

О.О. Хаустова, д.м.н., керівник відділу психоневрології та нейрофізіології Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології, м. Київ

Надлишкова вага як проблема психічного здоров'я

Потреба в безпеці є значущою для людини протягом усього життя. Гіперглікемія, гіперхолестеринемія і додаткові потреби в інсуліні, які супроводжують почуття незахищеності, самі по собі можуть клінічно проявлятися у вигляді ожиріння та метаболічного синдрому (МС). Дитинство та юність є визначальними для формування базових життєвих стратегій людини. Отримані в дитинстві психосоціальні травми можуть стати підґрунтям для невротизації та формування розладів харчової поведінки. Переживання втрати чи навіть потенційної втрати любові сприймаються дитиною як фруструюча загроза і супроводжуються формуванням психосоматичної патології, у тому числі ожиріння і МС. Таким чином, надлишкова вага може бути безпосередньо пов'язана зі станом психологічного і психічного благополуччя людини.

Психосоматичні теорії порушень харчової поведінки

Психодинамічні методи розкривають внутрішні психологічні конфлікти, проблеми і фіксації, які, як правило, індуковані подіями раннього дитинства пацієнта, але приховані поверхневою соматичною симптоматикою, яку безпосередньо спостерігають лікарі-інтерністи.

У таблиці наведено низку інтегративних психосоматичних теорій, які більш чи менш вдало пояснюють зв'язок між реакцією особистості на хронічний стрес, дезадаптивною харчовою поведінкою та надлишковою вагою.

Таблиця. Інтегративні психосоматичні теорії		
Р.П. Ліберман	Особливості психосоматичних родин	Психосоматична родина як ригідна система, де існування хвороби запобігає конфронтації з внутрішньородинними міжособистісними конфліктами
Г. Шефер	Системний підхід – соціопсихосоматика	Вплив середовища, міжособистісних конфліктів і фрустрацій через «мову тіла» на самореалізацію особистості
Д.Н. Оудсхоорн	Інтегративний підхід	Шість рівнів: середовище, родина, «Я», психодинаміка, особистість, тіло
Х. Вайнер	Інтегративна модель здоров'я, хвороби та хворобливого стану	Здоров'я, хвороба і хворобливий стан створюють єдиний континуум, місце знаходження людини в якому визначається впливом низки факторів
Т. Ікскуль, В. Везіак	Біопсихосоціальна модель	Хвороби готовності як результат взаємодії людини та середовища (динамічна цілісність)
В. Вайцеккер	Медична антропологія	Психосоматичні захворювання як результат патологічного пристосування

Деякі психосоматичні теорії особливо наголошують на значущості у формуванні психосоматичної патології подій дитинства (концепція десоматизації, моделі боротьби за своє тіло, початкового порушення і алекситимії). Так, психоаналітик М. Шур, особистий лікар З. Фрейда, запропонував модель десоматизації та ресоматизації, згідно з якою в ранньому дитинстві для людини характерне єдине «психофізіологічне переживання», коли афекти значною мірою пов'язані із соматичними процесами, що їх супроводжують. Наприклад, дитина відчуває страх (реакція на психічному рівні) й одночасно тремтить, пітніє, частіше дихає (реакція на соматичному рівні).

М. Шур описує подальший розвиток дитини як процес десоматизації, протягом якого лібідозна й агресивна енергетична напруга нейтралізується; стають більш зрілими психічні та соматичні механізми. Проте в результаті несприятливого розвитку і фрустрацій нормальний процес десоматизації може обернутися регресією у формі ресоматизації афекту. У ситуаціях внутрішньої або зовнішньої небезпеки відбувається повернення пербореного соматичного способу реагування. Ресоматизація частіше спостерігається в осіб, які пережили в дитинстві багато травмуючих ситуацій, зокрема пов'язаних із неможливістю вільного волевиявлення. Орган ураження зумовлюється віком дитячої травматизації та спадковістю. Проте М. Шур не підтримує теорії «специфічності конфлікту» Ф. Александера, вважаючи, що вибір органа ураження індивідуальний для кожної конкретної людини.

У розумінні механізму генезу психосоматичного симптомутворення важливою є модель «боротьби за своє тіло»

П. Куттера, яка ґрунтується на гіпотезі, що психосоматичний хворий недостатньо «любить» своє тіло. Згідно із цією психодинамічною моделлю кожна людина у процесі свого розвитку повинна оволодіти своїм тілом.

Особливе значення при цьому мають особливості дитячо-материнського зв'язку. Мати може як сприяти, так і заважати дитині оволодіти своїм тілом.

Негативно впливають матері, які самі відчувають симбіотичні потреби стосовно дитини і не можуть від них звільнитися. Наприклад, мати, яка ставиться до дитини як до «своїх кровинки», не лише під

час вагітності, а й після фізичного і психічного народження тримає її під надзвичайно сильним контролем, не даючи їй шансу поступово оволодіти своїм тілом.

Домінуюча мама, виходячи із власних патологічних страхів і комплексів, не ставиться з достатньою повагою до внутрішнього тілесного простору дитини. Дитина відчуває, що її тіло «належить» матері, унаслідок чого відбувається певне відчуження власного тіла.

Інша форма порушення ставлення до власного тіла пов'язана, навпаки, з дефіцитом любові й уваги до дитини та її тіла з боку матері. У цьому випадку дитина відчуває себе нелюбимою, більше того, вона вже не здатна любити себе і своє тіло. Порушення ставлення до тіла може мати і частковий характер, приводячи до гіпо- або гіперстимуляції окремих функцій організму, наприклад дихання або травлення. П. Куттер висуває принцип «боротьби за своє тіло», «відчуження» матір'ю або іншими особами. Стаючи все більш сильним і зрілим, «власне Я» прагне оволодіти своїм тілом, яке раніше йому ніколи повністю не належало. Цей процес може супроводжуватися сильними афективними переживаннями, в основі яких лежать значні витіснення.

М. Балінт запропонував поняття «початкового (базисного) порушення», вважаючи, що самосприйняття у психосоматичних хворих більш лабільне, ніж у психічно здорових людей. Для «початкового (базисного) порушення» характерна нестача емоційних проявів, тому такі люди змушені вирішувати свої психічні проблеми на рівні тіла. Їх настрій залежить від необхідності постійної присутності іншої людини, яка б їх захищала і підтримувала, забезпечуючи відчуття

цілісності. Зловживання такою присутністю призводить до того, що їм важко відкрито виражати свою агресію. Вони постійно бояться спровокувати своєю агресією розлучення з людьми, присутність і підтримка яких їм так необхідна. Між іншим, агресія служить «регулюванню близькості дистанції» стосовно матері й інших значущих об'єктів, тому у процесі індивідуалізації людина має проявляти агресію. У психосоматичних хворих немає достатнього дистанціювання від захищаючого материнського об'єкта. Внаслідок цього у випадку необхідності їм дуже важко спрямовувати агресію власне проти цього об'єкта, оскільки у їх фантазії така агресія означає для них одночасно аутоагресію. Тому афекти значною мірою пов'язані із соматичними реакціями, а здатність до психічних, символічних і вербальних проявів обмежена. У роботі із психосоматичними пацієнтами М. Балінт підкреслює необхідність переборення надлишкової симбіотичної залежності від матері й опрацювання нарцисичних і сепараційних конфліктів.

Багато авторів відмічають дуже характерну загальну особливість пацієнтів із психосоматичною патологією: при помітній бідності фантазії й конкретно-предметного мислення вони проявляють певну «душевну сліпоту», або алекситимію. Відбувається ніби «відщеплення», «блокування» почуттів, необхідна для функціонування психологічних механізмів захисту здатність до символування обмежена.

Розвиток алекситимії й оперативного мислення прийнято пов'язувати з гіперопікуючою позицією матері, яка не допускає проявів роздратування у дитини. Занадто добре доглядаюча мама перешкоджає процесу диференціації дитини від матері. Вона ніби не дає дитині «відірватися» від себе, залишаючись у стані злиття з нею. Це особливо характерно для матерів, які мають власні невирішені проблеми (наприклад, шизоїдного, іпохондричного, депресивного характеру) і використовують з цією метою свою симбіотичну єдність з дитиною. Наприклад, мама зловживає своєю здатністю заспокоювати, і дитина може спати тільки на руках матері. Унаслідок цього дитина не розвиває здатності до вираження свого стану за допомогою знаків і символів, єдиною доступною мовою вираження емоційного стану залишається мова тіла, формується схильність до психосоматики.

Отже, психосоматична медицина наголошує, що хвору людину потрібно розглядати як істоту, яка живе і діє зі всіма її міжособистісними стосунками і взаємодіями зі світом, з його культурними нормами і цінностями. У мовному спілкуванні з пацієнтом спочатку виявляється його суб'єктивний досвід. Проте це ще не означає, що психосоматика обмежується психогенезом як причинною концепцією. Суб'єктивний погляд і відповідно сприйняте середовище завжди визначаються селективно і з особистісним акцентом. Такий погляд визначається більшою чи меншою мірою



О.О. Хаустова

спільними «тілесно-спадковими» якостями особистості. Спостереження за хворим і вивчення його життя дають змогу встановити, хоч і приблизно, що сформувалося під впливом середовища (наприклад, у ранньому дитинстві), а що успадковано.

Ф. Александер стверджував, що в ранній період життя жодна фізіологічна функція не відіграє такої важливої ролі у функціонуванні людського організму, як харчування. Він наголошував на тому, що дитина відчуває позбавлення від фізичного дискомфорту під час годування, тому насичення тісно пов'язане з відчуттям благополуччя і безпеки. У свою чергу, страх голоду залишається ядром відчуття небезпеки (страху перед майбутнім). Більше того, харчування глибоко пов'язане з відчуттям себе любимим. Згодом (у дорослому житті) їжа стає невід'ємною складовою процесу спілкування, соціалізації: святкування різних подій, установлення та формування ділових і дружніх взаємин.

Під час аналізу психосоціальних аспектів ожиріння І. Малкіна-Пих виділяє такі функції харчової поведінки: підтримання гомеостазу, релаксація, отримання задоволення, комунікація, самоствердження (воно пов'язане з уявленням про престижність їжі та «солідною» зовнішністю), пізнання, підтримка ритуалу або звички, компенсація, нагорода, захист і задоволення естетичної потреби. Харчова поведінка людини знаходиться в рамках континууму, що включає нормальні харчові патерни, епізодичні харчові розлади і, нарешті, патологічну харчову поведінку. Серед порушень харчової поведінки варто відмітити нервову анорексію, нервову булімію та переедання. Ожиріння є результатом порушень харчової поведінки, у першу чергу за типом переїдання.

У пацієнтів з надлишковою вагою й ожирінням, у тому числі в межах МС, виділяють емоціогенну, екстернальну й обмежувальну харчову поведінку. Майже в усіх пацієнтів з ожирінням тією чи іншою мірою виражена екстернальна харчова поведінка, коли реакцію на зовнішні стимули до вживання їжі визначає не тільки апетит, а й повільне неповноцінне відчуття насичення. Емоціогенну харчову поведінку спостерігають у 30% населення, а в пацієнтів з ожирінням набагато частіше – у 60% випадків. При цьому типі стимулом до вживання їжі є не голод, а емоційний дискомфорт. Продукти харчування для людей з емоціогенною харчовою поведінкою є своєрідними ліками, які приносять їм не тільки насичення, а й заспокоєння, задоволення, релаксацію, знімають емоційну напругу, підвищують настрій. При обмежувальній харчовій поведінці людина перебуває в постійному стресі – у період обмежень вона страждає від сильного голоду, а під час переїдання страждає від того, що знову набирає вагу («зусилля були марними»). Емоційна нестабільність на тлі суворих дієт має умовну назву «дієтична депресія», яка проявляється у вигляді підвищеної

Продовження на стор. 56.

**О.О. Хаустова, д.м.н., керівник відділу психоневрології та нейрофізіології
Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології, м. Київ**

Надлишкова вага як проблема психічного здоров'я

Продовження. Початок на стор. 55.

дратівливості та стомлюваності, внутрішньої напруги і постійної втоми, агресивності й ворожості, тривожності, зниженого настрою, пригніченості та ін. Виражений емоційний дискомфорт при «дієтичній депресії» призводить до відмови від подальшого дотримання дієти і до рецидиву ожиріння, як системоутворювального фактора симптомокомплексу МС.

Епідеміологія та актуальність проблеми МС у світі

МС включає такі конституційні та метаболічні фактори ризику розвитку атеросклерозу, як ожиріння, артеріальна гіпертензія, атерогенна дисліпідемія. Завдяки властивим йому нейроендокринним, обмінним і регуляторним порушенням МС є чинником ризику розвитку цукрового діабету 2 типу, що призводить до розвитку судинних ускладнень. В останні роки більшість авторів базовим критерієм діагностики МС пропонують вважати абдомінальне ожиріння, асоційоване з усіма метаболічними змінами, властивими цьому синдрому.

Частота МС з деяким відставанням відповідає поширеності ожиріння в популяції. У США близько третини осіб з надлишковою масою тіла/ожирінням мають МС за критеріями АТР III. За даними дослідження NHANES III (National Health and Nutritional Examination Survey), у якому брали участь 8814 чоловіків і жінок віком 20 років і старші, нестандартизована поширеність МС становила 21,8%, стандартизована за віком – 23,7%. Поширеність МС збільшувалася з 6,7% у віці 20-29 років до 43,5% у віці 60-69 років. В учасників дослідження віком понад 70 років вона становила 42,3%. Стандартизоване за віком поширення МС у чоловіків (24,0%) і жінок (23,4%) було майже однаковим, але серед афроамериканок воно було майже на 57% вищим, ніж серед афроамериканців; серед осіб мексиканського походження – на 26% вищим у жінок.

Останні дані Всесвітньої організації охорони здоров'я свідчать про те, що частка людей з надмірною вагою у загальній кількості населення зростає в деяких країнах Європи (особливо в Німеччині, Італії, Чехії, Ірландії) й Азії (Таїланд, Бірма, Китай). Усього у світі більше 1 млрд людей мають зайву вагу, приблизно 300 млн з них страждають ожирінням. Наприклад, відповідно до звіту уряду Англії велика частина дорослого населення країни має надлишкову вагу, а кожний п'ятий – ожиріння. Якщо тенденція збережеться, у найближчі роки четверта частина жіночого і п'ята – чоловічого населення будуть мати ожиріння. Розповсюдженість ожиріння в Англії нижча, ніж у Німеччині та США, але тенденція росту відповідає аналогічному показнику в цих країнах. Пілотні дослідження показали, що в Україні поширеність ожиріння серед осіб віком понад 45 років може становити 52%, а надлишкової ваги – 33% (ожиріння + надлишкова вага становлять 85%). Нормальну масу тіла мають лише 13% дорослого населення України.

Раніше вважалося, що МС – це доля людей середнього віку і переважно жінок. Однак дослідження, проведені під егідою Американської асоціації діабету, свідчать про те, що за минулі десятиліття МС демонструє стійкий ріст серед підлітків і молоді. Так, за даними вчених з University of Washington (Seattle), у період з 1994 по 2000 рік частота випадків МС серед підлітків зростає з 4,2 до 6,4%.

У загальнонаціональних масштабах кількість підлітків і молодих людей, які страждають на МС, оцінюють у більш ніж 2 млн. Серед основних причин – наявність надлишкової ваги: у 32% підлітків розвиток цього синдрому був асоційований з ожирінням, тоді як у підлітків, які мають тільки ризик появи надлишкової ваги, він виявлявся в 7% випадків. У юнаків є більший ризик розвитку МС, ніж у дівчат.

Існує низка наукових публікацій щодо зв'язку надлишку маси тіла, який сформувався у дітей, з подальшим розвитком у них у дорослому періоді життя МС. Отже, «витоки» МС знаходяться у дитячому віці. Діти, які страждають на ожиріння, становлять групу високого ризику щодо розвитку МС, тому що у третини з них уже є всі необхідні критерії для діагностики цього синдрому (за версією IDF, 2007). Згідно з дослідженнями П.А. Синіцина (2010) у російській популяції, тільки у 31,7% дітей було виявлено ізольоване абдомінальне ожиріння. Ожиріння в поєднанні з одним із додаткових критеріїв МС було встановлено у 29,1%, із двома – у 20,3%, із трьома – у 12,2% дітей; усі чотири критерії МС мали 4,7% дітей. Крім того, 12,8% дітей з ожирінням мали родичів, які страждали на МС, 24,1% мали обтяжену спадковість за трьома критеріями МС, 30,4% – за двома і 32,7% – тільки за однією діагностичною ознакою МС.

У сучасному суспільстві схвалюється худорлявість, у зв'язку з цим усе більше людей знаходяться під тиском суспільної думки через їх надмірну вагу, що викликає у них психічні розлади. Водночас усе більше людей їдять, щоб керувати своїми емоціями. Вивчення Eating Disorders Association 2 тис. чоловік показало, що 47% підлітків віком 16–24 і 40% осіб віком 35–44 роки їдять від нудьги, чверть жінок рятуються таким способом від стресу.

До 25% людей вживають їжу після суперечок вдома чи на роботі.

Вважається, що у людей, які сприймають світ як зону стресу, агресивність розвивається у відповідь на навколишню дійсність, а це, у свою чергу, вказує на ступінь впливу соціального середовища на людину. За даними трирічного обстеження дітей, високі результати при тестуванні на агресивність позитивно корелюють з вищою ймовірністю розвитку МС. У дітей з високими результатами під час тестування на агресивність ймовірність розвитку МС три роки потому виявилася вірогідно вищою. Ці дослідження також показують, що агресивність пов'язана з ожирінням й інсулінорезистентністю – складовою МС.

Результати трьох незалежних досліджень 5749 підлітків віком 11-16 років, проведених 2002 року в Канаді, Великій Британії та США, показали, що діти з надлишковою масою тіла оцінювали якість свого життя так само низько, як і молоді люди, які страждали на онкологічні захворювання. Серед основних причин низької оцінки підлітки називали постійні, пов'язані з надлишковою вагою приниження з боку однолітків, а також зумовлені ожирінням проблеми зі здоров'ям. Крім того, особи з надлишковою вагою й ожирінням у 3 рази частіше виявлялися в ролі «жертви» і у 2 рази частіше в ролі «агресора» порівняно зі звичайними підлітками. Причому ця тенденція більш виражена у дівчаток порівняно з хлопчиками.

Результати власних досліджень

Ми отримали власні дані соціально-психологічного обстеження 316 пацієнтів щодо впливу деяких особливостей життєвої історії на формування МС з абдомінальним ожирінням. Наприклад, діти з надлишковою вагою намагаються вчитися краще за своїх однолітків, компенсуючи цим вади зовнішності. Також ожиріння у дітей імовірніше, якщо нижчий рівень освіти у їхніх батьків.

Взаємини в батьківській родині, за нашими даними, впливали на формування

стилю спілкування в дорослому житті, способу життя і на виникнення психосоматичної патології, у тому числі МС (рис. 1). Виникнення розладів харчової поведінки найчастіше траплялося в родині з розпливчастими межами в підсистемах «батько-мати» або «батьки-діти». Для таких родин були притаманні надпротекторність, намагання все контролювати; ригідність – неможливість змінити стереотипи, фіксація на них; невміння вирішувати конфлікти з прямим або опосередкованим залученням дітей.

Середовище, у якому виховувалася дитина, завжди мало велике значення для її фізичного та психічного розвитку. У разі виховання дитини в екстравертованій, емоційній, «балакучій» родині зі сприятливим психологічним мікрокліматом уперше почуті слова мали специфічний сприятливий зміст. Ці ж слова мали негативне емоційне навантаження у випадку виховання дитини за несприятливих обставин. Причому ця різниця в емоційному сприйманні однакових слів зберігалася протягом усього життя. Наприклад, слово «любов» у разі виховання дитини в емоційно відкритих умовах означало для дорослих респондентів ніжне та гармонійне почуття. Виховання в холодній, неекспресивній, дистантній родині пов'язувало слово «любов» з відчуттям боргу, обов'язку, примусового виконання певних дій. У цьому випадку слово «любов» мало соціальне, а не емоційне значення. Коли дитина виховувалася в родині з ворожістю, емоційним напруженням у взаємовідносинах, слово «любов» утрачало суть і в дорослому житті.

Ми виявили, що насамперед мовчазність, прискіпливість і суворість батьків найчастіше корелювали з формуванням і наявністю МС у зрілому віці. Досить цікавим було те, що загальний рівень довіри батькам перевищував рівень відчуття батьківської любові у пацієнтів з ознаками МС (й ожирінням), що, на наш погляд, відображало не стільки наявність байдужості, скільки неспроможність проявити почуття (алекситимію) (рис. 2).

Особливе місце у формуванні схильності до розвитку психічної та психосоматичної патології мали прояви амбівалентних відносин у родині, або феномен взаємовиключаючої поведінки. Життєві події, які були зафіксовані в пам'яті пацієнтів з ожирінням і МС як ілюстрації амбівалентного емоційного ставлення до них батьків, провоквали розвиток стану невизначеності й тривожності, а надалі – підозрливості, невпевненості й прагнення до соціальної ізоляції. Причому травматичні міжособистісні відносини виникали в різні періоди раннього та пізнього дитинства, а також сучасного періоду життя пацієнтів. Ці закономірності підтверджуються особливостями мікроклімату в батьківських родин пацієнтів з ожирінням у межах МС (рис. 3). Мікроклімат у батьківській родині пацієнти з МС згадували з позицій конфліктності й байдужості як «конфліктний», «кожен сам по собі» та «ніякий».

Період дитинства в подальшому формуванні особистості пацієнтів з МС був важливим тому, що дитина прагне до емоційної безпеки та впевненості як до основи її емоційного комфорту, який може бути посиленним чи послабленим унаслідок міжособистісних взаємодій у родині. Негативне ставлення до дитини, байдужість, латентні форми агресії, різні види насильства – все це впливало на подальший розвиток психосоматичної патології. Травмуючими факторами для пацієнтів з МС є батьківські надмірні вимоги і байдужість: у дитинстві відбувалося формування матриці міжособистісних стосунків, що надалі приводило до емоційної впевненості та здатності встановлювати позитивні міжособистісні контакти (переважно в контрольній групі) або до виникнення тривоги

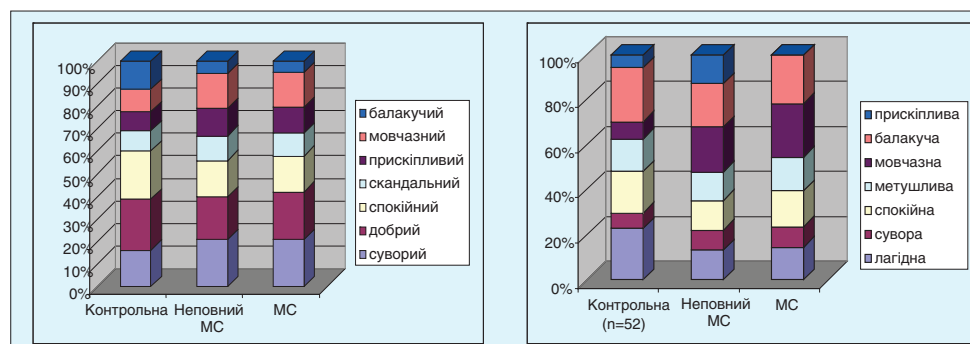


Рис. 1. Розподіл респондентів за особливостями характеру батька і матері

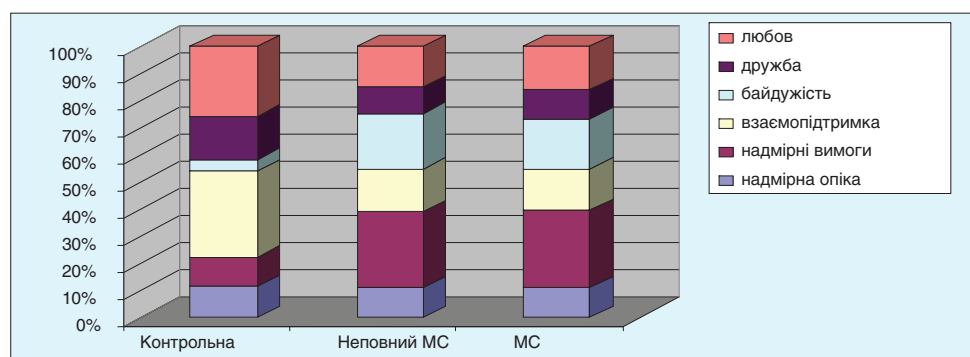


Рис. 2. Особливості родинних взаємовідносин

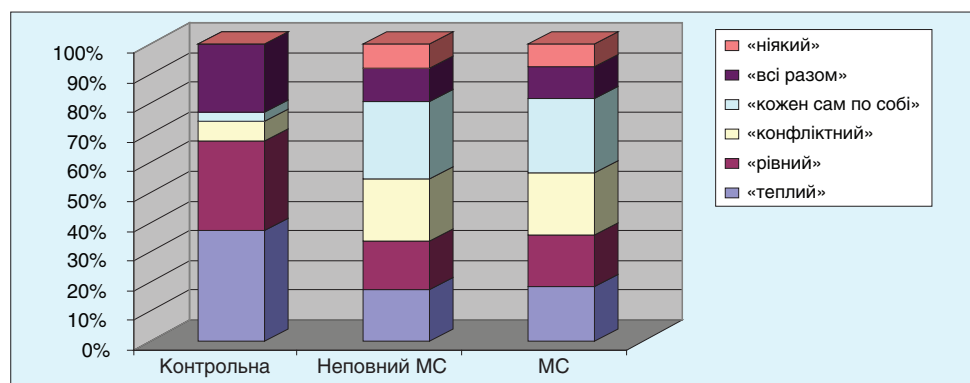


Рис. 3. Особливості родинного мікроклімату

і страху під час спілкування з людьми. Кумулятивний ефект щоденного спілкування в родині сприяв формуванню особистості, схильної до появи МС.

Отже, у родинному житті пацієнтів з ожирінням і МС відзначено наявність дефіциту, деформації або розриву комунікативних зв'язків з відповідним дефіцитом емоцій або формуванням негативного емоційного фону з переважанням відчуття небезпеки, що підтвердив модальний аналіз існуючих проблем цих пацієнтів.

Під час проведення модального аналізу (рис. 4) проблем, які призводили до порушень психосоціальної адаптації, виявився неоднаковий рівень сенсифікації до минулого, тому подібні події могли оцінюватися різним ступенем

травматизації, їх можна вважати чи не вважати можливим чинником психосоціальної дезадаптації. Наприклад, у поняття «змінені патерн сімейних взаємин у дитинстві» здорові люди вкладали розлучення батьків або смерть члена родини, а пацієнти з ознаками МС, особливо неповного (тільки ожиріння), додавали батьківські обмеження їх бажань і поведінки.

Досить важливим серед актуальних проблем було неадекватне харчування: пацієнти з ожирінням у межах МС їжу використовували як адиктивний агент, що допомагав їм уникнути суб'єктивної реальності, яка викликала незадоволення та дискомфорт. У моменти роздратування, незадоволення, невдачі та нудьги

у пацієнтів з МС виникало прагнення «заїсти» неприємність. Під час їди відбувалася фіксація на приємних смакових відчуттях і витіснення у підсвідомість психологічно неприємних подій. Таку поведінку пацієнти з МС використовували як засіб підвищення настрою.

Спільним для пацієнтів з МС був також комплекс проблем дитячого віку (рис. 5), а саме: змінений патерн сімейних взаємин у дитинстві, неадекватне батьківське втручання, переживання сильного страху в дитинстві, а також відчуття ізоляції серед однолітків. Епізоди перебування в ролі «агресор-жертва» також виявляли частіше у пацієнтів з ознаками МС.

Терапія ожиріння і МС передбачає комплексність і доказовість. В основі успішного лікування цього стану лежить зміна способу життя. Мета лікаря – сформувати у пацієнта стійку мотивацію, спрямовану на довготривале виконання рекомендацій з харчування, фізичних навантажень, застосування лікарських препаратів. Установка на успіх дає змогу пацієнтові легше сприймати зміну способу життя і процес терапії, а саме: нормалізацію режиму, дієти; оптимізацію фізичного навантаження; психотерапію; проблемно-цільове навчання і самоконтроль.

Найпершою є корекція стратегії харчування, виходячи з того, що абдомінальне ожиріння вважають центровим соматичним критерієм МС. Більшість пацієнтів уже мали негативний досвід спроб регулювання ваги. Саме тому під час терапії важливими є пояснення пацієнту щодо підсвідомої підміни бажання зміни життєвої ситуації бажанням зміни власного тіла й обговорення з ним ситуацій «заїдання» образи, провини, тривоги та ін. Пацієнт має зрозуміти, що обмеження в харчуванні (або дієти) спонукали тіло до опору втручання, що призводило до негативного сприйняття вимушеного

режиму харчування, припинення обмежень і збільшення ваги. Тому наголос робиться на вільному виборі здорової їжі та розширенні можливостей харчування (особливості смаку їжі, естетики харчування, формування нових ритуалів харчування й отримання задоволення від нововведень під час їди).

Практичні рекомендації

До групи ризику розвитку ожиріння, МС необхідно включати дітей, народжених з низькою або великою масою тіла та/або прогресуючим надлишком маси тіла, з наявністю родичів насамперед з ожирінням, а також з артеріальною гіпертензією, ішемічною хворобою серця, порушеннями обміну ліпідів, вуглеводів і пуринів. Для оцінки ступеня ризику розвитку МС варто проводити комплексне психосоматичне обстеження із з'ясуванням віку появи і динаміки ожиріння, аналізом звичок і способу життя дитини, особливостей взаємин у батьківській родині.

Установлений ступінь ризику розвитку МС визначає тактику й обсяг лікувально-профілактичних заходів.

1. Низький або середній ризик – зміни способу життя (оптимізація фізичної активності, раціоналізація характеру харчування, формування в сім'ї пацієнта установки на «здорові» комунікацію і спосіб життя) спрямовані на формування адаптивної життєвої стратегії з нормалізацією маси тіла і підтримкою досягнутого результату.

2. Високий ризик або ж недостатня ефективність проведеної корекції (при низькому та середньому ступені ризику), що оцінюється щопівроку, – комплексна патогенетична терапія з урахуванням як індивідуальних особливостей пацієнта, так і особливостей патогенезу МС як психосоматичного захворювання.

Список літератури знаходиться в редакції. 3v

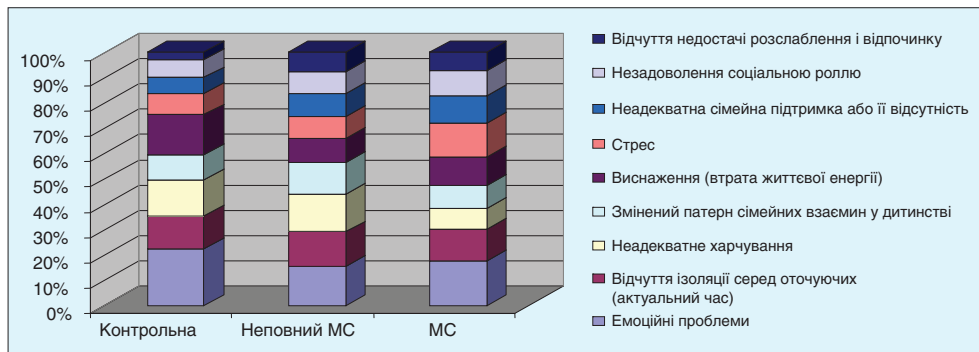


Рис. 4. Модальний аналіз актуальних проблем

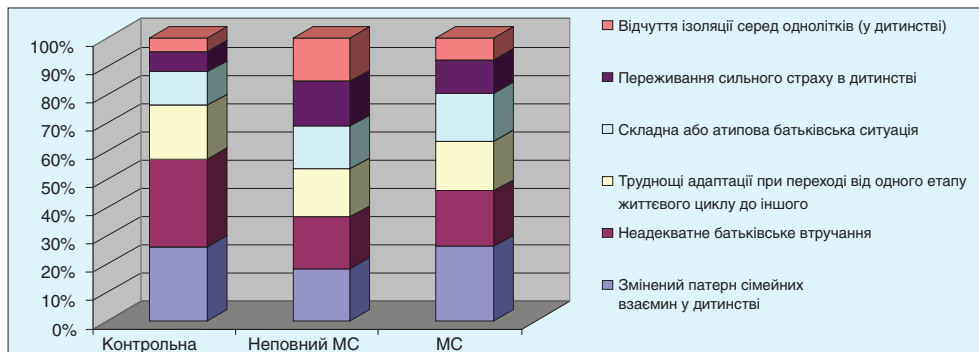


Рис. 5. Модальний аналіз проблем дитинства

Анкета читателя

Здоров'я України
МЕДИЧНА ГАЗЕТА

Заполните анкету и отправьте по адресу:

«Медична газета «Здоров'я України»,
03151, г. Киев, ул. Народного ополчення, 1

Укажите сведения, необходимые для базы данных
номера «Неврологія. Психіатрія. Психотерапія»

Фамилия, имя, отчество

Специальность, место работы

Индекс

город

село

район область

улиця дом

корпус квартира

Телефон: дом.

раб.

моб.

E-mail:

Нам важно знать Ваше мнение!

Понравился ли вам тематический номер «Неврологія. Психіатрія. Психотерапія»?

Назовите три лучших материала номера

1.

2.

3.

Какие темы, на ваш взгляд, можно поднять в следующих номерах?

Публикации каких авторов вам хотелось бы видеть?

Хотели бы вы стать автором статьи для тематического номера «Неврологія. Психіатрія. Психотерапія»?

На какую тему?

Является ли для вас наше издание эффективным в повышении
врачебной квалификации?

* Я добровольно передаю указанные в анкете персональные данные ООО «Здоровье Украины». Также даю согласие на их использование для получения от компаний (ее связанных лиц, коммерческих партнеров) изданий, информационных материалов, рекламных предложений, а также на помещение моих персональных данных в базу данных компании, неограниченное во времени хранение данных.

Подпись