

## ОСНОВНІ НАПРЯМИ ПСИХОКОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ З ДІТЬМИ ІЗ НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТІЛА Й ОЖИРІННЯМ

*Одеський обласний психоневрологічний диспансер,  
Одеський національний медичний університет*

Ожиріння поступово набуває характеру пандемії. Ще до ХХ ст. ця хвороба була рідкісною, а у 1997 р. ВООЗ офіційно визнала ожиріння глобальною епідемією, ставлячи вчених і медиків перед необхідністю в стислі терміни знаходити способи лікування та профілактики цього захворювання. У дітей, які мають надмірну масу тіла (НМТ) у віці до шести років, ймовірність ожиріння в дорослому віці становить 50 %, а у підлітків ця ймовірність збільшується до 80 % [1].

Проблема загострюється через те, що більшість науковців відзначають, що лікування ожиріння часто виявляється неефективним, хоча тимчасове зниження маси тіла досягається досить легко, але тенденція до рецидиву дуже регулярна [2–4]. На сучасному етапі розвитку медицини якість життя визнається одним із ключових понять, найважливішим критерієм загального добробуту та здоров'я. Критерії, на яких ґрунтується вивчення медичних аспектів якості життя, впливають із визначення здоров'я ВООЗ: «Здоров'я є станом повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки відсутністю хвороб і фізичних дефектів». Саме тому через сформовану ситуацію на перший план починають виходити психологічні методи впливу та корекції.

Деякі автори акцентують увагу на тому, що ожиріння

може формуватися в результаті наявності психологічних проблем, тобто мова йде про психосоматичний варіант [2–5]. За наявності НМТ відбувається зміна психоемоційного статусу дитини, з'являється відчуття тривожності, агресивності, незахищеності, що погіршує якість її життя. «Стресо-ве» підвищення апетиту відображає прагнення людини за допомогою задоволення від прийому їжі заповнити дефіцит позитивних емоцій і тим самим приглушити внутрішню напруженість або заповнити дефіцит задоволеності.

М. Є. Сандомирський дає докладний опис психологічних проявів стресу при різних психосоматичних порушеннях, і при ожирінні зокрема [6]. Прояви можуть виявлятися на емоційному рівні, на рівні мислення, на рівні поведінки, причому на кожному рівні включається свій регресійний механізм.

Істотну роль у лікуванні ожиріння відіграють усвідомлене бажання та воля дитини подолати недугу, можливість керувати своїм психічним станом за підтримки родини, що досягається застосуванням психологічних методик у комплексній терапії ожиріння у дітей. Сьогодні включення психокорекції в комплексну програму профілактики чи лікування НМТ й ожиріння є актуальним методом.

**Мета** дослідження — оптимізувати лікування ожиріння у

дітей за допомогою застосування методу психологічної корекції.

### Матеріали та методи дослідження

У процесі роботи були протестовані 86 дітей Одеси віком від 6 до 11 років, із них 46 дітей — із НМТ і 40 — з ожирінням, інтелектуальний розвиток обстежуваних без відхилень. Дослідження самооцінки проводили за допомогою модифікованої методики Дембо — Рубінштейна «Драбинка самооцінки» та модифікованої методики Р. Ф. Беляускайте «Кінетичний малюнок сім'ї». Для вивчення психологічного стану дітей із НМТ й ожирінням, а також виявлення взаємозв'язку між захворюванням і порушенням соціальної адаптації у цих дітей було використано дві психологічні методики: особистий тест Кеттелла («дитячий» варіант (СРГ)) і «Мікрошкала експрес-діагностики психоаналітичних типів особистості» А. Н. Михайлова.

У процесі спеціальних бесід-занять із дітьми була проведена психологічна робота з оволодіння ними різними способами саморегуляції для зняття високого рівня тривожності, внутрішнього напруження, окрему увагу приділяли підвищенню самооцінки та навчання продуктивної взаємодії з однолітками.

Під час пошуку найвідповідніших способів психологіч-

ного впливу на дітей з порушеннями маси тіла було виділено кілька напрямів. Перший напрям — це розвиток емоційної компетентності дитини. Для виконання цієї мети були поставлені такі завдання: актуалізація базових емоцій, розвиток самоконтролю за емоційними проявами, прийняття власних емоційних реакцій і способів реагування, розвиток здатності розуміти емоційний стан іншої людини, передавати її настрій мімікою та пантомімою. Ще одне завдання даного напрямку — це підвищення рівня самооцінки таких дітей, розуміння ними своїх сильних сторін і вміння використовувати їх у різних ситуаціях.

Вирішення цих питань є вкрай актуальним завданням, оскільки у багатьох дітей із НМТ й ожирінням відзначалися прояви неспокою, немотивованої тривоги, коли діти переживають через події, які ніколи не відбудуться. Наприклад, одна дитина боялася того, що батьки проводять багато часу за кермом машини і з ними обов'язково має статися щось жахливе, ці переживання порушували її спокій і заважали адекватно ставитися до життя. У 41 (47,7 %) дитини відзначався знижений фон настрою, немотивована дратівливість, 64 (74,4 %) дитини фіксувалися на певних думках, пов'язаних із джерелом стресу.

Для вирішення перерахованих вище завдань використовувалися такі методи, як казокотерапія й арт-терапія, візуалізація. Терапевтичним казкам, або метафорам, приділяється увагу багато фахівців [7–10], при цьому відзначають значну різницю між традиційним використанням казок у сім'ях та їх терапевтичним використанням. Т. Д. Зинкевич-Евстигнеева, Н. Пезешкян указують, що терапевтичні метафори пропонують новий вибір, нові способи ставлення до життя і можуть стосуватися безлічі переживань, переконань та ідей, що

дрімали досі у свідомості дитини, але при цьому не використовуються чарівні атрибути та чародійство [10; 11]. Вважається, що психосоматична симптоматика зароджується в правій півкулі, там же, де відбувається розшифрування підтексту метафори. Мова метафор дозволяє безпосередньо спілкуватися з правою півкулею її власною мовою, тому метафоричний підхід до терапії дає результати набагато швидше, ніж інші методи [8; 12]. При підборі психотерапевтичних казок враховувався характер проблем у дітей. Діти з НМТ й ожирінням нерідко відчувають себе відгородженими від однолітків, несхожими на них. Героям казок, що підбираються для них, доводилося долати багато перешкод, проходити перетворення, незважаючи на страх, і знаходити шляхи розв'язання проблем (наприклад, притча про «корчі» або казка «Рожеве слонення») [10].


Методики терапії мистецтвом ґрунтуються на тому припущенні, що внутрішнє «Я» відображається у візуальних формах з того моменту, як тільки людина починає спонтанно писати фарбами, малювати чи ліпити. К. Юнг активно пропонував пацієнтам виражати свої мрії, думки, фантазії в малюнках, розглядаючи їх як один із засобів вивчення несвідомого [13].

У ході психокорекційної роботи з дітьми із НМТ й ожирінням були використані вправи, які стосуються даного напрямку і довели свою результативність. У процесі знайомства з дітьми можна продуктивно використовувати такі ігри або техніки, як сквігл-гра, техніку «каракулі» [11]. Більшості дітей подобався процес зображення плям фарбами і подальше перетворення їх у якесь закінчене зображення через те, що ця вправа допомагає відобразити свою уяву й

отримати заохочення від дорослого, іншим це допомагало виплеснути зайву енергію і стати більш спокійними та зрівноваженими. Фахівцями доведено, що реакція на уявне відтворення образу завжди є більш сильною та стійкою, ніж на словесне позначення цього образу [9; 11]. Ми постійно створюємо образи в нашій уяві. Регулярна уявна концентрація на образі бажаної якості, особливостей поведінки полегшує і прискорює процес його формування в реальному житті, тобто візуалізація є свого роду «підготовкою» в думках тієї здатності чи якості, яку дитина хоче отримати або розвинути. Дітям пропонували візуалізувати себе в сьогоденні та майбутньому, створити чіткий образ себе «бажаного». Це дуже актуально для дітей із НМТ й ожирінням, оскільки часто їхній образ свого тіла не відповідає реальності. У процесі візуалізації дітям також пропонували актуалізувати різні моделі успіху якоїсь ситуації, коли вони відчували себе комфортно і спокійно.

Для закріплення отриманих знань дітям пропонували вдома опрацьовувати матеріал із книги «Таємниця старого будинку, або Подорож у внутрішній світ» Л. Є. Ерастової [14]. Діти з 6 до 8 років завдання виконували спільно з батьками, з 9 до 11 років — самостійно (рис. 1). Обговорення дітьми з батьками захоплюючих пригод книжкових героїв часто давало можливість батькам дізнатися більш повно і з несподіваного боку про характер своєї дитини, зрозуміти її страхи та побоювання, відтворити образи і кривдників. Другий напрям, який використовувався в роботі, — тілесно-орієнтований. Під час його реалізації ставилося кілька завдань: навчання дитини простим навичкам розслаблення; робота з сегментами тіла. Діти опрацьовували 7 сегментів тіла, на

Головне дійсуюче лице Х. Человек-паук — Лангоне Алессі  
(шариши своє пастояшес или придумашес имя).



Твои особенные черты (цвет глаз, волос, рост и добавь ещё другие особенности, которые тебе нравятся в себе):

- чёрные красные глаза
- серые волосы
- рост и др
- пальцы удлинены
- ваши все пальцы человека паучи

Твои интересы (хобби если есть):

человек — паук  
искусство

Больше всего тебе нравится:

человек паук 3, сидеть в уютной комнате, играть в компьютер

Ты терпеть не можешь, когда:

люди предкаиваются над человеком паучи

Ты хочешь, чтобы другие избегали этих действий при общении с тобой:  
(например, дразнить — могу обидеться и стукнуть в ответ, брать без разрешения вещи — сделаю то же самое в ответ и т.д.):

- когда люди смеются над человеком паучи
- 
- 
- 
- 

Получился пешеход «спортсмен», правда? Я надеюсь, что ты сам себе нравишься.

Рис. 1. Анкета дитини при опрацьовуванні матеріалу книги «Таємниця старого будинку, або Подорож у внутрішній світ» Л. Є. Ерастової

кожному занятті по одному сегменту (іноді було потрібно по два-три заняття на один сегмент):

— очі (ефект захисного сегмента у ділянці очей проявляється у нерухомості чола та «порожньому» виразі очей, що може свідчити про порушення почуття безпеки і почуття реальності);

— рот (захисний сегмент утримує гнів, крик, плач, кусання, корчіння гримас);

— шия (захисний сегмент утримує крик, плач);

— груди (захисний сегмент утримує сміх, гнів, сум, пристрасть);

— діафрагма («панцир» утримує сильний гнів);

— живіт (захищає від проявів злості, неприязні);

— таз (цей «панцир» служить для стримування збудження, гніву, задоволення).

Найбільш проблемними сегментами у дітей із НМТ й ожирінням виявилися: сегмент очей, рота, шиї, живота.

Здатність дитини контролювати тілесні прояви є важливим моментом її соціалізації і тісно пов'язана з формуванням основних рис її психіки. На певному етапі дитина розуміє, що своє тіло можна використовувати як інструмент взаємодії з навколишнім світом. Нервова система людини безпосередньо залежить від стану тіла в цілому. Якщо тіло знаходиться в напруженні, то нервова система працює з перевантаженнями, і що більше порушень виникає в ре-

зультаті, то менше хочеться людині відчувати своє тіло.

У дослідну групу увійшли 44 дитини (24 дитини із НМТ та 20 — із ожирінням), яким після психологічного тестування була проведена спеціальна психокорекційна терапія разом із основною профілактичною чи терапевтичною програмою, тобто 10 занять психологічної реабілітації — по 2 год на тиждень, потім для закріплення ефекту ще 4 заняття — по 1 год на тиждень. Усього: 14 занять протягом 2,5–3 міс.

Контрольна група із 42 дітей (22 дитини із НМТ і 20 — із ожирінням) психокорекційну реабілітацію не отримувала.

Через 3 міс. дітям обох груп повторно проводили психологічне тестування.

### Результати дослідження та їх обговорення

За результатами психологічних тестів 23 (57,5 %) дитини з ожирінням нереалістично сприймають свою масу. Розміри свого тіла діти з НМТ оцінюють правильно лише у 16 (34,8 %) випадках, тобто образ свого тіла у дітей неадекватний реальному, вони витісняють ожиріння як факт, неприємний для них, або ігнорують повноту як момент, який для них нічого не значить. При цьому тільки 49 із 86 батьків сприймали свою власну масу реалістично. Більшість батьків, принаймні, визнають надмірну масу своїх дітей: 59,3 % (51) батьків сприймали свою дитину як повну, 12,8 % (11) — як дуже повну, але 27,9 % (24) батьків не згодні з тим, що їх діти повні.

А 54,3 % (25) дітей із НМТ і майже всі діти з ожирінням оцінюють ситуацію в родині як «некомфортну», «ворожу» (рис. 2).

У 56,5 % (26) дітей із НМТ і у 60 % (24) дітей з ожирінням порушується мотиваційна сторона спілкування: «занижена самооцінка і невпевненість у

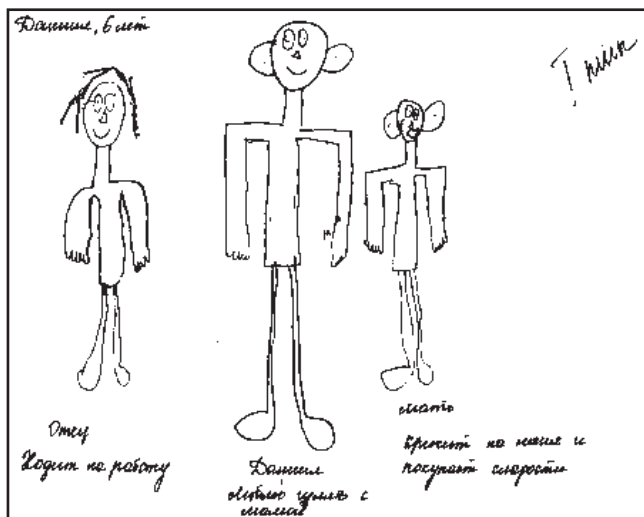


Рис. 2. Модифікований Р. Ф. Беляускайте «Кінетичний малюнок сім'ї»



Рис. 3. Приклад «кінетичного малюнка сім'ї» дитини за факторами «надмірна образливість», «залежність від дорослих та інших дітей»

собі», «знижений настрій», «втрата інтересів» і «нездатність отримувати задоволення». Формування у цих дітей почуття неповноцінності в результаті змінених психологічних переживань, що часто виникає через негативну реакцію однолітків на їх повноту, є симптомом депресивних епізодів, які, виявилось, мають усі діти з ожирінням і 25 (54,3 %) дітей із НМТ. Також простежується низький рівень «товариськості» у дітей із НМТ й ожирінням і високий рівень «недовіри», «тривоги», «надмірна образливість», «залежність від дорослих та інших дітей» (рис. 3).

Ступінь «фрустрації» у дітей усієї вибірки середньої або високої, що свідчить про наявність великої кількості незадоволених потреб. У всіх дітей із НМТ й ожирінням виявлено наявність того чи іншого психоаналітичного типу особистості (середньо або яскраво вираженого). У понад 80 % (69) цих дітей виявлено фіксацію на оральній стадії, що може бути передумовою формування емоційної харчової поведінки. І в цьому разі в ситуаціях емоційного дискомфорту дитина прагнути подолати тривогу, зняти напруження та збудження за допомогою їжі.

Після проведеної психоко- рекційної терапії отримані дані за тестом Р. Кеттелла свідчать про позитивну динаміку щодо деяких факторів у дослідній групі (табл. 1).

У цих дітей підвищився рівень товариськості, вони стали більш доброзичливо реагувати на однолітків, вищі результати за факторами «А» і «С» свідчать про підвищення впевненості їх у собі, а зниження за факторами «D, E, O» — про більш адекватне реагування на зовнішні провокуючі фактори, зниження рівня

тривожності, підвищення фо- ну настрою. Усе це в сукупності сприяло кращій соціальній адаптації дітей, зменшенню ступеня невротизації. Кількісні показники за тестом Р. Кет- телла в контрольній групі ді- тей також змінилися, але, на жаль, деякі показники свідчать про загострення проблеми — знизилась показники за факто- рами «А» і «С», підвищилися — за «E» і незначно за «O».

Після проведеної психоко- рекційної роботи з дітьми до- слідної групи у них покращило- ся ставлення до себе та образу

Таблиця 1

Значення показників за тестом Р. Кеттелла в дослідній і контрольній групах до і після лікування

Фактор тесту Кеттелла	Дослідна група			Контрольна група		
	До лікування, M±m	Після лікування, M±m	t-критерій Стьюдента	До лікування, M±m	Після лікування, M±m	t-критерій Стьюдента
A	3,26±0,11	3,68±0,09	3,0*	3,75±0,08	3,56±0,06	3,4***
C	3,2±0,1	3,77±0,08	4,5***	3,92±0,08	3,62±0,06	4,1***
D	3,53±0,12	3,30±0,11	1,4*	4,00±0,09	3,86±0,08	1,4
E	3,62±0,10	3,51±0,11	0,7*	3,39±0,11	3,80±0,08	1,4*
F	2,82±0,12	2,94±0,11	0,7	3,28±0,12	3,51±0,03	3,0**
G	2,52±0,13	2,76±0,09	1,3	3,67±0,08	3,35±0,09	4,4***
H	3,10±0,12	3,15±0,10	0,3	3,64±0,09	3,68±0,07	4,9***
I	3,98±0,13	3,83±0,13	0,8	4,04±0,11	3,98±0,09	0,3
O	4,41±0,13	3,48±0,09	5,3***	4,19±0,10	4,28±0,12	0,4
G3	2,69±0,11	2,73±0,11	0,3	3,16±0,12	3,55±0,09	3,3***
G4	3,65±0,12	2,86±0,07	5,3***	3,85±0,09	3,83±0,09	0,8

Примітка. Вірогідність відмінностей між min-max (M±m): \* — p<0,05; \*\* — p<0,01; \*\*\* — p<0,001.

свого тіла, воно стало більш адекватним (про це свідчать результати, отримані за методикою Дембо — Рубінштейна «Драбинка самооцінки») (рис. 4).

Діти почали охочіше говорити про проблему маси, висловлювати невдоволення розмірами свого тіла, погоджувалися на відвідування спортивних секцій і ранкові або вечірні гімнастичні вправи вдома і, головне, спокійніше ставилися до коментарів однолітків з приводу їх повноти.

У результаті проведення роз'яснювальної роботи з батьками щодо мотивів поведінки їх дітей, докладного аналізу даних психологічних тестів, у батьків підвищився рівень ро-

зуміння та сприйняття своїх дітей. Це знайшло відображення у повторних результатах «Кінетичний малюнок сім'ї» — у дітей знизилася показники за фактором «тривоги» та «почуття неповноцінності в родині» (рис. 5).

Крім позитивної динаміки у психологічному стані дітей дослідної групи, відмічалася стійкіша негативна динаміка у масі (рис. 6.). У дітей із НМТ у дослідній групі зазначалося зниження маси тіла зі стійким катамнестичним ефектом протягом 1 року ( $p < 0,05$ ,  $p < 0,01$  відповідно), у той же час у дітей із НМТ у контрольній групі теж відмічалася зниження маси тіла, але вірогідної

різниці ні в одному часовому проміжку не було ( $p > 0,05$ ;  $p > 0,05$  відповідно). У дітей з ожирінням у дослідній групі теж зазначалося стійке зниження маси тіла як відразу після терапії, так і через рік ( $p > 0,05$ ;  $p < 0,05$  відповідно). У дітей з ожирінням контрольної групи вірогідного зниження маси тіла не відмічалася, навпаки, через 3 міс. зафіксували невелике підвищення ( $p > 0,05$ ,  $p > 0,05$  відповідно). У 38 (82,6 %) дітей дослідної групи зафіксовано стійке зниження потягу до надмірного харчування з нормалізацією психологічного стану.

Таким чином, запропонована спеціальна психокорекцій-



Рис. 4. Вибірково: «Драбинка самооцінки» за методикою Дембо — Рубінштейна за двома показниками

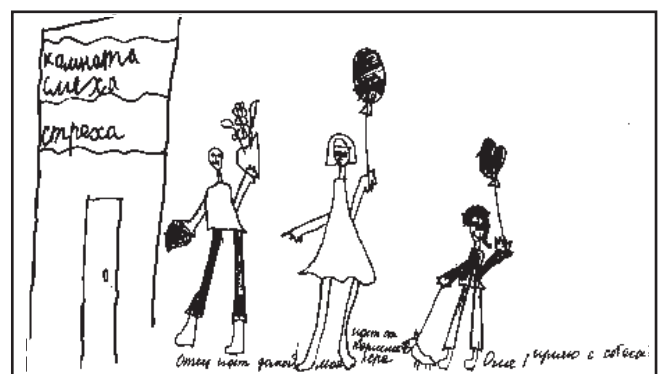


Рис. 5. «Кінетичний малюнок сім'ї»: Ольга, 8 років

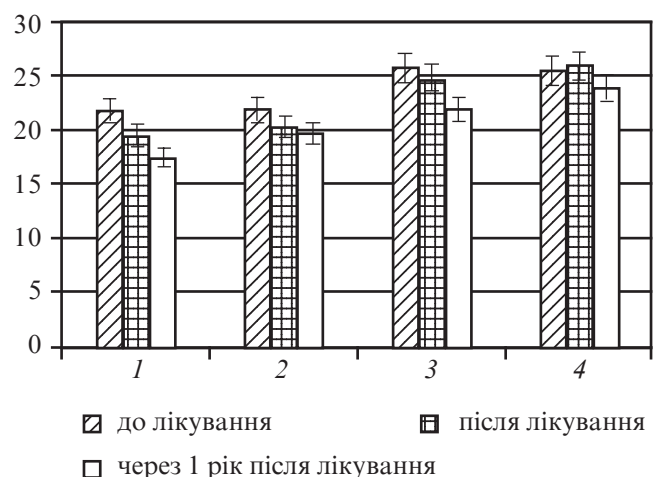


Рис. 6. Динаміка ІМТ у середньому у дітей із НМТ і ожирінням до і після психокорекційної роботи (через 3 міс.; через 1 рік): 1 — діти з НМТ, дослідна група; 2 — діти з НМТ, контрольна група; 3 — діти з ожирінням, дослідна група; 4 — діти з ожирінням, контрольна група

на терапія має досить стійкий лікувальний ефект, тому що враховує патогенетичні причини виникнення надмірної маси тіла.

### Висновки

1. Усі діти від 6 до 11 років з надмірною масою тіла й ожирінням, крім збільшення фізичної активності, дієтотерапії та інколи застосування медикаментів, потребують проходження психокорекційних занять (бажано з батьками) для розвитку їх емоційної компетентності, підвищення самооцінки, оволодіння адекватними способами реагування при виникненні фруструючих ситуацій.

2. Методи, які можна використовувати для психокорекції дітей із надмірною масою тіла й ожирінням віком від 6 до 11 років, різноманітні: це казко- й арт-терапія, візуалізація, тілесно-орієнтовані методи корекції.

3. У дітей із надмірною масою тіла й ожирінням від 6 до 11 років часто простежується відчуження від свого тіла, що може призводити до міжособистісної відчуженості. За допомогою тілесно-орієнтованої терапії можна допомогти дитині пізнати своє тіло, прийняти його і навчити довіряти своєму тілу та власним враженням,

і таким чином допомогти знайти своє місце в соціумі.

4. Запропонована спеціальна психокорекційна терапія має досить стійкий лікувальний ефект. Так, у дітей із НМТ у дослідній групі зазначалося зниження маси тіла зі стійким катанестичним ефектом протягом 1 року ( $p < 0,05$ ,  $p < 0,01$  відповідно); у дітей із ожирінням у дослідній групі теж зазначалося стійке зниження маси тіла як відразу після терапії, так і через рік ( $p > 0,05$ ,  $p < 0,05$  відповідно).

### ЛІТЕРАТУРА

1. *Obesity halting the epidemic by making health easier. At a Glance // National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; Division of Nutrition, Physical Activity, and Obesity, 2011. – 4 p.*

2. *Wilkinson R. G. The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better / R. G. Wilkinson, K. Pickett. – London : Allen Lane, 2009. – 352 p.*

3. *Коряк Г. Л. Особенности метаболического и психологического статуса у детей с патологией верхних отделов ЖКТ и превышением массы тела / Г. Л. Коряк. – М., 2008. – 138 с.*

4. *Гумницкая Т. Н. Психопатологические нарушения у больных с алиментарно-обменным ожирением (клиника, диагностика, принципы психотерапии) : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.16 / Гумницкая Татьяна Николаевна. – Х., 2004. – 150 с.*

5. *Bjornstop P. Do stress reactions cause abdominal obesity and comorbidities? / P. Bjornstop // Obesity Reviews, 2001. – N 2 (2). – P. 73–86.*

6. *Сандомирский М. Е. Психосоматика и телесная психотерапия : практ. руководство / М. Е. Сандомирский. – М. : Независимая фирма «Класс», 2005. – 592 с.*

7. *Брет Д. «Жила-была девочка, похожая на тебя...» Психотерапевтические истории для детей. – М. : Класс, 1996. – 224 с.*

8. *Вачков И. В. Сказкотерапия: развитие сознания через психологическую сказку / И. В. Вачков. – М. : Ось-89, 2001. – 144 с.*

9. *Виглсуорт М. Ф. Вилли и его друзья : рук. по созданию метафор для развития у ребенка чувства собственного достоинства / М. Ф. Виглсуорт. – Воронеж : НПО МОДЕК, 1995. – 224 с.*

10. *Зинкевич-Евстигнеева Т. Д. Тренинг по сказкотерапии / Т. Д. Зинкевич-Евстигнеева. – СПб. : Речь, 2007. – 296 с.*

11. *Пезешкян Н. Торговец и попугай. Восточные истории и психотерапия / Н. Пезешкян. – М. : Прогресс, 1992. – 240 с.*

12. *Оклендер В. Окна в мир ребенка : рук. по детской психотерапии / В. Оклендер. – М. : Класс, 1997. – 336 с.*

13. *Юнг К. Архетип и символ / К. Юнг. – М., 1991. – 304 с.*

14. *Эрастова Л. Е. Тайна старого дома, или Путешествие во внутренний мир / Л. Е. Эрастова. – Одесса : Изд-во «Лотос Мира», 2009. – 52 с.*

УДК 616.24-053.5:159.937:159.964.2

Л. С. Ерастова, В. І. Величко

### ОСНОВНИ НАПРЯМИ ПСИХОКОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ ІЗ ДІТЬМИ ІЗ НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТІЛА Й ОЖИРІННЯМ

Усі діти з надмірною масою тіла й ожирінням потребують проходження психокорекційних занять для розвитку їх емоційної компетентності, підвищення самооцінки, оволодіння адекватними способами реагування при виникненні фруструючих ситуацій. Для цього використовувалися такі методи, як казкотерапія й арт-терапія, візуалізація дослідження з метою поліпшення їх психоемоційного стану й одержання позитивного терапевтичного ефекту на ранніх етапах профілактики та лікування ожиріння.

**Ключові слова:** надмірна маса тіла, ожиріння, діти, психокорекція.

UDC 616.24-053.5:159.937:159.964.2

L. Ye. Erastova, V. I. Velychko

### THE MAIN DIRECTIONS OF PSYCHOTHERAPY WORKING WITH CHILDREN OVERWEIGHT AND OBESITY

All children with overweight and obesity need in psychocorrectional training for the development of their emotional competence, improvement of self-esteem, mastery of appropriate ways to respond to frustrational situations. For this purpose such methods as tale therapy and art therapy, imaging of studies to improve their psychological and emotional state and positive therapeutic are used at early stages of prevention and treatment of obesity.

**Key words:** overweight, obesity, children, psychocorrection.