

УДК-616.39-056.52-085.874.24]-072.8

НЕКОТОРЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ ДО И ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Т.Ю. Уракова, Р.Н. Хакунов, Н.С. Лысенкова, Р.А. Тхакушинов

Центр здоровья, Майкоп, Россия

(385000, Адыгея, г. Майкоп, ул. Кожевенная, 16-И) sergey-prof@mail.ru

На 37 пациентах с ожирением установлено, что разгрузочно-диетическая терапия (РДТ) с потерей массы порядка 10% от исходной сопровождается положительными качественными сдвигами в состоянии сна, тревожности и психофизиологических реакций пациентов. РДТ является физиологическим стрессом, повышающим адаптивные возможности организма.

Ключевые слова: ожирение, разгрузочно-диетическая терапия, психология личности.

SOME PSYCHOLOGICAL FEATURES AT PATIENTS WITH ABDOMINAL OBESITY BEFORE AND AFTER UNLOADING-DIETARY THERAPY

T.Yu. Urakova, R.N. Khakunov, N.S. Lysenkova, R.A. Thakushinov

Center Zdorovye, Maikop, Russia

(385000, Adyghea, Maikop, Kozhevennaya st., 16-i) sergey-prof@mail.ru

The course of unloading-dietary therapy (UDT) applied at 37 patients with obesity has resulted in the fact that along with the loss of weight (to 10 % from initial weight), it is accompanied by positive qualitative shifts in quality of sleep, level of uneasiness and psychophysiological reactions of patients. UDT is considered a physiological stress raising adaptive possibilities of an organism.

Keywords: obesity, unloading-dietary therapy, psychology of a person.

Введение

В развитии абдоминального ожирения пусковым моментом может выступать психоэмоциональный стресс. Следующее за ним состояние интерпретируется в литературе как «заедание» стресса и депрессии, «булимический невроз», «гиперфагическая реакция на стресс», «пищевое пьянство» и т.д. [1,2,3]. С другой стороны, у людей с ожирением формируются особенности стиля жизни, привычек, мышления, психофизиологических реакций. Тревожные расстройства (ТР) и депрессия в общесоматической патологии занимают ведущие позиции [4,5]. Согласно МКБ-10, ТР отнесены к разделу «Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные

расстройства». Реактивная тревожность (РТ) характеризуется острым восприятием различных ситуаций в связи с возможной угрозой престижу, самоуважению, субъективно проявляется раздражительностью, вспыльчивостью, беспокойством, напряжением. Личностная тревожность (ЛТ) - это устойчивая характеристика, которая проявляется склонностью тревожного реагирования на различные психогенные факторы [4]. Вполне логично предположить, что образ жизни, характер питания, сопутствующая патология могли существенно изменить личностные характеристики человека. Знание этих характеристик необходимо для построения комплексных реабилитационных мероприятий. На этом фо-

не немаловажное значение имеет качество сна, от которого существенно зависит формирование адаптационных реакций.

К сожалению, в перечне современных приемов и средств, используемых для профилактики, лечения и реабилитации стрессовых расстройств, вопросам здорового (функционального) питания у лиц с ожирением уделяется мало внимания, неадекватное тому значению, которое оказывает пища на здоровье и работоспособность человека [6].

Целью настоящего исследования является изучение состояния личностных психофизиологических характеристик, качества сна и уровня тревожности у пациентов с абдоминальным типом ожирения до и после курса разгрузочно-диетической терапии по Ю.Ю. Даутову [7].

Материал и методы исследования

В исследовании участвовало 37 пациентов (18 мужчин и 19 женщин) в возрасте от 21 до 69 лет (в среднем $47,63 \pm 1,58$ лет). Средний рост – $170,61 \pm 1,21$ см. Из них с ожирением I ст. – 19 человек (51,4%), II ст. – 10 человек (27%), с морбидным ожирением – 8 человек (21,6%). Ранжирование произведено согласно классификации ВОЗ [2]. Средняя масса тела составила $104,9 \pm 4,76$ кг; индекс Кетле, который вычислялся по формуле: $ИМТ = \text{масса тела (кг)} / \text{рост (м)}^2$, составил $35,7 \pm 1,53$ ($n=37$). Средний показатель объема талии у мужчин (ОТ) составил $110,3 \pm 4,23$ см, объема бедер (ОБ) – $114,43 \pm 3,50$ см, у женщин ОТ = $106,9 \pm 3,92$ см, ОБ = $129,1 \pm 4,42$ см. Пациенты дали письменное согласие на участие в исследовании.

Психологические критерии качества жизни оценивались с помощью Миннесотского анкетного теста многостороннего исследования (ММПИ) – сокращенного многофакторного опросника для исследования личности СМОЛ [8,9]. СМОЛ обеспечивает многофакторную оценку актуального психологического состояния и особенностей личности по 11 шкалам: трем оценочным – L, F и K, позволяющим определить достоверность результатов и вводить стандартную поправку в зависимости от отношения обследуемого к процедуре тестирования, и восьми клиническим – 1-й (ипохондрией), 2-й (депрессии),

3-й (истерии), 4-й (социальной психопатии), 6-й (паранойяльных изменений), 7-й (психастении), 8-й (шизоидии) и 9-й (гипомании). Повышение показателей по шкалам в диапазоне 56-65 баллов рассматривается как умеренное, в диапазоне 66-75 баллов – как выраженное, выше 75 баллов – как резко выраженное нарушение психологической адаптации. В данном фрагменте в исследовании приняли участие 33 пациента из основной группы с ИМТ и ожирением, из них 16 мужчин (48,48%) и 17 женщин (51,52%).

Для изучения тревожных расстройств использовалась шкала личностной и реактивной тревожности Спилбергера, адаптированная Ю.Л. Ханиным [10,11]. Психологическое исследование включало применение шкалы оценки качества сна (Sleep quality scale) [12,13].

Курс системной программы реабилитации по Ю.Ю. Даутову включал в себя применение управляемой адаптивной разгрузочно-диетической терапии, в которую входили гипокалорийное питание, водные процедуры, психокоррекция (аутотренинг, медитация, музыкотерапия, обучение пациентов), а также физиотерапевтические процедуры. Исследования проводились в г. Майкопе на базе специализированного «Центра здоровья».

Для оценки достоверности различий использовали критерий t-Стьюдента. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования

После курса комплексной реабилитации средняя масса тела уменьшилась, составив $94,91 \pm 4,413$ кг, на 10% ($p < 0,001$). Индекс Кетле составил $32,13 \pm 1,1421$ (-9,9%) ($p < 0,001$); объем талии у мужчин достоверно уменьшился до $98,0 \pm 2,94$ см, у женщин – до $97,7 \pm 8,89$; объем бедер уменьшился у мужчин до значений $103,4 \pm 3,50$ см, у женщин – до $120,0 \pm 8,95$ см. Изначально по шкале Спилбергера, адаптированной Ю.Л. Ханиным, уровень РТ был высоким у 24 пациентов (64,86%), умеренным – у 10 пациентов (27,03%); уровень ЛТ был высоким у 27 пациентов (72,97%), умеренным – у 9 пациентов (24,33%). После курса реабилитации умеренная степень РТ определялась у 19 пациентов (51,35%),

низкая – у 18 пациентов (48,65%); высокая степень ЛТ выявлялась у 7 пациентов (18,92%), умеренная – у 22 пациентов (59,46%), низкая – у 8 пациентов (21,62%). По результатам исследования наблюдается снижение критериев РТ и ЛТ на 35,8 и 28,1% соответственно, с высокой степенью достоверности ($p \leq 0,001$) (табл. 1).

Пациенты к завершению курса становились менее раздражительными, менее вспыльчивыми, более спокойными и уверенными. Особенно это проявлялось в межличностных отношениях в испытуемой группе. Многие пациенты сами отме-

чали появление указанных положительных качеств.

При исследовании качества сна изначально средний показатель составил $14,16 \pm 0,98$ баллов, что подтверждало наличие выраженных нарушений качества сна. Средняя оценка до лечения соответствует высокой степени нарушения качества сна. После комплексной оздоровительной программы данный показатель снизился на 40,3% с высокой степенью достоверности (табл. 2). Пациенты указывали на то, что сон у них становился более глубоким, они реже просыпались в течение ночи, утром они чувствовали себя отдохнувшими.

Таблица 1

Результаты оценки реактивной и личностной тревожности до и после реабилитации (n=37)

До лечения		После лечения		
Шкалы	$M_1 \pm m_1$	$M_2 \pm m_2$	Разница %/балл	Достоверность
РТ	$49,08 \pm 2,11$	$31,49 \pm 0,75$	-35,84/17,59	$\leq 0,001$
ЛТ	$53,30 \pm 1,97$	$38,32 \pm 1,65$	-28,11/14,98	$\leq 0,001$

Таблица 2

Динамика результатов оценки качества сна (по шкале Sleep quality scale) (n=37)

Балльная оценка качества сна (балл)			
До лечения	После лечения		
$M_1 \pm m_1$	$M_2 \pm m_2$	Разница %/балл	Достоверность
$14,16 \pm 0,98$	$8,46 \pm 0,64$	-40,25/5,7	$\leq 0,001$

Анализируя полученные результаты по СМОЛ, психологическое состояние пациентов до лечения оценивалось крайне негативно (табл. 3): в диапазон умеренной степени проявления вошли шкалы ипохондрии (63,8 балла), депрессии (59,03), психастении (60,12), шизоидии (62,8), дос-

товерности (65,8). Ипохондрия клинически проявляется множеством жалоб, суть которых заключается в акцентированности на своем тяжелом патологическом состоянии (не подтвержденном диагностически), которая приводит к социально-трудовой дезадаптации [14].

Таблица 3

Динамика психологических критериев пациентов с ожирением до и после РДТ по опроснику СМОЛ (n=33)

Балльная оценка шкал (балл)				
Шкалы оп-росника	До лечения	После лечения		
	$M_1 \pm m_1$	$M_2 \pm m_2$	Разница %/балл	Достоверность
1	$63,79 \pm 1,82$	$58,73 \pm 1,3$	-7,93/5,06	$\leq 0,05$
2	$59,03 \pm 2,82$	$39,97 \pm 1,77$	-32,29/19,06	$\leq 0,001$
3	$51,85 \pm 2,15$	$42,03 \pm 1,79$	-18,94/9,82	$\leq 0,001$
4	$43,85 \pm 2,23$	$34,61 \pm 1,53$	-21,07/9,24	$\leq 0,001$
6	$48,76 \pm 3,15$	$36,80 \pm 2,60$	-24,53/11,96	$\leq 0,005$
7	$60,12 \pm 1,90$	$51,58 \pm 1,53$	-14,20/8,54	$\leq 0,001$
8	$62,76 \pm 2,28$	$54,91 \pm 1,62$	-12,51/7,85	$\leq 0,05$
9	$43,27 \pm 2,00$	$37,30 \pm 1,53$	-13,8/5,97	$\leq 0,05$

Примечание: 1 - ипохондрия, 2 - депрессия, 3 - истерия, 4 - социальная психопатия, 6 - паранойяльные изменения, 7 - психастения, 8 - шизоидия, 9 - гипомания

Изначально психологическое состояние пациентов характеризуется чувством напряжения, скованности, сомнения, наблюдается преувеличение состояния болезни, длительный анализ различных ситуаций, подавленное настроение, постоянная слабость (синдром психастении), потеря интересов к жизни, недостаточная общительность, склонность к бредовым идеям (паранойальные изменения).

После проведенного комплексного курса реабилитации наблюдалось достоверное улучшение критериев качества жизни: ипохондрия снизилась на 7,9% ($p \leq 0,05$), депрессия – на 32,3% ($p \leq 0,001$), истерия – на 18,9% ($p \leq 0,001$), психастения – на 14,2% ($p \leq 0,001$), паранойальность – на 24,5% ($p \leq 0,005$), шизоидность – на 12,5% ($p \leq 0,05$). Психологическое состояние пациентов характеризуется большей устойчивостью к воздействию психонегативных факторов, открытостью, уверенностью в своих силах, целеустремленностью, общительностью и т.д.

Заключение

Проведение курса системной немедикаментозной реабилитации с включением разгрузочно-диетической терапии у пациентов с абдоминальным ожирением сопровождается положительными перестройками в личностных качествах пациентов. Учитывая многофакторность возникающих нарушений при ожирении, можно предположить, что РДТ восстанавливают оптимальные взаимосвязи между различными системами гомеостаза, включая и те, которые ответственны за поведение и эмоции в центральной нервной системе. Наблюдалось улучшение показателей качества сна и уровня тревожности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вознесенская Т.Г. Причины неэффективности лечения ожирения и способы ее

преодоления // Проблемы эндокринологии. – 2006. – Т.52. – №6. – С.2-8.

2. Ожирение. Методические рекомендации для врачей-терапевтов – слушателей ФУВ, клинических ординаторов, интернов / сост. С.А. Павлишук, Л.В. Савина, Г.Г. Петрик, Н.Н. Якутина. – Краснодар: Кубанская медицинская академия, 2002. – С. 19.

3. Лобыкина Е.Н., Хвостова О.И., Колтун В.З., Рузаев Ю.В. Научно-организационные подходы в области пропаганды знаний о рациональном питании // Здоровоохранение Российской Федерации – 2007. – №1 – С. 32-36.

4. Филатова Е.Г. Тревога в общесоматической практике // Терапевтический архив – 2007. – №5 – С.72-78.

5. Белялов Ф.И. Психосоматические связи при заболеваниях внутренних органов // Клиническая медицина – 2007. – №3 – С.21-24.

6. Труханов А.И., Шендеров Б.А. Роль питания в поддержании адаптационных резервов и снижении риска развития стрессовых расстройств // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры – 2006. – №6. – С.26-30.

7. Даутов Ю.Ю., Уракова Т.Ю. / под ред. Савченко Р.П. Системный подход в комплексной реабилитации лиц с первичным ожирением. Методические рекомендации. – Майкоп, 2000. – С.3-30.

8. Зайцев В.П. Психологический тест СМОЛ // Актуальные вопросы восстановительной медицины – 2004. – №2. – С.17-19.

9. <http://depositfiles.com/files/gntj7p5yn> 10.01.2008

10. <http://depositfiles.com/files/p99fwu2u6> 10.01.2008.

11. Михайлов Б.В., Сердюк А.И., Федосеев В.А. Психотерапия в общесоматической медицине: клиническое руководство / под общ. ред. Б.В. Михайлова. – Харьков: Прапор, 2002. – 128 с.

12. <http://www.golovnaya-bol.ru/headache/archive/no3/tables.htm> 10.01.2008

13. <http://www.consilium-medicum.com/media/surgery/article/6905> 10.01.2008

14. Российский терапевтический справочник / под ред. А.Г. Чучалина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 880 с.