

МОТИВАЦИЯ К ЛЕЧЕНИЮ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Вотинева А.С.,
Прохорова Ж.В.,
Поляков В.М.,
Черевикова И.А.

ФГБНУ «Научный центр проблем
здоровья, семьи и репродукции
человека» (664003, г. Иркутск,
ул. Тимирязева, 16, Россия)

Автор, ответственный за переписку:
Вотинева Анастасия Сергеевна,
e-mail: votinevaas@gmail.com

РЕЗЮМЕ

Обоснование. Распространённость ожирения среди детей возрастает, что является серьёзной проблемой здравоохранения. В здравоохранении проблема мотивации затрагивает важное направление, отражающее его эффективность, – мотивацию пациентов к лечению. Снижение мотивации к лечению уменьшает выраженность терапевтического эффекта, повышает вероятность развития осложнений основного заболевания, снижает качество жизни пациентов и увеличивает затраты на лечение.

Цель работы. Выявить различия мотивации к лечению у девочек-подростков с ожирением.

Материалы и методы. Пилотное исследование проводилось на базе клиники ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека». В исследовании участвовало 40 девочек в возрасте 14–16 лет, страдающих ожирением 1-й степени. Для изучения мотивации к лечению использовались методики Ж. Ньютона, Д. Макклелланда, С.Р. Пантелеева, Д.К. Коллинза, методика исследования самооотношения (МИС), методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ); отношение к болезни.

Результаты. Проведённое исследование показало, что первично госпитализированные подростки в процессе исследования демонстрировали более высокую мотивацию к лечению, нежели подростки, вторично поступившие в стационар. Вторично поступившие подростки испытывали чувство вины, угрызение совести, тревожную мнительность и страх перед неудачами. Доминирующий вид мотивации к лечению у обеих групп складывался из установок: достижение симптоматического улучшения; получение «вторичного выигрыша» от болезни; иная мотивация (пассивная позиция).

Заключение. Полученные данные исследования мотивации к лечению у девочек-подростков с ожирением могут быть использованы для оптимизации процесса терапии таких пациентов в условиях стационара.

Ключевые слова: мотивация к лечению, подростки, девочки, ожирение, самооотношение, образ тела, тип отношения к болезни, удовлетворённость телом

Статья поступила: 03.11.2023

Статья принята: 02.09.2024

Статья опубликована: 25.09.2024

Для цитирования: Вотинева А.С., Прохорова Ж.В., Поляков В.М., Черевикова И.А., Мотивация к лечению у девочек-подростков с ожирением. *Acta biomedica scientifica*. 2024; 9(4): 173–182. doi: 10.29413/ABS.2024-9.4.19

TREATMENT MOTIVATION IN ADOLESCENT GIRLS WITH OBESITY

Votineva A.S.,
Prokhorova Zh.V.,
Polyakov V.M.,
Cherevikova I.A.

Scientific Centre for Family Health
and Human Reproduction Problems
(Timiryazeva str. 16, Irkutsk 664003,
Russian Federation)

Corresponding author:
Anastasiya S. Votineva,
e-mail: votinevaas@gmail.com

ABSTRACT

Background. The prevalence of obesity among children is increasing, which is a serious healthcare problem. In healthcare, the problem of motivation affects an important area that reflects its effectiveness – patient motivation for treatment. A decrease in treatment motivation reduces therapeutic effect, increases the complication rate of the underlying disease, reduces the quality of life of patients and increases treatment costs.

The aim of the work. To identify the differences in treatment motivation in adolescent girls with obesity.

Materials and methods. The pilot study was carried out at the clinic of the Scientific Centre for Family Health and Human Reproduction Problems. The study included 40 girls aged 14–16 years suffering from grade 1 obesity. To study treatment motivation, we used the following methods: J. Nuttin's, D. McClelland's, S.R. Panteleev's, J.K. Collins' method of the self-conception research, the "Type of Attitude Towards the Disease" method; attitude towards the disease.

Results. The study showed that the adolescents who were admitted into hospital for the first time had higher treatment motivation during the study than the adolescents who were readmitted into hospital. The adolescents who were readmitted into hospital felt guilty remorse, anxious suspiciousness, and fear of failure. The dominant type of treatment motivation in both groups consisted of the following attitudes: achieving symptomatic improvement; receiving a "secondary gain" from the disease; other motivation (passive position).

Conclusion. The obtained data from the study of treatment motivation in adolescent girls with obesity can be used to optimize the process of therapy of such patients in a hospital setting.

Key words: treatment motivation, adolescents, girls, obesity, self-esteem, body image, type of attitude towards the disease, body satisfaction

Received: 03.11.2023
Accepted: 02.09.2024
Published: 25.09.2024

For citation: Votineva A.S., Prokhorova Zh.V., Polyakov V.M., Cherevikova I.A. Treatment motivation in adolescent girls with obesity. *Acta biomedica scientifica*. 2024; 9(4): 173-182. doi: 10.29413/ABS.2024-9.4.19

ОБОСНОВАНИЕ

Мотивация занимает ведущее место в структуре личности и детерминирует особенности её активности, являясь «ядром» психологии личности [1]. К настоящему времени нет единства во взглядах в отношении данной проблемы, мотивация недостаточно полно и всесторонне изучена, что сдерживает решение и других связанных с ней теоретических и практических задач. В литературе описаны некоторые попытки исследования мотивации к лечению у пациентов с различными соматическими заболеваниями. Сложность изучения мотивации определяется разнообразными подходами к её исследованию: ещё Х. Хекхаузен писал, что «едва ли найдётся другая такая же необозримая область психологических исследований, к которой можно было бы подойти со столь разных сторон, как к психологии мотивации» [2]. Впервые термин «мотивация» употребил А. Шопенгауэр в статье «Четыре принципа достаточной причины», после чего данная категория прочно вошла в психологический обиход [3]. Интерес к мотивации как к движущей силе поведения проявляли многие отечественные и зарубежные авторы (В.Г. Асеев, В.А. Васильев, В.К. Виллюнас, А.Н. Леонтьев, А.К. Маркова, С.Л. Рубинштейн, Е.П. Ильин, П.М. Якобсон, А. Маслоу, Х. Хекхаузен, Дж. Аткинсон и др.). Однако единого мнения о природе мотивации среди учёных нет. Так, С.Л. Рубинштейн понимал под мотивацией опосредованную процессом её отражения субъективную детерминацию поведения человека миром [4–7].

В здравоохранении проблема мотивации затрагивает два важных направления, отражающих его эффективность: мотивация пациентов к лечению [8–10] и трудовая мотивация медицинских работников [11, 12]. Мотивация пациентов к лечению – это сознательное стремление пациента к выздоровлению, готовность следовать врачебным рекомендациям, выполнять необходимые лечебно-профилактические действия, соблюдать режим терапии для улучшения самочувствия. С психологической точки зрения, её основу составляют особенности мотивации пациентов, ценностные ориентации, отражающие её направленность. Мотивация к лечению проявляется также в активной мотивированной деятельности пациента в ситуациях, имеющих отношение к его здоровью. Важным условием мотивированного поведения при психосоматических заболеваниях является убеждённость пациента в том, что в его собственных интересах соблюдать назначенное врачом и психологом лечение [13, 14].

Психосоматические нарушения – одна из серьёзнейших проблем медицины, физиологии и психологии. Среди теорий психосоматических патологий присутствует модель «борьбы за своё тело», которая говорит о том, что большинство психосоматических больных недостаточно «любят» своё тело – это характерно и для детей-подростков с ожирением. Подростки с ожирением – это группа людей, имеющих наследственные и приобретённые заболевания, связанные с избыточным накоплением жировой ткани в организме. Нарушения мета-

болизма, развивающиеся при ожирении в детском возрасте, способны сохраняться в течение всей жизни человека и приводить к повышенным рискам сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета 2-го типа и преждевременной смерти. Ожирение в подростковом возрасте приводит к нарушению полового созревания подростков, особенно у девочек, и – в дальнейшем – к нарушению репродуктивной функции. Поэтому важно добиться психологических изменений у ребёнка и изменения его отношения к болезни, так как лечение ожирения – длительный процесс, который должен проводиться постепенно и поэтапно, а его эффект должен закрепляться в благоприятных условиях для подростка [15–19]. Однако процесс лечения часто сталкивается с непониманием и слабой заинтересованностью пациента в коррекции собственного веса, поэтому для полноценной терапии важно усилить у подростков мотивацию к лечению, уверенность в себе, развить сильную мотивацию по формированию здорового образа жизни.

В подростковом возрасте происходят коренные преобразования в структуре мотивации. Мотивационная сфера подростков становится иерархической, мотивы здесь уже можно определить не как непосредственно действующие, а как возникающие на базе сознательно принятых решений. Что касается многих интересов, то их можно определить в подростковом возрасте как стойкие увлечения [20–23].

Развитие мотивационной составляющей состоит в рациональном её прояснении, в направленном привлечении внимания подростка к вопросам сознательно-мотивационного ответа на заболевание и его значимости для успешного лечения, в разъяснении различий между эмоциональным и мотивационным ответом на болезнь. Позитивные изменения мотивов лечения у подростков с ожирением возможны в ходе специально организованной психологической коррекции с применением технологий развития мотивационной сферы личности [24–29].

Под мотивом лечения мы понимали совокупность характеристик личности, которые влияют на поведение и мотивацию подростка, такие как самоотношение, мотивы поведения, мотивы аффилиции, мотив достижения успеха, критичность к себе и самооценка.

Нами с целью изучения мотивов лечения было проведено дополнительное исследование для изучения структуры самоотношения личности, а также выраженности отдельных компонентов самоотношения: закрытости, самоуверенности, саморуководства, отражённого самоотношения, самооценности, самопривязанности, внутренней конфликтности и самообвинения.

Низкая мотивация к лечению является главной причиной уменьшения выраженности психотерапевтического эффекта, существенно повышает вероятность развития осложнений основного заболевания, ведёт к снижению качества жизни подростков и увеличению затрат на лечение. Изучение мотивационных факторов позволит оптимизировать процесс лечения и окажет положительное влияние на эффективность лечения.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявить различия в изменениях мотивации к лечению у девочек-подростков с ожирением.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Пилотное исследование проводилось на базе клиники ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека» (Иркутск). В исследовании приняли участие 40 пациенток женского пола в возрасте 14–17 лет (средний возраст $15,6 \pm 1,5$ года). Критерии включения в исследование: наличие верифицированного диагноза ожирения 1-й степени (индекс массы тела – более 95-го процентиля). Диагноз верифицировался на основании данных клинических, лабораторных и функциональных исследований. Оценка индекса массы тела проводилась согласно номограммам индекса массы тела (соотношение линейного роста к массе тела) девочек. Масса тела в пределах 85–95-го процентиля оценивалась как избыточная, свыше 95-го процентиля – как ожирение первой степени.

Все пациентки, включённые в исследование, были разделены на две группы. В первую группу вошли 20 девочек, впервые госпитализированных в медицинское учреждение и не получавших лечение до этого; во вторую группу – 20 девочек, проходивших ранее лечение (вторичное обращение), но не получавших ранее психологическую поддержку.

Проведён анализ клинических данных, представленных в медицинских картах всех респондентов. Для изучения мотивации к лечению у девочек-подростков с ожирением использовались следующие методики: «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ); «Опросник для изучения отношения к болезни и лечению»; «Методика диагностики мотивационной сферы личности подростков» (Ж. Ньютен); «Методика диагностики мотиваторов социально-психологической активности личности» (Д. Макклелланд); «Методика исследования самоотношения» (МИС; С.Р. Пантелеев); «Методика удовлетворённости своим телом» Д.К. Коллинза [30].

С помощью методики «ТОБОЛ» определили 12 типов отношения к болезни: сенситивный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, эгоцентрический, паранойяльный, анозогнозический, дисфорический, эргопатический и гармоничный.

Опросник для изучения отношения к болезни и лечению позволил определить следующие виды установок (мотивация к лечению): установка на достижение инсайта; установка на изменение поведения; установка на достижение симптоматического улучшения; установка на получение «вторичного выигрыша» от болезни (проблемы) (включая пребывание в больнице или сеансы психотерапии); иная мотивация (включая пассивную позицию).

«Методика диагностики мотивационной сферы личности подростков» Ж. Ньютена позволила выявить ведущие для личности подростков мотивы жизнедеятельности как обобщённые и функциональные мотивы, а так-

же проранжировать мотивы подростков по уровню выраженности.

«Методика диагностики мотиваторов социально-психологической активности личности» Д. Макклелланда позволила выделить три группы мотивов: достижения (стремление добиться наилучшего решения сложных проблем), аффилиации (потребность налаживать хорошие отношения с окружающими) и власти (стремление влиять на поведение других). Это позволяет делать выводы о мотивированности подростков на снижение лишнего веса и выздоровление.

«Методика исследования самоотношения» С.Р. Пантелеева предназначена для выявления структуры и выраженности отдельных компонентов самоотношения личности: закрытости, самоуверенности, саморукводства, отражённого самоотношения, самооценности, самопривязанности, внутренней конфликтности и самообвинения. Данная методика позволяет при помощи анализа самоотношения подростка выявлять сформированность мотива к лечению (снижение веса).

«Методика удовлетворённости своим телом» Д.К. Коллинза позволила оценить удовлетворённость своим телом с использованием шкалы оценки показателей, состоящей из семи женских/мужских изображений в диапазоне от недостаточного веса (1) до ожирения (7). Пациентов попросили определить образ, который был наиболее похож на них, а также их идеальную фигуру. Разница между «идеальным» и «наиболее похожим» образом тела была рассчитана как удовлетворённость телом в диапазоне от –6 до +6.

Данное исследование одобрено Комитетом по биоэтической этике ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека» (выписка из протокола заседания № 9 от 08.10.2014). Все участники исследования или их законные представители подписали информированное согласие на участие в исследовании.

Статистический анализ проводился с использованием современного программного обеспечения – лицензионного пакета SPSS 23.0 (IBM Corp., США). Тест Шапиро – Уилка использовался для проверки нормальности распределения исследуемых показателей. Для статистического анализа данных использовались U-критерий Манна – Уитни и критерий χ^2 Пирсона.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Отношение к болезни, как и любое отношение, является индивидуальным, избирательным, сознательным (или способным к осознанию), то есть отражает индивидуальный уровень. Кроме того, отношение пациента к своему заболеванию является значимым и, следовательно, оказывает влияние на другие отношения личности.

Анализ полученных данных по методике «ТОБОЛ» показал, что девочки-подростки с ожирением 1-й группы (впервые находившиеся на лечении) характеризуются такими типами отношения к болезни, как гармоничный, эргопатический и анозогнозический; пациентам 2-й группы присущи тревожный, ипохондрический и неврастениче-

ский типы отношения к болезни (табл. 1). Сенситивный, меланхолический, апатический, эгоцентрический, паранойяльный, дисфорический типы отношения к болезни не были выявлены у девочек-подростков с ожирением.

Так, в 45 % случаев пациенты 1-й группы характеризовались эргопатическим типом отношения к болезни, для которого свойственно: сверхъестественное, стеничное отношение к учёбе и увлечениям; избирательное отношение к обследованию и лечению; а также стремление во что бы то ни стало сохранить статус среди подростков и возможность продолжать активную деятельность в прежнем качестве.

В 30 % случаев пациенты 1-й группы характеризовались гармоничным типом отношения к болезни, для которого свойственны: адекватная оценка своего состояния; активное участие в лечении заболевания; соблюдение назначенного врачом режима; принятие «роли больного» и своей болезни; а также сохранение активного социального функционирования.

В 25 % случаев пациенты 1-й группы характеризовались анозогнозическим типом отношения к болезни, для которого свойственно активное отбрасывание мыслей о болезни, о возможных её последствиях вплоть до отрицания очевидного как проявления «несерьёзных» проблем или случайных колебаний самочувствия.

Данная группа пациентов отказывалась от врачебного обследования и лечения. У них наблюдалось необоснованно повышенное настроение, легкомысленное отношение к болезни и лечению.

У девочек-подростков 2-й группы (имеющих опыт лечения) выявлены тревожный, ипохондрический и неврастенический типы отношения к болезни. Так, в 45 % случаев пациенты 2-й группы характеризовались ипохондрическим типом отношения к болезни, для которого свойственны: чрезмерная сосредоточенность на субъективных и неприятных ощущениях; стремление преувеличивать и выискивать несуществующие симптомы; сочетание желания лечиться и при этом отсутствие веры в успех лечения; потребность во внимании авторитетных специалистов к себе.

В 35 % случаев пациенты 2-й группы характеризовались тревожным типом отношения к болезни, для которого свойственны: беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, неэффективности, возможных осложнений лечения; выраженный интерес к результатам анализов, заключениям специалистов, нежели к субъективным ощущениям; тревожное, угнетённое настроение, мнительность; тенденция к тревожности по поводу воображаемой, а не реальной опасности.

В 20 % случаев пациенты 2-й группы характеризовались неврастеническим типом отношения к болезни,

ТАБЛИЦА 1
РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ ПО ТИПАМ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ

Группы	Типы отношений к болезни по методике «ТОБОЛ»					
	гармоничный	эргопатический	анозогнозический	тревожный	ипохондрический	неврастенический
	n (%)					
1-я группа	6 (30 %)	9 (45 %)	5 (25 %)	–	–	–
2-я группа	–	–	–	7 (35 %)	9 (45 %)	4 (20 %)
df = 5; $\chi^2 = 40$; $p < 0,01$						

TABLE 1
DISTRIBUTION OF ADOLESCENT GIRLS BY TYPE OF ATTITUDE TOWARDS THE DISEASE

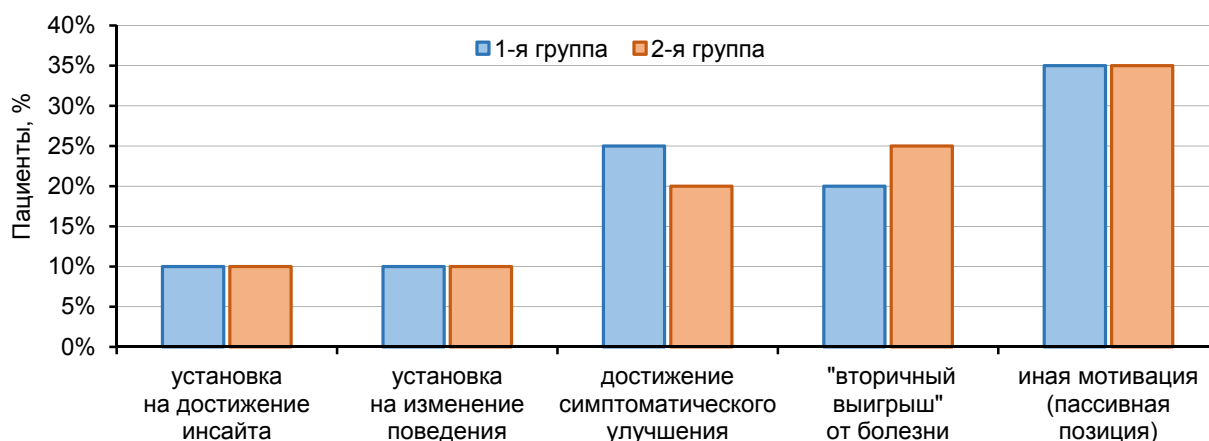


РИС. 1.
Мотивация к лечению (виды установок) у подростков с ожирением 1-й и 2-й групп

FIG. 1.
Treatment motivation (types of attitude) in adolescents with obesity from groups 1 and 2

для которого свойственны: вспышки раздражения, завершающиеся раскаянием и угрызениями совести; критическое отношение к своим поступкам и словам; чувство вины.

При анализе данных по методике «Мотивация к лечению» не выявлено статистически значимых различий, однако выявленные тенденции, по нашему мнению, представляют исследовательский интерес (рис. 1).

Большинство подростков первой группы при поступлении в клинику демонстрировали установки на симптоматическое улучшение (25 %) и на иную мотивацию (пассивная позиция) (35 %), тогда как преобладающее количество подростков второй группы характеризовались установками на получение «вторичного выигрыша» от болезни (25 %) и на пассивную позицию (35 %). Иная мотивация (пассивная позиция), выявленная у обеих групп, свидетельствует о слабой готовности подростков к изменению поведения, опосредованного болезнью.

В результате изучения установок мотивации к лечению девочек-подростков с ожирением выявлено, что подростки 1-й группы в 25 % случаев демонстрировали высокие показатели по шкале «Установка на достижение симптоматического улучшения», которая проявлялась в осознании заболевания и стремлении к выздоровлению. Она свидетельствует о повышенной мотивации и готовности к лечению, стремлении выполнять все назначения врачей и менять свой привычный образ жизни в таких сферах, как сон, питание и физическая активность. При этом у данных девочек-подростков отмечается стремление к новым знакомствам (знакомства в стационаре). Также в 35 % случаев выявлен ещё один вид установок – иная мотивация (пассивная позиция), которая проявлялась в отсутствии критики к себе, неприятии болезни, отношении к заболеванию как к норме. Наблюдались неосознанность и отсутствие информированности о болезни и последствиях, а также неправильные привычки в семье – возможен «культ еды» и доступ-

ность неправильной еды (фастфуд). Все эти факторы могли снижать мотивацию к лечению у таких девочек-подростков с ожирением.

Подростки 2-й группы, которые вторично находились на лечении, в 25 % случаев демонстрировали высокие показатели по шкале «Установка на получение "вторичного выигрыша" от болезни». Это проявлялось в пропусках школы, нежелании лечиться, стремлении получать повышенное внимание и заботу от близких и родителей, а также в манипулировании болезнью для достижения своих целей. Вместе с тем в 35 % случаев выявлена установка «Иная мотивация (пассивная позиция)», которая проявлялась в низкой мотивации, отрицании болезни, нежелании выполнять назначения врачей, нарушении режима питания и приёма препаратов.

Изучение мотивационно-поведенческих особенностей представляется достаточно важным при рассмотрении развития личности в условиях заболевания и обусловлено тем, что цели и мотивы деятельности человека находят непосредственное выражение в его поведении, влияя на направленность больного на выздоровление либо на пассивное отношение к заболеванию; прослеживается необходимость детального изучения мотивов.

Анализ результатов изучения мотивов ведущей деятельности у девочек-подростков с ожирением при помощи методик «Диагностика мотивационной сферы личности подростков» Ж. Ньютона и «Диагностика мотиваторов социально-психологической активности личности» Д. Макклелланда показал, что в мотивационной сфере пациенток 1-й группы преобладает мотив достижения, тогда как у пациенток 2-й группы более выражен мотив власти (рис. 2).

Данные, представленные на рисунке 2, свидетельствуют о схожести мотивационной структуры ведущей деятельности у девочек-подростков с ожирением 1-й и 2-й групп; при этом выявлены различия в выражен-

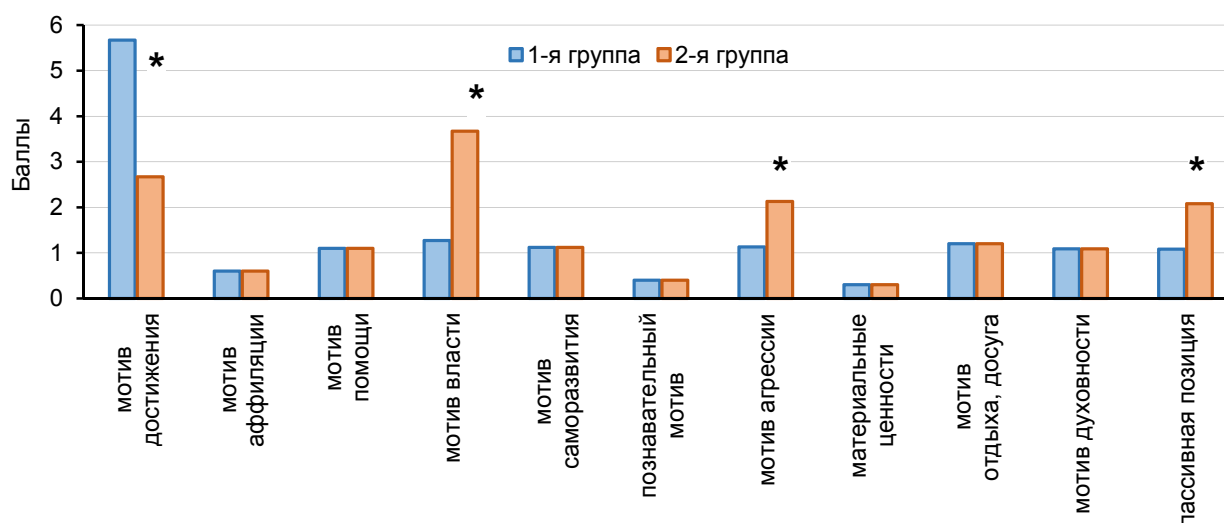


РИС. 2.

Мотивы ведущей деятельности у девочек-подростков с ожирением 1-й и 2-й групп

FIG. 2.

Motives for leading activities in adolescent girls with obesity from groups 1 and 2

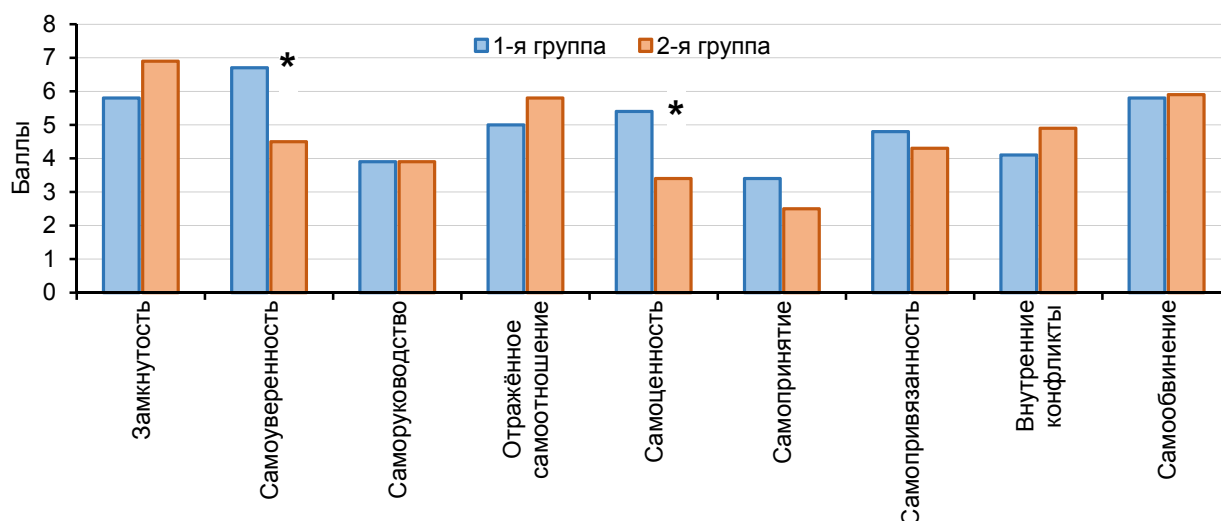


РИС. 3.

Структура самоотношения личности у девочек-подростков с ожирением 1-й и 2-й групп

FIG. 3.

The structure of personal self-conception in adolescent girls with obesity from groups 1 and 2

ности таких мотивов, как мотив достижения, мотив власти, мотив агрессии и пассивная позиция. Так, у девочек-подростков 1-й группы по сравнению с пациентками 2-й группы статистически значимо более выражен мотив достижения (5,67 и 2,27 балла соответственно; $U = 115$; $p \leq 0,05$). Мотив достижения – это устойчиво проявляемая потребность подростка добиваться успеха в различных видах деятельности. Через этот мотив есть возможность рассматривать проводимую терапию как ориентир на достижение успеха в лечебном процессе.

У девочек-подростков 2-й группы по сравнению с пациентками 1-й группы статистически значимо более выражены: мотив власти (3,67 и 1,27 балла соответственно; $U = 100$; $p \leq 0,05$); мотив агрессии (2,13 и 1,13 балла соответственно; $U = 90$; $p \leq 0,05$), пассивная позиция (2,08 и 1,08 балла соответственно; $U = 90$; $p \leq 0,05$).

Таким образом, подростки обеих групп формировали определённую мотивацию по отношению к заболеванию, изменению образа жизни и актуализации деятельности, направленной на выздоровление. Полученные результаты свидетельствуют о том, что мотив лечения являлся внутренней побудительной причиной поведения в определённый момент и неким доводом к тому, что нужно начать или продолжить лечение.

Анализ результатов структуры самоотношения личности у девочек-подростков с ожирением при помощи методики МИС С.Р. Пантелеева представлен на рисунке 3.

Данные, представленные на рисунке 3, свидетельствуют о том, что в структуре самоотношения девочек-подростков 1-й группы по сравнению с пациентками 2-й группы более выражены такие компоненты, как самоуверенность (6,7 и 4,5 балла соответственно; $U = 105$; $p \leq 0,05$) и самоценность (5,4 и 3,4 балла соответственно; $U = 105$; $p \leq 0,05$).

В то же время в структуре самоотношения девочек-подростков 2-й группы по сравнению с пациентками

1-й группы более выражен такой компонент, как замкнутость (6,9 и 5,8 балла соответственно; $U = 99$; $p \leq 0,05$).

Анализ результатов отношения к своему телу по методике «Удовлетворённость своим телом» Д.К. Коллинза представлен на рисунке 4.

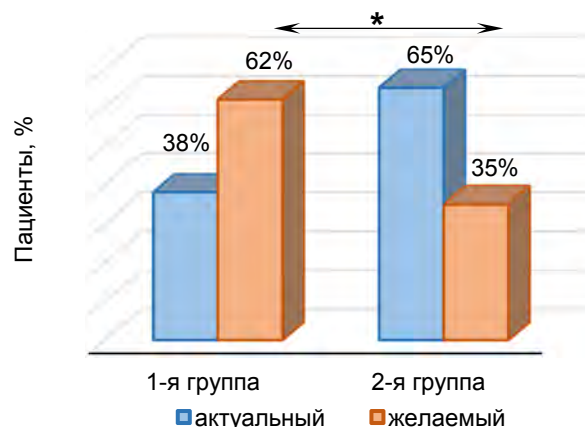


РИС. 4.

Отношение к своему телу девочек-подростков с ожирением 1-й и 2-й групп

FIG. 4.

Attitude towards their body in adolescent girls with obesity from groups 1 and 2

Полученные данные свидетельствуют о том, что девочки-подростки 1-й группы (первично находящиеся на лечении) имеют более высокую мотивацию к изменениям в виде желаемого образа тела, чем пациентки 2-й группы. Вместе с тем девочки-подростки 2-й группы (вторично находящиеся на лечении) характеризуются большим принятием своего тела, чем пациентки 1-й группы. Так, более

половины девочек-подростков 1-й группы склонны ставить перед собой более амбициозные цели в плане изменений образа тела, чем девушки, вторично находящиеся на лечении (62 и 35 % соответственно; $\chi^2 = 10,2$; $p \leq 0,05$). Это говорит о том, что неудачный опыт лечения негативно влияет на способность подростков ставить амбициозные цели и верить в их достижение. Они в большей степени склонны принимать своё тело таким, какое оно есть (65 %). Отметим, что в свою очередь успех лечения в значительной степени связан с мотивацией пациента, которая позволяет оптимизировать процесс лечения и создать модель партнёрства между специалистом и пациентом.

ОБСУЖДЕНИЕ

В процессе изучения мотивации к лечению у девочек-подростков с ожирением 1-й группы выявлены следующие результаты: «иная мотивация», пассивная позиция и установка на достижение симптоматического улучшения. У девочек-подростков с ожирением 2-й группы были выявлены «иная мотивация», пассивная позиция и установка на получение «вторичного выигрыша» от болезни. Это проявлялось в нежелании участвовать в исследовании, делиться своими проблемами, чувствами и состоянием; интерес к изменению своего образа жизни практически отсутствовал в сравнении с девочками-подростками 1-й группы. Результаты исследования позволяют сделать вывод о том, что мотив и интерес к лечению практически отсутствовал у подростков второй группы.

На наш взгляд, предыдущий отрицательный опыт лечения мог негативно сказаться на мотивации для продолжения лечения у этих девочек-подростков. Отсутствие поддержки со стороны родителей и давление со стороны сверстников также могло повлиять на пассивную позицию к лечению. Длительный и поэтапный результат снижения веса является ещё одним фактором, который снижает мотивацию к лечению у девочек-подростков с ожирением.

Следует отметить, что различия между актуальным и желаемым образом тела более выражены у девочек-подростков с ожирением 1-й группы, что, на наш взгляд, связано с их повышенной мотивацией к лечению (снижению веса) в сравнении с пациентками 2-й группы. Это, возможно, детерминируется наличием негативного опыта лечения у девочек, которые находились на повторном лечении.

Данные результаты свидетельствуют о том, что у девочек-подростков с ожирением 1-й группы сравнительно сбалансирован Я-образ; они не склонны обвинять себя в проблемах с лишним весом, и, кроме того, их мотивация к изменению повышена. Наоборот, для девочек-подростков с ожирением 2-й группы характерен высокий уровень негативизма относительно своего тела, а их мотивация менее сбалансирована: в ней преобладает пассивное желание похудеть и присутствуют страх и чувство вины.

В структуре самооотношения личности девочек-подростков с ожирением 1-й группы доминировали такие компоненты, как самоуверенность, самооценочность, самопринятие, а для девочек-подростков 2-й группы были ха-

рактерны такие показатели, как самообвинение, самоотражение, внутренние конфликты. Выраженность самообвинения в структуре самооотношения девочек-подростков с ожирением (1-й и 2-й групп) может указывать на переживание ими чувства вины по поводу недостижения поставленных целей лечения и снижения веса. В то же время выраженность самопринятия и внутренней конфликтности в структуре самооотношения у девочек-подростков 2-й группы может указывать на то, что они ощущали себя менее успешными, так как имели негативный опыт лечения и попыток снизить вес. Данные говорят о том, что подростки с ожирением в целом относятся к себе позитивно, без агрессии, принимают себя, при этом у пациенток и 1-й, и 2-й группы следует отметить замкнутость.

В целом полученные результаты ещё раз подчёркивают, что проблема мотивации к лечению девочек-подростков с ожирением требует дальнейшего изучения и разработки специализированной психокоррекционной программы. Такая программа, по нашему мнению, должна основываться на поэтапном многофакторном психологическом консультировании девочек-подростков с ожирением, направленном на развитие мотивов лечения, улучшение психоэмоционального состояния, развитие навыков саморегуляции и реализации достижения своих целей, а также на формирование уверенности в успешном исходе лечения. На наш взгляд, комплексный подход с привлечением специалистов разного профиля (педиатров, эндокринологов, медицинских психологов, гинекологов, диетологов, реабилитологов и др.) будет способствовать более эффективному процессу лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе проведённых исследований было показано, что первично госпитализированные девочки-подростки в процессе исследования демонстрировали более замотивированную позицию по отношению к изменениям, нежели подростки, вторично поступившие в стационар.

По итогам данного исследования будет разработана система психологического консультирования, направленная на развитие мотивации к лечению девочек-подростков с ожирением для первично и повторно госпитализированных. Немаловажную роль играет сотрудничество родителей, врачей, психологов в лечении и профилактике ожирения, что в свою очередь влияет на мотивацию к лечению.

Полученные данные могут стать основой для дальнейших исследований в области изучения мотивов лечения у подростков с ожирением, а внедрение системы психологической коррекции мотивов лечения в лечебный процесс позволит повысить его эффективность, удлинить клиническую ремиссию, сократить сроки госпитализации и финансовые издержки на лечение.

Конфликт интересов

Авторы данной статьи сообщают об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Леонтьев Д.А. Общее представление о мотивации поведения человека. *Психология в вузе*. 2004; (1): 51-65. [Leontiev DA. General idea of motivation of human behavior. *Psikhologiya v vuze*. 2004; (1): 51-65. (In Russ.).]
2. Хекхаузен Х. *Мотивация и деятельность*. М.: Смысл; 2003. [Heckhausen J. *Motivation and activity*. Moscow: Smysl; 2003. (In Russ.).]
3. Ильин Е.П. *Мотивация и мотивы*. СПб.: Питер; 2011. [Ilyin EP. *Motivation and motives*. Saint Petersburg: Piter; 2011. (In Russ.).]
4. Рубинштейн С.Л. *Основы общей психологии*. СПб.: Питер; 2002. [Rubinstein SL. *Fundamentals of general psychology*. Saint Petersburg: Piter; 2002. (In Russ.).]
5. Савина Е.А., Булкина Н.В., Масумова В.В., Олевская О.А. Взаимосвязь стоматологического статуса, данных самооценки и мотивации к лечению. *Саратовский научно-медицинский журнал*. 2011; 7(1 Прил): 326-327. [Savina EA, Bulkina NV, Masumova VV, Olevskaya OA. Interrelation of the stomatologic status, the data of the self-appraisal and motivation to treatment. *Saratov Journal of Medical Scientific Research*. 2011; 7(1 Suppl): 326-327. (In Russ.).]
6. Семенова О.Н., Наумова Е.А. Факторы, влияющие на приверженность к терапии: параметры ВОЗ и мнение пациентов кардиологического отделения. *Бюллетень медицинских Интернет-конференций*. 2013; 3(3): 507-511. [Semenova ON, Naumova EA. Factors influencing adherence to therapy: WHO parameters and the opinion of patients of the cardiology unit. *Bulletin of Medical Internet Conferences*. 2013; 3(3): 507-511. (In Russ.).]
7. Сухова Е.В., Барсуков В.Н., Сухов В.М., Зайнуллин Н.Р. Факторы, снижающие дисциплину лечения у больных туберкулезом легких, и возможности повышения мотивации к лечению. *Пульмонология*. 2007; (2): 50-55. [Sukhova EV, Barsukov VN, Sukhov VM, Zainullin NR. Factors reducing adherence to therapy and abilities to enhance motivation for treatment. *Pulmonologiya*. 2007; (2): 50-55. (In Russ.). doi: 10.18093/0869-0189-2007-0-2-50-55]
8. Машанская А.В., Погодина А.В., Астахова Т.А., Храмова Е.Е., Кравцова О.В., Власенко А.В. и др. Современные технологии реабилитации подростков с ожирением. *Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры*. 2018; 95(4): 24-30. [Mashanskaya AV, Pogodina AV, Astakhova TA, Khranova EE, Kravtsova OV, Vlasenko AV, et al. The modern methods for the rehabilitation of adolescents suffering obesity. *Problems of Balneology, Physiotherapy, and Exercise Therapy*. 2018; 95(4): 22-30. (In Russ.). doi: 10.17116/kurort20189504124]
9. Лебедева Н.О., Сухова Е.В. Формирование мотивации к лечению у больных туберкулезом легких. *Проблемы туберкулеза и болезней легких*. 2006; 12: 13-16. [Lebedeva NO, Sukhova EV. Formation of motivation for treatment in patients with pulmonary tuberculosis. *Problems of Tuberculosis and Lung Diseases*. 2006; 12: 13-16. (In Russ.).]
10. Swanson AJ, Pantalon MV, Cohen KR. Motivational interviewing and treatment adherence among psychiatric and dually diagnosed patients. *J Nerv Ment Dis*. 1999; 187(10): 630-635. doi: 10.1097/00005053-199910000-00007
11. Бутенко Т.В. Психическое выгорание и трудовая мотивация среднего медицинского персонала. *Молодой учёный*. 2010; 11-2: 57-161. [Butenko TV. Mental burnout and work motivation of mid-level medical personnel. *Young Scientist*. 2010; 11-2: 57-161. (In Russ.).]
12. Тайц А.Б., Косенко А.А. Трудовая мотивация врачей поликлиники. *Современные проблемы науки и образования*. 2014; 4: 297. [Taits AB, Kosenko AA. Work motivation of polyclinic doctors. *Modern Problems of Science and Education*. 2014; 4: 297. (In Russ.).]
13. Штрахова А.В., Арсланбекова Э.В. Мотивационный компонент внутренней картины болезни как фактор приверженности к терапии у больных соматическими заболеваниями с витальной угрозой. *Вестник ЮУрГУ*. 2011; 29: 82-89. [Shtrakhova AV, Arslanbekova EV. Motivational component of the internal picture of the disease as a factor of adherence to therapy in patients with somatic diseases with a vital threat. *Bulletin of the South Ural State University*. 2011; 29: 82-89. (In Russ.).]
14. Ярославцева И.В., Домашенкина А.С. Использование технологий психологического консультирования в развитии мотивов лечения у девочек-подростков с избыточным весом. *Психологическая наука и практика: инновации в образовании: Сборник материалов Пятой конференции психологов образования Сибири*. Иркутск, 2018: 360-368. [Yaroslavtseva IV, Domashenkina AS. Use of psychological counseling technologies in developing treatment motives in overweight adolescent girls. *Psychological Science and Practice: Innovations in Education: Proceeding of the Fifth Conference of Educational Psychologists of Siberia*. Irkutsk, 2018: 360-368. (In Russ.).]
15. Габбасова А.М., Гладышева О.В. Изучение проблем веса у современных подростков. *Наукосфера*. 2023; 1-1: 235-239. [Gabbasova AM, Gladysheva OV. The study of weight problems in modern adolescents. *Naukosfera*. 2023; 1-1: 235-239. (In Russ.).]
16. Мингазов Р.Н., Гуреев С.А., Зотов В.В., Попел А.Е., Бельшева О.А., Мингазова Э.Н. Глобальные риски ожирения в подростковой и юношеской популяциях. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022; 30(5): 1067-1071. [Mingazov RN, Gureev SA, Zotov VV, Popel AE, Belysheva OA, Mingazova EN. Global risks of obesity in adolescent and teenage populations. *Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine*. 2022; 30(5): 1067-1071. (In Russ.). doi: 10.32687/0869-866X-2022-30-s1-1067-1071]
17. Вознесенская Т.Г. Расстройства пищевого поведения при ожирении и их коррекция. *Ожирение и метаболизм*. 2004; 1(2): 2-6. [Voznesenskaya TG. Eating disorders in obesity and their correction. *Obesity and Metabolism*. 2004; 1(2): 2-6. (In Russ.). doi: 10.14341/2071-8713-4893]
18. Николаева Н.О., Мешкова Т.А. Нарушения пищевого поведения: социальные, семейные и биологические предпосылки. *Вопросы психического здоровья детей и подростков*. 2011; 1(11): 39-49. [Nikolaeva NO, Meshkova TA. Eating disorders: Social, family and biological prerequisites. *Mental Health of Children and Adolescent*. 2011; 1(11): 39-49. (In Russ.).]
19. Козыбаева Ж., Султанова А., Кенжеханова А., Кененбаева Б.Е. Ожирение в подростковом возрасте. *Sciences of Europe*. 2021; 85-2: 8-11. [Kozybayeva Zh6 Sultanova A, Kenzhekhanova A, Kenenbaeva B. Obesity in adolescence. *Sciences of Europe*. 2021; 85-2: 8-11. (In Russ.). doi: 10.24412/3162-2364-2021-85-2-8-11]
20. Романица А.И., Поляков В.М., Погодина А.В., Мясичев Н.А., Климкина Ю.Н., Рычкова Л.В. Подросток с ожирением: социально-психологический портрет. *Acta biomedica scientifica*. 2020; 5(6): 179-187. [Romanitsa AI, Polyakov VM, Pogodina AV, Myasishchev NA, Klimkina YuN, Rychkova LV. Obese adolescent:

Social and psychological portrait. *Acta biomedica scientifica*. 2020; 5(6): 179-187. (In Russ.). doi: 10.29413/ABS.2020-5.6.21

21. Рычкова Л.В., Погодина А.В., Романица А.И., Савелькаева М.В. Ожирение и функциональные расстройства кишечника у подростков: пилотное исследование. *Ожирение и метаболизм*. 2022; 19(2): 148-157. [Rychkova LV, Pogodina AV, Romanitsa AI, Savelkaeva MV. Obesity and functional bowel disorders in adolescents: A pilot study. *Obesity and Metabolism*. 2022; 19(2): 148-157. (In Russ.). doi: 10.14341/omet12803

22. Семенова Н.Б., Слободская Е.Р., Резун Е.В. Нарушения пищевого поведения у школьников 11–17 лет: распространенность, особенности клинических проявлений, психосоматическая коморбидность. *Acta biomedica scientifica*. 2023; 8(1): 20-28. [Semenova NB, Slobodskaya HR, Rezun E.V. Eating disorders in 11–17 year old schoolgirls: Prevalence, features of clinical manifestations, psychosomatic comorbidity. *Acta biomedica scientifica*. 2023; 8(1): 20-28. (In Russ.). doi: 10.29413/ABS.2023-8.1.3

23. Погодина А.А., Романица А.И., Рычкова Л.В. Ожирение и функциональные заболевания кишечника: существует ли связь? *Ожирение и метаболизм*. 2021; 18(2): 132-141. [Pogodina AV, Romanitsa AI, Rychkova LV. Obesity and functional bowel disorders: Are they linked? *Obesity and Metabolism*. 2021; 18(2): 132-141. (In Russ.). doi: 10.14341/omet12706

24. Домашенкина А.С., Ярославцева И.В. К проблеме психологического консультирования подростков, страдающих ожирением. *Проблемы теории и практики современной психологии: Сборник материалов XVI ежегодной Всероссийской (с международным участием) научно-практической конференции*. Иркутск, 2017: 372-373. [Domashenkina AS, Yaroslavtseva IV. On the problem of psychological counseling of adolescents suffering from obesity. *Problems of Theory and Practice of Modern Psychology: Proceedings of the XVI Annual All-Russian (with international participation) Research and Practical Conference*. Irkutsk, 2017: 372-373. (In Russ.).

25. Черевикова И.А., Мясищев Н.А., Поляков В.М., Рычкова Л.В. Когнитивные нарушения у лиц с избыточной массой тела и ожирением. *Acta biomedica scientifica*. 2021; 6(3): 163-173. [Cherevikova IA, Myasishchev NA, Polyakov VM, Rychkova LV. Cognitive impairments in patients with overweight and obesity. *Acta biomedica scientifica*. 2021; 6(3): 163-173. (In Russ.). doi: 10.29413/ABS.2021-6.3.17

26. Циценко К.М. Медико-социальная профилактика подросткового ожирения. *Ratio et Natura*. 2022; 1(5): 124. [Tsitzenko KM. Medical and social prevention of adolescent obesity. *Ratio et Natura*. 2022; 1(5): 124. (In Russ.).

27. Коротких С.М., Волынкина Е.А., Шумская О.Д. Некоторые аспекты пищевого поведения и физической работоспособности у подростков с избыточной массой тела и ожирением. *Эндокринология: новости, мнения, обучение*. 2020; 9-2(31): 105-107. [Korotkov SM, Volynkina EA, Shumskaya OD. Some aspects of eating behavior and physical performance in overweight adolescents. *Endocrinology: News, Opinions, Training*. 2020; 9-2(31): 105-107. (In Russ.). doi: 10.33029/2304-9529-2020-9-2-105-107

28. Грызлова Ю.А., Лобанова М.А., Волков С.Д. Пищевое поведение у детей подросткового возраста с ожирением. *Смоленский медицинский альманах*. 2023; 3: 203-206. [Gryzlova YuA, Lobanova MA, Volkov SD. Eating behavior in adolescent children with obesity. *Smolensk Medical Almanac*. 2023; 3: 203-206. (In Russ.). doi: 10.37903/SMA.2023.3.42

29. Николаева Н.О. История и современное состояние исследований нарушений пищевого поведения (культурные и психологические аспекты). *Клиническая и специальная психология*. 2012; 1: 51-63. [Nikolaeva NO. History and current state of research on eating disorders (cultural and psychological aspects). *Clinical Psychology and Special Education*. 2012; 1: 51-63. (In Russ.).

30. Карвасарский Б.Д. *Клиническая психология*. М.; 2004. [Karvasarsky BD. *Clinical psychology*. Moscow; 2004. (In Russ.).

Сведения об авторах

Вотинева Анастасия Сергеевна – младший научный сотрудник лаборатории нейropsychологии и психосоматической патологии детского возраста, ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья, семьи и репродукции человека», e-mail: votinevaas@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-0361-2868>

Прохорова Жанна Владимировна – кандидат биологических наук, научный сотрудник лаборатории нейropsychологии и психосоматической патологии детского возраста, ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья, семьи и репродукции человека», e-mail: proxorowa.janna2011@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-8236-1747>

Поляков Владимир Матвеевич – доктор биологических наук, ведущий научный сотрудник лаборатории нейropsychологии и психосоматической патологии детского возраста, ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья, семьи и репродукции человека», e-mail: vmpolyakov@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-6243-9391>

Черевикова Ирина Александровна – младший научный сотрудник лаборатории нейropsychологии и психосоматической патологии детского возраста, ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья, семьи и репродукции человека», e-mail: gothic.craze@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-5328-8525>

Information about the authors

Anastasiya S. Votineva – Junior Research Officer at the Laboratory of Neuropsychology and Psychosomatic Pathology of Childhood, Scientific Centre for Family Health and Human Reproduction Problems, e-mail: votinevaas@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-0361-2868>

Zhanna V. Prokhorova – Cand. Sc. (Med.), Research Officer at the Laboratory of Neuropsychology and Psychosomatic Pathology of Childhood, Scientific Centre for Family Health and Human Reproduction Problems, e-mail: proxorowa.janna2011@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-8236-1747>

Vladimir M. Polyakov – Dr. Sc. (Biol.), Leading Research Officer at the Laboratory of Neuropsychology and Psychosomatic Pathology of Childhood, Scientific Centre for Family Health and Human Reproduction Problems, e-mail: vmpolyakov@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-6243-9391>

Irina A. Cherevikova – Junior Research Officer at the Laboratory of Neuropsychology and Psychosomatic Pathology of Childhood, Scientific Centre for Family Health and Human Reproduction Problems, e-mail: gothic.craze@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-5328-8525>