

УДК 616-056.257-06:612.821.33]-053.2

ЦИУНЧИК Ю.Г., Судхир ДХАКРЕ

Одесский национальный медицинский университет

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Резюме. Показана высокая эффективность комбинированной лекарственно-психологической терапии ожирения у детей по сравнению со стандартной медикаментозной и диетотерапией. Психотерапевтическое воздействие направлено на снижение массы тела, формирование устойчивого мотивированного пищевого поведения ребенка, профилактику рецидивов увеличения массы тела, нормализацию психоэмоционального фона личности, ликвидацию патологических следствий дезадаптации. Рекомендуется проведение сеансов индивидуальной и групповой психотерапии, скорректированной элементами семейной терапии для детей и их родителей.

Ключевые слова: ожирение, дети, психотерапевтическая коррекция.

Ожирение является психосоматическим заболеванием, поскольку в механизме возникновения, формирования клинических проявлений, течения и исхода его огромную роль играют психологические и социальные вредности, особенности личности больных, их реакция на болезнь, жизненные ситуации, возникающие в связи с заболеванием [1]. Обнаруженные нарушения психоэмоциональной сферы у детей с ожирением свидетельствуют о целесообразности использования психотерапевтической коррекции в комплексном медикаментозном лечении избыточного веса в детском возрасте.

Исследование проводилось на базе специализированного отделения Одесской областной детской клинической больницы на протяжении 2003–2011 гг. С целью оценки эффективности предложенной методики были созданы 2 группы детей с ожирением (основная и контрольная), идентичные по количеству больных, возрасту, тяжести заболевания, вариантам психоэмоциональных нарушений. Контрольную группу составили 66 детей, получавших стандартную комплексную медикаментозную и диетотерапию, включавшую: сбалансированный режим питания, дозированные физические нагрузки, ЛФК, медикаментозное лечение [2].

В основную группу были включены 73 больных ожирением ребенка (35 мальчиков и 38 девочек), которые получали одновременно с медикаментозным лечением сеансы индивидуальной и групповой психотерапии с элементами семейной терапии для детей и их родителей. Использовались следующие взаимодополняющие психологические методики: рациональная (разъяснительная) психотерапия, метод аутогенной тренировки и самонастраивания, тренинг самоутверждения («уверенность в себе»), игровая терапия. Психотерапевтическое воздействие было направлено на быструю нормализацию или снижение массы тела, формирование устойчивого мотивированного пищевого поведения ребенка, профи-

лактику увеличения массы тела, нормализацию психоэмоционального фона личности, ликвидацию патологических следствий дезадаптации.

В качестве критериев эффективности терапии использовали динамику показателей физического развития, клинических и лабораторных данных, структуры обнаруженных психологических нарушений. Оценка динамики показателей физического развития — массы тела, индекса массы тела (ИМТ), окружности талии (ОТ), окружности бедер (ОБ) — проводилась по окончании 2 месяцев терапии (табл. 1).

Повторная антропометрия показала уменьшение всех изучаемых параметров физического развития на фоне проводимой терапии в обеих группах сопоставления. Снижение массы тела по сравнению с исходной отмечалось у всех больных, при этом более выраженные изменения замечены в группе детей, получавших комбинированную лекарственно-психологическую терапию ($p < 0,01$). Индекс массы тела, как относительный и менее динамичный из всех показателей физического развития, а также окружность бедер статистически значимо снизились только в основной группе ($p < 0,05$). Полученные при повторном исследовании показатели физического развития подтверждают большую эффективность комбинированной терапии ожирения с психотерапевтической коррекцией.

В ходе исследования изучалась динамика показателей углеводного и жирового обменов на фоне проводимой терапии (табл. 2, 3).

Как видно из представленных данных, у всех больных ожирением детей в результате лечения отмечалось улучшение показателей углеводного и жирового обменов. Уровень глюкозы плазмы и активность инсулина ИРИ натощак, а также индекс инсулинорезистентности НОМА достоверно снизились на фоне лечения только в основной группе ($p < 0,01$), в контрольной группе отмечалась положительная, но не достигающая степени досто-

верности тенденция. Позитивная динамика показателей жирового обмена оказалась наиболее выраженной среди больных, в терапии которых использовались психологические методы коррекции. Снижение триглицеридов, холестерина ЛПОНП и ЛПНП было значительным в обеих группах ($p < 0,05$), при этом достоверность различий в сопоставляемых совокупностях составила более 95 %.

Все дети основной и контрольной групп по окончании курса терапии прошли повторное медико-психологическое обследование с применением методик М. Люшера, С. Розенцвейга и Г. Айзенка. Во время диагностической беседы с ребенком и его родителями выяснялось мнение самого больного о своем нынешнем состоянии, оценка отношения к болезни и удовлетворенности полученным лечением. Результаты проведенных бесед показали, что $94,5 \pm 2,9$ % детей основной группы смогли достаточно осознанно указать основные причины развития и клинические проявления своей патологии, в то время как среди больных контрольной группы только $40,9 \pm 1,2$ % детей смогли объяснить врачу и психологу причины и признаки своего заболевания ($p < 0,01$). Дети, получавшие в ходе лечения комбинированную терапию, отмечали преобладание оптимистических настроений над пессими-

стическими, хотя к началу терапии в обеих группах сравнения наблюдалась обратная картина. Среди больных контрольной группы эмоциональный фон и отношение к своему будущему остались без существенных изменений ($p < 0,1$). В целом дети, в терапии которых использовались психологические методики, стали активнее, раскованнее, коммуникабельнее, с большей уверенностью смотрели в будущее, у них появилось желание полноценно общаться со сверстниками и окружающими, $86,3 \pm 2,6$ % из них отметили удовлетворение от проведенной терапии, не чувствовали больше страха перед врачами, заболеванием и его осложнениями.

Повторное исследование психологического типа личности на основе личностной методики Г. Айзенка обнаружило определенные изменения в сравнении с результатами тестирования к началу терапии, причем наибольшей модификации поддались типы акцентуации характера среди больных основной группы с I степенью ожирения. Больше всего изменилась частота астено-ипохондрического типа: $5,5 \pm 0,3$ % наблюдений в сравнении с $20,5 \pm 0,7$ % до лечения в основной группе ($p < 0,01$) и $19,0 \pm 0,7$ % — в контрольной группе ($p < 0,001$). У $66,7 \pm 4,1$ % больных основной группы по окончании терапии не отмечалось

Таблица 1. Динамика показателей физического развития больных ожирением детей в основной и контрольной группах ($M \pm m$)

Показатели физического развития	Основная группа		Контрольная группа	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Масса тела, кг	$65,24 \pm 0,18$	$58,26 \pm 0,14^{*,**}$	$66,52 \pm 0,23$	$62,34 \pm 0,12^*$
ИМТ, кг/м ²	$28,02 \pm 4,58$	$25,18 \pm 8,12^{*,**}$	$28,61 \pm 8,74$	$27,08 \pm 10,02$
ОТ, см	$86,16 \pm 0,32$	$78,08 \pm 0,26^{*,**}$	$88,65 \pm 0,16$	$84,23 \pm 0,28^*$
ОБ, см	$98,71 \pm 0,19$	$90,83 \pm 0,45^{*,**}$	$99,98 \pm 0,33$	$96,23 \pm 0,54$

Примечания: * — $p < 0,05$ — достоверность различий относительно показателей до начала лечения; ** — $p < 0,01$ — достоверность различий относительно контрольной группы.

Таблица 2. Динамика показателей углеводного обмена больных ожирением детей в основной и контрольной группах ($M \pm m$)

Лабораторный показатель	Основная группа		Контрольная группа	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Глюкоза плазмы натощак, ммоль/л	$5,58 \pm 0,16$	$5,25 \pm 0,14^{*,**}$	$5,53 \pm 0,23$	$5,37 \pm 0,18$
Инсулин ИРИ натощак, мкЕд/мл	$28,03 \pm 5,58$	$22,38 \pm 10,13^{*,**}$	$28,41 \pm 10,78$	$26,11 \pm 14,10$
Индекс НОМА	$6,95 \pm 0,51$	$5,22 \pm 0,45^{*,**}$	$6,98 \pm 0,33$	$6,23 \pm 0,45$

Примечания: * — $p < 0,05$ — достоверность различий относительно показателей до начала лечения; ** — $p < 0,01$ — достоверность различий относительно контрольной группы.

Таблица 3. Динамика показателей жирового обмена больных ожирением детей в основной и контрольной группах ($M \pm m$)

Лабораторный показатель	Основная группа		Контрольная группа	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Общий холестерин, ммоль/л	$5,16 \pm 0,25$	$4,34 \pm 0,14^{*,**}$	$5,34 \pm 0,21$	$5,04 \pm 0,18$
ХС ЛПВП, ммоль/л	$0,99 \pm 0,04$	$1,23 \pm 0,02^{*,**}$	$0,96 \pm 0,03$	$1,12 \pm 0,04^*$
Триглицериды, ммоль/л	$1,46 \pm 0,07$	$1,21 \pm 0,02^{*,**}$	$1,48 \pm 0,06$	$1,34 \pm 0,02^*$
ХС ЛПОНП, ммоль/л	$0,29 \pm 0,01$	$0,24 \pm 0,02^{*,**}$	$0,30 \pm 0,02$	$0,27 \pm 0,03^*$
ХС ЛПНП, ммоль/л	$3,82 \pm 0,24$	$2,87 \pm 0,15^{*,**}$	$3,78 \pm 0,22$	$3,07 \pm 0,13^*$

Примечания: * — $p < 0,05$ — достоверность различий относительно показателей до начала лечения; ** — $p < 0,01$ — достоверность различий относительно контрольной группы; ХС ЛПВП — холестерин липопротеидов высокой плотности; ХС ЛПОНП — холестерин липопротеидов очень низкой плотности; ХС ЛПНП — холестерин липопротеидов низкой плотности.

отклонений от нормы, что было достоверно чаще, чем до лечения ($35,9 \pm 1,3\%$, $p < 0,01$). Депрессивный (изолированный) тип акцентуации не отмечался при ожирении I степени ни в одной из групп детей.

У больных с ожирением II степени наиболее распространенным типом акцентуации характера по окончании курса терапии оказались астено-депрессивный ($23,1 \pm 1,5\%$) и астено-ипохондрический ($19,2 \pm 1,5\%$) типы в контрольной группе, астено-депрессивный ($17,9 \pm 0,9\%$) — в основной группе ($p < 0,1$). Наибольшим изменениям в сравнении с данными к началу лечения в основной группе подверглись лабильный и психастенический типы акцентуации характера ($3,6 \pm 0,3\%$, $p < 0,01$). Почти половина больных основной группы характеризовалась по окончании курса комбинированной терапии отсутствием отклонений от нормы, что составило $46,4 \pm 2,7\%$ в сравнении с $18,5 \pm 0,7\%$ к началу лечения ($p < 0,001$) и $23,1 \pm 1,5\%$ — в контрольной группе ($p < 0,001$). Достоверность различий в сопоставляемых группах — более 95%.

Наилучшие результаты среди детей с ожирением III–IV степени были получены в основной группе больных, в терапии которых применялась комбинированная лекарственно-психологическая терапия. Так, частота астено-депрессивного типа акцентуации характера снизилась до $25,9 \pm 1,2\%$ в сравнении с исходными $34,8 \pm 2,0\%$ ($p < 0,05$). Аналогичный показатель в контрольной группе составил $31,6 \pm 3,0\%$ ($p < 0,05$). Депрессивный тип в основной группе по окончании лечения не встречался, в отличие от больных контрольной группы, где частота его возросла с $4,3 \pm 0,9\%$ до $10,5 \pm 2,0\%$ ($p < 0,01$). Другие типы акцен-

туации характера в основной группе больных с ожирением III–IV степени отмечались приблизительно с одинаковой частотой ($7,4 \pm 0,7\%$ до $11,2 \pm 0,8\%$). Отклонений от нормы не было обнаружено у $40,7 \pm 3,6\%$ больных основной группы по сравнению с $15,8 \pm 2,0\%$ в контрольной ($p < 0,01$). Комбинированная терапия оказалась наиболее эффективной среди больных с ожирением I степени (с доминированием астеноипохондрического типа) и ожирением III–IV степени (с преобладанием астенодепрессивного и психопатоподобного типов акцентуации характера).

Исследование психологического типа личности по шкале экстра- и интроверсии в динамике проведенного лечения у детей с ожирением отражено на рис. 1. Подавляющим типом личности в основной группе больных по окончании терапии была экстраверсия ($53,4 \pm 1,6\%$ вместо $30,2 \pm 1,3\%$ при поступлении, $p < 0,001$), тогда как до начала лечения и в контрольной группе преобладала интроверсия ($59,7 \pm 1,2\%$ и $51,5 \pm 1,8\%$ соответственно; $p < 0,1$). Самооценка, сниженная к моменту поступления больных в стационар в $75,5 \pm 1,5\%$ наблюдений, по окончании курса терапии осталась сниженной у $54,4 \pm 1,8\%$ детей контрольной группы и только у $9,6 \pm 0,3\%$ — основной ($p < 0,001$). Достоверность расхождений между группами составила более 95%.

Результаты повторного исследования эмоционально-динамического паттерна личности детей с ожирением на основе цветового теста М. Люшера представлены в табл. 4.

Анализ полученных данных показал, что по завершении комбинированного лечения в основной группе только $15,1 \pm 0,5\%$ больных находилось в состоянии постоянной тревоги (исходно $55,4 \pm 1,3\%$, $p < 0,001$). Проявления хронического эмоционального стресса испытывали $9,6 \pm 0,3\%$ детей основной группы по сравнению с $16,7 \pm 0,5\%$ в контрольной ($p < 0,01$). Утомление отмечали $16,4 \pm 0,6\%$ больных основной группы, внутреннее напряжение — $8,2 \pm 0,2\%$ детей, что было достоверно ниже исходных данных ($24,5 \pm 0,5\%$ и $38,8 \pm 0,8\%$ соответственно; $p < 0,01$). В контрольной группе после прохождения курса стандартной терапии аналогичные показатели снижались менее значительно.

Изучение динамики личностных качеств детей с ожирением в зависимости от вида проведенной терапии по данным цветовой методики М. Люшера выявило положительную тенденцию: неуверенность, одиночество, уязвимость отмечались у $42,4 \pm 1,2\%$ больных контрольной и у $26,0 \pm 0,9\%$ основной группы ($p < 0,01$). Пессимизм, встречающийся до начала терапии у $52,5 \pm 1,5\%$ больных, составил в контрольной и основной группах $42,4 \pm 1,4\%$ и $19,2 \pm 0,5\%$ наблюдений соответственно ($p < 0,01$). Все обследованные дети испытывали желание устанавливать

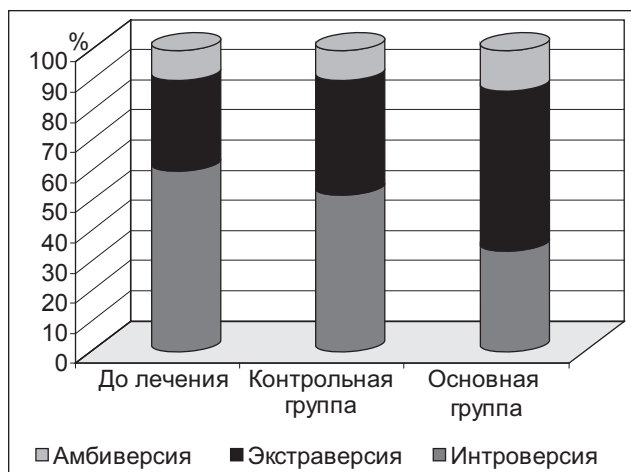


Рисунок 1. Динамика психологических типов личности у детей с ожирением в зависимости от вида проведенной терапии

Таблица 4. Динамика психоэмоционального состояния детей с ожирением в основной и контрольной группах

Группа детей	Показатель психоэмоционального состояния, %			
	Тревога	Напряжение	Утомление	Эмоциональный стресс
До лечения	$55,4 \pm 1,3$	$38,8 \pm 0,8$	$24,5 \pm 0,5$	$22,3 \pm 0,4$
Основная группа	$15,1 \pm 0,5^{*,**}$	$8,2 \pm 0,2^{*,**}$	$16,4 \pm 0,6^{*,**}$	$9,6 \pm 0,3^{*,**}$
Контрольная группа	$27,3 \pm 0,7^*$	$25,8 \pm 0,6^*$	$19,7 \pm 0,5^*$	$16,7 \pm 0,5^*$

Примечания: * — $p < 0,05$ — достоверность различий относительно показателей до начала лечения; ** — $p < 0,01$ — достоверность различий относительно контрольной группы.

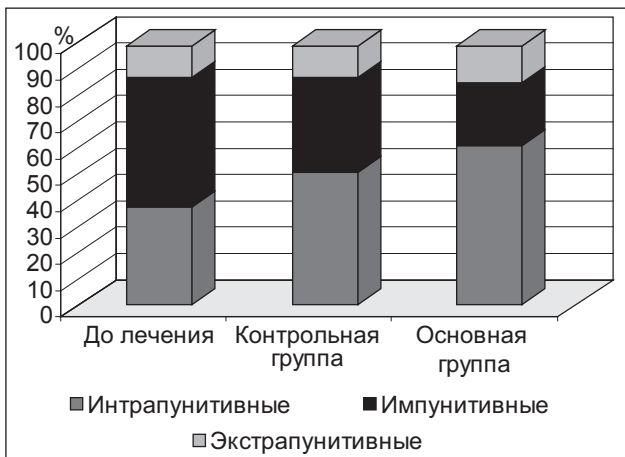


Рисунок 2. Динамика типов реакций на ситуацию фрустрации у детей в зависимости от вида проведенной терапии

новые социальные контакты, причем выраженность данного показателя практически не изменилась в зависимости от вида проведенной терапии ($87,7 \pm 2,9\%$ в основной группе по сравнению с $85,6 \pm 2,5\%$ до лечения; $p < 0,1$). В то же время только $8,2 \pm 0,3\%$ больных основной группы отмечали неспособность устранить разрыв между собой и окружающими, что значительно отличалось от данных в контрольной группе ($37,9 \pm 0,9\%$; $p < 0,001$) и до начала терапии ($41,0 \pm 1,7\%$; $p < 0,001$). Комбинированная лекарственно-психологическая терапия способствовала нормализации психоэмоционального состояния и улучшению личностных качеств больных, формированию оптимистических настроений над пессимистическими.

При повторном обследовании детей с ожирением использовался тест рисуночной ассоциации С. Розенцвейга, результаты которого представлены на рис. 2.

Подавляющим типом реакций на фрустрирующую ситуацию по окончании лечения в основной группе больных были экстрапунитивные реакции ($61,6 \pm 1,7\%$ наблюдений в сравнении с $38,1 \pm 0,8\%$ до начала лечения; $p < 0,001$). Клинически это характеризовалось некоторой нормализацией сферы общения детей, желанием полноценно и активно общаться со сверстниками. Однако больные при этом, как и ранее, предъявляли завышенные требования к окружающим, преимущественно родителям и медицинскому персоналу. Отсутствие позитивной динамики показателя интрапунитивного реагирования наблюдалось

среди всех детей с ожирением ($13,7 \pm 0,4\%$ — в основной группе, $12,1 \pm 0,4\%$ — в контрольной; $p < 0,1$), преобладали самообвинительные позиции, оставалась сниженной самооценка, отмечалась неспособность реально оценивать свои возможности. Снижение частоты импунитивных реакций в основной группе ($24,7 \pm 0,8\%$ в сравнении с $50,4 \pm 0,9\%$ до лечения; $p < 0,001$) клинически характеризовалось улучшением контактов с ровесниками, врачами, родителями.

Направленность реакций детей с ожирением на ситуацию фрустрации изучалась на фоне проводимой терапии: в контрольной группе преобладали реакции, при которых больные занимали необвинительную позицию ($43,9 \pm 1,5\%$ в сравнении с $40,3 \pm 1,3\%$ до лечения; $p < 0,05$) с ожиданием помощи извне для разрешения возникшей ситуации ($34,8 \pm 1,4\%$ в сравнении с $43,9 \pm 0,9\%$ при поступлении в стационар; $p < 0,01$); в основной группе преобладали необвинительные реакции ($47,9 \pm 1,3\%$, $p < 0,01$) с желанием больного самому взяться за разрешение проблемы ($38,4 \pm 1,4\%$ в сравнении с $14,4 \pm 0,3\%$ до лечения; $p < 0,01$); $45,2 \pm 1,5\%$ больных основной группы расценивали фрустрирующую ситуацию как благо (в контрольной группе в $36,4 \pm 1,3\%$ наблюдений преобладала позиция отрицания наличия фрустрации). Обнаруженные выраженные изменения структуры индивидуальных особенностей реагирования и характера направленности реакций на ситуацию фрустрации свидетельствовали о формировании более адекватной реакции у больных, получавших психотерапевтическую коррекцию.

Подводя итоги результатов проведенного исследования, следует отметить значительную эффективность комбинированной лекарственно-психологической терапии ожирения у детей по сравнению со стандартной медикаментозной и диетотерапией. Введение в ее схему элементов семейной психотерапии и учебных программ по питанию позволяет добиться максимального эффекта в группе больных, в этиологическом аспекте которых доминирует неблагополучие в сфере внутрисемейных отношений.

Список литературы

1. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей // Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. — Л., 1990. — С. 15-21.
2. Наказ МОЗ України № 254 від 27.04.2006 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «дитяча ендокринологія»».

Получено 03.07.11 □

Ціунчик Ю.Г., Судхір Дхакре
Одеський національний медичний університет

ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ОЖИРІННЯ В ДІТЕЙ

Резюме. Показана висока ефективність комбінованої лікарсько-психологічної терапії ожиріння в дітей порівняно зі стандартною медикаментозною та дієтотерапією. Психотерапевтичний вплив спрямований на зменшення маси тіла, формування стійкої мотивованої харчової поведінки дитини, профілактику рецидивів збільшення маси тіла, нормалізацію психоемоційного фону особистості, ліквідацію патологічних наслідків дезадаптації. Рекомендуються проведення сеансів індивідуальної та групової психотерапії, скоригованої елементами сімейної терапії для дітей та їх батьків.

Ключові слова: ожиріння, діти, психотерапевтична корекція.

Tsiunchik Yu.G., Sudhir Dhakre
Odessa National Medical University, Ukraine

PSYCHOLOGICAL ADJUSTMENT OF OBESITY IN CHILDREN

Summary. There was shown the high efficiency of combined drug and psychological treatment of child obesity as compared with standard medical and dietary therapy. Psychotherapeutic effect aimed at reducing body weight, the formation of sustainable food-motivated behavior of the child, prevention of relapse of weight gain, normalization of psycho-emotional status of child, elimination of the pathological consequences of dysadaptation. It was recommended to conduct sessions of individual and group psychotherapy corrected with elements of family therapy for children and their parents.

Key words: obesity, children, psychotherapeutic correction.