

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ОЖИРЕНИЕМ ПЕРВОЙ СТЕПЕНИ

Т.Е. Левицкая, Н.П. Степаненко, М.Д. Богданович (Томск)

Аннотация. Показаны возможности комплексной медико-психологической реабилитации и психологической коррекции детей и подростков, страдающих нарушением функций эндокринной системы в форме ожирения первой степени, в условиях стационара.

Ключевые слова: ожирение первой степени, психоэмоциональная напряженность, уровень стресса, ситуативная тревожность, медико-психологическая реабилитация.

В последние годы большое медико-социальное значение приобрела проблема расстройства функций эндокринной системы как у взрослого, так и у детского населения. Одним из наиболее часто встречающихся заболеваний, связанных с нарушением эндокринной системы, является ожирение. Несмотря на то, что ожирение относят к факторам риска развития многих хронических болезней, это заболевание является одним из наименее контролируемых и распространенность его в мире продолжает расти [1, 2]. Соматические последствия ожирения в детском возрасте менее очевидны, чем у взрослых, но и они представляют серьезную опасность для организма ребенка. Кроме того, отношение окружающих, особенно сверстников, к тучному ребенку часто причиняет ущерб его психическому здоровью. Таким образом, психологическая профилактика и успешное лечение ожирения в детском возрасте являются залогом здоровья взрослого населения.

Данные медицинской литературы и наши исследования свидетельствуют о значительных нарушениях в психической сфере исследуемой категории пациентов, которые оказывают выраженное влияние на течение заболевания [5].

Многочисленные психологические исследования показали, что к тучным людям в обществе относятся весьма негативно: таких людей считают ленивыми, безвольными, распушенными [3]. Основной причиной такого отношения является непонимание того, что ожирение – это не лень, не прихоть, а болезнь. Следует отметить, что большинство людей с избыточным весом находятся в состоянии хронического стресса, что порождает эмоциональные и психовегетативные расстройства, снижает их самооценку, нарушает и ограничивает социальные контакты. Эмоционально-личностные расстройства у больных ожирением могут выражаться в виде тревожно-депрессивных, депрессивных, а также ипохондрических синдромов. Изменения в психической сфере сочетаются с нарушениями сна, психовегетативными синдромами и хроническими болевыми синдромами [4]. Важно отметить, что алгические синдромы, такие как хронические головные боли, хронические боли в спине, психогенные кардиалгии, связаны не столько с повышенным весом, сколько с психологическими причинами. В основе повышенного аппетита у та-

ких пациентов чаще всего лежит скрытая депрессия, а еда становится единственным источником положительных эмоций.

В терапии ожирения выделяют два основных аспекта: инициирование потери массы тела за счет изменения пищевого поведения и повышения физической активности и поддержание достигнутого эффекта [6]. Таким образом, кроме редуцированной диеты в реабилитации детей и подростков с ожирением, необходим комплексный медико-психологический подход с воздействием на различные патогенетические механизмы заболевания, психику пациента, с формированием мотивации к лечению.

Материалы и методы исследования

Научно-исследовательская работа проводилась на базе детского отделения Томского НИИ курортологии и физиотерапии. В исследовании приняли участие 30 детей и подростков с нарушением функций эндокринной системы, с диагнозом ожирение первой степени в возрасте от 9 до 14 лет. Критериями включения в экспериментальную группу (ЭГ) служили: возраст детей от 9 до 14 лет, индекс массы тела более 95 перцентили, согласие на лечение родителей (письменное) и согласие ребенка. Критериями исключения из группы считали: вторичное ожирение, отказ ребенка или родителей от обследования и лечения, индекс массы тела менее 85 перцентили, а также наличие острых или обостренных хронических заболеваний. В процессе работы нами использовались как клинические, так и психологические методы исследования.

Оценка индекса массы тела проводилась согласно номограммам индекса массы тела (соотношение линейного роста к массе тела) для мальчиков и девочек. Масса тела в пределах 85–95 перцентили оценивалась как избыточная, свыше 95 перцентили – как ожирение первой степени. Также регистрировались следующие физиологические показатели: уровень гликемии, липидный спектр крови и артериальное давление. Все пациенты получали лечение, включающее режим, диету № 8, разгрузочные дни 2 раза в неделю, физические упражнения, физиопроцедуры и массаж.

В контексте нашей работы мы посчитали необходимым исследовать эмоционально-личностную сферу

пациентов, т.к. при данной соматической патологии страдает именно она. Нами был использован проективный метод цветowych выборов Люшера. Данная методика позволяет получить количественную оценку ряда параметров личности, уровня стресса и психоэмоционального напряжения в виде интерпретационных коэффициентов. Также мы использовали методику Спилберга–Ханина для определения уровня личностной и ситуативной тревожности.

В течение 24 дней, пока дети и подростки находились на стационарном лечении, с ними проводились индивидуальные и групповые психокоррекционные занятия, направленные на снижение уровня стресса, психоэмоционального напряжения, ситуативной тревожности, а также на формирование мотивации изменения пищевого поведения, после чего все исследуемые показатели повторно регистрировались. Для сравнения нами была выделена контрольная группа (КГ) в количестве 10 человек, в которую входили дети и подростки с вышеуказанным заболеванием аналогичной возрастной категории, получающие симптоматическое медикаментозное и физиотерапевтическое лечение, но без элементов психотерапии и психокоррекции.

Все результаты, полученные в процессе исследования, обрабатывались стандартными методами математического анализа из пакета статистических программ Statistics.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ коэффициентов проективной методики Люшера показал, что в начале исследования дети и подростки экспериментальной и контрольной групп практически не имеют различий по регистрируемым параметрам и характеризуются высокими показателями уровня стресса, высокой психоэмоциональной напряженностью и достаточно низкой работоспособностью. Средние значения этих коэффициентов представлены в табл. 1.

Также респонденты обеих групп имели высокие значения личностной и ситуативной тревожности, определяемые по методике Спилберга–Ханина (табл. 2).

Как видно из таблицы, дети КГ имели более низкие показатели ситуативной тревожности, но, тем не менее, достоверных различий между исследуемыми группами выявлено не было.

Наблюдение за поведением детей в отделении показало, что дети и подростки с исследуемым диагнозом склонны к плаксивости, вспыльчивости, резкой перемене настроения в худшую сторону, а также неадекватным реакциям на действия окружающих (проявление агрессивных форм поведения).

Как уже упоминалось выше, на протяжении всего периода госпитализации с пациентами ЭГ проводились групповые и индивидуальные коррекционные занятия с элементами поведенческой терапии и игротерапии, после чего была проведена повторная диагностика.

Результаты повторного исследования показали, что в ЭГ по сравнению с КГ достоверно снизились уровень стресса, ситуативная тревожность, а также повысилась работоспособность респондентов. Вместе с тем психоэмоциональная напряженность осталась практически неизменной (табл. 3). Мы склонны объяснять это двумя факторами. Во-первых, большинство детей исследуемых групп приезжие и, соответственно, сказывается длительное отсутствие родителей. Во-вторых, за время нахождения на курортно-санаторном лечении у детей и подростков формируются определенные личные взаимоотношения, личные симпатии, находятся новые друзья, которые их понимают, т.к. всех объединяет общая проблема – избыточный вес; но сезон заканчивается, приходится расставаться, что негативным образом и может сказываться на психоэмоциональном состоянии детей.

Повторное медицинское обследование после проведенного комплексного лечения показало, что у 60% детей и подростков экспериментальной группы от-

Таблица 1
Средние значения интерпретационных коэффициентов метода цветowych выборов М. Люшера у детей и подростков, страдающих ожирением

Показатель	КГ		ЭГ	
	Среднее	Ошибка среднего	Среднее	Ошибка среднего
Гетеромность	2,3	2,6	2,6	2,6
Концентричность	1,8	2,7	1,2	2,7
Вегетативный баланс	5,2	2,6	5,0	2,4
Работоспособность	9,8	2,2	9,4	0,6
Уровень стресса	20,1	2,7	19,9	2,9
Устойчивость к стрессу	3,8	2,6	3,9	2,5
Эмоциональная напряженность	17,6	2,4	17,3	2,5

Таблица 2

Средние значения личностной и ситуативной тревожности по методике Спилбергера–Ханина

Показатель	КГ		ЭГ	
	Среднее	Ошибка среднего	Среднее	Ошибка среднего
Личностная тревожность	49,3	8,6	48,9	8,4
Ситуативная тревожность	39,4	6,0	46,3	8,3

Таблица 3

Динамика исследуемых показателей у детей и подростков, страдающих ожирением

Показатель	КГ		ЭГ	
	В начале исследования	В конце исследования	В начале исследования	В конце исследования
Работоспособность	9,8	9,4	9,4	12,9
Уровень стресса	20,1	20,0	19,9	14,2
Эмоциональная напряженность	17,6	17,9	17,3	17,1
Ситуативная тревожность	39,4	40,6	46,3	40,2

мечалось снижение массы тела в среднем на 2,4 кг, у 13,3% – на 1,2 кг, у 16,6% масса тела не изменилась, а у 10% увеличилась на 0,40 кг (в контрольной группе только у 15% детей масса тела снизилась на 1,1 кг, у 85% детей осталась неизменной). Важно отметить, что снижение массы тела у этой категории пациентов сопровождалось нормализацией углеводного и липидного обмена, а также снижением повышенного артериального давления до нормативных значений, характерных для данного возраста.

Проведенное нами исследование показало, что психологическая коррекция психоэмоциональной сферы является важнейшим элементом медико-психологической реабилитации детей и подростков, страдающих

нарушениями эндокринной системы. Опыт собственных исследований и практической работы показывает, что правильно подобранные методы психологической помощи с учетом индивидуально-психологических особенностей пациентов оказывают положительное влияние не только на динамику заболевания, но и их психоэмоциональное состояние. Мы считаем, что психологическую помощь детям и подросткам с данным диагнозом нужно рассматривать как сложную систему реабилитационных мероприятий, в основе которых лежат смягчение эмоционального дискомфорта, повышение активности и самостоятельности детей, а также формирование у них эмоциональной устойчивости, саморегуляции и мотивации к лечению.

Литература

1. Бунина Е.М., Вознесенская Т.Г., Коростылева И.С. Лечение первичного ожирения ДДГ в сочетании с психотерапией // Невропатология и психиатрия. 2001. № 12. С. 37–42.
2. Вознесенская Т.Г., Вахмистров А.В. Клинико-психологический анализ нарушений пищевого поведения при ожирении // Невропатология и психиатрия. 2001. № 12. С. 19–24.
3. Вознесенская Т.Г., Дорожевец А.Н. Роль особенностей личности в патогенезе церебрального ожирения // Советская медицина. 1987. № 3. С. 28–34.
4. Вознесенская Т.Г., Рыльцова Г.А. Психологические и биологические аспекты нарушений пищевого поведения // Психиатрия и медицинская психология. 1994. № 1. С. 29–37.
5. Ожирение. Этиология, патогенез, клинические аспекты // Руководство для врачей / Под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. М., 2004. 201 с.
6. Малявская С.И., Дворяшина И.В., Терновская В.А. Метаболический инсулинрезистентный синдром: диагностика, клиническое значение, педиатрические аспекты. Архангельск, 2004. 97 с.

MEDICAIPSYCHOLOGIST REHABILITATION OF CHILDREN AND TEENAGERS WHO SUFFER FAT OF FIRST DEGREE

T.E. Levitskaja, N.P. Stepanenko, M.D. Bogdanovich (Tomsk)

Summary. The possibilities of medical-psychological accompanying and psychological correction of the emotional-personal sphere of children and adolescents with obesity under hospital treatment have been presented in the article.

Key words: level of stress, psychiceffective strain, medicalpsychologist rehabilitation, alarming situational, adiposity of first degree.