические каскадные и кумулятивные механизмы проявляются многократным возрастанием саногенетической эффективности, существенно превышающей арифметическую сумму междисциплинарных усилий, за счет резонансно-когерентной настройки бригадной превентивно-коррекционной и лечебно-реабилитационной работы.

Психологический блок программы. Включение психотерапевтических методов в реабилитацию больных ожирением вытекает из представлений о психосоматическом характере этого заболевания.

Психотерапия при избыточной массе тела должна быть направлена на изменение пищевых поведенческих стереотипов и формирование адаптации личности к снижению избыточного веса, изменение самооценки личности, коррекцию социальных факторов, способствующих формированию гиперфагических реакций.

Задачи психокоррекционной работы при ожирении зависят от возрастных и личностных, социально-психологических и мотивационных факторов. Психотерапия должна быть ориентирована на выяснение роли психосоциальных факторов в становлении ожирения, формирование адекватных механизмов психической адаптации, научение пациентов более конструктивному поведению. В ней должна преобладать ориентация на мотивационную сферу личности, при которой пациент воспринимает нормокалорийную диету не как ограничение, а как единственно возможный и естественный рацион питания.

Приобретенные и осознанные навыки, измененные в процессе психотерапии мотивы поведения, сильные эмоции способны вызвать снижение или подавление функциональной активности пищевого центра, равно как и других влечений.

Некоторые исследователи предлагают свои оригинальные методики работы с пациентами, страдающими ожирением. Известна групповая методика [8], состоящая из трех ночных сеансов (всего 24 часа) психотерапии, которая включает в себя рациональную, трансовую, трансперсональную психотерапию, элементы самокодирования, программирования и гипноанализа, психотехники, направленные на снижение аппетита. Её цель — формирование нового, устойчивого отношения к своему телу и к своему здоровью, выработка доминанты на похудение и дальнейшее поддержание своей массы тела на уровне психофизиологических механизмов.

При лечении ожирения используются методы групповой поведенческой психотерапии, стрессовой психотерапии, психосоматического программирования и др. [9, 10].

Успеху психотерапии способствует осознание больным связи между особенностями его личности и избыточным весом, что сказывается прежде всего на эффективности коррекции массы тела и на отдаленных результатах терапии.

Социальный блок программы. Лечебно-реабилитационные мероприятия при ожирении являются неполноценными без воздействия на психосоциальный компонент течения заболевания. На этапе социальной реабилитации основными задачами являются повышение социальной адаптации больных и коррекция нарушенных социальных связей. Изменение внешности больного в связи с ожирением негативно сказывается на его способности выполнять свои социальные функции, особенно в сфере общения. В результате лечения самочувствие больных улучшается, у них нормализуется обмен веществ. Снижается масса тела, изменяется внешность больного, однако поведенческие стереотипы остаются прежними. На этом этапе наиболее адекватными являются такие методы, как групповая и семейная социотерапия, тренинги и коучинг. Новые поведенческие и социальные стереотипы эффективно формируются в разнообразных школах здоровья и фитнес-клубах.

Духовно-нравственный блок программы. Скрининг и коррекция морального климата адипогенной семьи осуществляются в ходе семейной социо- и психотерапии, реализующей задачи этико-психологической гармонизации межличностных отношений и духовно-нравственного развития семьи.

Коррекция формирования и развития основных нравственных чувств и морального облика проводится по всем духовно-нравственным модальностям личности, из деструкции которых может развиваться синдром деморализации и синдромокомплекс деструктивного профессиогенеза, с учетом индивидуальных характерологических особенностей пациента и его

микросреды, коморбидных и ассоциированных расстройств. В рамках стратегий раннего вмешательства и медиации обеспечивается сопровождение адаптивного профессиогенеза и этики делового общения пациента, проводится профилактика моббинга (пациент часто оказывается в роли моббинг-мишени), дезтизации и дегуманизации профессионального сознания [11, 12].

Реконструкция нравственной позиции и поведения в рамках сформированного синдрома деморализации требует привлечения ресурсов тренинга этики делового общения, коучинга, терапии творческим самовыражением, духовных и религиозных практик [13, 15].

Духовно-нравственная реабилитация осуществляется в рамках поддерживающей терапии, реализующей задачи коррекции пессимистически-катастрофических установок и формирования оптимистично-ресурсной жизненной стратегии.

Таким образом, медико-психосоциодуховная помощь адипогенным больным в рамках синергетической методологии ментальной медицины позволяет системно и мультидисциплинарно выстраивать ранние и эффективные индивидуальные лечебно-реабилитационные маршруты и организовывать профилактику социальной эпидемии ожирения.

Список литературы

1. Андреев И. Л., Назарова Л. Н. Горький сахар диабета // Вестник РАН. 2014. Т. 84, № 2. С. 78–83.
2. Бутрова С. А., Берковская М. А. Современные аспекты терапии ожирения // Справочник поликлинического врача. 2008. № 11. С. 58–61.
3. Вознесенская Т. Г. Расстройства пищевого поведения при ожирении и их коррекция // Фарматека. 2009. № 12. С. 91–94.
4. Дедов И. И., Шестакова М. В. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом // Сахарный диабет. 2011. № 3, прил. 72 с.
5. Зайчик А. Ш., Чурилов Л. П. Патохимия (эндокринно-метаболические нарушения). СПб.: Элби, 2007. 768 с.
6. Марков А. А. Пограничные нервно-психические расстройства при избыточном весе и ожирении: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск, 2006. 24 с.
7. Ожирение и избыточный вес // Информационный бюллетень ВОЗ. 2014. № 311. 22 с.
8. Ротов А. В., Медведев М. А. Психологические причины ожирения // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2004. № 5. С. 26–28.
9. Сидоров П. И., Соловьев А. Г., Ишекова Н. И. Коррекция избыточной массы тела: руководство для врачей. М.: МЕДпресс-информ, 2004. 145 с.
10. Сидоров П. И., Новикова И. А. Ментальная медицина: руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 728 с.
11. Сидоров П. И. Адаптивный профессиогенез как приоритет корпоративной службы ментального здоровья // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 2014. № 2. С. 13–25.
12. Сидоров П. И. Механизмы социальных эпидемий и синергетика эффективного ответа // Психическое здоровье. 2014. № 5. С. 32–44.
13. Сидоров П. И. Духовно-нравственные ресурсы психиатрии и ментальной медицины // Психическое здоровье. 2014. № 6. С. 22–39.

14. Сидоров П. И. Ресурсы и направления ментальной превентологии // Экология человека. 2014. № 10. С. 31–43.

15. Сидоров П. И. Религиозные ресурсы психиатрии и ментальной медицины // Психическое здоровье. 2014. № 12. С. 65–76.

16. Смуглевич А. Б. Психические расстройства в клинической практике. М. : Медпресс-информ, 2011. 720 с.

17. Sadock B. J., Kaplan H. I., Sadock V. A. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences / Clinical Psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins, 2007. 1470 p.

18. Sidorov P. I. From bullying to pandemy of terrorism: synergetic bio-psycho-socio-spiritual methodology of Mental health protection // Handbook on Bullying: Prevalence, Psychological impacts and intervention Strategies. NY : NOVA Science Publishers, 2014. P. 177–214.

19. Xu W.L. et al. Midlife overweight and obesity increase late-life dementia risk // Neurology. 2011. Vol. 76, N 18. P. 1568–1574.

References

1. Andreev I. L., Nazarova L. N. Bitter sugar of Diabetes. *Herald of the Russian Academy of Sciences*. 2014, 84 (2), pp. 78-83. [in Russian]

2. Butrova S. A., Berkovskaya M. A. Modern aspects of obesity therapy. *Spravochnik poliklinicheskogo vracha* [Guide of Polyclinical Physician]. 2008, 11, pp. 58-61. [in Russian]

3. Voznesenkaya T. G. Eating behavior disorders in obesity and their correction. *Farmateka* [Pharmateka]. 2009, 12, pp. 91-94. [in Russian]

4. Dedov I. I., Shestakova M. V. Algorithms of specialized medical aid to Diabetes patients. *Diabetes Mellitus*. 2011, 3, iss., 72 p. [in Russian]

5. Zaichik A. Sh., Churilov L. P. *Patohimiiia (endokrinno-metabolicheskie narusheniia)* [Pathochemistry (endocrine-metabolic disorders)]. Saint Petersburg, Elbi Publ., 2007, 768 p.

6. Markov A. A. *Pogranichnye nervno-psihicheskie rasstroistva pri izbytochnom vese i ozhireanii. Avtoref. kand. diss.* [Border-line neuropsychic disorders in overweight and obesity. Author's Abstract of Cand. Diss.]. Tomsk, 2006, 24 s.

7. Obesity and overweight. *Informacionnyi byulleten' VOZ* [WHO News Bulletin]. 2014, 311, 22 s. [in Russian]

8. Rotov A. V., Medvedev M. A. Psychological reasons of obesity. *Sibirskii vestnik psikiatrii i narkologii* [Siberian Newsletter of Psychiatry and Addictology]. 2004, 5, pp. 26-28. [in Russian]

9. Sidorov P. I., Soloviev A. G., Ishekova N. I. *Korrekciiia izbytochnoi massy tela. Rukovodstvo dlya vrachei* [Overweight Correction. Guide for Physicians]. Moscow, MEDpress-inform, 2004, 145 p.

10. Sidorov P. I., Novikova I. A. *Mental'naya meditsina. Rukovodstvo* [Mentality Medicine. Guide]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2014, 728 p.

11. Sidorov P. I. Adaptive professionalogenesis as priority of corporate Mentality Medicine Service. *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoi psikhologii im. V. M. Bekhtereva* [Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2014, 2, pp. 13-25. [in Russian]

12. Sidorov P. I. Mechanisms of social epidemics and synergetics of effective response. *Psikhicheskoe zdorov'e* [Mental Health]. 2014, 5, pp. 32-44. [in Russian]

13. Sidorov P. I. Spiritual-moral resources of Psychiatry and Mentality Medicine. *Psikhicheskoe zdorov'e* [Mental Health]. 2014, 6, pp. 22-39. [in Russian]

14. Sidorov P. I. Resources and Lines of Mental Preventology. *Ekologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2014, 10, pp. 31-43. [in Russian]

15. Sidorov P. I. Religious resources of Psychiatry and Mentality Medicine. *Psikhicheskoe zdorov'e* [Mental Health]. 2014, 12, pp. 65-76. [in Russian]

16. Smulevich A. B. *Psikhicheskie rasstroistva v klinicheskoi praktike* [Mental disorders in clinical practice]. Moscow, Medpress-inform, 2011, 720 p.

17. Sadock B. J., Kaplan H. I., Sadock V. A. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences. Clinical Psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins, 2007. 1470 p.

18. Sidorov P. I. From bullying to pandemy of terrorism: synergetic bio-psycho-socio-spiritual methodology of Mental health protection. *Handbook on Bullying: Prevalence, Psychological impacts and intervention Strategies*. N. Y. NOVA Science Publishers, 2014. pp. 177-214.

19. Xu W. L. et al. Midlife overweight and obesity increase late-life dementia risk. *Neurology*. 2011, 76 (18), pp. 1568-1574.

Контактная информация:

Сидоров Павел Иванович – академик РАН, ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Адрес: 163001, г. Архангельск, пр. Троицкий, д. 51
E-mail: pavelsidorov13@gmail.com