

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ  
С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Козлова Л.В., Косенкова Т.В., Бекезин В.В., Пересецкая О.В., Маринич В.В., Довгань В.П.

ГОУ ВПО Смоленская государственная медицинская академия  
НОУ ВПО «Смоленский гуманитарный университет», Смоленск, Россия.

В последние годы во многих странах мира наблюдается рост распространенности ожирения у детей и подростков [6, 7]. На фоне избытка массы тела, уже в детском возрасте развиваются инсулинорезистентность и компенсаторная гиперинсулинемия, которые являются ведущими звеньями патогенеза метаболических и психосоматических расстройств. Исследования последних лет (Козлова Л.В., Бекезин В.В., 2004, 2005, 2006) показали значение психологических факторов в генезе ожирения и позволили представить нарушения психологического статуса у детей с ожирением и МС в виде психопатологического синдрома. При этом отмечено, что высокая частота регистрации тревожно-депрессивных состояний, нарушений когнитивных функций, интравертированности и невротизма, нарушений в эмоционально-волевой сфере и коммуникативно-межличностных взаимодействиях, акцентуации отдельных черт характера (неуравновешенного, дистимного, возбудимого и тревожного типов характера) у детей и подростков с ожирением и МС сопровождаются снижением их качества жизни. Личностные особенности пациентов с ожирением также способствуют и усилению влияния психогенно-обусловленных факторов на организм ребенка, которые не удаётся устранить проведением только диетического и медикаментозного лечения.

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 реабилитационных мероприятий.

**Материалы и методы исследования.**

В исследовании приняло участие 38 детей (19 мальчиков и 19 девочек) от 10 до 16 лет с ожирением 1 и 2 степени, находящихся на стационарном лечении в Смоленской областной детской клинической больнице. При оценке личностных особенностей пациентов использовались следующие методы:

- самооценка мотивации одобрения (шкала лжи Д. Марлоу – Д.Крауна);
- тест описания поведения К.Томаса;
- диагностика состояния агрессии (опросник Баса – Дарки);
- тест на измерение ригидности.

**Результаты исследования**

Степень зависимости субъекта от благоприятных оценок со стороны других людей определялась по методике Д.Марлоу - Д.Крауна (табл.1).

Таблица 1. Самооценка мотивации у детей  
с метаболическим синдромом в зависимости от пола

Уровень самооценки	Мальчики (n=19)	Девочки (n=19)
Высокий	15,8%	31,6%
Нормальный	84,2%	52,6%
Низкий	-	15,8

Как показали проведенные исследования, у мальчиков выявлялась высокая или средняя степень зависимости от благоприятных оценок со стороны других людей. У девочек, в отличие от мальчиков, высокие показатели самооценки регистрировались в 2 раза чаще, а у 15, 8% пациенток отмечалась низкая самооценка, свидетельствующая об излишней требовательности к себе. При исследовании личностных особенностей с помощью опросника Баса-Дарки девочек и мальчиков выявлялись высокий и средний индексы враждебности (табл. 2).

*Таблица 2. Показатели враждебности и агрессивности у детей с метаболическим синдромом в зависимости от пола*

Показатели	Мальчики (n=19)	Девочки (n=19)
<b>Индекс враждебности</b>		
высокий	63,1%*	47,4%
средний	31,5%	52,6%*
низкий	5,4%	-
<b>Индекс агрессивности</b>		
высокий	36,8%	31,6%
средний	47,3%	47,3%
низкий	15,9%	21,1%

\*- достоверность различий между группами

При этом у мальчиков с МС чаще регистрировался высокий индекс враждебности, тогда как у девочек чаще наблюдался средний индекс враждебности. Достоверных гендерных различий в значениях индекса агрессивности в ходе исследования не получено (табл. 2). Эффективность психологической адаптации оценивалась по показателям ригидности и социальной желательности (табл. 3).

*Таблица 3. Показатели ригидности и социальной желательности у детей с метаболическим синдромом в зависимости от пола*

	Мальчики (n=13)	Девочки (n=13)
<b>Показатели ригидности</b>		
высокий	46,2%	36,8%*
средний	53,8%	36,8%*
низкий	-	26,3%*
<b>Показатели социальной желательности</b>		
высокий	31,6%	52,6%*
средний	-	15,8%
низкий	68,4%	31,6%*

\*- достоверность различий между группами

У мальчиков с МС чаще выявлялись высокие и средние показатели ригидности (табл.3), указывающие на то, что они менее способны к изменению стиля и стереотипа своего поведения, а также восприятию лечебных и профилактических мероприятий, что может сказываться на эффективности терапии ожирения. При этом у большинства мальчиков (68,4%) выявлялся низкий показатель социальной желательности, что в сочетании с ригидностью создает значительные трудности в лечении и реабилитации пациентов мужского пола с метаболическим синдромом.

При изучении особенностей поведения установлено, что 40% мальчиков с МС предпочитают избегание конфликта, 20% - компромисс в отношениях или сотрудничество. У 25% девочек отмечалось приспособление к ситуации или соперничество, в 20% случаев – компромиссное решение проблемы или сотрудничество.

При этом избегание, как форма поведения, характерная для мальчиков, у девочек регистрировалась в 4 раза меньше - лишь в 10% случаев (диаграмма 1).

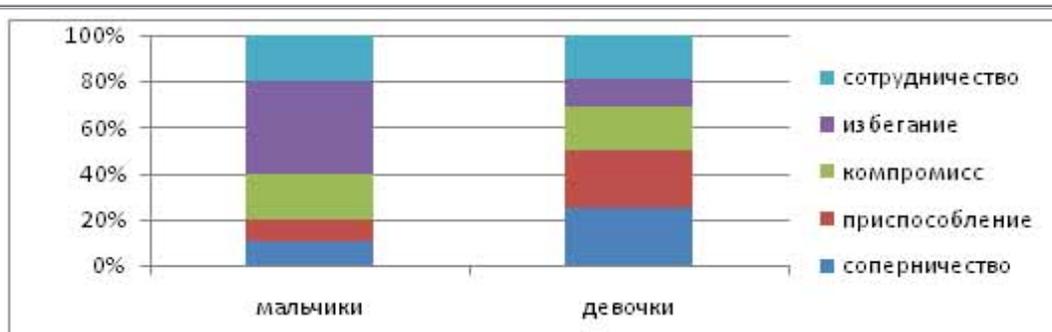


Рис.1. Личностная предрасположенность к конфликтному поведению детей с метаболическим синдромом в зависимости от пола.

Таким образом, проведенные исследования показали, что:

1. существуют гендерные различия в личностных особенностях и паттернах поведения мальчиков и девочек с метаболическим синдромом, что необходимо учитывать при разработке лечебно-реабилитационных мероприятий;

2. эффективность реабилитационных мероприятий пациентов с МС повышается при выявлении низкой агрессивности и враждебности, высоком показателе социальной желательности, отсутствии зависимости от благоприятных оценок со стороны других людей, способности идти на компромисс и не вступать в конфликт.

3. наличие высокой агрессивности и враждебности, потери способности к ригидности и социальной желательности, соперничества и избегания, указывает на необходимость включения в реабилитационные программы психокоррекционных мероприятий, направленных на выработку благоприятных паттернов поведения у больного;

4. в лечебно-профилактических учреждениях, занимающихся проблемами ожирения и метаболического синдрома нарушений у детей и подростков необходимо создание психологической службы для повышения эффективности реабилитационных мероприятий.

#### 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 диагн. и лечения психосоматических расстройств в работе врача общей практики. В сб: Альманах кл. мед. т.7 /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.
9. Козлова Л.В., Бекезин В.В.Взаимосвязь некоторых показателей психологического и вегетативного статусов у детей с ожирением и метаболическим синдромом. Материалы 1-го международного научного конгресса «Психосоматическая медицина-2006». СПб., 2006. С.29-30.
10. Козлова Л.В., Бекезин В.В. Особенности состояния вариабельности ритма сердца у детей и подростков с ожирением в зависимости от уровня инсулинорезистентности //Функциональная диагностика. 2007. №1 (специальный выпуск). С.76-77