

Личностные детерминанты поведения, связанного со здоровьем, у лиц с различным риском развития метаболического синдрома

Н.П. Долганова¹, О.П. Ротарь², Е.В. Могучая², М.А. Бояринова²,
Е.П. Колесова², А.М. Ерина², Е.А. Дубинина¹, А.О. Конради², А.Н. Алёхин¹

¹ Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Российский государственный педагогический университет имени А.И. Герцена», Санкт-Петербург, Россия

² Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

Долганова Н.П. — аспирант кафедры клинической психологии и психологической помощи ГБОУ ВПО «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена»; Ротарь О.П. — кандидат медицинских наук, заведующая научно-исследовательской лабораторией эпидемиологии артериальной гипертензии ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Минздрава России (ФМИЦ им. В.А. Алмазова); Могучая Е.В. — младший научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории эпидемиологии артериальной гипертензии ФМИЦ им. В.А. Алмазова; Бояринова М.А. — младший научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории эпидемиологии артериальной гипертензии ФМИЦ им. В.А. Алмазова; Колесова Е.П. — научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории эпидемиологии артериальной гипертензии ФМИЦ им. В.А. Алмазова; Ерина А.М. — научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории эпидемиологии артериальной гипертензии ФМИЦ им. В.А. Алмазова; Дубинина Е.А. — кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии и психологической помощи ГБОУ ВПО «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена»; Конради А.О. — доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по научной работе ФМИЦ им. В.А. Алмазова; Алёхин А.Н. — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой клинической психологии и психологической помощи ГБОУ ВПО «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена».

Контактная информация: ГБОУ ВПО «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена», наб. р. Мойки, д. 48, Санкт-Петербург, Россия, 191186. Тел.: +7 (812) 571-25-69. E-mail: natylkin@yandex.ru (Долганова Наталья Павловна).

Резюме

Цель исследования. В проведенном исследовании рассмотрены личностные особенности, влияющие на поведение, связанное со здоровьем, у лиц с различным риском возникновения метаболического синдрома (МС). **Материалы и методы.** По результатам изучения данных 138 респондентов (в возрасте 20–62 лет) с применением методов медицинского обследования, клинико-психологических методов (беседа, наблюдение) и опросников, направленных на изучение личностных особенностей (стресс-совладающее поведение, уровень субъективного контроля, алекситимия), были выявлены личностные и поведенческие особенности у лиц с различным риском возникновения МС. **Результаты.** Лицам с МС и отдельными компонентами МС свойственны специфические характеристики пищевого поведения, эмоциогенный стиль питания, недостаточная продолжительность сна, малоподвижный образ жизни, а также большая выраженность черт алекситимии, более низкий уровень субъективного контроля, преобладание представлений о неподконтрольности событий собственной жизни, более частое использование стратегии избегания в стрессовых ситуациях. Исследование показало существенную роль интернальных установок в формировании внимательного отношения к режиму питания, а также взаимосвязь между стилем стресс-преодолевающего поведения и характеристиками пищевого поведения и табакокурением. **Заключение.** Полученные данные свидетельствуют в пользу необходимости психокоррекционных мероприятий, направленных не только на изменение образа жизни, но и на коррекцию личностных установок и поведенческих паттернов, оказывающих влияние на здоровье.

Ключевые слова: метаболический синдром, образ жизни, алекситимия, локус контроля, копинг-стратегии, сердечно-сосудистые заболевания.

Personal determinants of behavior associated with health in individuals with different risk of developing metabolic syndrome

N.P. Dolganova¹, O.P. Rotar², E.V. Moguchaya², M.A. Boiarinova²,
E.P. Kolesova², A.M. Erina², E.A. Dubinina¹, A.O. Konradi², A.N. Alekhin¹

¹Russian State Pedagogic University named after A.I. Herzen, St Petersburg, Russia

²Federal Almazov Medical Research Centre, St Petersburg, Russia

Corresponding author: Russian State Pedagogic University named after A.I. Herzen, 48 Moyka embankment, St Petersburg, Russia, 191186. Phone: +7 (812) 571–25–69. E-mail: natytkin@yandex.ru (Natalia P. Dolganova, PhD student at the Department of Psychology and Psychological Assistance).

Abstract

Objective. To study personal characteristics affecting health behavior in individuals with different risk of metabolic syndrome (MS). **Design and methods.** We examined 138 respondents (aged 20–62 years) with the use of the medical examination, interview, observation and personality questionnaires (coping style, locus of control, alexithymia), and personality and behavioral characteristics of patients with different risk of MS were identified. **Results.** Subjects with MS and single components of MS are characterized by emotional eating behavior, lack of sleep, lack of exercise, alexithymia, more external locus of control, avoidant coping strategies. The study showed a significant role of internal attitudes in the formation of health-promoting eating behavior, and the correlation between coping style and characteristics of eating behavior and smoking. **Conclusion.** The data support the importance of corrective measures aimed at changing not only the lifestyle, but also personal attitudes, and behavioral patterns that have an impact on health.

Key words: metabolic syndrome, lifestyle, alexithymia, locus of control, coping strategies, cardiovascular diseases.

Статья поступила в редакцию: 08.11.13. и принята к печати: 18.11.13.

Введение

Упоминания об образе жизни как причине здоровья или болезни встречаются начиная с древнейших трактатов [1]. Влияние образа жизни на здоровье человека подтверждается и современными широко-масштабными исследованиями: так, эксперты Всемирной организации здравоохранения указывают, что здоровье человека на 50 % детерминировано его образом жизни [2]. Академик Ю.П. Лисицын [3] приводит близкие данные: в 50–55 % случаев основной причиной формирования заболевания является нездоровый образ жизни. Таким образом, здоровье в немалой степени определяется поведением человека, зависящим от установок и соответствующих знаний.

Подчеркивая роль образа жизни в патогенезе заболеваний, исследователи выделяют «болезни образа жизни», относя к этой категории прежде всего хронические соматические заболевания и патофизиологические состояния [4].

Среди последних особое внимание специалистов привлекает метаболический синдром (МС). Многие авторы называют его «болезнью образа жизни», «синдромом избытка» [5–7]. Это связано

с тем, что лица с МС склонны к нарушениям пищевого поведения, ведут преимущественно малоподвижный образ жизни [8, 9], в целом обладают сниженной мотивацией к здоровому образу жизни [10, 11].

Лицам с МС свойственен эмоциогенный тип пищевого поведения, характеризующийся использованием пищи как «средства» саморегуляции эмоционального состояния, прежде всего снижения тревоги [12, 13]. Исследования, проводимые в Karolinska Institute (Швеция) с участием 3607 мужчин и женщин, показали, что нерегулярное питание является потенциальным фактором риска МС и инсулинорезистентности, независимо от особенностей продуктов питания и прочих факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний [14]. Аналогичные данные были получены в отношении такого фактора риска как низкий уровень физической активности. Актуальность и значение данного фактора в формировании МС подчеркивается прогрессированием урбанизации, модернизации и технического прогресса [15].

В формировании метаболических нарушений существенная роль отводится также нарушению

режима сна-бодрствования. Сокращение продолжительности сна признается фактором риска компонентов МС: ожирения [16], сахарного диабета [17], инсулинорезистентности [18], а также артериальной гипертензии [19]. В исследовании Martica H. Hall с коллегами (2008) было установлено, что недостаток или избыточность сна (за норму принимался сон 7–8 часов) увеличивает риск МС на 45 %. Неудовлетворительное количество и качество сна влияют на возникновение абдоминального ожирения, увеличения уровня глюкозы в крови натощак и гипертриглицеридемии [20].

Таким образом, результаты исследований свидетельствуют о необходимости систематических усилий пациентов с МС и врача, направленных не только на медикаментозную терапию, но и на коррекцию образа жизни [21, 22]. Однако по данным некоторых авторов, лица с МС не всегда адекватно оценивают состояние своего здоровья, им свойственно оценивать свое самочувствие как «хорошее» [13], что снижает мотивацию к участию в специальных программах по коррекции поведенческих факторов риска МС.

Выявлены также другие психологические особенности данной клинической группы, потенциально участвующие в формировании «нездоровых» стереотипов поведения.

Так, например, эксперимент, проведенный в 70-х годах XX века, показал, что исследуемые с экстернальным локусом контроля, то есть с устойчивыми представлениями о зависимости событий собственной жизни не столько от собственных усилий, сколько от внешних обстоятельств, при возможности неограниченного питания значительно больше прибавляли в весе, чем лица с интернальным локусом контроля [23].

Существуют исследования, демонстрирующие особенности стресс-совладающего поведения лиц с МС. Так, лицам с МС свойственны уход от решения проблем, стратегия избегания в борьбе со стрессом, игнорирование проблемы. Эмоциональное напряжение в случае стрессовой ситуации такими людьми снижается посредством приема пищи, походов по магазинам, сна, пассивного отвлечения, табакокурения [24, 25].

Ряд авторов выделяют как особый фактор риска МС алекситимию — личностный конструкт, отражающий трудности идентификации, описания и выражения собственных эмоций и чувств. Показано, что у алекситимичных пациентов с сердечно-сосудистой патологией чаще встречаются гиперхолестеринемия, избыточная масса тела, сахарный диабет [26–28]. У больных с алекситимическим радикалом в среднем отмечаются более

высокое артериальное давление, частое повышение артериального давления в ночное время [28, 29]. Данный фактор важно учитывать также ввиду того, что алекситимия имеет негативное влияние на терапевтический процесс у лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями [30]. Вместе с тем, по мнению некоторых авторов, алекситимия может являться как сопутствующим, так и независимым фактором риска для сердечно-сосудистых заболеваний и МС [31].

Таким образом, исследования указывают на значительную роль личностных особенностей в формировании поведенческих факторов риска МС. Вместе с тем данные особенности преимущественно не учитываются при проведении профилактических и лечебных мероприятий. Кроме того, большинство работ по данной проблеме выполнены зарубежными авторами, а отечественный опыт исследования личностных детерминант поведения, связанного со здоровьем, ограничен.

Вышеизложенное определило **цель настоящего исследования** — установить роль личностных характеристик в формировании поведенческих факторов риска МС для обоснования направлений психологической коррекции и психологического сопровождения профилактического и лечебного процессов.

Материалы и методы

В рамках медико-психологического исследования, проводимого на базе научно-исследовательской лаборатории эпидемиологии артериальной гипертензии ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Минздрава России, было обследовано 138 человек в возрасте 20–62 лет (55 мужчин и 83 женщины, средний возраст — $46,6 \pm 7,8$ года) из числа работников одного из банков Санкт-Петербурга, желающих пройти профилактическое обследование. Респонденты проходили ряд медицинских обследований, направленных на оценку компонентов МС: измерение артериального давления и окружности талии, биохимический анализ крови (уровень глюкозы, триглицеридов, липопротеинов высокой плотности). Кровь забирали натощак, анализировали с помощью анализатора «Hitachi-702» и реактивов фирмы «Roche». Измерение окружности талии осуществлялось специальной сантиметровой лентой с регулируемым натяжением, располагавшейся строго горизонтально на уровне *crista iliaca*, в положении стоя в конце выдоха. Измерение артериального давления проводилось после 10-минутного отдыха в положении сидя с упором на правой руке, затем регистрировалась частота сердечных сокращений.

Измерения артериального давления и частоты сердечных сокращений осуществлялись до выполнения забора крови [32, 33].

Для оценки выраженности компонентов МС использовали критерии Joint Interim Statement, совместно разработанные International Diabetes Federation (Международной Федерацией Диабета), National Heart, Lung, and Blood Institute (Национальным Институтом Сердца, Легких и Крови), World Heart Federation (Мировой Федерацией Сердца), International Atherosclerosis Society (Международным Обществом Атеросклероза) и American Heart Association (Американской Федерацией Сердца) в 2009 году [34]:

1. Центральное ожирение (окружность талии более 80 см у женщин и более 94 см у мужчин);
2. Артериальная гипертензия (артериальное давление более 130/85 мм рт. ст. или регулярный прием антигипертензивной терапии);
3. Гипертриглицеридемия (более 1,7 ммоль/л), либо прием гиполипидемической терапии;
4. Пониженная концентрация липопротеинов высокой плотности (у женщин менее 1,3 ммоль/л, у мужчин менее 1,09 ммоль/л);
5. Гипергликемия натощак (уровень глюкозы в плазме крови более 5,6 ммоль/л, либо прием гипогликемической терапии).

На основании степени выраженности компонентов МС обследованные были объединены в три группы: 1-я группа — с МС (3 и более компонентов МС — МС, 48 человек, или 35 %, средний возраст — $46,4 \pm 10,1$ года); 2-я группа — без МС, но с отдельными компонентами МС (1–2 компонента МС — ОКМС, 58 человек, или 42 %, возраст — $48,4 \pm 10,5$ года); 3-я группа — условно здоровые (УЗ) лица без компонентов МС (УЗ, 32 человека, или 23 %, средний возраст — $43,4 \pm 9,2$ года).

В рамках психологического исследования использовались следующие методы:

1. Структурированное интервью для оценки социально-экономического статуса;
2. Анкета, направленная на оценку эмоционального статуса, общего самочувствия и образа жизни;
3. Торонтская алекситимическая шкала [«Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)»], направленная на диагностику уровня алекситимии [35];
4. Опросник «Стратегии совладающего поведения», направленный на диагностику стиля поведения личности в стрессовых (психотравмирующих, проблемных) ситуациях [36, 37];
5. Опросник «Уровень субъективного контроля», направленный на выявление локуса контроля личности [38].

Математико-статистический анализ данных осуществлялся с помощью программной системы SPSS Statistics for Windows (версия 20). При эмпирическом анализе данных использовались методы описательной статистики (частоты, среднее, процентное соотношение), методы выявления различий на независимых выборках (U-критерий Манна-Уитни), методы выявления взаимосвязей (коэффициент корреляции Пирсона). С помощью описательной статистики анализировались как качественные показатели, так и показатели количественной степени выраженности признака.

Результаты

Социально-демографические характеристики обследованных групп

По социально-демографическим характеристикам группы существенно не различались: преобладали респонденты, актуально имеющие профессиональную занятость (в среднем 85 %), имеющие высшее образование (в среднем 64 %). В группе УЗ отмечался несколько более высокий процент состоящих в браке (78,1 %) по сравнению с остальными (МС: в браке — 50 %; ОКМС: в браке — 65,5 %; $p = 0,05$). В группе ОКМС 72,4 % составляли женщины, мужчины — 27,6 %. В группах МС и УЗ количество женщин и мужчин было примерно равным.

Характеристики образа жизни обследованных групп

Обращают на себя внимание различия в образе жизни у лиц с МС, факторами риска МС и условно здоровых респондентов (табл.). Следует отметить, что среди условно здоровых лиц чаще встречаются те, кто следит за режимом питания (питается регулярно, старается не переедать, не употреблять высококалорийные продукты на ночь и прочее).

Лица с ОКМС значительно реже по сравнению с условно здоровыми исследуемыми контролируют качество питания. Большинство представителей данной группы исследуемых признаются, что отдают предпочтение вкусовым качествам продукта, а не их очевидной пользе.

Для лиц с МС и ОКМС характерен нестабильный режим сна и бодрствования с тенденцией к недостаточной продолжительности сна. Такие респонденты чаще сообщают, что спят меньше 7 часов, предъявляют жалобы на хроническое недосыпание. Перед сном они чаще занимаются ответственными делами и напряженным интеллектуальным трудом. Ввиду нарастающей хронической усталости данные особенности могут провоцировать прочие проявления «нездорового» образа жизни.

Таблица

ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗА ЖИЗНИ ЛИЦ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА (Кол-во чел./%)

Группы	Особенности образа жизни (n %)								
	Следят за режимом питания	Ограничивают себя в употреблении «вредных» продуктов	Не соблюдают режим сна и бодрствования	Злоупотребляют алкоголем	Курят	Свободное время проводят перед телевизором и компьютером	Занимаются спортом	Пренебрегают посещением врача	Следят за здоровьем
МС n = 48	20/41,7 %	27/56,2 %	29/60,4 %	8/16,7 %	11/22,9 %	38/79,1 %	17/35,4 %	39/81,2 %	24/50 %
ОКМС n = 58	25/43,1 %	24/41,4 %	37/63,8 %	6/10 %	15/25,9 %	43/74,1 %	17/29,3 %	52/89,7 %	21/36,2 %
УЗ n = 32	22/68,8 %	24/75 %	11/34,4 %	9/28 %	8/25 %	22/68,7 %	25/78,1 %	25/78,1 %	16/5 %
Значимость различий	$p_{1,2} = 0,882$ $p_{2,3} = 0,020$ $p_{1,3} = 0,018$	$p_{1,2} = 0,129$ $p_{2,3} = 0,002$ $p_{1,3} = 0,089$	$p_{1,2} = 0,722$ $p_{2,3} = 0,008$ $p_{1,3} = 0,023$	$p_{1,2} = 0,341$ $p_{2,3} = 0,031$ $p_{1,3} = 0,223$	$p_{1,2} = 0,727$ $p_{2,3} = 0,929$ $p_{1,3} = 0,831$	$p_{1,2} = 0,546$ $p_{2,3} = 0,587$ $p_{1,3} = 0,295$	$p_{1,2} = 0,505$ $p_{2,3} = 0,0001$ $p_{1,3} = 0,0001$	$p_{1,2} = 0,219$ $p_{2,3} = 0,139$ $p_{1,3} = 0,734$	$p_{1,2} = 0,155$ $p_{2,3} = 0,209$ $p_{1,3} = 1,000$

Примечание: МС — метаболический синдром; УЗ — условно здоровые; ОКМС — отдельные компоненты метаболического синдрома.

Интересным представляется тот факт, что большинство исследуемых всех трех групп свободное время предпочитают проводить за просмотром ТВ-передач или за компьютером. Однако представители группы УЗ компенсируют такое проведение досуга активной физической нагрузкой.

Выявлены различия между группами ОКМС и УЗ по критерию «Злоупотребление алкоголем», при этом несколько более частое употребление алкоголя отмечается в группе УЗ, что, по-видимому, объясняется несколько большей представленностью в ней мужчин (по сравнению с ОКМС).

Представляется важным тот факт, что, за исключением некоторых обследуемых, большинство пренебрегают регулярными посещениями врача в профилактических целях. Данный феномен, вероятно, указывает на низкую осведомленность о значимости превентивных мер по отношению к различным заболеваниям.

Личностные характеристики обследованных групп

Результаты исследования личностных характеристик показали, что у лиц с ОКМС по сравнению с условно здоровыми исследуемыми высокий уровень алекситимии встречается значительно чаще ($p = 0,027$). Трудности идентификации и вербализации эмоций и чувств, дифференцирования эмоций и телесных проявлений, склонность к соматизации эмоциональных переживаний значительно более характерны как для респондентов с МС, так и с отдельными его компонентами (МС — 39,6%; ОКМС — 44,8%; УЗ — 12,5%).

При оценке локуса контроля было установлено, что исследуемые с МС и ОКМС демонстрируют значимо меньшую степень интернальности по показателям «Интернальность в области семейных отношений» ($p_{\text{ОКМС/УЗ}} = 0,011$; $p_{\text{МС/УЗ}} = 0,008$) и «Интернальность в отношении здоровья

и болезни» ($p_{\text{ОКМС/УЗ}} = 0,0001$; $p_{\text{МС/УЗ}} = 0,002$). Таким образом, в области семейных взаимоотношений причины трудностей и благополучия видятся таким респондентам преимущественно во внешних обстоятельствах или действиях других людей. Аналогично, здоровье/нездоровье чаще оцениваются респондентами с метаболическими нарушениями как следствие удачи/неудачи, случайности, внешних условий, поведения врачей и тому подобное.

По результатам изучения стресс-совладающего поведения было установлено, что по сравнению с группой УЗ у исследуемых с ОКМС в значимо большей степени выражены (в поведении) стратегии «Конфронтация» ($p = 0,013$) и «Дистанцирование» ($p = 0,007$). Копинг «Бегство/избегание» оказался более характерен для лиц с ОКМС и МС, чем для УЗ ($p_{\text{ОКМС/УЗ}} = 0,004$; $p_{\text{МС/УЗ}} = 0,0001$), что согласуется с данными других исследований [24, 25]. Данный факт может свидетельствовать о склонности респондентов к импульсивному, активному и не всегда целенаправленному сопротивлению трудностям, а в случае неудачи — пассивному избеганию проблемы за счет самоотвлечения и снижения субъективной значимости ситуации.

Взаимосвязи личностных характеристик и образа жизни в обследованных группах

Значимых корреляций между показателем уровня алекситимии и особенностями образа жизни выявлено не было, что указывает на вероятную низкую значимость данной характеристики в формировании поведенческих паттернов, влияющих на здоровье.

Выявлены взаимосвязи между уровнем интернальности и особенностями образа жизни. Отмечается прямая взаимосвязь между фактором внимательного отношения к режиму питания и общей интернальностью ($r = 0,207$, $p = 0,015$), включая основные ее компоненты. Можно заключить, что склонность к осознанному контролю режима и рациона питания формируется при участии базовых установок личности относительно подконтрольности событий собственной жизни.

По данным корреляционного анализа отмечаются обратные взаимосвязи между предпочтением копинг-стратегии «Бегство/избегание» и ограничением себя в еде ($r = -0,174$, $p = 0,041$), соблюдением режима питания ($r = -0,181$, $p = 0,033$) и регулярными физическими нагрузками ($r = -0,175$, $p = 0,04$). По всей видимости, нарушение пищевого поведения и пассивное времяпрепровождение выступают как стихийные способы саморегуляции эмоционального состояния в стрессовых ситуациях, то есть способы снижения эмоционального напряжения и самоотвлечения.

Для курящих респондентов менее характерной оказалась копинг-стратегия самоконтроля ($p = 0,032$), что также позволяет предположить роль табакокурения в формировании стереотипов саморегуляции эмоционального состояния в стрессовых ситуациях.

Обсуждение

Формирование мотивации здоровья является весьма актуальной задачей, особенно в работе с лицами «групп риска». Как показывают исследования, информированность о неблагоприятных последствиях «нездорового поведения» является недостаточным условием для следования здоровому образу жизни [39, 40].

Несмотря на очевидное влияние образа жизни на здоровье, на активную просветительскую деятельность медицинских организаций по данному вопросу, в современном обществе проблема оздоровления повседневного поведения остается острой и актуальной. Однако существуют данные о возможности коррекции образа жизни при адекватном учете роли психологических факторов в его формировании [40]. Это представляется особенно значимым в связи с задачами профилактики и лечения МС.

Ввиду возрастающей распространенности МС среди населения и необходимости проведения превентивных мероприятий вопрос взаимосвязи метаболических расстройств и личностных особенностей, обуславливающих образ жизни, становится все более актуальным.

Данное исследование было направлено на изучение особенностей поведенческих паттернов, связанных со здоровьем, у лиц с различной степенью риска формирования МС, а также сопряженных с ними личностных детерминант и эмоциональных особенностей.

Выявлены поведенческие паттерны, оказывающие влияние на здоровье, у лиц с МС и ОКМС, а именно: специфические характеристики пищевого поведения (несоблюдение режима питания, переизбыток, употребление высококалорийных и «вредных» продуктов), эмоциогенный стиль питания, недостаточная продолжительность сна (сон менее 7 часов, хроническое недосыпание, высокая умственная нагрузка перед отхождением ко сну), малоподвижный образ жизни (проведение досуга перед телевизором или компьютером, отсутствие регулярных занятий спортом или физической нагрузкой).

Обнаружен ряд личностных особенностей, характерных для лиц с метаболическими нарушениями. В частности, показана большая выраженность черт алекситимии, что свидетельствует о

непосредственной или опосредованной особенностями образа жизни роли эмоциональной компетентности в формировании МС. Отмечается также более низкий уровень субъективного контроля, преобладание представлений о неподконтрольности событий собственной жизни, а также более частое использование стратегии избегания в стрессовых ситуациях.

Что касается личностных особенностей, сопряженных с образом жизни, то исследование показало существенную роль интернальных установок в формировании внимательного отношения к режиму питания.

Также установлены взаимосвязи между стилем стресс-преодолевающего поведения, с одной стороны, и характеристиками пищевого поведения, а также табакокурением — с другой. Это позволяет предположить роль данных поведенческих особенностей как механизмов саморегуляции эмоционального состояния.

Таким образом, результаты данного исследования указывают на необходимость включения программ психологической коррекции, направленных на развитие эмоциональной компетентности, более ответственного отношения к своему здоровью, повышение стрессоустойчивости и расширение арсенала стратегий преодоления стрессовых ситуаций в процесс профилактики и лечения МС, сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета 2-го типа.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература

- Изуткин Д.А. Концептуальные основы взаимосвязи образа жизни и здоровья: дис. ... д-ра философ. наук. — Нижний Новгород, 2005. — 365 с. / Izutkin D.A. Conceptual basis of lifestyle and health interaction: PhD thesis. — Nizhniy Novgorod, 2005. — 365 p. [Russian].
- Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения. — [Электронный ресурс]. — URL: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_ru.pdf (дата обращения: 25.05.2013). // ВОЗ: сайт. 2006. / WHO Constitution [Russian]. — [Electronic resource]. — URL: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_ru.pdf (access date: 25.05.2013).
- Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. — М.: Гэотар Мед. — 2002. — С. 44–68. / Lisytsin Y.P. Public health and public health service: textbook. — Moscow: Geotar Med, 2002. — P. 44–68 [Russian].
- Гинзбург М.М., Козупица Г.С., Котельников Г.П. Ожирение как болезнь образа жизни. Современные аспекты профилактики и лечения. — Самара: Изд-во Самарского Госмедуниверситета, 1997. — 48 с. / Ginzburg M.M., Kozupitsa G.S., Kotelnikov G.P. Obesity as lifestyle disease. Modern aspects of prevention and treatment. — Samara: Samara State Medical University publishing house, 1997. — 48 p. [Russian].
- Хаустова Е.А. Психосоматический подход к болезням цивилизации (на примере метаболического синдрома X) // Новости медицины и фармации: неврология и психиатрия (тематический номер) [сайт. 2007]. — [Электронный ресурс]. — URL: <http://novosti.mif-ua.com/archive/issue-5111/article-5122/> (дата обращения: 08.10.2012) / Haustova E.A. Psychosomatic approach to civilization diseases (example of metabolic syndrome X) // News of medicine and pharmacy: neurology and psychiatry (special issue) (site 2007). — [Electronic resource]. — URL: <http://novosti.mif-ua.com/archive/issue-5111/article-5122/> (access date: 08.10.2012) [Russian].
- Brunner E.J., Marmot M.G., Nanchahal K. Social inequality in coronary risk: central obesity and the metabolic syndrome // *Diabetologia*. — 1997. — Vol. 40, № 11. — P. 1341–1349.
- Goldbacher E.M., Matthews K.A. Are psychological characteristics related to risk of the metabolic syndrome? A review of the literature // *Ann. Behav. Med.* — 2007. — Vol. 34, № 3. — P. 240–252.
- Бутрова С.А. Метаболический синдром: патогенез, клиника, диагностика, подходы к лечению // *Рус. мед. журн.* — 2001. — № 2. — С. 56–60. / Butrova S.A. Metabolic syndrome: pathogenesis, clinical findings, diagnosis, treatment approaches // *Russian Cardiology Journal [Rossiyskiy Kardiologicheskii Zhurnal]*. — 2001. — № 2. — P. 56–60. [Russian].
- Минвалеев Р. Почему мы толстеем или что такое метаболический синдром // *Химия и жизнь*. — 2007. — № 2. — С. 36–39. / Minvaleev R. Why we become obese or what is the metabolic syndrome // *Chemistry and Life [Khimiya i Zhizn']*. — 2007. — № 2. — P. 36–39 [Russian].
- Бентли-Льюис Р., Пендерграсс М. Физические упражнения в лечении метаболического синдрома // *Метаболический синдром*. / Под ред. В. Фонсеки. — М.: «Практика». — 2011. — С. 62–82. / Bentley-Lewis R., Pendergrass M. Physical activity as treatment of metabolic syndrome // *Metabolic syndrome* / Ed. by V. Fonseca. — Moscow: Praktika, 2011. — P. 62–82 [Russian].
- Fogelholm M., Kukkonen-Harjula K., Nenonen A., Pasanen M. Effects of walking training on weight maintenance after a very-low-energy diet in premenopausal obese women: a randomized controlled trial // *Arch. Intern. Med.* — 2000. — Vol. 160, № 14. — P. 2177–2184.
- Воскресенская Т.Г. Расстройства пищевого поведения при ожирении и их коррекция // *Ожирение и метаболизм*. — 2004. — № 2. — С. 2–9. / Voskresenskaya T.G. Food behavior deviations and their correction // *Obesity and Metabolism [Ozhireniye i Metabolizm]*. — 2004. — № 2. — P. 2–9 [Russian].
- Завражных Л.А., Смирнова Е.Н. Значение психологических характеристик пациента для эффективного лечения метаболического синдрома // *Клиницист*. — 2011. — № 3. — С. 49–55. / Zavrajnyh L.A., Smirnova E.N. Significance of patient psychological features for effective treatment of metabolic syndrome // *Clinician [Klinitsist]*. — 2011. — № 3. — P. 49–55 [Russian].
- Sierra-Johnson J., Undén A.L., Linstrand M. et al. Eating meals irregularly: a novel environmental risk factor for the metabolic syndrome // *Obesity*. — 2008. — Vol. 16, № 6. — P. 1302–1307.
- Speiser P.W., Mari C.J. et al. Consensus statement: childhood obesity // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* — 2005. — Vol. 90, № 3. — P. 1871–1887.
- Романцова Т.И. Эпидемия ожирения: очевидные и вероятные причины // *Ожирение и метаболизм*. — 2011. — № 1. — С. 5–19. / Romantseva T.I. Obesity epidemic: obvious and possible reasons // *Obesity and Metabolism [Ozhireniye i Metabolizm]*. — 2011. — № 1. — P. 5–19 [Russian].
- Yaggi H.K., Araujo A.B., McKinlay J.B. Sleep duration as a risk factor for the development of type 2 diabetes // *Diabetes Care*. — 2006. — Vol. 29, № 3. — P. 657–661.

18. Spiegel K., Knutson K., Leproult R., Tasali E., Van Cauter E. Sleep loss: a novel risk factor for insulin resistance and type 2 diabetes // *J. Appl. Physiol.* — 2005. — Vol. 99, № 5. — P. 2008–2019.
19. Gangwisch J.E., Heymsfield S.B., Boden-Albala B. et al. Short sleep duration as a risk factor for hypertension: analyses of the first National Health and Nutrition Examination Survey // *Hypertension.* — 2006. — Vol. 47, № 5. — P. 833–839.
20. Hall M.H., Muldoon M.F., Jennings J.R., Buysse D.J., Flory J.D., Manuck S.B. Self-reported sleep duration is associated with the metabolic syndrome in midlife adults // *Sleep.* — 2008. — Vol. 31, № 5. — P. 635–643.
21. Искендеров Б.Г., Ветрова И.П. Влияние психотерапевтической коррекции на течение хронической сердечной недостаточности у больных с тревожно-депрессивными расстройствами // *Материалы VIII юбилейной российской научной конференции с международным участием «Реабилитация и вторичная профилактика в кардиологии», 13–14 мая 2009 г.* — М.: ООО «Компания Медиком», 2009. — С. 77–78. / Iskenderov B.G., Vetrova I.P. The influence of psychotherapeutic correction to chronic heart failure in patients with anxiety and depressive disorders // *Proceedings of the VIII Russian scientific conference with international participation «Rehabilitation and Secondary Prevention in Cardiology», 13–14 May 2009.* — Moscow: «Company Medicom», 2009. — P. 77–78 [Russian].
22. Абдурахманов М.М., Мухидов У.Р., Рахимов Э.З. Комплексный подход к лечению метаболического синдрома // *Материалы VIII юбилейной российской научной конференции с международным участием «Реабилитация и вторичная профилактика в кардиологии», 13–14 мая 2009 г.* — М.: ООО «Компания Медиком», 2009. — С. 1–2. / Abdurakhmanov M.M., Muhidov W.R., Rakhimov E.Z. An integrated approach to the treatment of the metabolic syndrome // *Proceedings of the VIII Russian scientific conference with international participation «Rehabilitation and Secondary Prevention in Cardiology», 13–14 May 2009.* — Moscow: «Company Medicom», 2009. — P. 1–2 [Russian].
23. Сидоров А.В. Типология психологических особенностей пациентов с алиментарным ожирением // *Психологические исследования.* — 2012. — Т. 21, № 1. — С. 10. — [Электронный ресурс]. — URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 08.07.2013). / Sidorov A.V. Typology of psychological characteristics of patients with alimentary obesity // *Psychological studies [Psikhologicheskoe issledovaniya].* — 2012. — Vol. 21, № 1. — P. 10. — [Electronic resource]. — URL: <http://psystudy.ru> (access date: 08.07.2013). [Russian].
24. Yancura L.A., Aldwin C.M., Levenson M.R., Spiro A. 3rd. Coping, affect, and the metabolic syndrome in older men: how does coping get under the skin? // *J. Gerontol. B. Psychol. Sci. Soc. Sci.* — 2006. — Vol. 61, № 5. — P. 295–303.
25. Ротарь О.П., Трифонова Е.А., Коростовцева Л.С. и др. Адаптация к профессиональному стрессу и риск метаболического синдрома у работников банка // *Артериальная гипертензия.* — 2011. — Т. 17, № 1. — С. 25–33. / Rotar O.P., Trifonova E.A., Korostovtseva L.S. et al. Adapting to occupational stress and the risk of metabolic syndrome in the bank employees // *Arterial Hypertension [Arterialnaya Gipertenziya].* — 2011. — Vol. 17, № 1. — P. 25–33 [Russian].
26. Numata Y., Ogata Y., Oike Y. et al. A psychobehavioral factor, alexithymia, is related to coronary spasm // *Jpn. Circ J.* — 1998. — Vol. 62, № 6. — P. 409–413.
27. Kauhanen J., Kaplan G.A., Cohen R.D. et al. Alexithymia may influence the diagnosis of coronary heart disease // *Psychosom. Med.* — 1994. — Vol. 56, № 3. — P. 237–244.
28. Лышова О.В., Провоторов В.М., Чернов Ю.Н. Особенности клинических проявлений гипертонической болезни при алекситимии // *Кардиология.* — 2002. — Т. 42, № 6. — С. 47–50. / Lyshova O.V., Provotorov V.M., Chernov Yu.N. Clinical characteristics of hypertensive disease in patients with alexithymia // *Cardiology [Kardiologiya].* — 2002. — Vol. 42, № 6. — P. 47–50 [Russian].
29. Lemche A.V., Chaban O.S., Lemche E. Alexithymia predicts triglyceride level, systolic blood pressure, and diabetic status in metabolic syndrome // *Eur. Psychiatry.* — 2010. — Vol. 25. — P. 1019.
30. Isaksson H., Konarski K., Theorell T. The psychological and social condition of hypertensives resistant to pharmacological treatment // *Soc. Sci. Med.* — 1992. — Vol. 35, № 7. — P. 869–875.
31. Grabe H.J., Schwahn C., Barnow S. Alexithymia, hypertension, and subclinical atherosclerosis in the general population // *J. Psychosom. Res.* — 2010. — Vol. 68, № 2. — P. 139–147.
32. Konradi A.O., Rotar O.P., Korostovtseva L.S. et al. Prevalence of metabolic syndrome components in a population of bank employees from St. Petersburg, Russia // *Metab. Syndr. Relat. Disord.* — 2011. — Т. 9, № 5. — P. 337–343.
33. Шляхто Е.В., Конради А.О., Ротарь О.П., Солнцев В.Н. К вопросу о критериях метаболического синдрома. Значение выбора критерия для оценки распространенности // *Артериальная гипертензия.* — 2009. — Т. 15, № 4. — С. 409–412. / Shlyakhto E.V., Konradi A.O., Rotar O.P., Solntsev V.N. On the question of the criteria for the metabolic syndrome. The importance of choosing the correct criteria to measure the prevalence // *Arterial Hypertension [Arterialnaya Gipertenziya].* — 2009. — Vol. 15, № 4. — P. 409–412 [Russian].
34. Alberti K.G., Eckel R.H., Grundy S.M. et al. International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; International Association for the Study of Obesity. Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity // *Circulation.* — 2009. — Vol. 120, № 16. — P. 1640–1645.
35. Ереско Д.Б., Исурина Г.Л., Кайдановская Е.В., Карвасарский Б.Д. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах // *Метод. пособ. каф. психотерапии института им. В.М. Бехтерева.* — СПб., 2005. — 17 с. / Yeresko D.B., Isurina G.L., Kaidanovskaya E.V., Karvasarsky B.D. Alexithymia and method of determining the borderline psychosomatic disorders // *Methodical Manual of Department of Psychotherapy of the St Petersburg Psychoneurological Research Institute n.a. V.M. Bekhterev [Metodicheskoye Posobiye Kafedry Psikhoterapii Instituta Imeni V.V. Bekhtereva].* — St Petersburg, 2005. — 17 p. [Russian].
36. Крюкова Т.Л., Куфтяк Е.В. Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ) // *Журнал практического психолога.* — 2007. — № 3. — С. 93–112. / Kryukova T.L., Kuftyak E.V. The inquirer of coping (adaptation method WCQ) // *Journal of Practical Psychology [Zhurnal Prakticheskogo Psikhologa].* — 2007. — № 3. — P. 93–112 [Russian].
37. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Исаева Е.Р. и др. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями. — СПб.: изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2009. — 37 с. / Vasserman L.I., Iovlev B.V., Isayev E.R. et al. The method for psychological diagnostics of coping with stressful and problematic for individual situations. — St Petersburg: Publishing House of the St Petersburg Psychoneurological Research Institute n.a. V.M. Bekhterev, 2009. — 37 p. [Russian].

38. Бажин Е.Ф., Голынкина Е.А., Эткинд А.М. Метод исследования уровня субъективного контроля // Психологический журнал. — 1984. — Т. 5, № 3. — С. 152–162. / Bazhin E.F., Golyunkina E.A., Etkind A.M. The method of study of the locus of control // Psychological Journal [Psikhologicheskii Zhurnal]. — 1984. — Vol. 5, № 3. — P. 152–162 [Russian].

39. Борисов М.М., Виленский М.Я. Психолого-педагогические аспекты формирования здорового образа жизни у студенческой молодежи // Профилактика пьянства, наркомании, токсикомании, курения, СПИД: курс лекций. — 1990. — С. 30–42. / Borisov M.M., Vilensky M.J. Psychological and pedagogical aspects of a healthy lifestyle among students // Prevention of alcoholism, drug addiction, toxicomania, smoking, AIDS: a course of lectures. — 1990. — P. 30–42 [Russian].

40. Классов Б.А. Психологические механизмы формирования образа жизни личности: дис. ... канд. психологич. н. — Новосибирск, 1996. — 204 с. / Classov B.A. Psychological mechanisms of life of the person: the thesis for the degree the candidate of psychological sciences. — Novosibirsk, 1996. — 204 p. [Russian].

41. Ротарь О.П., Либис Р.А., Исаева Е.Н. и др. Распространенность метаболического синдрома в разных городах РФ // Рос. кардиол. журн. — 2012. — Т. 94, № 2. — С. 55–62. / Rotar O.P., Libis R.A., Isaeva E.N. et al. The prevalence of metabolic syndrome in different cities of Russian Federation // Russian Cardiology Journal [Rossiyskiy Kardiologicheskii Zhurnal]. — 2012. — Vol. 94, № 2. — P. 55–62 [Russian].