

МОДЕЛЬ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ПІДЛІТКІВ ІЗ ОЖИРІННЯМ

¹ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН», Харків,
²Харківська медична академія післядипломної освіти

Подано модель і основні етапи медико-психологічного супроводу підлітків із ожирінням в умовах стаціонарного лікування. На основі аналізу результатів психодіагностичного дослідження виділено мішені психокорекційного втручання. Визначено напрями роботи з батьками підлітків із ожирінням для залучення сімейних ресурсів підтримки комплаєнтності.

Ключові слова: підлітки, ожиріння, психологічний супровід.

Ожиріння — хронічне захворювання, що виявляється надлишковим збільшенням маси тіла переважно за рахунок надмірного накопичення жирової тканини [1]. Тривалий й прогресуючий перебіг захворювання ускладнюється порушенням функції різних органів і систем, а зміни зовнішнього вигляду людини сприяють формуванню значного психологічного дискомфорту. Відомо, що дитяче та підліткове ожиріння, яке продовжується у дорослому віці, відзначається важчим перебігом, збільшеною частотою супутніх захворювань, ніж ожиріння, яке дебютувало у дорослому віці [2]. Сучасний спосіб життя, зокрема дозвілля за телевізором або комп'ютером, призводить до зниження рухової активності дітей і підлітків, а доступність солодощів та значної кількості різноманітної висококалорійної їжі сприяє її надмірному споживанню, що також обумовлює розвиток ожиріння [3]. Але надмірний апетит може бути спричинений не лише звичкою або психогенними факторами, а також і розладами гіпоталамічних структур, порушенням вуглеводного обміну. Гіпоталамічне ожиріння розвивається після інфекції, інтоксикації, черепно-мозкової травми, пологової травми, млявих септичних процесів, енцефаліту, органічного ураження центральної нервової системи. Ураження вентромедіальних ядер гіпоталамусу призводить до гіперфагії та ожиріння [4].

Фахівці визнають, що лікування ожиріння поряд із медикаментозними та немедикаментозними засобами терапії потребує суттєвої психологічної перебудови, формування мотивації до відмови від звичного способу життя. Довгостроковий успіх лікування ожиріння потребує тривалого лікування, адже завчасне припинення терапії часто призводить до повернення і збільшення ваги [5]. Відомо, що наявність психологічних порушень у дітей із ожирінням погіршує дієвість медичних втручань, тому сучасні програми лікування базуються на мультидисциплінарних підходах і передбачають

залучення психологів (психіатрів) до терапевтичної команди [6]. Аналіз наявної інформації вказує на важливість залучення батьків до програм лікування дітей та підлітків, хворих на ожиріння [7, 8], але до останнього часу вітчизняні розробки в цьому напрямі не проводились.

Мета статті — на основі аналізу результатів психодіагностичного обстеження підлітків із ожирінням та їх матерів визначити мішені психологічної корекції і розробити модель медико-психологічного супроводу зазначеного контингенту хворих.

Обстежено 117 підлітків із ожирінням віком 12–17 років (55 хлопців, 63 дівчини), що перебували на стаціонарному лікуванні в ендокринологічному відділенні клініки ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей і підлітків НАМН» (основна група I). Групу порівняння становили 33 підлітки з нормальною вагою (група порівняння I). Обстежено також 35 матерів підлітків, що страждали на ожиріння, в тому числі 16 матерів хлопців, 17 — дівчат (основна група II). Групу порівняння становили 30 матерів підлітків із нормальною вагою (16 матерів хлопців, 14 — дівчат) (група порівняння II). Вік матерів варіював у межах від 33 до 54 років.

Психодіагностичний комплекс включав методи вивчення пізнавальних функцій та емоційної сфери: дослідження уваги із використанням таблиць Шульте, дослідження пам'яті за заучуванням 10 слів, восьмиколірний варіант тесту Люшера, методики оцінки дитячої тривожності (МОДТ), клінічний опитувальник невротичних станів К. К. Яхіна — Д. М. Менделевича, патохарактерологічний діагностичний опитувальник для визначення акцентуацій характеру, проективний малюнковий тест «Я і моя хвороба», колірний тест із визначенням ставлення до себе і членів родини, голландський опитувальник харчової поведінки DEBQ (Dutch Eating Behavior Questionnaire) та опитувальник якості життя MOS-SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form). Психодіагностична робота з батьками

передбачала встановлення особливостей їх психоемоційного стану за «Госпітальною шкалою тривоги і депресії» (HADS) та колірним тестом Люшера, визначення ставлення до дитини за колірним тестом та до хвороби дитини — за методикою ДОБР (діагностика отношения к болезни ребенка), розробленою В. Є. Каганом — І. П. Журавльовою. Математична обробка отриманих даних проводилась із використанням параметричних та непараметричних статистичних методів.

При дослідженні когнітивного функціонування підлітків із ожирінням порушення атенційної функції у вигляді зниження темпу сенсомоторних реакцій та/або погіршення психічної стійкості визначалися у 54,1 % хворих. У більшості підлітків із ожирінням спостерігалися легкі дефекти короткочасної вербальної пам'яті. Мнестичні порушення виявлялись у зниженні продуктивності запам'ятовування (67,9 %) та появи дефектів селективності (82,5 %).

Прояви високої чи надмірно високої тривожності за тією чи іншою шкалою МОДТ реєструвалися у 46,9 % підлітків із ожирінням (у 38,3 % хлопців та 54,9 % дівчат ($\phi = 1,64$; $P\phi < 0,05$)). Високий рівень тривоги у стосунках з однолітками як показник, що відповідав відчутному тиску психологічної стигматизації, визначався у 13,3 % обстежених, причому у дівчат високі показники за цим параметром спостерігалися втричі частіше, ніж у хлопців (у 6,4 % хлопців і 19,5 % дівчат ($\phi = 1,97$; $P\phi < 0,03$)).

Граничні або патологічні прояви невротичних станів спостерігалися у 61,5 % хворих на ожиріння підлітків (55,3 % хлопців та 67,5 % дівчат). Найчастіше реєструвалися відповідні прояви за шкалами obsесивно-фобічних порушень (47,4 % випадків, у тому числі у 42,1 % хлопців і 52,5 % дівчат) та невротичної депресії (34,6 % випадків, у тому числі у 26,3 % хлопців і 42,5 % дівчат ($\phi = 1,51$; $P\phi < 0,07$)).

Результати колірної діагностики неусвідомлюваних особливостей емоційно-потребової сфери свідчать, що 59,8 % підлітків із ожирінням відчували фрустрацію потреби в емоційній близькості, 20,5 % — фрустрацію потреби в досягненні, реалізації власної активності; потребу в самоствердженні, збереженні та відстоюванні власної позиції не могли задовольнити 16,2 % хворих на ожиріння, причому хлопці вдвічі частіше, ніж дівчата (22,2 і 10,8 % відповідно ($\phi = 1,70$; $P\phi < 0,05$)). За характером колірних самовизначень встановлено, що конфліктне ставлення до себе у вигляді асоціювання із кольорами, що відкидалися, або з ахроматичними колірними еталонами (сірий, чорний) та коричневим спостерігалось у 27,1 % підлітків із ожирінням.

Результати аналізу тематичних малюнків виявили, що складності самосприйняття у підлітків з ожирінням відображались у відмові від малювання (9,9 % хворих), в униканні графічного зображення ознак повноти (37,5 % хлопців і 80,5 % дівчат), у створенні невідповідного віку схематичного зображення людини (50,0 % хлопців і 19,5 % дівчат ($\phi = 2,78$; $P\phi < 0,01$)) або пропуску зображення людської фігури (6,8 % випадків); у створенні неспецифічних образів хвороби (18,8 % хлопців і 48,8 % дівчат; $P\phi < 0,02$). Прийняття захворювання у формі створення автопортретного малюнка з ознаками повноти відзначалося в 38,4 % респондентів. Показано, що хлопці з ожирінням частіше зверталися до прийомів емоційного дистанціювання від проблем, пов'язаних із захворюванням, шляхом створення схематичних зображень людини. Дівчата з ожирінням частіше надавали сумний вираз обличчям у малюнках й вдавалися до штрихування, що відбивало присутність емоційної напруги і тривожності.

У характерологічній структурі підлітків із ожирінням домінували акцентуації епілептоїдного кола, що загалом становили 29,4 %; акцентуації лабільного кола визначалися у 17,6 % хворих на ожиріння; третє місце за частотою посідали акцентуації психастенічного типу — 14,7 % випадків. У хлопців з ожирінням епілептоїдні риси спостерігалися у 42,8 % випадків, а у дівчат — майже втричі рідше, лише в 15,2 % ($P\phi < 0,01$). Акцентуації лабільного кола визначалися у 8,6 % хлопців та 27,3 % дівчат ($P\phi < 0,02$). Отже, лабільні та епілептоїдні риси у підлітків із ожирінням мали суттєву гендерну специфічність.

При дослідженні частотного розподілу стилів харчової поведінки у підлітків із ожирінням встановлено, що обмежувальний стиль визначався у більшості обстежених (87,1 % випадках). Це вказує на те, що дієтичні вимоги та обмеження беруться хворими до уваги, але ще не стали звичними й потребують свідомих зусиль та контролю. Емоціогенні, екстернальні та змішані стилі харчової поведінки визначалися у 37,0 % хворих хлопців та у 46,8 % дівчат.

Кореляційний аналіз, проведений для дослідження взаємозв'язків особливостей стилю харчової поведінки з показниками якості життя, пов'язаної зі здоров'ям, у підлітків із ожирінням свідчить, що найбільшу кількість значущих зв'язків із характеристиками якості життя мав показник емоціогенної харчової поведінки, рівень якої мав суттєві зворотні зв'язки з оцінками загального стану здоров'я, рольового функціонування, обумовленого фізичним та соціальним станом хворих. Підлітки з ожирінням, які мали більш виражену схильність відчувати потяг до їжі

при переживанні різноманітних негативних емоцій, надавали достовірно нижчі оцінки загального стану свого здоров'я ($\rho = -0,37$; $P_r < 0,01$), у повсякденній діяльності мали менше можливості виконати в повному обсязі заплановані справи ($\rho = -0,26$; $P_r < 0,03$), відчували більше обмежень у спілкуванні та підтриманні соціальних стосунків у зв'язку із хворобою ($\rho = -0,30$; $P_r < 0,01$). Інші чотири складові якості життя, пов'язані зі здоров'ям, — емоційно-рольове функціонування, інтенсивність болю, життєва активність та самооцінка психічного здоров'я — мали достовірні зворотні зв'язки з показниками як емоціогенного, так і екстернального стилю харчової поведінки. Бажання їсти при емоційних переживаннях та схильність до харчування під впливом зовнішніх стимулів у підлітків із ожирінням корелювали із погіршенням самооцінки психічного здоров'я ($\rho = -0,47$; $P_r < 0,01$; $\rho = -0,40$; $P_r < 0,01$), більш вираженими обмеженнями повсякденного функціонування, обумовленого погіршенням емоційного стану ($\rho = -0,37$; $P_r < 0,01$; $\rho = -0,26$; $P_r < 0,03$), послабленням життєвої активності ($\rho = -0,37$; $P_r < 0,01$; $\rho = -0,26$; $P_r < 0,03$) та більш інтенсивним досвідом больових відчуттів ($\rho = -0,25$; $P_r < 0,04$; $\rho = -0,26$; $P_r < 0,03$). Між показником обмежувальної поведінки та показниками якості життя хворих підлітків значущих зв'язків виявлено не було. Рівень фізичного функціонування підлітків із ожирінням був незалежним від показників стилю харчової поведінки.

Проведено аналіз структури сімей, в яких зростали підлітки, хворі на ожиріння: в умовах повної батьківської сім'ї виховувалися 62,1% підлітків; самими матерями через розлучення або смерть батька — 22,1%; зростали в родинях із вітчимами — 7,4%; у прабатьківських сім'ях — 8,4%.

При дослідженні емоційного стану матерів хворих підлітків за даними самозвітної скринінгової «Госпітальної шкали тривоги і депресії» встановлено, що середні значення показника депресії у матерів підлітків із ожирінням становили $5,66 \pm 0,52$ бала, що достовірно вище, ніж у середньому в матерів групи порівняння ($3,60 \pm 0,45$ бала, $P_t < 0,01$). Середній показник тривожності матерів підлітків із ожирінням ($7,25 \pm 0,59$ бала) дещо перевищував межі здорового функціонування (7 балів). Розбіжності із групою порівняння — на рівні тенденції ($5,83 \pm 0,51$ бала, $P_t < 0,1$). Показник стресу, розрахований за даними колірної вибору в тесті Люшера (як сума балів тривоги від фрустрації основних потреб і дезадаптивних способів її компенсації) у групі матерів підлітків із ожирінням достовірно перевищував подібний показник у групі матерів підлітків із нормальною вагою ($2,38 \pm 0,34$ бала проти $1,47 \pm 0,25$ бала, $P_t < 0,05$), що свідчило про

більш виражений рівень психоемоційної напруги, діагностованої на неусвідомлюваному рівні. За характером колірних ставлень матерів підлітків із ожирінням встановлено, що конфліктне ставлення до себе або своєї дитини у вигляді асоціювання із кольорами, які відкидалися, або з додатковими колірними еталонами (сірий, коричневий) спостерігалось у 28,5% обстежених удвічі частіше, ніж в групі порівняння (13,3%), розбіжності — на рівні тенденції ($P_\phi < 0,07$).

Ставлення матерів до здоров'я й хвороби дитини досліджувалося в просторі чотирьох категорій — інтернальності, тривоги, нозогнозії, контролю активності; обчислювався також інтегральний показник загальної напруженості відносно хвороби дитини. Серед шкал батьківського ставлення до хвороби в матерів підлітків із ожирінням найвищий рівень напруженості відзначався за шкалою тривоги ($1,43 \pm 1,59$ бала).

Матері хлопців із ожирінням порівняно із матерями хлопців із нормальною вагою виявляли достовірно вищий рівень тривоги відносно хвороби дитини ($1,93 \pm 2,60$ бала проти $-4,94 \pm 1,40$ балів ($P_t < 0,05$)), більш виражений рівень екстернальності ($0,57 \pm 1,01$ бала проти $-4,94 \pm 1,96$ бала ($P_t < 0,05$)) й нозогнозії ($-4,36 \pm 2,39$ бала проти $-11,19 \pm 0,12$ бала ($P_t < 0,05$)), що відбивалося у достовірно більш високих значеннях інтегрального показника загальної напруженості ($-3,57 \pm 1,32$ бала проти $-8,09 \pm 0,82$ бала ($P_t < 0,01$)). Цікаво зазначити, що показник контролю активності у контексті хвороби в групі матерів підлітків із ожирінням, на відміну від інших шкал, був трохи нижчим відповідного показника в групі матерів хлопців із нормальною вагою ($-12,50 \pm 1,78$ бала проти $-1,31 \pm 1,47$ бала). Отже, матері підлітків із ожирінням переживали тривогу й безсилля стосовно хвороби своїх синів, при цьому не були схильні обмежувати їх активність.

Матері дівчат із ожирінням порівняно із матерями дівчат із нормальною вагою мали достовірно вищий рівень депресії ($5,94 \pm 0,79$ бала проти $3,64 \pm 0,63$ бала ($P_t < 0,05$)). У них відзначалося також достовірно виражене зниження працездатності, досліджене за даними колірних переваг ($10,59 \pm 0,69$ бала проти $8,50 \pm 0,70$ бала), більш високий бал відповідає гіршому рівню працездатності ($P_t < 0,05$)). За показниками ставлення до хвороби дитини істотні розбіжності реєструвалися лише за шкалою нозогнозії ($-4,94 \pm 1,39$ бала проти $-9,57 \pm 1,44$ бала ($P_t < 0,05$)). Матері дівчат-підлітків, що страждали на ожиріння, відрізнялися проявами депресивності й зниженої працездатності. Їхня схильність визнавати тяжкість захворювання дитини (як і в матерів хлопців із ожирінням) була виражена достовірно більше, ніж у матерів дівчат із нормальною вагою.

Мішені психокорекційного втручання у системі медико-психологічного супроводу підлітків із ожирінням

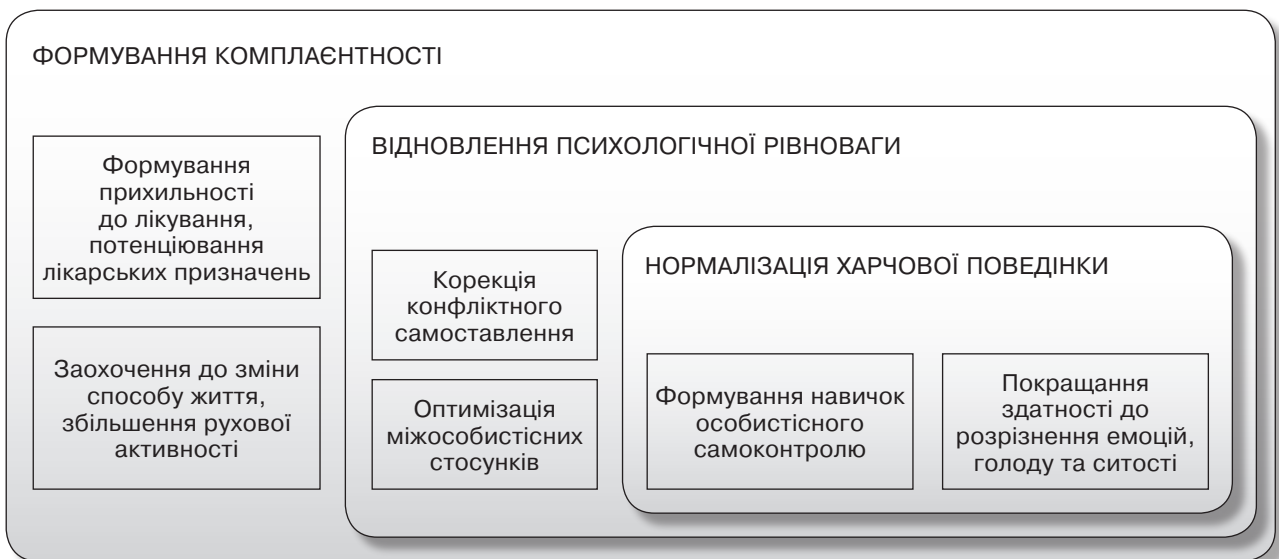
Мішені психологічного втручання	Робота з підлітками	Робота з батьками хворих підлітків
Порушення когнітивної сфери	Напрями: інформування, потенціювання лікарських, зокрема неврологічних, призначень, опанування поведінкових прийомів формування навичок самоорганізації у дитини. Методи: психоосвіта, мотиваційне інтерв'ювання, поведінкова терапія	
Тривожність Депресивність Конфліктне самоставлення	Напрями: пом'якшення психологічного дискомфорту, психологічне опрацювання травматичних епізодів. Методи: гештальт-терапія, арт-терапія	Напрями: інформування, формування стосунків сімейної підтримки. Методи: психоосвіта, сімейне консультування
Емоційна харчова поведінка	Розвиток здатності розрізнення та вербалізації емоцій і опанування навичками прийняття почуттів	Заохочення батьків до вербалізації емоцій у спілкуванні з підлітком
Екстернальна харчова поведінка	Формування навичок особистісного самоконтролю	Формування єдності сімейної позиції щодо зміни харчування

Таким чином, виявлений комплекс провідних психологічних характеристик підлітків, хворих на ожиріння, погіршував шкільну успішність, перешкоджав адекватному й конструктивному соціальному функціонуванню, підтримував усталений спосіб життя, стиль харчування та рухової активності. Результати дослідження психологічних властивостей підлітків із ожирінням та особливостей батьківського ставлення їх матерів дають змогу виділити мішені психокорекційного втручання для створення системи медико-психологічного супроводу хворих (таблиця).

Запропонована комплексна модель медико-психологічного супроводу підлітків, що страждають на ожиріння, в умовах стаціонару передбачає включення батьків як на діагностичному, так і на консультативно-корекційному етапах психологічної роботи.

Діагностичний етап психологічної роботи з підлітками, що страждають на ожиріння. На діагностичному етапі медико-психологічного супроводу за допомогою сфокусованої бесіди з'ясувалися нагальні психологічні проблеми підлітка, наявність конфліктів у стосунках з родичами та однолітками, труднощів у навчанні, усталені звички щодо харчування та рухової активності, ставлення до лікування. Оцінювалися когнітивні та особистісні характеристики підлітків, хворих на ожиріння. Досліджувались особливості пам'яті та уваги, визначались емоційні порушення, акцентуації характеру, вивчались особливості харчової поведінки, ставлення до себе та членів своєї родини, до своєї хвороби. Дані, отримані на етапі діагностики, були покладені в основу формування індивідуальної програми психологічного супроводу підлітків із ожирінням.

www.mps.kh.ua



Структура психокорекційного втручання в системі медико-психологічного супроводу підлітків із ожирінням

Корекційний етап психологічної роботи з підлітками, що страждають на ожиріння. Структура психокорекційного втручання у системі медико-психологічного супроводу підлітків із ожирінням мала три напрями — формування комплаєнтності, відновлення психологічної рівноваги, нормалізація харчової поведінки (рисунок).

У разі виявлення у підлітків з ожирінням труднощів із дотриманням лікарських вимог щодо дієтичних приписів за межами стаціонару та/або наявності звички до тривалого малорухливого дозвілля перед комп'ютером або телевізором використовувалися засоби мотиваційного інтерв'ювання для формування у підлітків з ожирінням власної мотивації до зміни способу життя.

З підлітком, у якого спостерігалися прояви тривожності, депресії, дратівливості, ознаки конфліктного ставлення до свого тіла, емоціогенного стилю харчової поведінки, проводиться робота з диференціації переживань, перегляду конфліктних ситуацій, вербалізації емоцій і опанування навичками прийняття почуттів роздратування, пригніченості, занепокоєння, розчарування або нудьги. У разі віктимізації, жорстокого поводження з боку однолітків проводилося психологічне опрацювання методами гештальт-терапії переживань образи, відчаю, безсилля, приниження із подальшим відновленням на тілесному і психологічному рівнях відчуття впевненості та душевної рівноваги як основи для формування стосунків підтримки.

За наявності ознак погіршення когнітивного функціонування, пов'язаного із слабким контролем, та проявах екстернального стилю харчової поведінки для зниження загальної імпульсивності необхідна робота з формування навичок особистісного самоконтролю та самоорганізації.

До психологічної роботи у системі медико-психологічного супроводу підлітків, хворих на ожиріння, залучався саме той із батьків, хто супроводжував свою дитину під час госпіталізації, найчастіше це була мати.

Діагностичний етап психологічної роботи з батьками підлітків, що страждають на ожиріння. На діагностичному етапі роботи з батьками підлітків, хворих на ожиріння, шляхом сфокусованої бесіди з'ясовується наявність психологічних труднощів в організації здорового харчування підлітка згідно з дієтичними призначеннями лікарів (вибір страв при домашньому приготуванні, ставлення до солодощів, харчового «сміття», ритмічність харчування). Окреслюються сімейні традиції щодо організації рухової активності. З'ясовуються відомості щодо труднощів підлітка у навчанні, особливості спілкування з однолітками, прояви стигматизації у шкільному середовищі. Проводиться психологічна діагностика емоційного стану матері,

особливостей її неусвідомлюваного ставлення до дитини з ожирінням, ставлення до хвороби дитини.

Дані, отримані на етапі діагностики, становлять основу формування програми індивідуальної консультативної роботи з батьками підлітків, хворих на ожиріння.

Консультативний етап психологічної роботи з батьками підлітків, що страждають на ожиріння. У разі проявів агресивного ставлення до підлітка з боку однолітків обговорювалися переживання материнського безсилля перед агресією, зневіра в можливості отримати дієву підтримку та захист, уявлення про батьківську позицію, роль батька, що психологічно приймає дитину, у створенні безпечного середовища розвитку дитини, формуванні самоповаги і здатності підлітка дати відсіч нападникам. Розглядалися ресурси й можливості родини забезпечити захист і подолання травми приниження для підлітка з ожирінням.

При визначенні неусвідомлюваного конфліктного материнського ставлення до дитини при обговоренні результатів тестування визначалися можливості визнання матір'ю складних амбівалентних почуттів у ставленні до дитини. Експлікація і вербалізація у розмові з психологом негативних батьківських переживань, прийняття неусвідомлюваних аспектів відкидання дитини в тих чи інших її проявах відкривало можливості для подальшого формування більш конструктивних і прозорих стосунків матері з підлітком, що страждає на ожиріння.

При ознаках клінічно та субклінічно виражених проявів тривоги та/або депресії у матерів обговорювалася значущість впливу їх емоційного стану на психологічне і соматичне здоров'я дітей, хворих на ожиріння. Матері заохочувалися до дій, спрямованих на гармонізацію власного психологічного стану.

Якщо у підлітка з ожирінням виникали труднощі у засвоєнні шкільних предметів та самоорганізації, то з батьками обговорювались зв'язки між наявними у дитини вегетативними розладами і шкільними труднощами, що пояснюється необхідністю постійного медичного нагляду і корекції неврологічного статусу підлітка, укріплювалась комплаєнтність. Таким чином, батьки опановують поведінкові прийоми формування навичок самоорганізації у дитини.

У разі наявності у підлітка порушень ритмічності прийому їжі у вигляді відмови від сніданків, усталених дієтичних порушень, малорухливого способу проведення дозвілля підлітка з ожирінням важливою складовою консультативної роботи було підвищення поінформованості матерів щодо впливу зазначених особливостей способу життя на збільшення ваги. При залученні засобів мотиваційного інтерв'ювання визначалися родинні чинники, що

підтримують виявлені звички. Враховуючи важливість зміни способу життя і необхідність тривалого підтримання лікувального режиму харчування та рухової активності підлітка з ожирінням, опрацьовувалися можливості формування єдиної позиції стосовно цих питань у дорослих. Проводився пошук сімейних ресурсів для вилучення або зміни несприятливих традицій. Для утвердження нових форм поведінки у підлітків з ожирінням їхніх батьків навчали використовувати прийоми заохочення, розроблені в рамках поведінкової терапії.

Для оцінки ефективності заходів системи медико-психологічного супроводу підлітки з ожирінням були розподілені на дві групи: контрольну, що включала 59 обстежених, і групу втручання, яку становили 58 підлітків із ожирінням. Ефективність психокорекційної системи визначали за результатами показників оцінки психоемоційного стану та якості життя наприкінці стаціонарного лікування. У групі втручання порівняно з контрольною відзначено покращання показників за шкалами емоційного рольового та соціального функціонування і зниження зменшення рівня стресу за неусвідомлюваними оцінками емоційного стану ($P < 0,05$).

Таким чином, розроблено модель медико-психологічного супроводу підлітків із ожирінням в умовах стаціонарного лікування, що включає діагностичний та корекційно-консультативний етапи. Поряд із роботою психолога безпосередньо з хворими підлітками визначено напрямки взаємодії з їхніми батьками для залучення сімейних ресурсів укріплення комплаєнтності.

Список літератури

1. Ожирение у подростков / Ю. И. Строев, Л. П. Чурилов, Л. А. Чернова, А. Ю. Бельгов.— СПб.: Элбис-СПб, 2003.— 216 с.
2. Predicting overweight and obesity in adulthood from body mass index values in childhood and adolescence / S. S. Guo, W. Wu, W. C. Chunla [et al.] // Am. J. Clin. Nutr.— 2002.— Vol. 76 (3).— P. 653–658.
3. Чайченко Т. В. Психосоциальные аспекты нарушений пищевого поведения и физической активности школьников Харьковского региона / Т. В. Чайченко // Междунар. мед. журн.— 2012.— № 2.— С. 20–24.
4. Большова О. В. Ожиріння в дитячому та підлітковому віці / О. В. Большова // Здоров'я України.— 2008.— № 18 (1).— С. 50–53.
5. Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with «best practice» recommendations / M. A. Flynn [et al.] // Obes Rev.— 2006.— Vol. 7 (Suppl. 1).— P. 7–66.
6. Psychopathology and its effect on treatment compliance in pediatric obesity patients / Y. Taner, A. Törel-Ergür, G. Bahçivan, M. Gürdag // Turk. J. Pediatr.— 2009.— Vol. 51 (5).— P. 466–471.
7. Golan M. Parents as agents of change in childhood obesity — from research to practice / M. Golan // Int. J. Pediatr. Obes.— 2006.— Vol. 1 (2).— P. 66–76.
8. Comparison of parent-only vs family-based interventions for overweight children in underserved rural settings: outcomes from project STORY / D. M. Janicke [et al.] // Arch. Pediatr. Adolesc. Med.— 2008.— Vol. 162 (12).— P. 1119–1125.

МОДЕЛЬ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Е. Э. БЕЛЯЕВА, М. В. МАРКОВА

Представлена модель и основные этапы медико-психологического сопровождения подростков с ожирением в условиях стационарного лечения. На основе анализа результатов психодиагностического исследования выделены мишени психокоррекционного вмешательства. Определены направления работы с родителями подростков с ожирением для привлечения семейных ресурсов поддержки комплаентности.

Ключевые слова: подростки, ожирение, психологическое сопровождение.

THE MODEL OF MEDICAL PSYCHOLOGICAL SUPPORT FOR ADOLESCENTS WITH OBESITY

O. E. BELYAEVA, M. V. MARKOVA

This paper presents the model of medical and psychological support for adolescents with obesity during in-patient treatment. Psychodiagnostic investigation allowed to identify the targets of psychocorrection intervention. The areas of work with the parents of adolescents with obesity were identified for involvement of the family resources to strengthening of compliance.

Key words: adolescents, obesity, psychological management.

Надійшла 06.01.2014