

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ
ГАСТРОДУОДЕНИТОМ И ИМЕЮЩИХ НАРУШЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Владимир Давыдович Менделевич¹, Резеда Ахатовна Файзуллина²,
Луиза Мунировна Киясова³

¹ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет», кафедра медицинской и общей психологии с курсом педагогики, 420012, г. Казань, Бутлерова, 49, ²ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия», кафедра педиатрии с курсом поликлинической педиатрии, 420012, г. Казань, Муштари, 11, ³ГАОУ СПО «Казанский медицинский колледж», 420101, г. Казань, Мавлютова, 34, e-mail: LuiKiasova@yandex.ru

Реферат. Путем использования стандартных тестов оценки психологического состояния было обследовано 292 подростка с хроническим гастродуоденитом. Установлено, что ведущим фактором изменения психологического состояния является дефицит массы тела на фоне хронической соматической патологии. Полученные данные позволяют разработать пути коррекции психологического состояния подростков с дефицитом массы тела.

Ключевые слова: психологическое состояние, дефицит массы тела, ведущий фактор, соматическая патология, коррекция массы тела, коррекция психологического состояния.

ХРОНИК ГАСТРОДУОДЕНИТ БЕЛ•Н АВЫРУЧЫ
ФИЗИК ЯКТАН З•ГЫЙФЬ ЯШҮСМЕРЛ•Р
ПСИХОЛОГИЯ СЕНЕ• ҮЗЕНЧ•ЛЕКЛ•РЕ

Владимир Давыдович Менделевич¹, Резеда Файзуллина², Луиза Мунировна Киясова³

¹С•лам•тлек саклау һ•м социаль үсеш федераль агентлыгыны • «Казан дәүләт медицина университеты» югары һөнәри белем бирү дәүләт мәгариф учреждениесе, медицина һәм гомуми психология кафедрасы (педагогика курсы белән), Казан ш•һ•ре, Бутлеров урамы, 49, ²«Казан дәүләт медицина академиясе» өст•м• һөнәри белем бирү дәүләт мәгариф учреждениесе, педиатрия кафедрасы (поликлиника педиатриясе курсы белән), 420012, Казан ш•һ•ре, Мөштәри урамы, 11, ³Казан медицина колледжы, 4200101, Казан ш•һ•ре, М•үлетов урамы, 34, e-mail: LuiKiasova@yandex.ru

Стандарт тестлар кулланып, хроник гастродуоденит белән авыручы физик яктан з•гыйфь яшүсмерл•рне• психологик хал•тл•рен өйр•нг•нн•р. Психологик хал•т үзг•рүне• төп факторы булып хроник соматик патология шартларында килеп туган г•үд• авырлыгы •итм•ү торганлыгы ачыкланган. •леге тикшеренү н•ти•л•ре авырлыклары нормадан ким булган яшүсмерл•рне• психологик торышын координациял•ү юлларын эзл•п табарга мөмкинлек бир•.

Төп төшенчл•р: психологик хал•т, авырлык •итм•ү, төп фактор, соматик патология, г•үд• авырлыгын коррекциял•ү, психологик хал•тне коррекциял•ү.

PSYCHOLOGICAL PECULIARITIES OF ADOLESCENTS,
ILL WITH CHRONIC GASTRODUODENITIS AND
HAVING LESIONS OF PHYSICAL DEVELOPMENT

Vladimir Davydovich Mendelevich¹, Rezeda Akhatovna
Faizullina², Luiza Munirovna Kiasova³

¹Kazan state medical university, chair of medical and general psychology with a pedagogical course, 420012, Kazan, Butlerov street, 49, ²Kazan state medical academy, chair of pediatrics with a polyclinic pediatrics course, 420012, Kazan, Mushtari street, 11, ³Kazan medical college, 420101, Kazan, Mavlutov street, 34, e-mail: LuiKiasova@yandex.ru

There were investigated 292 adolescents with chronic gastroduodenitis, using standard tests of psychological condition evaluation. It was established that a major factor of psychological state changing is a deficit of body mass, complicated by chronic somatic pathology. The obtained data make it possible to develop correction ways of psychological state of adolescents with body mass deficit.

Key words: psychological state, weight deficit, major factor, somatic pathology, weight correction, correction of psychological state.

В последние годы в России происходит прогрессирующее снижение уровня здоровья населения, что становится лимитирующим фактором социально-экономического развития [1]. По данным официальной статистики, значительный рост (в 1,5 раза) заболеваемости отмечается в возрастной группе от 14 до 17 лет. Здоровье современных подростков характеризуется ростом частоты хронической патологии, которой страдают 70% детей этой популяции. Подростковый возраст является, как известно, весьма уязвимым периодом в развитии человека, когда происходят формирование и становление

основных параметров здоровья и социально-психологических характеристик, обуславливающих в дальнейшем здоровье не только индивидуума, но и нации в целом [1, 3, 4].

Одно из первых мест у обучающихся подростков занимает патология желудочно-кишечного тракта, которая характеризуется хроническим рецидивирующим течением и трофологической недостаточностью. По данным целенаправленных статистических исследований, нарушения статуса питания имеют место у 20—50% пациентов различного профиля [12]. Это связано с наследственной отягощенностью, нарушением режима и ритма питания, психоэмоциональными перегрузками и рядом других факторов. Причем если этиологическим и патогенетическим факторам (нарушения питания, хеликобактерная инфекция, гиперсекреция соляной кислоты и пепсина) придается особое значение, то роли психологических факторов уделяется недостаточное внимание [2, 7, 8, 10].

Целью данного исследования было изучение психологического состояния подростков с хроническим гастродуоденитом и различной массой тела.

Нами было проведено экспериментально-психологическое обследование 292 подростков с хроническим гастродуоденитом в возрасте от 14 до 17 лет. У 143 из них (девочек — 51%, мальчиков — 49%) была нормальная масса тела и у 149 — дефицит массы тела (девочек — 55%, мальчиков — 45%). Дефицит массы тела определялся по стандартной формуле Kettle: $I=m/p^2$, где m — масса тела (кг), p — длина тела (м) [5, 13].

Для изучения психологического состояния были использованы: 1) личностный опросник Айзенка для подростков, который позволяет определить уровень нейротизма и показатели экстра- и интроверсии; 2) шкала личностной и реактивной тревожности Спилбергера (определение уровня тревожности как свойства психики и состояния больных); 3) Миннесотский многопрофильный опросник личности (ММРП), с помощью которого уточнялись клинически выявляемые феномены, личностные особенности пациентов. Использовался вариант СМИЛ (стандартизованный многофакторный метод исследования личности), адаптированный вариант теста ММРП [6, 9]

Как показали результаты исследования (табл. 1, 2, 3), у большинства подростков с хроническим гастродуоденитом был выражен признак

интроверсии ($p<0,001$). В группе мальчиков этот признак преобладал у подростков с дефицитом массы тела, в группе девочек одинаково часто встречался среди подростков как с нормальной массой тела, так и с ее дефицитом. Эмоциональная неустойчивость была более выражена в группе девочек со сниженной массой тела ($p<0,0001$).

Таблица 1
Сравнение отдельных признаков оценки психологического состояния (частота встречаемости и достоверность различий) среди подростков с хроническим гастродуоденитом ($M\pm m$)

Признаки	Мальчики	Девочки	p
Реактивная тревожность	23,5±1,3	25±1,4	
Личностная тревожность	37,5±1,1	42±1,6	0,005
Экстраверсия	10,3±0,3	9,1±0,3	0,001
Нейротизм	8,6±0,7	12,7±0,4	0,001
СМОЛ			
шкала I	10,2±0,2	10,5±0,2	
II	5,9±0,3	6,7±1,3	
III	7,3±0,3	8,1±0,3	0,01
IV	8,4±0,3	8,4±0,3	
VI	4,8±0,2	4,8±0,2	
VII	12,5±0,4	14±0,4	0,001
VIII	15±1,1	15,6±1	
IX	6,7±0,2	6,8±0,2	

Таблица 2
Сравнение отдельных признаков оценки психологического состояния (частота встречаемости и достоверность различий) у мальчиков с хроническим гастродуоденитом ($M\pm m$)

Признаки	Мальчики без дефицита массы тела	Мальчики с дефицитом массы тела	p
Реактивная тревожность	21,4±1,1	25,7±1,5	0,01
Личностная тревожность	35,3±1,0	39,7±1,3	0,005
Экстраверсия	10,5±0,3	10,1±0,3	
Нейротизм	9,6±0,6	7,8±0,9	>0,05
СМОЛ			
шкала I	10,0±0,2	10,5±0,2	0,001
II	5,3±0,3	6,5±0,3	0,01
III	6,2±0,3	8,4±0,3	0,001
IV	7,7±0,3	9,1±0,3	0,005
VI	4,4±0,2	5,3±0,2	0,01
VII	11,7±0,4	13,3±0,4	0,01
VIII	13,5±0,5	16,5±0,5	0,001
IX	6,9±0,30	6,6 ± 0,2	

Анализ шкалы тревожности Спилбергера (табл. 1, 2, 3) показал, что реактивная тревожность во всех группах была снижена. Личностная тревожность была умеренно повышенной во всех группах, т.е. по этому показателю психологического состояния подростков наблюдалось относительное благополучие.

Таблица 3

Сравнение отдельных признаков оценки психологического состояния (частота встречаемости и достоверность различий) у девочек с хроническим гастродуоденитом (M±m)

Признаки	Девочки без дефицита массы тела	Девочки с дефицитом массы тела	Р
Реактивная тревожность	23,5±1,6	26,4±1,2	
Личностная тревожность	41,1±1,6	43±1,1	
Экстраверсия	8,9±0,3	9,4±0,4	
Нейротизм	12,1±0,4	13,4±0,5	0,025
СМОЛ			
шкала I	10,9±0,2	10,0±0,2	0,001
II	6,7±0,3	6,8±2,2	
III	7,7±0,3	8,5±0,3	0,001
IV	8,1±0,4	8,8±0,3	>0,05
VI	4,5±0,3	5,1±0,2	>0,05
VII	13,9±0,5	14,1±0,4	
VIII	15,0±0,5	16,2±0,4	0,05
IX	6,9±0,2	6,8±0,1	

По шкале ипохондрии I (сверхконтроль, соматизация тревоги) измеряют степень фиксированности обследуемого на своих соматических функциях. Высокий показатель по этой шкале свидетельствует о частоте и неопределенности соматических жалоб, желании вызвать сочувствие у окружающих. По шкале ипохондрии имелись различия. В группе девочек её значение было ниже у подростков с дефицитом массы тела ($p<0,05$). В группе подростков с нормальной массой тела этот показатель был ниже у мальчиков, а выше у девочек ($p<0,001$). Таким образом, девочки больше обеспокоены своей соматической патологией.

Шкала депрессии II (тревога и депрессивные тенденции) свидетельствует о преобладании депрессивного настроения, пессимизма, неудовлетворенности. Показатель этой шкалы был выше в группе мальчиков со сниженной массой тела ($p<0,01$), в группе подростков с нормальной массой тела выше у девочек, а ниже у мальчиков ($p<0,005$).

Высокие показатели шкалы истерии III (эмоциональная лабильность, вытеснение факторов, вызывающих тревогу) характерны для истероидных личностей, склонных к механизмам психологической защиты по типу вытеснения. Шкала истерии имела большее значение в группах подростков со сниженной массой тела ($p<0,001$). У подростков с нормальной массой тела этот показатель был выше у девочек ($p<0,01$).

Показатель шкалы психопатии IV (социальная дезадаптация, реализация эмоциональной

напряженности в непосредственном поведении) был выше у мальчиков с дефицитом массы тела ($p<0,01$).

Высокие показатели шкалы паранойи VI (аффективная ригидность) характерны для лиц с постепенным накоплением и застойностью аффекта, упрямством, медленной сменой настроений, тугоподвижностью мыслительных процессов, повышенной подозрительностью. Значения шкалы аффективной ригидности были выше у детей с дефицитом массы тела ($p<0,01$).

Шкала психастении VII (тревожность, фиксация тревоги и ограничительного поведения) отражает склонность к реакциям тревоги и страха, сенситивность, неуверенность в себе. Этот показатель в группе мальчиков был выше у детей с дефицитом массы тела ($p<0,01$), в группе подростков с нормальной массой тела — выше у девочек ($p<0,0001$).

Значения шкалы шизоидности VIII (индивидуалистичность, аутизация) оказались выше у подростков с дефицитом массы тела ($p<0,001$). В группе подростков с нормальной массой тела этот показатель был выше у девочек ($p<0,01$).

Значения шкалы гипомании IX (оптимизм и активность, отрицание тревоги) во всех группах подростков были практически одинаковыми.

При сравнительном анализе психологического состояния мальчиков и девочек, больных хроническим гастродуоденитом, обращало на себя внимание изменение этого состояния у подростков со сниженной массой тела. Их психологическое состояние различалось по всем показателям у мальчиков. Для них было характерно состояние депрессии и эмоциональной лабильности одновременно с эмоциональной напряженностью, которые сопровождалась аффективной ригидностью, тревогой и аутизацией. В группе девочек со сниженной массой тела была выражена эмоциональная неустойчивость, характерны депрессивность и аутизация.

Результаты наших исследований позволили сделать вывод, что у подростков с хроническим гастродуоденитом изменения в психологическом состоянии выражены минимально и практически не зависят от пола ребенка, длительности течения хронической патологии. Изменения психологического состояния отмечались лишь у подростков с дефицитом массы тела.

Изменения психологического состояния находились в прямой зависимости от степени дефицита массы тела. У детей с дефицитом массы

тела II (22% от нормы) и III (28% от нормы) степени показатель депрессивного состояния больше был выражен среди как мальчиков, так и девочек. В ряде случаев дети не могли справиться со своим состоянием и к лечению привлекались специалисты-психологи. Отсюда соматическая патология, в частности хронический гастродуоденит, не является ведущим фактором изменения психологического состояния подростка. Более весомой определяющей служит дефицит массы тела ребенка на фоне соматического заболевания, причем среди мальчиков. Возможно, это связано с тем, что подросток сравнивает себя с окружающими, героями боевиков и кумирами тинэйджеров. Образ же субтильной девочки-подростка тиражируется в мире моды и поэтому «худоба» для девочки — отнюдь не трагедия. Девочек, в отличие от мальчиков, в большей степени тревожит сам гастродуоденит.

Полученные нами данные позволяют предположить возможные пути коррекции психологического состояния подростков с дефицитом массы тела и, в первую очередь, массоростовых показателей. Этого можно добиться назначением подросткам перорального дополнительного питания, которое в последнее время рекомендуется в комплексном лечении хронических гастродуоденитов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов, А.А. Состояние здоровья детей как фактор национальной безопасности / А.А. Баранов, Л.А. Щеплягина, А.Г. Ильин и др. // Российский педиатрический журнал. — 2005. — № 2. — С. 4—8.
2. Джалялетдинов, Н.Т. Неврологические симптомы при гастродуоденальной патологии и рекомендации к немедикаментозному лечению / Н.Т. Джалялетдинов, Л.Б. Куанова, Н.Г. Колесникова, К.Ю. Абилямажинов / Мат. конф., посвящ. 70-летию НИЦПиДХ. — Алматы, 2002 — С. 75—76.

3. Государственный доклад «О состоянии и об охране окружающей среды Российской Федерации в 2002 г.». — М., 2003. — 479 с.
4. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 1998 г. Раздел 3: Здоровье матери и ребенка // Здравоохранение Российской Федерации. — 2000. — № 5. — С. 7—14.
5. Гурова, М.М. Лечебное питание при заболеваниях органов пищеварения у детей / Гурова М.М., Хмелевская И.Г. / Метод. рекомендации [Под ред. акад. РАМН, проф. В.А. Таболина]. — Петрозаводск, 2003. — 30 с.
6. Зайцев, В.П. Психологический тест СМОЛ: Возможности применения в клинической медицине / В.П. Зайцев, Т.А. Айвазян // Актуальные вопросы восстановительной медицины. — 2006. — № 1—2. — С. 35—39.
7. Исаев, Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. Руководство для врачей. — СПб, 1996. — 454 с.
8. Марилов, В.В. Клинические варианты психосоматической патологии желудочно-кишечного тракта // Журнал невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 1992. — Т. 92, № 3. — С. 102—106.
9. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология (5-е издание). — М.: МЕДпресс-информ, 2005. — 432 с.
10. Морозов, П.В. Психосоматические нарушения у детей при гастроэнтерологической патологии. Фарм. кружок. Т. 02/№5/2002.
11. Сборник психологических тестов. — Казань: ЗАО «Новое знание», 2002. — 60 с.
12. Успенский, Ю.П. Новые подходы к коррекции статуса питания у лиц с дефицитом массы тела. — СПб, 2003. — 30 с.
13. Styne, D.M. Childhood and adolescent obesity: prevalence and significance // Pediatric Clinics of North America. — 2001. — Vol. 48, № 4. — P. 254—273.

Поступила 03.06.08.

