

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

**В.В. МАРИНИЧ**

*Смоленский гуманитарный университет,  
г. Смоленск, Российская Федерация*

### ВВЕДЕНИЕ

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 является ведущим звеном 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 (около 60% подростков с ожирением к 14 годам имеют один из факторов развития артериальной гипертонии), у каждого четвертого ребенка с сахарным диабетом отмечается выраженное ожирение, дебют диабета в юношеском возрасте повышает риск развития осложнений в трудоспособном возрасте [1, 3, 8].

Кроме того, современные исследования 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, достигающие 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 удастся разорвать проведением только диетического и медикаментозного лечения.

Особенно актуальной эта проблема 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.

## МЕТОДИКА И ОБЪЕКТЫ 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 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 (рис. 1).

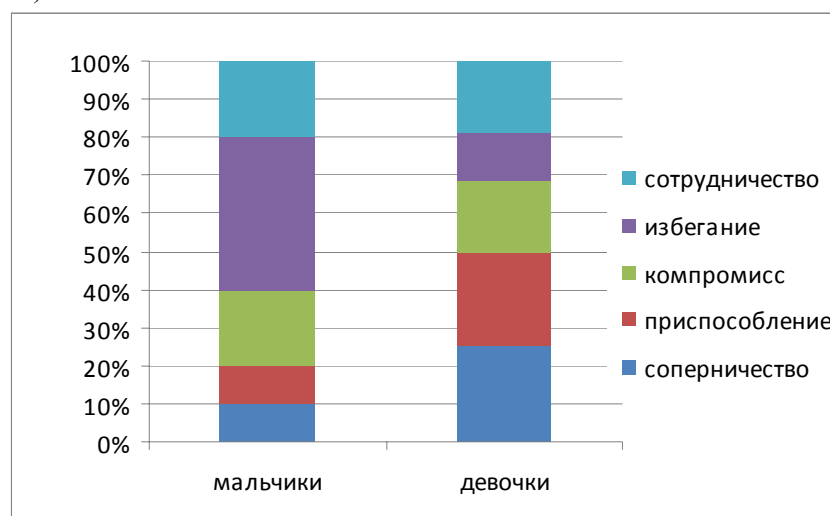


Рисунок – Личностная предрасположенность к конфликтному поведению детей с метаболическим синдромом в зависимости от пола

Таким образом, проведенные исследования позволили установить 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 непринятии 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:

- существуют гендерные различия в личностных особенностях и паттернах поведения мальчиков и девочек с метаболическим синдромом, что 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 для повышения эффективности терапевтических мероприятий.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бутрова, С.А. Ожирение. Метаболический синдром. Сахарный диабет 2 типа / С.А. Бутрова / под редакцией Н.Н. Дедова. – М., 2000. – С. 5 – 12.
2. Вознесенская, Т.Г. Клинико-психологический анализ нарушений пищевого поведения при ожирении / Т.Г. Вознесенская, А.В. Вахмистров // Неврология и психиатрии. – 2001. – №12. – С. 19 – 24.
3. Дедов, И. И. Патогенетические аспекты ожирения / И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, Т.И. Романцова // Ожирение и метаболизм. – 2004 – №1 – С. 3 – 9.
4. Исаев, Д.Н. Детская медицинская психология: Педиатрия / Д.Н. Исаев. – СПб.: Речь, 2004 – 381 с.
5. Кискер, К.П. Психиатрия, психосоматика, психотерапия / К.П. Кискер, Г. Фрайбергер, Г.К. Розе, Э. Вульф. – М., 1999. – 503 с.
6. Любан-Плоцца, Б. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике / Б. Любан-Плоцца, В. Пельдингер, Ф. Крегер – СПб. – 2000. – 272. с.
7. Старостина, Е.Г. Особенности диагностики и лечения психосоматических расстройств в работе врача общей практики / Е.Г. Старостина // Альманах клинической медицины. – Т.7. – М.: МОНИКИ. – 2004. – С. 239 – 249.
8. Старостина, Е.Г. Расстройства приема пищи / Е.Г. Старостина // Врач. – 2005. – №2 – С. 28 – 31

# **PSYCHOLOGICAL FEATURES OF THE METABOLIC SYNDROME IN CHILDHOOD**

***V.V. MARINICH***

## ***Summary***

The article presents the study materials that address the problem of studying the personality-sensitivities of patients with metabolic syndrome. The authors identified pat-thorns behavior to psycho correction and the efficiency of therapeutic measures

*Поступила в редакцию 7декабря 2009 г.*