

РОЛЬ АЛЬТЕРНАТИВНЫХ МЕТОДОВ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины», Харьков

На основе психопатологического и психодиагностического обследования 304 детей и подростков с ожирением установлена структура их психологической дезадаптации. Определена роль когнитивной составляющей самоотношения, исследована структура эмоциональных и поведенческих паттернов психологической дезадаптации детей и подростков с психосоматической эндокринной патологией. Предложены направления терапевтического вмешательства в рамках модели, эффективной для восстановления психологического гомеостаза и обеспечения комплайенса у данной категории пациентов.

Ключевые слова: дети, подростки, ожирение, соматоформная вегетативная дисфункция, депрессия, психологическая дезадаптация, психологическая коррекция, медико-психологическая реабилитация.

Проблема ожирения у детей и подростков приобретает все большую значимость в условиях распространенности данной патологии и масштабности ее влияния на соматическое здоровье, психологическое благополучие и социальную адаптацию в юном возрасте [1–2]. У подростков с ожирением часто диагностируется депрессия от субклинической до выраженной клинической формы, различные варианты соматоформной вегетативной дисфункции, паттерны психологической дезадаптации [3]. Депрессия у детей с ожирением включает как психический, так и соматический компонент, а соматовегетативные проявления (расстройства сна, аппетита, изменение массы тела, алгии, функциональные нарушения разных систем организма) маскируют ее течение. У лиц с ожирением распространенность клинически значимых симптомов депрессии составляет 31,0% [4]. Риск развития ожирения у людей, страдающих депрессивными расстройствами, выше на 65,0% [5]. Прогноз течения и ожирения, и депрессии (в плане осложнений, резистентности к терапии и смертности) в случае коморбидности двух заболеваний хуже, чем при их отдельном течении [6–7]. У детей с ожирением коморбидные психические расстройства значительно увеличивают затраты медицинских ресурсов. Ожирение влечет за собой множество проблем со стороны физического здоровья и психического благополучия. Проявления психологической дезадаптации детей и подростков с ожирением нарушают комплайенс — приверженность юных пациентов к лечению. Это переводит проблему взрослого и детского ожирения в область медицинской психологии и психотерапии [8–11]. Существует дефицит работ, обобщающих накопленный

огромный массив научной информации исследований психосоматических отношений, клинической феноменологии депрессии у детей с ожирением в возрастном аспекте. Наименее изучен вопрос нейропсихиатрической составляющей проблемы ожирения у детей и подростков, паттерны их психологической дезадаптации и модели терапевтического вмешательства.

Под наблюдением находилось 304 больных ребенка с ожирением — 107 девочек и 197 мальчиков в возрасте 7–18 лет. Использован клинкопсихопатологический, соматоневрологический, психологический методы (тест уровня невротического состояния К. К. Яхина и Б. Д. Менделевича, проективные рисуночные тесты, тест Люшера, оценка уровня когнитивной дефицитности — память, внимание и работоспособность, тест оценки депрессии CDRS — R, проективные рисуночные тесты «Я и моя болезнь», «Я в этом мире»). Обследование проводили в начале лечения и в конце курса психотерапии, продолжавшегося в среднем 1,5–2 мес. Психотерапевтическая помощь интегрировала психообразовательные, арт-терапевтические и когнитивно-поведенческие вмешательства.

Для оценки частоты инсулинорезистентности использовался индекс НОМА, который рассчитывался по формуле $НОМА = (G_0 \times In_0) / 22,5$, где G_0 — уровень глюкозы в крови натощак, In_0 — содержание инсулина в сыворотке крови натощак. Синдром инсулинорезистентности диагностировался при уровне НОМА выше 3,5 у. е.

В ходе исследования установлено, что у более половины обследуемых детей с ожирением (61,2%) регистрируется инсулинорезистентность, причем ее удельный вес в группе больных

с экзогенно-конституциональным типом ожирения составил лишь 10,2%, а в группе детей с нейроэндокринным ожирением — 67,2%.

Практически у всех детей и подростков регистрировались симптомы вегетативной дисфункции (эмоциональная и вегетативная напряженность; множественные, повторно возникающие соматические симптомы), а у 45,4% — депрессия (грусть, тоска, раздражительность, изменение интересов и уменьшение способности получать удовольствия, нарушение сна, заторможенность, снижение энергии, чувство вины, когнитивные нарушения).

У детей с ожирением младшего школьного возраста к развитию депрессии чаще приводили эмоциональные проблемы, связанные с заболеванием. Внешние телесные особенности таких детей провоцировали их виктимизацию в кругу сверстников. Среди стрессорных факторов, ухудшающих психологический гомеостаз у детей с ожирением, выделен буллинг (школьная травля), представленный как в открытых формах агрессивного отношения сверстников (физическая агрессия, насмешки, обидные прозвища), так и в виде скрытых, непрямых проявлений (косвенная агрессия), когда жертвы становятся предметом сплетен, лишаются внимания, исключаются из круга дружеского общения. Длительный опыт преследований младших школьников с ожирением усиливал негативное самовосприятие, ухудшал самооценку, потенцировал развитие эмоциональных нарушений и депрессии.

У подростков с ожирением ухудшение психологического гомеостаза, стимулирующее или усугубляющее течение депрессии, было связано преимущественно с рефлексией телесных проявлений заболевания. Наличие гинекомастии у мальчиков-подростков, выраженных нейротрофических проявлений (стрий) у девочек-подростков, признаков вегетативной гиперреактивности (рубеоз шек, чрезмерная потливость) являлись источником эмоционально-поведенческих нарушений. У 32,8% из них когнитивные искажения проявлялись в виде неадекватной оценки собственной массы тела. Эти подростки считали, что имеют нормальный или даже сниженный вес, что, с одной стороны, способствовало поддержанию высокой самооценки в ситуации болезни, а с другой стороны — оказывалось помехой в лечении ожирения, снижая мотивацию и ослабляя комплаенс.

У детей с ожирением и инсулинорезистентностью (значение НОМА > 4) показатели депрессии и тревоги соответствовали уровню умеренной и тяжелой степени, что поддерживало нейрометаболические нарушения. Диапазон значений психологических показателей, достигающих уровня болезни по шкалам невротического состояния,

у подростков с ожирением значительно варьировал. У больных наиболее часто регистрировались показатели, соответствующие уровню болезни по шкале обсессивно-фобических нарушений (47,4% случаев), которые доминировали как у мальчиков (42,1%), так и у девочек (52,5%) и характеризовались наличием страхов, навязчивых мыслей и сомнений. Второе место в структуре невротических состояний занимали проявления невротической депрессии (38,4%), в том числе у 25,6% мальчиков и у 45,2% девочек ($P < 0,03$). У девочек депрессивные проявления (с вялостью, замедленностью движений, подавленным настроением, безучастностью и чувством вины) отмечались в 1,7 раза чаще, чем у мальчиков. Патологические и пограничные проявления истерического типа реагирования были выявлены у 26,9% больных, показатели тревоги регистрировались у 25,6% обследованных; наличие вегетативных нарушений регистрировались у 20,5% больных, наименее выраженными были проявления астении (16,7% случаев).

При исследовании неосознаваемых характеристик эмоционально-потребностной сферы детей с ожирением было установлено, что у мальчиков отмечались более интенсивные проявления психологической дезадаптации в виде фрустрации чувства собственного достоинства, раздражительности и склонности к психологической изоляции. Фрустрация потребности в самоуважении (30,0%), признаки снижения психической активности в связи с тревогой (34,6%) и наличие проявлений истерического типа реагирования (41,7%) были более характерны для больных с ожирением III–IV степени.

В структуре акцентуаций у мальчиков с ожирением преобладали эпилептоидные черты (42,8% против 15,2% у девочек; $P < 0,02$), акцентуации лабильного круга доминировали у девочек (27,3% против 8,6% у мальчиков; $P < 0,02$) и больных с III–IV степенью ожирения (31,3%).

Выделены факторы, значимые в развитии психологической дезадаптации детей и подростков с ожирением. Первая группа связана со снижением адаптационных возможностей организма вследствие нарушения функционирования церебральных структур. Эти факторы способствовали возникновению психопатологии невротического регистра при нейроэндокринном типе ожирения. К факторам второй группы относились психосоциальные стрессоры, связанные с реакциями сверстников на ребенка с ожирением, которые приобретали патогенетическое значение, нарушая его межличностное взаимодействие в социуме (буллинг — травля, третирование, дискриминация и групповые формы притеснения — моббинг). Третья группа факторов была представлена

личностными реакциями пациентов на собственное соматическое заболевание — игнорирование проблемы ожирения, формирование личностно-типологических особенностей гиперактивных «толстяков», психологическая агнозия или реакция гиперкомпенсации, депрессивные расстройства.

Клинико-патогенетическая взаимосвязь эндокринной и психической патологии у детей с ожирением, переплетение биологических, соматогенных, церебральных и психогенных факторов ожирения диктовали необходимость разработки новых технологий медико-психологического сопровождения и помощи. При выявлении у подростка с ожирением симптомов депрессии, снижения самооценки, умственной работоспособности и скорости сенсомоторных реакций, фрустрации потребности в самоуважении были проведены психокоррекционные мероприятия, включающие мотивационное интервьюирование, направленное на укрепление собственных внутренних механизмов, побуждающих их к изменениям (техника Миллера), поддержку самоэффективности с использованием метода гештальт-терапии и семейного консультирования. Психологическая программа включала информирование и обучение подростков методам идентификации ситуаций, вызывающих стресс, методам эффективной коммуникации в условиях стресса или в ожидании воздействия вызывающих стресс факторов. При выявлении соматоформной вегетативной дисфункции с выраженной депрессивной симптоматикой разработан и апробирован комплексный метод использования нейропептида семакс 0,1% (интраназальный спрей) в сочетании с цитофлавином и когнитивно-поведенческой терапией. Семакс улучшает энергетические процессы мозга, повышая его устойчивость к стрессовым повреждениям. Цитофлавин — цитопротектор, включающий комплекс витаминов и естественных метаболитов организма, содержащий янтарную кислоту, ионизин, никотинамид, рибофлавин и мононуклеид натрия. Данный препарат обладает антигипоксическим, нейро- и энергопротективным и антиоксидантными эффектами. Когнитивно-поведенческая терапия была использована для изменения ментальных образов, когнитивных паттернов с тем, чтобы оказать помощь детям с ожирением в преодолении эмоциональных и поведенческих проблем.

В качестве терапевтической мишени при формировании программ психопрофилактики и психосоциальной реабилитации детей с ожирением нами использована информация, касающаяся эмоциональных, когнитивных, микросоциальных и поведенческих паттернов дезадаптации. В разработанной модели сопровождения вмешательства первичного уровня направлены на семью

и ближайшее окружение ребенка (семейная психотерапия, психообразовательные программы для детей и их родителей). Стратегии, ориентированные на больного ребенка, включали три уровня вмешательства: определение зоны действия психотравмирующего фактора в сферах мотивации, психологических установок и поведенческого реагирования. Мероприятия первого уровня позволяли разрешить стрессовую ситуацию в семье (практическая поддержка родителей, психологическая помощь и обучение родителей — психообразовательный тренинг); второго уровня — предусматривали купирование депрессивной и соматоформной симптоматики (арт-терапия, когнитивно-поведенческая терапия, метод десенсибилизации и переработки движением глаз); третьего уровня — предполагали образование пациентов в широком контексте: качество жизни, совладание (coping), locus контроля, мотивация и модификация неадекватных форм поведения (моделирование новых когний); четвертого уровня — позволяли поддерживать нормальное развитие ребенка с ожирением и обеспечивать его максимальную социализацию и психологический гомеостаз.

Таким образом, у детей и подростков с ожирением диагностируется соматоформная вегетативная дисфункция, часто маскирующая депрессию и психологический компонент дезадаптации, что определяет выбор терапевтического вмешательства на раннем этапе эндокринного заболевания. Спектр когнитивных, психоэмоциональных, поведенческих, микросоциальных проявлений психологической дезадаптации формирует векторность программ медико-психологического сопровождения. Выявление психологических проблем, ранняя диагностика психических расстройств у детей с ожирением позволяет предупредить развитие метаболического синдрома, компенсировать эмоционально-личностные нарушения, укрепить комплаенс и повысить качество жизни юных пациентов. Разработанная технология — эффективная форма комплексной лечебной, социальной и психообразовательной работы с детьми и подростками с ожирением.

Список литературы

1. Ожирение у подростков / Ю. И. Строев, Л. П. Чурилов, Л. А. Чернова [и др.] — СПб.: ЭЛБИ-СПб., 2003. — 216 с.
2. *Исаев Д. Н.* Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей / Д. Н. Исаев. — СПб.: Речь, 2005. — 400 с.
3. *Бекезин В. В.* Особенности психологического статуса детей и подростков с ожирением и метаболическим синдромом / В. В. Бекезин // Педиатрия. — 2008. — Т. 87, № 5. — С. 30–36.



4. *Hryhorczuk C.* Metabolic disturbances connecting obesity and depression / C. Hryhorczuk, S. Sharma, S. E. Fulton // *Front Neurosci.*— 2013.— Vol. 7.— P. 177.
5. Hypothalamic pituitary adrenal axis responses to low-intensity stressors are reduced after voluntary wheel running in rats / S. Campeau, T. Nyhuis, S. K. Kryskow [et al.] // *J. Neuroendocrinol.*— 2010.— Vol. 22.— P. 872–888.
6. Comorbid depression is associated with an increased risk of dementia diagnosis in patients with diabetes: a prospective cohort study / W. J. Katon, E. H. Lin, L. H. Williams [et al.] // *J. Gen. Intern. Med.*— 2010.— Vol. 25 (5).— P. 423–429.
7. *Oladeji B. D.* The comorbidity between depression and diabetes / B. D. Oladeji, O. Gureje // *Curr. Psychiatry Rep.*— 2013.— Vol. 15 (9).— P. 390.
8. *Березин Ф. Б.* Психологические механизмы психосоматических заболеваний / Ф. Б. Березин, Е. В. Безносюк, Е. Д. Соколова // *Рос. мед. журн.*— 1998.— № 2.— С. 43–50.
9. *Маколкин В. И.* Актуальные проблемы междисциплинарного сотрудничества при лечении психосоматических расстройств / В. И. Маколкин, Л. В. Ромасенко // *Терапевт. архив.*— 2003.— № 12.— С. 5–8.
10. Депрессии в общей медицине. Руководство для врачей; под ред. А. Б. Смулевича.— М.: МИА, 2007.— С. 131–135.
11. *Александров А. А.* Катарсис: внутренний взрыв, ведущий к реорганизации отношений // *Вестн. психотерапии.*— 2013.— № 46 (51).— С. 22–35.

РОЛЬ АЛЬТЕРНАТИВНИХ МЕТОДІВ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ ДІТЕЙ ІЗ ОЖИРІННЯМ

Е. А. МИХАЙЛОВА, О. Е. БЕЛЯЄВА

На основі психопатологічного й психодіагностичного обстеження 304 дітей і підлітків з ожирінням встановлено структуру їх психологічної дезадаптації. Визначено роль когнітивної складової самоставлення, досліджено структуру емоційних і поведінкових патернів психологічної дезадаптації дітей і підлітків із психосоматичною ендокринною патологією. Запропоновано напрями терапевтичного втручання в рамках моделі, ефективної для відновлення психологічного гомеостазу й забезпечення комплаєнсу у цієї категорії пацієнтів.

Ключові слова: діти, підлітки, ожиріння, соматоформна вегетативна дисфункція, депресія, психологічна дезадаптація, психологічна корекція, медико-психологічна реабілітація.

THE ROLE OF ALTERNATIVE METHODS OF PSYCHOLOGICAL ADAPTATION OF OBESE CHILDREN

Е. А. МЫКХАЙЛОВА, О. Е. БЕЛЯЕВА

Psychopathological and psychodiagnostic examination of 304 children and adolescents with obesity established the structure of their psychological maladjustment. The role of the cognitive component of self-attitude was determined; the structure of emotional and behavioral patterns of psychological maladjustment of children and adolescents with psychosomatic endocrine disorders was investigated. Directions of therapeutic intervention within the model, effective for recovery of psychological homeostasis and ensuring compliance in this group of patients, were suggested.

Key words: children, adolescents, obesity, somatoform autonomic dysfunction, depression, psychological maladjustment, psychological correction, medical and psychological rehabilitation.

Поступила 18.02.2015