



СОЮЗ ПЕДИАТРОВ РОССИИ
Санкт-Петербургское отделение

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ



МАТЕРИАЛЫ



В РОССИЙСКОГО ФОРУМА

**ЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ С РОЖДЕНИЯ:
МЕДИЦИНА, ОБРАЗОВАНИЕ,
ПИЩЕВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ.
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ - 2010**

посвящается Международному Дню Матери

12-13 ноября 2010 года

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Т.В. Косенкова, В.В. Маринич

ГОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия Росздрава», Россия
Учреждение образования Полесский государственный университет,
Пинск, Республика Беларусь

Актуальность

В последние годы во многих странах мира наблюдается неуклонный рост распространенности ожирения у детей и подростков. По данным Всемирной организации здравоохранения около 22 млн. детей младше 5 лет и 155 млн. детей школьного возраста имеют избыточную массу тела, при этом, в экономически развитых странах 25% подростков имеют избыток массы тела, а 15% - страдают ожирением [6, 7].

На фоне избытка массы тела, прежде всего, висцерального, уже в детском возрасте развиваются инсулинрезистентность и компенсаторная гиперинсулинемия, дисфункция гипоталамо-гипофизарно-гонадной системы, что лежит в основе патогенеза метаболических и психосоматических расстройств, которые длительное время могут быть начальными и нередко единственными проявлениями метаболического синдрома.

Ожирение в детском и подростковом возрасте создает высокий риск развития сердечно-сосудистых заболеваний. Так, около 60% подростков с ожирением к 14 годам имеют один из факторов развития артериальной гипертензии, а у каждого четвертого ребенка с сахарным диабетом отмечается выраженное ожирение. При этом дебют диабета у детей и подростков повышает риск развития осложнений в трудоспособном возрасте [1, 3, 8].

Исследования многих современных ученых показали приоритетное значение психологических факторов в генезе ожирения как психосоматической проблемы. Так, выделены личностные характеристики

больных, способствующие снижению социальной адаптации пациента и усилению гиперфагических реакций, как способа реагирования на стрессовую ситуацию, а также дальнейшее закрепление этого дезадаптивного, но социально приемлемого защитного механизма. Это особенно ярко проявляется в сенситивные периоды развития ребенка. В ситуации личностно-реактивных изменений, с одной стороны, может формироваться особый стиль поведения, характеризующийся как психологическая агнозия или реакция гиперкомпенсации на собственное соматическое состояние, что приводит к изменению социального функционирования ребенка путем создания своей субкультуры со стереотипным набором поведенческих предпочтений. С другой стороны, личностно-реактивные изменения могут стать основой формирования депрессивно-невротических нарушений с тягостными переживаниями своего физического дефекта, которые могут достигать стадии невротической депрессии.

Личностные особенности пациентов с ожирением также способствуют и усилению влияния психогенно-обусловленных факторов на организм ребенка, что приводит к формированию порочного круга, который не удаётся разорвать проведением только диетического или медикаментозного лечения.

Особенно актуальным это становится при реализации проблемно-целевого обучения детей с ожирением, так как психологическая адаптация ребенка к восприятию своего облика, образа жизни, рекомендуемых лечебных и профилактических мероприятий должна способствовать повышению его самооценки, оптимальному самовосприятию. Это лежит в основе повышения качества жизни пациентов и благоприятного прогноза течения заболевания [2, 4, 5].

Таким образом, в современных условиях для решения проблемы терапии метаболического синдрома в детском и подростковом возрасте становится необходимым внедрение в практику лечебных учреждений патогенетически обоснованных систем психокоррекционных мероприятий.

Целью настоящего исследования стало изучение личностных особенностей пациентов, страдающих метаболическим синдромом, для выделения паттернов поведения с целью психокоррекции и повышения эффективности проводимых лечебных мероприятий.

Материалы и методы исследования.

В исследовании приняло участие 26 детей (13 мальчиков и 13 девочек) от 10 до 16 лет с ожирением 1 и 2 степени, находящихся на стационарном лечении в Смоленской областной детской клинической больнице.

Методы и методики:

1. Диагностика самооценки мотивации одобрения (шкала лжи Д. Марлоу – Д. Крауна).

2. Тест описания поведения К. Томаса.
3. Диагностика состояния агрессии (опросник Баса – Дарки).
4. Тест на измерение ригидности.

Результаты исследования и их обсуждение

Для определения степени зависимости субъекта от благоприятных оценок со стороны других людей была проведена методика Д. Марлоу - Д. Крауна (шкала лжи) (табл.1).

Таблица 1.

Самооценка мотивации у детей
с метаболическим синдромом в зависимости от пола

Уровень самооценки	Мальчики (n=13)	Девочки (n=13)
Высокий	15,4%	30,8%
Нормальный	84,6%	53,9%
Низкий	-	15,3%

Как показали проведенные исследования, у мальчиков данный показатель находился в пределах нормы или превышал нормальные значения, что характеризует высокую или среднюю степень зависимости субъекта от благоприятных оценок со стороны других людей. При этом только у трети девочек выявлены высокие показатели самооценки, а 15,4% респондентов характеризовались низкой самооценкой, что свидетельствует о непринятии традиционных норм и об излишней требовательности к себе.

При исследовании личностных особенностей с помощью опросника Баса-Дарки было установлено, что для пациентов с метаболическим синдромом были характерны высокие индексы враждебности и агрессивности (табл. 2).

Таблица 2.

Показатели враждебности и агрессивности у детей
с метаболическим синдромом в зависимости от пола

Показатели	Мальчики (n=13)	Девочки (n=13)
Индекс враждебности		
высокий	61,5%*	46,2%
средний	30,8%	53,8%*
низкий	7,7%	-
Индекс агрессивности		
высокий	38,5%	30,8%
средний	46,2%	46,2%
низкий	15,3%	23,0%

*- достоверность различий между группами

Как видно из представленной таблицы, для девочек и мальчиков были характерны высокий и средний индексы враждебности. При высоком индексе враждебности большинство обследованных составляли мальчики, а при среднем – девочки (табл. 2). Достоверных различий в значениях индекса агрессивности у мальчиков и девочек в ходе исследования не было получено (табл. 2).

Для оценки эффективности психологической адаптации ребенка оценивалась ригидность и социальная желательность (табл. 3).

Таблица 3.

Показатели ригидности и социальной желательности у детей с метаболическим синдромом в зависимости от пола

	Мальчики (n=13)	Девочки (n=13)
Показатели ригидности		
высокий	46,2%	38,5%*
средний	53,8%	38,5%*
низкий	–	23,0%*
Показатели социальной желательности		
высокий	30,8%	53,8%*
средний	–	15,4%
низкий	69,2%	30,8%*

*- достоверность различий между группами

Как показали проведенные исследования, количество мальчиков с высокими и средними показателями ригидности было значительно больше, чем девочек (табл. 3). Следовательно, мальчики, страдающие метаболическим синдромом, менее способны к изменению стиля и стереотипа своего поведения, а также восприятия лечебных и профилактических мероприятий, что может сказываться на эффективности терапии ожирения. При этом для большинства мальчиков (69,3%) был характерен низкий показатель социальной желательности, что в сочетании с ригидностью создает значительные трудности в лечении и реабилитации пациентов мужского пола с метаболическим синдромом (табл. 3).

При изучении особенностей поведения обследованных детей было установлено, что 40% мальчиков с метаболическим синдромом предпочитали избегание конфликта, 20% - компромисс в отношениях или сотрудничество. Для девочек было характерно в 25% случаев приспособление к ситуации или соперничество, а в 20% случаев – компромиссное решение проблемы или сотрудничество. При этом избегание, как форма поведения, характерная для мальчиков, отмечалось только у 10% девочек (диаграмма 1).

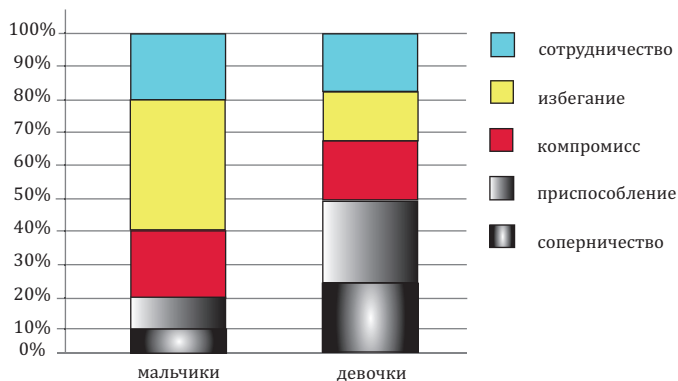


Диаграмма 1. Личностная предрасположенность к конфликтному поведению детей с метаболическим синдромом в зависимости от пола.

Следовательно, существуют различия психологических паттернов поведения мальчиков и девочек. Так, для мальчиков, страдающих метаболическим синдромом, было характерно:

- высокая или средняя степень самооценки мотивации, свидетельствующая о зависимости субъекта от благоприятных оценок со стороны других людей;
- низкая социальная желательность и предпочтение избегания конфликтов, характеризующие отсутствие стремления к кооперации и к достижению собственных целей, когда ни одна из сторон не добивается успеха;
- компромиссы или сотрудничество в отношениях с окружающими;
- высокие показатели враждебности;
- высокие показатели агрессивности;
- высокая ригидность.

Для девочек с метаболическим синдромом было характерно:

- преобладание низкой ригидности;
- более низкие показатели самооценки мотивации, что может свидетельствовать о неприятии традиционных норм и об излишней требовательности к себе;
- зависимость от благоприятных оценок других людей;
- средний индекс враждебности и агрессивности;
- высокая социальная желательность;
- приспособление к ситуации или соперничество в решении конфликта.

Таким образом, проведенные исследования позволяют сказать, что: – гендерные различия в личностных особенностях и паттернах по-

- ведения мальчиков и девочек с метаболическим синдромом необходимо учитывать при разработке лечебно-реабилитационных мероприятий;
- выявленные психологические особенности пациентов с метаболическим синдромом позволяют предложить благоприятные прогностические критерии (низкая агрессивность и враждебность, высокий показатель социальной желательности, отсутствие зависимости от благоприятных оценок со стороны других людей, способность идти на компромисс и не вступать в конфликт), способствующие оптимальному прогнозу и повышающие эффективность лечебно-профилактических мероприятий;
 - неблагоприятными психологическими прогностическими критериями течения метаболического синдрома могут явиться: высокая агрессивность и враждебность, потеря способности к ригидности и социальной желательности, соперничество и избегание, что требует обязательного включения в лечебно-реабилитационные программы психокоррекционных мероприятий, направленных на выработку благоприятных паттернов поведения у больного;
 - в лечебно-профилактических учреждениях, занимающихся проблемами метаболических нарушений у детей и подростков необходимо создание психологической службы (введение психолога в штат) для повышения эффективности терапевтических мероприятий с целью формирования приверженности лечению, комплаентности и соответствующих стилей пищевого поведения, что в комплексе с медикаментозной терапией позволит значительно повысить качество жизни пациентов с метаболическим синдромом и добиться эффективных результатов.

Литература

1. Бутрова, С.А. Ожирение/ Ожирение. Метаболический синдром. Сахарный диабет 2 типа/ под редакцией Н.Н. Дедова – М., 2000. – с 5-12.
2. Вознесенская, Т.Г., Вахмистров А.В. Клинико- психологический анализ нарушений пищевого поведения при ожирении// Журн. неврол. и психиатрии.- 2001. - №12 – с. 19-24.
3. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Романцова Т.И. Патогенетические аспекты ожирения. Ожирение и метаболизм- 2004 - №1- с. 3-9
4. Кискер К.П., Фрайбергер Г., Розе Г.К., Вульф Э. Психиатрия, психосоматика, психотерапия.- М, 1999.- 503 с.
5. Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике- СПб. – 2000.- 272. С.
6. Старостина, Е. Г. Особенности диагностики и лечения психосоматических расстройств в работе врача общей практики// В сб: Альманах

кл. мед, т7 / ред. В. И.Шумский.- М.- МОНИКИ.- 2004.- с. 239-249.

7. Старостина Е.Г. Расстройства приема пищи.// Врач.- 2005.-№2-с. 28-31

8.Исаев Д.Н. Детская медицинская психология: Педиатрия.- СПб: Речь, 2004- 381 с.