

Е.М. Якунова, О.В. Сазонова, М.М. Гинзбург, А.В. Галицкая

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФОРМЫ ЛОКУСА КОНТРОЛЯ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКОГО КРИТЕРИЯ УСПЕШНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ

УДК 613.2.038+159.9.075

С целью определения формы локуса контроля у пациентов с ожирением и степени её влияния на эффективность снижения массы тела обследовано 58 чел. в возрасте 25-56 лет с индексом массы тела больше $27,0 \text{ кг/м}^2$. Применялась питательная смесь «Слим» (ФПП сухой специализированный пищевой продукт смешанного состава «Слим»). Оценка формы локуса контроля в начале и в конце лечения показала, что некоторые пациенты, будучи в начале исследования экстерналами, в конце его перешли в группу интернальной направленности; совершивших обратный переход не было. В группе пациентов, бывших экстерналами в начале лечения и в конце его сменивших форму локуса контроля, результативность в снижении веса занимает промежуточное значение, но степень приверженности самая высокая. Установлено, что лучшей комплаентностью к соблюдению программы на краткосрочном этапе снижения веса обладают пациенты с преимущественной экстернальностью. В долгосрочном плане есть тенденция к большей приверженности рекомендациям интерналов.

Ключевые слова: локус контроля, экстернальность, интернальность, ожирение.

In order to define the form of control locus in obese patients and the degree of its influence on the effectiveness of weight loss 58 people aged 25-56 years with body mass index of more than $27,0 \text{ kg/m}^2$. The nutrient mixture «Slim» (FF specialized dry food mixed composition «Slim») was applied. The evaluation of form of the control locus at the beginning and at the end of treatment revealed that some patients being at baseline externals, after it moved into the group of internals; those who committed the reverse transition were none. In a group of patients who were externalities in the early treatment and at the end changing form of control locus, potency in the weight loss takes an intermediate value, but the degree of commitment is the highest. It was found that the best compliance with the program for short-term weight loss had patients with a primary externality. In the long term there is a trend towards greater commitment to the recommendations of the internals.

Keywords: locus of control, externality, internality, obesity.

Введение. Действенные методы лечения ожирения известны давно: это адекватная диетотерапия и двигательная активность. Все другие способы коррекции лишнего веса являются вспомогательными. Хирургические операции, по сути, могут радикально изменить ход патологического процесса, но при этом не воздействуют на поведенческие особенности человека, которые как раз и ведут к перееданию и последующему набору избыточной массы тела. Учитывая частоту рецидивов ожирения, клинические специалисты и учёные разных стран в свою очередь активно ищут способы повышения приверженности пациентов с ожирением проверенным консервативным методикам, замечая, однако, что надёжных методов её прогнозирования пока не существует [7].

На степень комплаентности может влиять форма локуса контроля – понятие в психологии, характеризующее свойство личности приписывать свои успехи или неудачи внутренним либо внешним факторам. Склонность приписывать результаты деятельности внешним факторам называется

«внешний локус контроля» (экстернальность), внутренним факторам – «внутренний локус контроля» (интернальность). Внутренними факторами здесь являются такие свойства личности индивида, как свои усилия, собственные положительные и отрицательные качества, наличие или отсутствие необходимых знаний, умений, навыков и т.п. Для определения локуса контроля используется опросник Дж. Роттера [8].

В связи с этим мы не исключаем, а наоборот, подчёркиваем то, что на эффект диетотерапии в значительной степени может влиять локус контроля пациента – какое направление реакций ему в большей степени свойственно, экстернальность или интернальность? В самом деле, если при интернальности пациент сам принимает ответственность за свои действия в процессе снижения веса и полученные результаты и придерживается стратегии конструктивного сотрудничества, то при экстернальности пациент скорее будет ждать доминирующего участия в его судьбе окружающих – врача, родственников и, скорее, согласится, что благоприятные изменения в его жизни для него самого не по силам [3]. С другой стороны, экстерналы легки на подъём и ведомы яркой новой идеей. Им интересно что-то узнавать и пробовать. Их успех в каком-либо деле может быть недолгим, но быстрым и выраженным. Интерналы же, ставя определённые цели, идут к ним планомерно, без явных взлётов и

падений; их больше интересует долгосрочность. Отсюда «интернальные» люди должны, на наш взгляд, лучше соблюдать диету, сотрудничать с врачом, выяснять обстоятельства, от которых зависит эффект их лечения, постепенно воспринимать все изменения, входящие в их жизнь, тогда как «экстернальные» пациенты будут, скорее, радоваться мгновенным результатам на фоне тесного взаимодействия с лечебной программой, а затем искать причины, почему им не удаётся придерживаться определённых рекомендаций по истечении таковой, в унисон своей психологической направленности всё чаще допуская экстернальное пищевое поведение [4]. Поскольку в настоящее время актуальность алиментарно-зависимых заболеваний высока [6], а вопрос зависимости эффекта диетотерапии от формы локуса контроля не исследовался, мы предприняли попытки его изучения.

Цель нашего исследования – определение формы локуса контроля у пациентов с ожирением и степени её влияния на эффективность снижения массы тела.

Материалы и методы исследования. В данном исследовании были проанализированы результаты соблюдения программы снижения веса у 58 чел. – 13 мужчин и 45 женщин в возрасте 25-56 лет, имеющих избыточный вес и ожирение ($\text{ИМТ} > 27,0 \text{ кг/м}^2$). Из них интерналов 25, экстерналов 33.

В исследовании применялась питательная смесь «Слим» (ФПП сухой

НИИ гигиены и экологии человека СамГМУ:
ЯКУНОВА Елена Михайловна – к.м.н.,
вед. н.с., lena.my@mail.ru, **САЗОНОВА**
Ольга Викторовна – директор, д.м.н., до-
цент, ov_2004@mail.ru, **ГИНЗБУРГ Михаил**
Моисеевич – д.м.н., ассистент кафедры
внутренних болезней, mik131@yandex.ru,
ГАЛИЦКАЯ Анна Владимировна – н.с.,
annagalitskaya@inbox.ru.

специализированный пищевой продукт смешанного состава «Слим»). Технические условия ТУ 9197-005-54050164-13 [5].

Пациенты соблюдали комбинированную программу применения питательной смеси ФПП «Слим»: два дня в неделю по свободному выбору они придерживались ряда правил, позволяющих уменьшить суточную калорийность питания [1], в частности:

- делали питание менее жирным по сравнению с исходным уровнем;
- делали питание менее сладким по сравнению с исходным уровнем;
- разумно относились к лакомствам, употребляя их после еды, а не вместо;
- использовали приёмы, способствующие замедлению акта еды;
- питались дробно-умеренными порциями через небольшие промежутки времени;
- употребляли в пищу порции меньшего размера, нежели в предыдущий период;
- обогащали пищу пищевыми волокнами;
- уменьшали потребление алкоголя по сравнению с исходным уровнем.

Питательную смесь пациенты в эти дни получали в общем количестве 4 порции в день, по 1 порции перед обедом и ужином, ещё одну порцию вместо одного перекуса в течение дня и ещё одну – в качестве лёгкого перекуса перед сном.

В течение других пяти дней в неделю пациенты соблюдали разгрузочный режим, который представлял собой разгрузочные полудни и задавался следующим образом: пациентам разрешался один приём пищи в день по их выбору, который рекомендовалось построить преимущественно из нежирных продуктов. Вместо остальных приёмов пищи, а также для перекуса на ночь пациенты получали 5 порций питательной смеси, овощи общим весом до 800 г и 2-3 ломтика отрубного хлеба до 30 г каждый.

Пациентам рекомендовали совершать ежедневные прогулки бодрым шагом продолжительностью 30-40 мин в день. При этом целевые значения пульса на высоте нагрузки были не выше 110-115 ударов в 1 мин, субъективно контролировалось отсутствие дискомфорта, одышки и сердцебиения.

В качестве самонаблюдения пациенты вели дневник, в котором отмечали характер фактического питания и двигательной активности.

Описанный выше режим питания и образа жизни пациенты соблюдали 12 недель. В процессе соблюдения режима с периодичностью один раз в 4

недели пациенты обследовались, измерялись масса их тела, окружности талии и бёдер, анализировались записи в дневниках питания и двигательной активности.

Кроме того всем пациентам было предложено посещение «Школы больного ожирением», которое состояло из 5 занятий, включающих теоретический материал, практические задания, интерактивное общение с лектором и обсуждение непонятных моментов, ответы на вопросы. Подобные школы имеют большой успех в комплексном лечении ожирения [2].

Для оценки формы локуса контроля применялся тест-опросник уровня субъективного контроля (УСК) Дж. Роттера [8].

Количественные характеристики изучаемых показателей подвергались статистической обработке, заключающейся в вычислении средних арифметических значений. Для определения различий средних арифметических значений применялся t-критерий Стьюдента. Оценивалась значимость отличий средних арифметических значений между группами обследуемых лиц при уровне значимости ($p < 0,05$).

Результаты и обсуждение. В табл. 1 приведены данные, характеризующие выраженность эффекта снижения массы тела в наблюдаемых группах мужчин и женщин и корреляционную зависимость эффекта снижения массы тела от пола, возраста и исходной массы тела пациента.

Как видно из приведённых данных, если представлять эффект в абсолютных цифрах (разнице между исходным и конечным весом в килограммах), то

более выраженный результат демонстрируют мужчины. Однако при представлении результата в процентах от исходного веса эта разница нивелируется, в связи с чем, как нам кажется, выглядит не совсем обоснованным утверждение, встречающееся в ряде исследований, что эффект снижения массы тела у мужчин обычно выше, чем у женщин. Подчеркнём, что выражение результата в процентах от исходного веса в последнее время всё чаще упоминается в литературе. Считается, что это лучше отражает ситуацию, нежели эффект в килограммах. В частности, на представлении эффекта в процентах от исходного можно построить качественную классификацию результата снижения веса (плохой, удовлетворительный, хороший).

Достоверная корреляционная зависимость эффекта от исходной массы тела наблюдается как у мужчин, так и у женщин, но только в том случае, если результат выражен в килограммах. При выражении результата в процентах от исходной массы тела данная зависимость утрачивается (у мужчин $r = 0,09$; $p > 0,05$, у женщин $r = 0,11$; $p > 0,05$).

По результатам оценки формы локуса контроля в начале и в конце обследования было выявлено, что некоторые пациенты, будучи в начале исследования экстерналами, в конце его перешли в группу интернальной направленности; тех, кто совершил обратный переход, среди тестируемых не было.

Как видно из табл. 2, где представлены данные о числе снизивших вес и проценте редукции массы тела, с более высокой частотой хороший резуль-

Таблица 1

Зависимость эффективности программы снижения веса от пола, возраста и исходной массы тела пациентов

Пол	Эффект снижения веса, кг	По сравнению с исходным весом, %	Коэффициент корреляции эффекта снижения веса с возрастом	Коэффициент корреляции эффекта снижения веса с исходной массой тела*
Мужчины (n=5)	9,6±1,82	9,1±1,78	-0,67	0,76
Женщины (n=43)	7,2±1,73**	10,3±1,27	-0,54	0,54

* При выражении эффекта снижения веса в килограммах, ** Различия между группами достоверны ($p < 0,05$).

Таблица 2

Зависимость эффекта снижения веса у больных с ожирением от формы локуса контроля в динамике

Форма локуса контроля	Всего		Снизил вес		Редукция веса, %
	Абс. число	%	Абс. число	%	
Интернал – интернал	25	43,1	16	64,0	3,3±1,8
Экстернал – экстернал	20	34,5	14	70,0	4,9±2,1
Экстернал – интернал	13	22,4	10	76,9*	4,0±1,2
Всего/среднее	58	100	40	69,0	3,9±1,8

* Различия между соответствующими показателями достоверны ($p < 0,05$).

тат наблюдался в группе пациентов с экстернальным направлением, нежели с интернальным – 70,0 и 64,0% соответственно. Процент сниженного веса также был больше у обследуемых с внешней формой локуса контроля – 4,9 и 3,3% соответственно. Данное обстоятельство, на наш взгляд, объясняется тем, что экстерналы в рамках тесного сотрудничества с врачом на занятиях в «Школе больного ожирением» были сиюминутно лучше мотивированы и заинтересованы в успехе.

Кроме того появилась новая подгруппа: пациенты, бывшие экстерналами в начале лечения, в конце его приобрели внутреннюю ориентацию локуса контроля. Их результативность относительно процента сниженного веса занимала промежуточное значение (4,0%), а степень приверженности – самое высокое (76,9%). Это указывает на то, что наиболее выгодный в плане комплаентности к предложенному лечению тип личности, на наш взгляд, – экстернальный, перенявший планомерные черты интернальности: такие пациенты с большей охотой и рвением начинают терапию и готовы дольше соблюдать медицинские рекомендации, что нуждается в дополнительном пролонгированном исследовании без тесного медицинского сопровождения.

Интернальный тип реакции в долгосрочном плане, возможно, играет ключевую роль в успешном похудении – проблема, с которой сталкиваются многие врачи. Люди с преобладающей интернальностью будут охотнее брать ответственность за свой вес на себя, сотрудничать с врачом, выяснять способы и приёмы, которые помогут им восстановить обмен веществ. Люди с преобладанием экстернальности, скорее, будут ждать большей активности от врача, будут искать помощи в таблетках, заговоре, кодировании. Они с большей вероятностью откажутся от каких бы то ни было действий, решив «что всё бесполезно», «что им ничто не может помочь», но на первых этапах терапии такой тип реакции больше заинтересован в лечебных мероприятиях и нуждается в разумном контроле.

Заключение. Было установлено, что лучшей комплаентностью к соблюдению программы на краткосрочном этапе снижения веса обладают пациенты с более высокой экстернальностью. В процессе тесного взаимодействия с врачом эффективность лечения у них выражена отчётливее. В долгосрочном же плане отмечается тенденция к большей приверженности к рекомендациям пациентов с интернальной формой локуса контроля. Такая форма (экстернал-интерналь) определяет то, что пациенты с преимущественной интернальностью скорее связывают свои проблемы со здоровьем со своими собственными действиями, они ответственнее принимают решение их помянуть, в большей степени последовательны и готовы длительно выполнять рекомендации.

Последнее обстоятельство делает актуальной разработку программы, включающей длительный инструктаж пациента, построенный на серии занятий по типу школы, предполагающей не только сообщение пациенту определённых знаний, но и сотрудничество с ним, направленное на выработку навыков (стойких привычек) к соблюдению норм здорового питания и здорового образа жизни. Наравне с непосредственно лечебными рекомендациями важно убедить худеющего человека обсуждать все непонятные и сложные моменты с лечащим врачом. Если возникает ситуация неудачи (а она возникает обязательно), пациент не должен «прятаться» и прекращать лечение, а должен вместе с доктором проанализировать, чем это вызвано – адаптацией его организма к новым условиям питания или тайным отказом от назначений.

В соответствии с результатами данного исследования в начале диетологической коррекции избыточного веса необходимо определять форму локуса контроля и с пациентами преимущественно экстернальной направленности строить общение в более доверительной, но одновременно требовательной форме. С одной стороны, экстерналы чаще ждут поощре-

ния извне, с другой – необходимо дать понять таким пациентам, что успех снижения массы тела в значительной степени зависит от них самих.

Литература

1. Гинзбург М.М. Краткий практикум успешного похудения / М.М. Гинзбург. – Самара: Свет-PRINT, 2007. – 68 с.
Ginzburg M.M. Short workshop of successful weight loss / M.M. Ginzburg. – Samara: Svet-PRINT, 2007. – 68 p.
2. Еганян Р.А. Школа здоровья. Избыточная масса тела и ожирение: руковод. для врачей / Р.А. Еганян, А.М. Калинина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 184 с.
Eganjan R.A. The school of health. Overweight and obesity: Guide for physicians / R.A. Eganjan, A.M. Kalinina. – M.: GJeOTAR-Media, 2010. – 184 p.
3. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2008. – 610 с.
Malkina-Pyh I.G. Psychosomatics / I.G. Malkina-Pyh. – M.: JeKSMO, 2008. – 610 p.
4. Малкина-Пых И.Г. Терапия пищевого поведения / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2007. – 653 с.
Malkina-Pyh I.G. Eating behavior therapy / I.G. Malkina-Pyh. – M.: JeKSMO, 2007. – 653 p.
5. Разработка и создание нового вида ФПП «Слим» и технических условий его производства: гос. контракт №12200p/23115 / О.В. Сазонова, М.М. Гинзбург, Л.М. Бородин, Е.М. Якунов. – Самара, 2013.
The design and creation of a new type of FF «Slim» and technical conditions for its production: government contract №12200p/23115 / O.V. Sazonova, M.M. Ginzburg, L.M. Borodina, E.M. Jakunova. – Samara, 2013.
6. Сазонова О.В. О реализации государственной политики в области здорового питания населения Самарской области / О.В. Сазонова, Е.М. Якунова, А.В. Галицкая // Управление качеством медицинской помощи. – Самара, 2013. – № 1. – С. 5-10.
Sazonova O.V. About implementation of the state policy in the field of healthy nutrition of Samara region / O.V. Sazonova, E.M. Jakunova, A.V. Galitskaja // Health care quality assurance. – Samara, 2013. – N 1. – P. 5-10.
7. Старостина Е.Г. Проблемы лечения пациентов с морбидным ожирением / Е.Г. Старостина // Ожирение и метаболизм. – 2011. – №1. – С. 57-66.
Starostina E.G. Treating problems of morbid obesity patients / E.G. Starostina // Obesity and metabolism. – 2011. – №1. – P. 57-66.
8. Тест-опросник уровня субъективного контроля (УСК) Дж. Роттера // Мир психологии. – URL: <http://www.psyworld.info/test-oprosnik-usk-rottera#more-465> (дата обращения 06.02.2015).