

Ю.Г. Циунчик

Клінічне значення психоемоційних факторів при ожирінні у дітей

Одеський національний медичний університет, Україна

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2016.5(77):98-101; doi10.15574/SP.2016.77.98

Мета — підвищення ефективності лікування ожиріння у дітей на основі вивчення клінічного значення психоемоційних факторів у формуванні ожиріння і розробки нових методів комбінованої медикаментозної та психотерапевтичної підтримки.

Пацієнти і методи. Проведені епідеміологічні, клініко-лабораторні, функціональні, інструментальні та медико-психологічні дослідження 144 дітей (78 дівчаток та 66 хлопчиків) віком 3–17 років із клінічно підтвердженим діагнозом ожиріння.

Результати. Доведено вплив психоемоційних факторів у формуванні ожиріння у дітей, зокрема підвищена особистісна тривожність, неврастенічний тип реакцій, астено-депресивний та астено-іпохондричний типи акцентуації характеру. Встановлено переважання негативних емоцій у психоемоційному фоні особистості: тривожність, залежність, незахищеність, агресивність, почуття неповноцінності, невпевненість у собі, демонстративність, невмотивована зміна настрою, різноманітні страхи і фобії. Виразність особистісної дезадаптації дітей з ожирінням наростає з прогресуванням захворювання.

Висновки. Встановлені психологічні зміни визначають необхідність психотерапевтичної корекції у схемі стандартної терапії ожиріння у дітей. При складанні індивідуальних планів психотерапії потрібно враховувати важкість ожиріння, особливості характеру хворої дитини, домінування тих чи інших етіологічних чинників його виникнення. Переважання порушень у сфері сімейних відносин визначає необхідність збільшення ролі сімейної психотерапії, спрямованої як на самого хворого, так і на його батьків, а порушення у сфері позасімейних і побутових контактів — методів групового тренінгу, спілкування, ігрових методик, спільного з батьками навчання з питань харчування. Усім дітям з ожирінням показані аутогенні тренувальні методики, застосовувані для формування правильної харчової поведінки.

Ключові слова: діти, ожиріння, психоемоційні фактори.

Вступ

Поширеність ожиріння в світі настільки велика, що набула характеру глобальної проблеми. Ожиріння визнано ВООЗ неінфекційною «епідемією», яка супроводжується підвищеним ризиком розвитку клінічно важливих супутніх захворювань: артеріальної гіпертензії, цукрового діабету 2-го типу, атеросклерозу, варикозної хвороби та ін. [8]. У 2005 р. у світі понад 300 мільйонів людей мали надлишкову масу тіла та ожиріння. У разі збереження наявних темпів зростання захворюваності прогнозується, що до 2025 р. понад 40% чоловіків і 50% жінок будуть мати надмірну вагу [7].

Особливо турбує різке зростання поширеності ожиріння серед дітей і підлітків [1]. У США за останні 30 років кількість дітей з ожирінням збільшилася втричі: з 9% у 1960 р. до 35% у 2004 році. У Європі понад 80 мільйонів дітей (15–40% дитячого населення) страждають надмірною вагою та ожирінням. В Україні поширеність ожиріння у дітей, як і в усьому світі, має тенденцію до зростання, але через недостатню діагностику патології педіатрами, ендокринологами, лікарями загальної практики даний показник залишається низьким — 0,8–1,1% дитячого населення [2].

Відомо, що ожиріння зберігають у дорослому віці 26–50% дітей, що мають його в дошкільному віці, 42–63% — у шкільному і 70–80% — у підлітковому періоді [6]. За умови, що хоча б один із батьків підлітка має ожиріння або надмірну масу тіла, ожиріння у дитини розвивається мінімум у 80% випадків. Не викликає сумнівів спадкова схильність до цього захворювання [5], проте в літературі це відображено недостатньо. Немає даних, які спадкові чинники і фактори середовища найбільш інформативні щодо ризику формування ожиріння.

Глобальна криза за останні десятиліття різко посилила роль і значущість соціальних, інформаційних та екологічних стресових факторів у житті людини. Різке зростан-

ня кількості шкідливих психологічних впливів призвело до підвищеної вразливості особистості по відношенню до психоемоційних факторів соціального середовища, сприяло збільшенню захворюваності психосоматичними розладами дітей та підлітків [3]. Захворювання, що виникають у зв'язку з труднощами пристосування до різко погіршених умов існування, називають хворобами адаптації, або «хворобами цивілізації», оскільки вони значною мірою пов'язані з прогресом.

Ожиріння належить до групи психосоматичних захворювань, оскільки в механізмі його виникнення, провокування, формування клінічних проявів, перебігу і наслідків величезну роль грають психологічні та соціальні шкідливості, особливості особистості хворих, їхня реакція на хворобу, життєві ситуації, що виникають у зв'язку із захворюванням. За даними Д.М. Ісаєва (2000), задовго до появи явних психосоматичних розладів або перших симптомів ожиріння у дітей відзначаються окремі ознаки емоційної напруги або стану хронічної тривожності. Уже в дитячому віці при надмірній вазі й ожирінні визначаються функціональні відхилення з боку центральної і вегетативної нервових систем, ендокринних залоз, внутрішніх органів.

Дітей, починаючи з п'ятирічного віку, турбує власна маса тіла, що впливає на зовнішність, фізичну працездатність, ставлення до себе, самоповагу. За наявності надлишкової маси тіла відбувається зміна психоемоційного статусу дитини, з'являється відчуття тривожності, агресивності, незахищеності, що погіршує якість життя дітей [9]. Проте дані про вплив ожиріння на психологічне здоров'я дітей найчастіше ґрунтуються лише на суб'єктивній думці батьків про свою дитину.

Клініцистами давно помічено, що важкість перебігу психосоматичних захворювань багато в чому залежить від стану вольової і психоемоційної складових особистості, які вступають у взаємодію із соціально-екологічними стресовими факторами [4]. У зв'язку з вищевказаним

виникає питання про роль і значення конституційно-типологічних основ особистості у формуванні психосоматичних розладів при ожирінні.

Мета дослідження — підвищення ефективності лікування ожиріння у дітей на основі вивчення клінічного значення психоемоційних факторів у формуванні ожиріння і розробки нових методів комбінованої медикаментозної та психотерапевтичної підтримки.

Матеріал і методи дослідження

Для досягнення поставленої мети як група порівняння (група здорових, ГЗ) були обстежені 48 здорових дітей 3–17-річного віку — учні середніх загальноосвітніх шкіл м. Одеси та Одеської області. Хворі діти залежно від ступеня ожиріння були розподілені на три групи: 1 група, ожиріння I ступеня, — 42 (29,2%) дитини; 2 група, ожиріння II ступеня, — 56 (38,9%) хворих; 3 група, ожиріння III–IV ступеня, — 46 (31,9%) дітей. У роботі були використані клінічні методи, включаючи збір анамнезу, аналіз родоводів, об'єктивне обстеження, антропометричні вимірювання; лабораторні методи з визначенням гемограми, біохімічних показників білкового обміну (загальний білок, білкові фракції), вуглеводного обміну (глюкоза крові та інсулін натще, стандартний тест толерантності до глюкози), ліпідного обміну (ліпидограма); інструментальні дослідження.

При проведенні медико-психологічного обстеження хворих на ожиріння дітей були використані наступні методики:

1. Особистий запитальник ЕРІ Г. Айзенка (H. Eysenk) для визначення психологічного типу особистості та стану емоційної стійкості дітей 10–14-тирічного віку.

2. Колірний тест М. Люшера (M. Lüscher) для визначення емоційно-динамічного патерну (профілю) особистості.

3. Тест малюнової асоціації С. Розенцвейга («картинка-фрустраційна методика») в модифікації С. Лукіна і А. Суворова, призначений для оцінки способу реагування дитини на ситуацію фрустрації.

4. Проективна методика дослідження самосвідомості особистості по малюнку тесту «людина-дерево-дім» для дітей раннього віку.

Для підготовки первинних даних, підрахунку результатів дослідження, статистичної оцінки даних, аналізу їх взаємозв'язку, пошуку доказів використовувалася програма Statistica 5.5a. Статистичну обробку кількісних та якісних даних проводили на персональному комп'ютері Samsung Q310.

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз поширеності ожиріння серед дітей Одеського регіону встановив неухильне зростання показників: у 2008 р. — 8,66 на 1 тис. дитячого населення, у 2009 р. — 9,33%, у 2010 р. — 9,65%, однак дані офіційної статистичної звітності значно відстають від середніх популяційних показників країн Західної і Центральної Європи та Північної Америки.

Виявлено низку статистично достовірних факторів ризику ожиріння на підставі монофакторного аналізу даних родоводів, перинатального та постнатального анамнезу хворих на ожиріння та здорових дітей (порівняння груп 1, 2, 3 та ГЗ): обтяжена сімейна спадковість з ожиріння (ВШ 16,01; 95% ДІ 7,20–35,61), гіпертонічної хвороби (ВШ 1,86; 95% ДІ 0,94–3,67), цукрового діабету 2-го типу (ВШ 3,77; 95% ДІ 1,70–8,35), патології репродуктивної системи (ВШ 2,28; 95% ДІ 1,11–4,66); поєднаний

гестоз 1 і 2 половини вагітності (ВШ 3,00; 95% ДІ 0,86–10,45), слабкість пологової діяльності (ВШ 3,13; 95% ДІ 1,45–6,75), низька маса тіла при народженні (ВШ 5,70; 95% ДІ 2,78–11,69), штучне вигодовування на першому році життя (ВШ 5,10; 95% ДІ 2,14–12,11). Аналіз родоводів, перинатального та постнатального анамнезу дитини дозволяє виявити осіб із підвищеним ризиком формування ожиріння і можливого несприятливого перебігу ожиріння.

Вивчення психоемоційних факторів, що сприяють розвитку ожиріння у дітей (порівняння груп 1, 2, 3 та ГЗ), дозволило виділити статистично достовірні психологічні фактори ризику: підвищена особистісна тривожність (ВШ 11,37; 95% ДІ 4,26–30,40), дезадаптація (ВШ 6,43; 95% ДІ 2,89–14,27), неврастенічний тип реакцій (ВШ 8,74; 95% ДІ 2,59–29,50), астено-депресивний (ВШ 8,25; 95% ДІ 1,91–35,63) та астено-іпохондричний типи акцентуації характеру (ВШ 5,80; 95% ДІ 1,33–25,30).

Дослідження клінічних особливостей ожиріння встановило превалювання дітей у віці 12–14 (35,4%) та 15–17 років (25,7%). Мінімальна кількість хворих на ожиріння зафіксована у віці 3–5 років (7,6%). Співвідношення між хлопчиками і дівчатками склало 1:1,2. Найчастіше виявлявся абдомінальний тип ожиріння, частота якого зростала з віком: від 58,3% у дітей 9–11 років до 87,8% у 15–17 років.

Провідними скаргами при ожирінні були головний біль, який відзначався практично у всіх хворих (92,7%), підвищений апетит (75,7%) та спрага (66,7%). Половина дітей відмічала зростання артеріального тиску (49,3%). Значно менше хворих скаржилися на запаморочення, носові кровотечі, кардіалгії (20,1–29,9%). Слід зазначити, що 70,73% дітей та їхні батьки не звертали уваги на наявність надлишкової маси тіла і зверталися до лікувального закладу зі скаргами на головний біль, підвищення артеріального тиску чи з інших причин.

Виявлено наявність метаболічних порушень у дітей з ожирінням, частота і виразність яких залежала від віку, ступеня важкості ожиріння і характеру розподілу підшкірно-жирової клітковини. У хворих на ожиріння дітей визначалися дисліпідемії атерогенної спрямованості з підвищенням в крові тригліцеридів і окремих фракцій ліпідів (56,3±3,1%) та зниженням холестерину високої щільності (22,2±2,5%), виразні порушення вуглеводного обміну: ізольована гіперглікемія натще (11,1±1,3%), пору-

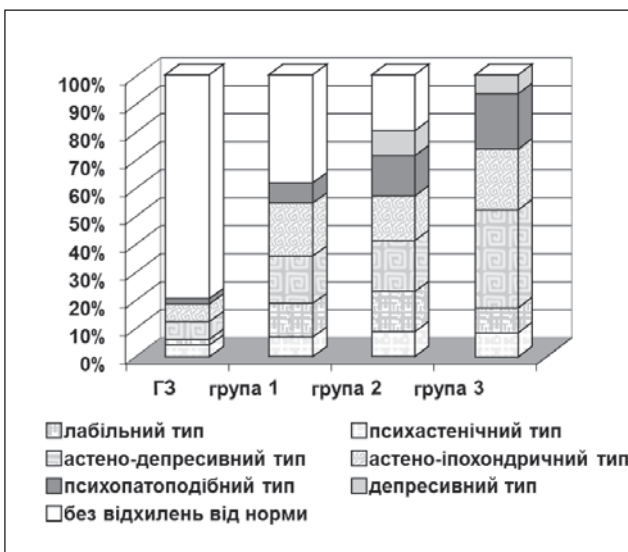


Рис. Частота типів акцентуації характеру у хворих на ожиріння дітей залежно від ступеня ожиріння

Показники психологічних типів особистості і самооцінки хворих на ожиріння дітей залежно від ступеня ожиріння, %

Група дітей	Психологічні типи особистості і показники самооцінки				
	Екстраверсія	Інтроверсія	Амбіверсія	Самооцінка збережена	Самооцінка знижена
ГЗ	58,3±1,7	31,3±1,2	10,4±0,3	95,8±2,9	4,2±0,2
1	52,4±1,8 ^{1,2}	45,2±1,2 ^{1,2}	2,4±0,4	42,9±1,4 ^{1,2,4}	57,1±1,9 ^{1,2,4}
2	14,3±0,6 ^{3,4}	73,2±2,8 ^{3,4}	12,5±0,4	17,9±0,7 ^{3,4}	82,1±3,1 ^{3,4}
3	4,3±0,3 ⁴	87,0±4,8 ⁴	8,7±0,5	4,3±0,3 ⁴	95,7±5,3 ⁴

Примітка. Достовірність відмінностей ($p < 0,05$): ¹ – між 1 і 2 групою, ² – між 1 і 3 групою, ³ – між 2 і 3 групою, ⁴ – між групами 1, 2, 3 і ГЗ.

шення толерантності до глюкози (20,1±2,3%), «пласка» глікемічна крива (34,0±3,7%).

Вивчення психоемоційного стану дітей з ожирінням виявило переважання негативних емоцій: тривожність (62,5±2,4%), залежність (79,9±3,5%), незахищеність (52,1±1,9%), агресивність (51,4±3,0%), відчуття неповноцінності (81,9±4,2%), невпевненість у собі (27,8±1,4%), демонстративність (48,6±2,7%), не відповідна віку вразливість (45,1±3,2%), невмотивована зміна настрою (43,1±1,8%), різноманітні страхи і фобії (69,4±3,7%).

Проведене медико-психологічне тестування хворих на ожиріння дітей (порівняння груп 1, 2, 3 та ГЗ) встановило тенденцію до зміни типу реакції на хворобу зі зростанням ступеня важкості захворювання з гармонійної при ожирінні I ступеня на тривожну, неврастенічну, іпохондричну, сенситивну при II і III–IV ступенях ожиріння.

Виразність особистісної дезадаптації дітей з ожирінням наростала по мірі прогресування захворювання (ВШ 5,63, 95% ДІ 2,11–15,08). За даними особистісного запиту Г. Айзенка з дослідження типів реагування на хворобу, тільки у хворих з I ступенем ожиріння відзначалася задовільна психосоціальна адаптація особистості з екстрапсихологічною спрямованістю реакцій, домінуванням ізольованого гармонійного типу реагування на хворобу (76,2±2,3%) і відсутністю ознак патологічної акцентуації характеру. При ожирінні II ступеня виявлялося дезадаптаційне реагування з інтрапсихологічною спрямованістю (51,7±1,9%), переважання тривожного (16,1±0,6%) та егоцентричного (12,5±0,4%) типів реакцій, астенодепресивної акцентуації характеру (19,6±0,7%). Ожиріння III–IV ступеня характеризувалося виразною психосоціальною дезадаптацією з інтра- та інтрапсихологічною спрямованістю реакцій (89,1±4,8%), змішаним, переважно неврастенічним (28,3±1,5%) або сенситивним (13,0±0,8%), реагуванням на хворобу, астено-депресивною (34,8±2,1%) та астено-іпохондричною (21,7±1,3%) акцентуацією характеру.

Результати дослідження психологічного типу особистості та особистісних рис (типів акцентуації характеру) дітей із різним ступенем ожиріння відображені на рисунку У дітей з ожирінням III–IV ступеня песимістичні настрої значно переважали над оптимістичними, в той час як понад 1/3 хворих з I ступенем ожиріння характеризувалися оптимізмом в настроях. Постійна тривожність,

незадоволеність, невдоволення собою і оточуючими, підвищена чутливість, вразливість, звуження контактів, комбінація тих або інших ознак психопатизації особистості були притаманні більшості хворих на ожиріння. Емоційна лабільність у них трансформувалася в напади агресії, роздратування з обвинуваченням оточуючих у своїх проблемах, запереченням успіху від лікування. Невпевненість у собі, страх свого безсилля перед хворобою визначали бажання хворих йти від проблем, уникати конфліктів і глибоких почуттів, знайти моральну підтримку в оточуючих. Прагнули до встановлення соціальних контактів і повноцінного лікування 73,9±4,1% хворих на ожиріння III–IV ступеня, проте майже всі вони не були здатні повністю усунути розрив між собою та оточуючими.

Дослідження психологічних типів особистості хворих на ожиріння дітей за показниками екстра-, інтро-, амбіверсії та самооцінки дали результати, наведені в таблиці. У всіх дітей з ожирінням III–IV ступеня відзначалася акцентуація особистості. Серед психологічних типів особистості інтроверсія (87,0±4,8%) значно переважала екстраверсію (4,3±0,3%) та амбіверсію (8,7±0,5%). Більше половини (56,9±1,1%) хворих перебували в стані постійної тривоги, близько третини (33,3±0,5%) – внутрішньої напруги і постійного очікування.

Висновки

Встановлені у хворих на ожиріння дітей психологічні зміни різних типів і виразності, які прогресують по мірі зростання ступеня ожиріння, визначають необхідність проведення психотерапевтичної корекції у схемі стандартної медикаментозної та дієтої терапії ожиріння в дитячому віці. При складанні індивідуальних планів психологічної терапії потрібно враховувати важкість ожиріння, особливості характеру хворої дитини, домінування тих чи інших етіологічних чинників його виникнення. Переважання порушень у сфері сімейних відносин визначає необхідність збільшення ролі сімейної психотерапії, спрямованої як на самого хворого, так і на його батьків, а порушення у сфері позасімейних і побутових контактів – методів групового тренінгу, спілкування, ігрових методик, спільного з батьками навчання з питань харчування. Аутогенні тренувальні методики, застосовувані для формування правильної харчової поведінки, показані всім дітям з ожирінням.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дедов И. И. Ожирение. Этиология, патогенез, клинические аспекты / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко. — Москва : МИА, 2006. — 456 с.
2. Зелінська Н. Б. Синдром ожиріння у практиці дитячого ендокринолога / Н. Б. Зелінська // Клінічна ендокринологія та ендокр. хірургія. — 2007. — № 2 (19). — С. 61—72.
3. Исаев Д. Н. Психосоматическая медицина детского возраста / Д. Н. Исаев. — Санкт-Петербург, 2000. — 507 с.
4. Лукьянова Е. М. Оценка качества жизни в педиатрии / Е. М. Лукьянова // Качественная клин. практика. — 2002. — № 4. — С. 34—42.
5. Ожирение у подростков / Ю. И. Строев, Л. П. Чурилов, А. Ю. Бельгов, Л. А. Чернова. — Санкт-Петербург : ЭЛБИ-СПб, 2003. — 216 с.
6. Dietz W. H. Use of the BMI as a measure of overweight in children and adolescents / W. H. Dietz, T. N. Robinson // J. Pediatr. — № 132. — 1998. — P. 191—193.
7. Prevalence of maternal obesity in an urban center / Ehrenberg H. M., Dierker L. [et al.] // Am. J. Obs. Gyn. — 2002. — № 5. — P. 1189.
8. Seidell J. S. Time trends in the world-wide prevalence of obesity / J. S. Seidell // Handbook of Obesity / W. P. T. James, Eds. — NY, USA, 1998. — P. 79—91.
9. Strauss R. S. Social marginalization of overweight children / R. S. Strauss, H. A. Pollack // Arch. Pediatr. Adolesc. Med. — 2003. — Vol. 157. — P. 746—752.

Клиническое значение психоэмоциональных факторов при ожирении у детей

Ю.Г. Циунчик

Одесский национальный медицинский университет, Украина

Цель — повышение эффективности лечения ожирения у детей на основе изучения клинического значения психоэмоциональных факторов в формировании ожирения и разработки новых методов комбинированной медикаментозной и психотерапевтической поддержки.

Пациенты и методы. Проведены эпидемиологические, клинико-лабораторные, функциональные, инструментальные и медико-психологические исследования 144 детей (78 девочек и 66 мальчиков) в возрасте 3—17 лет с клинически подтвержденным диагнозом ожирения.

Результаты. Доказано влияние психоэмоциональных факторов на формирование ожирения у детей: повышенная личностная тревожность, дезадаптация, неврастенический тип реакций, астено-депрессивный та астено-ипохондрический типы акцентуации характера. Показано преобладание негативных эмоций в психоэмоциональном состоянии больных ожирением детей: тревожность, зависимость, незащищенность, агрессивность, чувство неполноценности, неуверенность в себе, демонстративность, немотивированная смена настроения, разнообразные страхи и фобии. Выраженность личностной дезадаптации детей с ожирением нарастает по мере отягощения заболевания.

Выводы. Выявленные психологические изменения определяют необходимость психотерапевтической коррекции в схеме стандартной терапии ожирения у детей. При составлении индивидуальных планов психотерапии необходимо учитывать тяжесть ожирения, особенности характера больного ребенка, доминирование тех или иных этиологических факторов его возникновения. Преобладание нарушений в сфере семейных отношений определяет необходимость увеличения роли семейной психотерапии, направленной как на самого больного, так и на его родителей, а нарушения в сфере внесемейных и бытовых контактов — методов группового тренинга, общения, игровых методик, совместного с родителями обучения в вопросах питания. Всем детям с ожирением показаны аутогенные тренировочные методики, применяющиеся для формирования правильного пищевого поведения.

Ключевые слова: дети, ожирение, психоэмоциональные факторы.

The clinical significance of psycho-emotional factors during the children's obesity

Yu.G. Tsyunchyk

Odessa National Medical University, Ukraine

Objective — to improve the efficiency of the treatment of obesity in children on the base of examination of the clinical significance of psycho-emotional factors in the formation of obesity and the development of new methods for the combined medical and psychotherapeutic support.

Patients and methods. The epidemiological, clinical, laboratory, functional, instrumental, medical and psychological examination of 144 children (78 girls and 66 boys) in the age 3—17 years with clinically confirmed diagnosis of obesity are conducted.

Results. The impact of psycho-emotional factors on the formation of obesity in children is proved. It is increased personal anxiety, maladjustment, neurotic type of reactions, asthenodepressive and asthenohypochondriac types of accentuation of character. The predominance of negative emotions in the psycho-emotional state of patients with obesity of children, such as anxiety, addiction, insecurity, aggressiveness, feeling of inferiority, lack of confidence, ostentation, unmotivated change of mood, a variety of fears and phobias are shown. Intensity of personal maladjustment of children with obesity increases as far as complications of the disease.

Conclusions. Identified psychological changes determine the need of psychotherapeutic correction in the scheme of standard therapy of obesity in children. In drawing up the plans of individual psychotherapy it is necessary to take into account the severity of obesity, personality of the child, the dominance of certain etiological factors of its occurrence. The prevalence of disorders in family relationships determines the necessity of increasing of the role of family psychotherapy, aimed as on the patient so on his parents. At the same time disorders in extrafamilial field and household contacts can be eliminated by increasing of the group training methods, communication, gaming techniques and joint with parent education according nutrition. For all children with obesity were prescribed autogenous training techniques with the aim of forming the proper dietary.

Key words: children, obesity, psycho-emotional factors.

Сведения об авторах:

Циунчик Юлия Геннадьевна — к.мед.н., доц. каф. педиатрии № 1 Одесского национального медицинского университета. Адрес: г. Одесса, ул. Ак. Воробьева, 3; тел. (048) 740-52-49.
Статья поступила в редакцию 29.06.2016 г.