

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ

А.Б.Ершевская

PSYCHOSOCIAL FACTORS IN THE PATHOGENESIS OF OBESITY IN CHILDREN

A.B.Ershevskaja

Институт медицинского образования НовГУ, aleksandra71@yandex.ru

Приведены современные данные литературы о значении психосоциальных факторов в патогенезе ожирения. Освещены патогенетические аспекты формирования нарушений пищевого поведения при ожирении. Выявлены и проанализированы психосоциальные факторы у 50 детей с ожирением. В комплекс реабилитационных мероприятий включены методики психокоррекции и семейной психотерапии. Проведено динамическое наблюдение детей через 21 день и через год.

Ключевые слова: психосоматика, ожирение, дети

This article presents recent data of literature on the significance of psychosocial factors in the pathogenesis of obesity. There were covered some pathogenetic aspects of the formation of eating disorders in obesity. The authors identified and analyzed the psychosocial factors of obesity in 50 children. The complex of rehabilitation measures includes some methods of psychocorrection and family psychotherapy. The authors also conducted a case follow-up of children within 21 days and in a year.

Keywords: psychosomatics, obesity, children

Согласно современным представлениям, ключевым механизмом ожирения являются конкретные нарушения гормональной связи между жировой тканью и гипоталамусом, в результате чего изменяется пищевое поведение больного, его психология и тенденция к выбору специфического образа жизни [1].

Постоянство жировой массы поддерживается равновесием антагонистических влияний липогенетических и липолитических гормонов гипоталамуса [2]. К факторам липогенеза относится нейропептид Y, стимулирующий пищевое поведение, продукцию инсулина и накопление жира в адипоцитах. Такие гормоны, как кортикотропин-релизинг-фактор, меланотонин, урокортин, нейромедиатор серотонин в высоких концентрациях, напротив, подавляют центр голода, активируют симпатическую нервную систему и усиливают опосредованный ею липолиз [3].

Периферическим звеном регуляции постоянства жировой ткани являются адипоциты — активные клетки, секретирующие различные гормоны, цитокины и факторы роста. Насыщение и торможение центра голода, увеличение термогенеза, активация норадренэргического липолиза в жировой ткани осуществляются основным гормоном жировой ткани — лептином. В свою очередь, его концентрация зависит от размеров жировых клеток, уровня инсулина и глюкокортикостероидов [2].

Длительная гиперфагия приводит к формированию резистентности рецепторов центрального отдела регуляции жирового обмена к избыточным концентрациям периферических медиаторов, формируется лептин- и инсулинорезистентность, активирующие процессы липосинтеза [4].

Психологические факторы имеют наибольшее значение именно при ожирении, связанном с пере-

еданием. Среди причин нарушения пищевого поведения выделяют: генетику и конституцию, обуславливающих специфику церебрального регулирования пищевого поведения и жирового обмена, особенности нейромедиаторной регуляции с дисфункцией серотонинэргических систем мозга; национальные и семейные традиции; особенности воспитания; неразвитость других мотиваций; хронический стресс; особенности личности [5].

Ожирение в детском возрасте может быть следствием нарушения семейных взаимоотношений родителей и ребенка. В этом случае гиперфагия и порочный круг формирования лептинорезистентности и нарушения пищевого поведения связаны с удовлетворением любой потребности ребенка с помощью пищи, выражения родительской любви в зависимости от аппетита ребенка. Кроме того, при нарушении детско-родительской привязанности, хроническом стрессе внутри семьи у ребенка возникают черты личности с психосоматическими расстройствами, провоцирующие возникновение нарушения пищевого поведения, усугубляющие течение ожирения [6].

Учитывая представления о психосоматическом характере ожирения, включение психосоматических методик в реабилитацию больных является целесообразным. Широко используются методики групповой, поведенческой психотерапии, стрессовой психотерапии, методика психосоматического программирования [1]. Однако диагностика и коррекция внутрисемейных взаимоотношений, семейная психотерапия не всегда являются частью лечебно-реабилитационных мероприятий.

Цель исследования: проанализировать необходимость и эффективность психотерапевтических методик в комплексе лечебно-реабилитационных мероприятий у детей с ожирением.

Материалы и методы

Обследовано 80 детей: основная группа (I) — 50 детей с ожирением I-III степени в возрасте от 9 до 16 лет, 22 мальчика и 28 девочек. Контрольная группа (II) — 30 практически здоровых детей того же возраста. Пациенты осматривались при первичном обращении, после 21-дневного курса лечебно-реабилитационных мероприятий и в динамике через год.

В I и II группе психологический статус детей оценивали с помощью беседы, анкетирования и проективных, рисуночных методик. Изучены анамнез, личностные особенности, уровень самооценки и тревожности детей, тип семейных взаимоотношений и тип семейного воспитания. Использованы тест Айзенка, шкала Спилберга-Ханина, проективная методика «семейная социограмма» (Э.Г.Эйдемиллер, О.В.Черемсин, 1990 г.), опросник для родителей «Анализ семейных взаимоотношений» (Э.Г.Эйдемиллер, В.Юстицкис, 1990 г.).

Детям I группы проводилась антропометрия с определением массы тела (МТ), индекса массы тела (ИМТ), процента жировой массы тела (ПМ) по формуле Шкерли, расчет индекса ОТ/ОБ. Анализ пищевого поведения и двигательной активности проводили методом анкетирования.

Статистический анализ данных проводили с помощью пакета программ Statistica 6.0. Определяли значения средней, стандартную ошибку средней, достоверность различий с помощью Т-критерия и χ^2 . Достоверным считали уровень значимости $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Семейный анализ в I группе позволил выявить воспитание в стиле потворствующей и доминирующей гиперпротекции у 20% и 14% пациентов соответственно, а эмоциональное отвержение ребенка членами его семьи — у 34% детей. Отсутствие воздействий психогенного микросоциума на ребенка, т.е. гармоничный тип семейных взаимоотношений, имел место лишь у 24% детей. В деструктивных и неполных семьях воспитывались 46% и 20% детей соответственно. В контрольной группе 16,6% детей не имели одного из родителей, а патологические взаимоотношения внутри семьи выявлены у 30% ($p < 0,05$). Интровертированная направленность личности диагностирована у 62% детей основной группы, у 46% — низкая самооценка, завышенный уровень притязаний — у 11,25%, социальные страхи — у 6,25%. В контрольной группе аналогичные психопатологические черты личности встречались в 2 раза реже (23,3%, 20,0%, 6,6%, 3,3%, $p < 0,05$). В основной группе реактивная тревожность суммарно составила $50,1 \pm 2,86$, личностная тревожность — $49,81 \pm 3,45$, что достоверно выше чем в контрольной группе ($38,4 \pm 0,89$ и $34,7 \pm 1,63$ соответственно, $p < 0,05$).

Корреляционный анализ психологических показателей детей I группы выявил достоверную высокую обратную связь уровня личностной тревожности с уровнем самооценки ($R = -0,80$; $p < 0,05$), а также прямую заметную и умеренную зависимости с интровертированной направленностью личности и типа семей-

ного воспитания ($R = 0,54$; $p < 0,01$; и $R = 0,41$; $p < 0,05$) соответственно. Уровень самооценки отрицательно слабо коррелировал с наличием мотивации к лечению заболевания. Выявлена достоверная обратная корреляционная связь самооценки и уровня интровертированности личности ($R = -0,61$; $p < 0,05$), который в свою очередь имел отрицательный коэффициент корреляции с мотивацией к лечению ($R = -0,36$, $p < 0,05$). Самооценка детей основной группы имела достоверную высокую прямую зависимость с типом семейных отношений ($R = 0,70$, $p < 0,05$) и умеренную связь с типом семейного воспитания. В свою очередь тип семейного воспитания и тип семейных отношений имели достоверную положительную корреляционную связь с мотивацией к лечению ($R = 0,39$ и $R = 0,43$; $p < 0,05$ соответственно). Кроме заметной прямой связи ПМ с типом семейных отношений и типом семейного воспитания ($R = 0,52$; $p < 0,05$ и $R = 0,58$; $p < 0,05$ соответственно), наиболее значимая прямая связь отмечена между ПМ и личностной тревожностью ($R = 0,9$, $p < 0,05$); выявлена обратная достоверная зависимость ПМ от самооценки и мотивации к лечению ($R = 0,58$; $p < 0,05$ и $R = -0,36$; $p < 0,05$ соответственно). Отмечалась достоверная обратная корреляционная зависимость ОТ/ОБ и самооценки детей ($R = -0,55$; $p < 0,05$) и прямая достоверная связь с типом семейных отношений ($R = 0,44$; $p < 0,05$). Полученные результаты явились основанием для применения методик семейной психотерапии и психокоррекции в реабилитационных мероприятиях у детей с ожирением.

Непосредственно после реабилитации на фоне снижения антропометрических показателей выявлена тенденция к снижению количества детей с низкой самооценкой до 38%, чему способствовало достоверное снижение уровня личностной тревожности, выявленное у 30% больных: достоверно уменьшился процент детей с интровертированной направленностью личности (44%).

В динамике через год процент интровертированности и низкой самооценки остался достоверно низким в сравнении с исходными данными — 43,3% и 23,3% соответственно. Количество детей с высоким уровнем личностной тревожности продолжало достоверно снижаться и достигло 20%. Положительные изменения внутрисемейных отношений — перестройку стиля общения с большим ребенком, появление четкой системы поощрения и наказания, благодаря которой поддерживалась мотивация к лечению и продолжался самоконтроль — отметили 30% родителей и детей.

Заключение

Таким образом, нарушения типа семейных отношений и/или типа семейного воспитания являются определяющими факторами формирования низкой самооценки и интровертированной направленности личности, высокой личностной тревожности детей с ожирением, компенсируемой гиперфагией и другими нарушениями пищевого поведения. Значимая связь семейных взаимоотношений и мотивации к лечению у ребенка диктует необходимость именно семейной психотерапии и психокоррекции в комплексе с тра-

диционными методами реабилитации, что достоверно приводит к улучшению как психологического, так и физического состояния ребенка.

1. Психосоматическая медицина / Под ред. П.И.Сидорова. М.: МЕДпресс-информ, 2007. 563 с.
2. Гинзбург М.М., Козулица Г.С., Крюков Н.Н. Ожирение и метаболический синдром. Влияние на состояние здоровья, профилактика и лечение. Самара: Парус, 2000. 160 с.
3. Эндокринология. Национальное руководство. Краткое издание / Под ред. И.И.Дедова, Г.А.Мельниченко. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 752 с.
4. Guénard F., Houde A., Bouchard L. et al. Association of LIPA Gene Polymorphisms With Obesity-Related Metabolic Complications Among Severely Obese Patients // *Obesity*. 2012. V.20(10). P.2075-2082. doi:10.1038/oby.2012.52.
5. Вознесенская Т.Г. Расстройства пищевого поведения при ожирении и их коррекция // *Фарматека*. 2009. №12. С.91-94.
6. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. СПб: Спец. лит., 1996. 454 с.

References

1. Sidorov P.I., ed. *Psichosomaticheskaia meditsina* [Psychosomatic medicine]. Moscow, "MEDpress-inform" Publ., 2007. 563 p.
2. Ginzburg M.M. *Ozhirenie i metabolicheskii sindrom. Vlianie na sostoianie zdorov'ia, profilaktika i lechenie* [Obesity and metabolic syndrome: health effects, prophylaxis, and treatment]. Moscow, "Eksmo" Publ., 2009.
3. Dedov I.I., Mel'nichenko G.A. *Endokrinologiya. Natsional'noe rukovodstvo. Kratkoe izdanie* [Endocrinology. National guidance. Brief edition]. Moscow, "GEOTAR-Media" Publ., 2013. 752 p.
4. Guénard F., Houde A., Bouchard L. et al. Association of LIPA gene polymorphisms with obesity-related metabolic complications among severely obese patients. *Obesity*, 2012, vol. 20, no. 10, pp. 2075-2082. doi:10.1038/oby.2012.52.
5. Voznesenskaia T.G. *Rasstroistva pishchevogo povedeniia pri ozhireanii i ikh korrektsiia* [Eating behavior disorders in obesity and their correction]. *Farmateka – Pharmateca*, 2009, no. 12, pp. 91-94.
6. Isaev D.N. *Psichosomaticheskaia meditsina detskogo vozrasta* [Pediatric psychosomatic medicine]. Saint Petersburg, "Spetsial'naia literatura" Publ., 1996. 454 p.