

УДК 616.43; 616-052

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД  
К РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ  
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПЕРВОГО ТИПА**

Сиделева Елена Леонидовна  
*ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница»,  
Краснодар, Россия*

Черняк Ирина Юрьевна – канд. мед. наук  
*ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница»,  
Краснодар, Россия*

Шадрина Элина Михайловна – канд. мед. наук  
*ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница»;  
ГБОУ ВО «Кубанский государственный  
медицинский университет», Краснодар, Россия*

В мире регистрируется тенденция увеличения случаев заболевания сахарным диабетом. По данным литературных источников, ежегодный прирост заболеваемости детей в возрасте до 15 лет сахарным диабетом первого типа составляет 96000. Это хроническое заболевание, при котором отмечается острая реакция детей и их родителей на установленный диагноз. Эффективность программы по реабилитации детей, больных сахарным диабетом первого типа, заключается в особенностях реагирования пациентов на болезнь. Представлены аспекты психологической реабилитации детей, больных сахарным диабетом первого типа.

**Ключевые слова:** САХАРНЫЙ ДИАБЕТ ПЕРВОГО ТИПА, ДЕТИ, ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

UDC 616.43; 616-052

**PSYCHOLOGICAL APPROACH  
TO REHABILITATION OF CHILDREN  
WITH TYPE 1 DIABETES**

Sideleva Elena Leonidovna  
*Children's Regional Clinical Hospital,  
Krasnodar, Russia*

Chernyak Irina Yurievna – MD  
*Children's Regional Clinical Hospital,  
Krasnodar, Russia*

Shadrina Elina Mikhailovna – MD  
*Children's Regional Clinical Hospital;  
SBEA HE «Kuban state medical university»,  
Krasnodar, Russia*

An increasing the incidence of diabetic cases is registered in the world. According to the literature data, the annual increase of type 1 diabetes incidence among children under the age of 15 is 96,000 in the world. Type 1 diabetes mellitus is a chronic disease. There acute reaction of children and their parents to the established diagnosis is often noted. The effectiveness of the rehabilitation program for children with type 1 diabetes mellitus depends on the peculiarities of their response to the disease. The article presents a psychological approach to the rehabilitation of children with type 1 diabetes.

**Key words:** TYPE 1 DIABETES MELLITUS, CHILDREN, PSYCHOLOGICAL REHABILITATION

## **Введение**

Сахарный диабет (СД) представляет собой хроническое заболевание, осознание последствий которого составляет важную медицинскую, психологическую и социальную проблему.

С учетом темпов распространения заболевания СД эксперты Всемирной диабетической ассоциации прогнозируют, что количество больных к 2030 г. увеличится в 1,5 раза и достигнет 438 млн человек. В настоящее время в мире насчитывается более 300 млн больных СД, значительная часть из них живут с сахарным диабетом 2-го типа (СД 2). Сахарным диабетом 1-го типа (СД 1) в основном болеют дети и подростки. В большинстве западных стран 90 % всех случаев заболеваний СД 1 приходится на детей и подростков; от 5 до 10 % – взрослых людей [1].

Степень экономического развития стран не влияет на рост заболеваемости СД 1 у детей. По данным литературы, в ряде стран наблюдаются непропорционально высокие темпы увеличения доли заболеваемости СД 1 среди детей в возрасте до 5 лет. Ежегодный прирост заболеваемости СД 1 детей в возрасте до 15 лет в мире составляет 96000. В то же время пик заболевания СД 1 среди мальчиков и девочек отмечается в начале пубертатного периода, а к концу показатель снижается для детей обоих полов.

В Российской Федерации в 2018 г. общая численность пациентов с СД в возрасте от года до 18 лет составила 39457 человек, в том числе заболевших впервые – 5194. Средний уровень прироста заболеваемости СД 1 составляет 3,2 %. Наибольший показатель прироста больных детей СД 1 отмечается в следующих возрастных группах: 8,15 % – от 0 до 4 лет; 10,3 % – 5–9 лет [1].

В Краснодарском крае за 2019 г. общая численность пациентов с СД1 в возрасте до 18 лет составила 1751 человек, в том числе заболевших впервые – 204. В 2000 г. отмечался рост количества детей с СД 1 до 18 лет: от 0–17 лет – 841 человек, в том числе заболевших впервые – 117 человек.

### **Актуальность**

Тактика лечения и реабилитации детей с СД1 складывается из следующих основных компонентов: инсулинотерапия; обучение принципам самоконтроля и возможности их применения в домашних условиях; питание; физические нагрузки; психологическая помощь [2].

По нашему мнению, проблема достижения эффективной реабилитации детей, больных СД 1, заключается в особенностях реагирования пациентов на это хроническое заболевание. Как правило, происходит острое реагирование детей и их родителей на установленный диагноз – СД 1. Оно проявляется в виде эмоционально-коммуникативной апатии и пассивности, что приводит к нарушению поведения, дезорганизации жизни ребенка в семье и в обществе [3]. Таким образом, реабилитация детей, больных с СД 1, предусматривает комплексный подход и рассмотрение новой стратегии с учетом биомедицинских и психосоциальных аспектов.

Включение психологической помощи в программу реабилитации пациентов с СД 1 является большим достижением в области здравоохранения. Задача психолога – формирование и закрепление желательных моделей поведения для облегчения социальной адаптации и повышения уровня психологического комфорта, т. е. создание благоприятных условий для жизни ребенка и родителей с целью управления СД 1.

### **Цель и задачи исследования**

Цель исследования – определить особенности психоэмоционального состояния у детей и подростков, больных СД 1, в стадии манифестации заболевания, для оптимизации медико-психологической и психотерапевтической реабилитации этого контингента больных.

## **Материал и методы исследования**

В обследовании принимали участие 75 детей, находившихся на стационарном лечении в эндокринологическом отделении ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» МЗ Краснодарского края, в период манифестации СД 1. Среди пациентов были 41 мальчик (55 %) и 34 девочки (45 %) в возрасте от 8 до 14 лет. Диагноз СД 1 был поставлен на основании клинических, лабораторных и инструментальных методов.

Пациенты были разделены на две группы: основная и контрольная. В основную группу вошло 38 детей (51 %). Вторая (контрольная) группа включала 37 пациентов (49 %).

В основной группе детей была предусмотрена следующая программа реабилитации: рассчитанная заместительная инсулинотерапия, обучение самоконтролю и принципам диетотерапии, а также психологическое сопровождение. В контрольной группе пациентов программой реабилитации не предусматривалось психологическое сопровождение.

Реализация программы психологической реабилитации осуществлялась в диагностической, коррекционной или терапевтической форме. Для выявления эмоциональных изменений использовался экспериментально-психологический метод исследования – проективный тест «Домики», предложенный О. А. Ореховой [4, 5].

Методика применяемого нами исследования предусматривала компьютерную версию, состоящую из трех заданий, на выполнение которых отводится по 20 мин. Тестирование пациентов проводилось до начала программы реабилитации и после ее завершения.

Тестирование включало в себя следующие этапы:

1. В первом задании ребенок осуществлял простое ранжирование цвета (синий, зелёный, красный, жёлтый, коричневый, черный) по степени предпочтения каждого из них в сравнении с другими.

2. Во втором задании предусматривалось подключение цвето-ассоциативного ряда эмоций. Для этого ребенку необходимо было подобрать подходящий цвет к каждому из полюсов эмоциональной категории, обозначая свое предпочтение.

3. Последнее задание заключалось в следующем: ребенок раскрашивал пару познавательного блока личностных отношений, где понятие «скука» является относительно негативным чувством. В третьем задании также происходило подключение цвето-ассоциативного ряда эмоций ребенка к различным видам деятельности.

### **Полученные результаты**

Обработка результатов: по завершении работы собирались бланки ответов. Подсчет результатов основывался на принципе шкалирования цветового градусника.

Первый цвет, выбранный ребенком, при подсчете получал 6 баллов, второй – 5 баллов, третий – 4 балла, четвертый – 3 балла, пятый – 2 балла и шестой цвет – 1 балл соответственно. Таким образом, нами построен цветовой градусник – балльные оценки цветового выбора пациента в зависимости от степени его собственного предпочтения.

Результаты первичного компьютерного тестирования, проведенные до начала программы реабилитации, позволили определить особенности психоэмоционального состояния пациентов и разделить их на группы в зависимости от эмоциональной оценки заболевания:

- с положительным отношением к СД 1,
- с амбивалентным отношением к СД 1,
- с негативным отношением к СД 1.

Пациенты первой (основной) группы до начала лечения в зависимости от эмоциональной оценки к заболеванию распределились следующим образом: с положительным отношением к СД 1 – 2,6 % (один человек), с

амбивалентным отношением к СД 1 – 55,2 % (21 человек), с негативным отношением к СД 1 – 42 % (16 человек).

По окончании курса лечения в первой (основной) группе эмоциональная оценка изменилась. Увеличилось число детей с положительным отношением к СД 1 – до 58 % (22 человека), уменьшилась доля детей с амбивалентным отношением к заболеванию – 36,8 % (14 человек) и с негативным отношением – 5,2 % (2 человека).

Во второй (контрольной) группе по результатам первичного компьютерного тестирования до начала лечения в зависимости от эмоциональной оценки к заболеванию распределение пациентов было следующим: с положительным отношением к СД 1 – 2,8 % (один человек), с амбивалентным отношением – 56,7 % (21 человек), с негативным отношением – 40,5 % (15 человек).

По окончании курса лечения во второй (контрольной) группе распределение пациентов по эмоциональному ответу также изменилось. Увеличилось число детей с положительным отношением к СД 1 – до 40,5 % (15 человек). Доля детей с амбивалентным и негативным отношением к СД 1 уменьшилась – 40,5 % (15 человек) и 19 % (7 человек) соответственно.

Таким образом, в первой (основной) группе пациентов после проведенного лечения (рассчитанная инсулинотерапия, обучение самоконтролю, диетотерапия и психологическое сопровождение) отмечалось значительное снижение негативного отношения к заболеванию на 36,8 % (с 42 до 5,2 %), по сравнению со второй (контрольной) группой – только на 21,5 % (с 40,5 до 19 %). В первой группе больных СД 1 также значительно увеличилось количество пациентов с положительным отношением к заболеванию на 55,4 % (с 2,6 до 58 %), по сравнению со второй группой, где было отмечено небольшое увеличение – на 37,7 % (с 2,8 до 40,5 %).

В первой (основной) группе пациентов психологическое сопровождение включало следующие методики обучения:

- управлению своими эмоциями, снижению нервного напряжения,
- волевому поведению или умению преодолевать трудности, связанные со здоровьем, и управлению заболеванием с помощью формирования определенного образа жизни, а также умению проявлять сдержанность в пищевом поведении без негативных эмоций.

Предложенный опыт лечения детей с СД 1 иллюстрирует целесообразность психологического сопровождения, влияющего на успешность управления заболеванием. В процессе проведения занятий с пациентами психолог осторожно подводит больных к принятию решения по управлению заболеванием, помогает самостоятельно выбрать цель деятельности, выработать стратегию ее достижения и учитывать различные факторы, которые могут повлиять на этот процесс. Таким образом, психолог формирует у больных конкретные поведенческие навыки или эффективные автоматизированные привычки управления диабетом.

Результаты выполнения первого задания экспериментально-психологического метода исследования по методике «Домики» показали цветовую шкалу приемлемости каждым ребенком шести цветов. Второе и третье задания позволили пациентам выразить свои эмоции и отношение к той или иной категории. Таким образом, подключение цветоассоциативного ряда эмоций ребенка к различным видам деятельности позволило нам сделать вывод о том, что цвет служит индивидуальной мерой оценки и представляется субъективной шкалой предпочтений этой категории.

Предлагаемая методика экспериментально-психологического исследования имеет психотерапевтический эффект, который достигается использованием цвета в процедуре. Такие упражнения являются важнейшим терапевтическим средством в ведущих психотерапевтических направлениях, где цвет используется не только в релаксационных упражнениях, но и в качестве обозначения позитивного ресурса.

Наблюдение за цветовыми взаимодействиями и собственная работа с красками гармонизируют внутренние процессы, связанные с цветосенсорикой, так называемые цветоэнергетические отношения парасимпатического и симпатического отделов вегетативной нервной системы.

Под влиянием психологической коррекции, проведенной в основной группе пациентов, нами было отмечено, что дети и подростки, страдающие СД 1, стали более спокойными, уравновешенными. У них нормализовался сон, улучшилось настроение, прослеживалась тенденция более адаптивного поведения. Так, 95 % пациентов стали более организованными, активными, преодолели апатию и пассивность. Они проявили интерес к обучению в «школе диабета». Психокоррекционная работа позволяет детям с СД 1 научиться «дружить с болезнью», принимать новую ситуацию своей жизненной обстановки, установление инвалидности.

Таким образом, применение игровой ситуации – процедура раскрашивания домиков – вводится не только для упрощения процедуры тестирования пациентов, но также способствует добровольному участию ребенка в процедуре, а значит, повышает ее психотерапевтический эффект. Следовательно, пациент, совершая «путешествие по цветовой радуге», выполняет одно из главных упражнений релаксации. Вышеперечисленное подтверждает преимущества психологического сопровождения и необходимость включения этого метода в программу реабилитации детей, больных СД1.

## **Выводы**

Исследование, проведенное нами, позволило сделать следующие выводы:

1. Ребенок, больной СД 1, имеет психоэмоциональные особенности, испытывает большие психологические нагрузки, что подтверждает высокую потребность в психологическом сопровождении на разных этапах



развития хронического заболевания, особенно после впервые поставленного диагноза СД 1.

2. Психологическое сопровождение детей и подростков с СД 1 в составе комплексной программы реабилитации, при манифестации заболевания способствует снижению уровня негативного отношения к нему, принятию состояния болезни, стабилизации эмоционального статуса, что приводит к качественному самостоятельному управлению СД 1, повышению качества жизни и улучшению компенсации заболевания.

3. Присутствие психолога в медицинском учреждении повышает эффективность взаимодействия лечащего врача с пациентом на раннем этапе общения и приверженности лечению.

4. Предложенный вид психологической реабилитации, учитывающий эмоциональную сферу пациента, позволяет повысить качество и эффективность обучения и определяет поведенческие навыки в управлении диабетом в дальнейшем.

#### Список литературы

1. Сахарный диабет типа 1: реалии и перспективы / под ред. *И. И. Дедова, М. В. Шестаковой*. – М.: Медицинское информационное агентство, 2016. – 502 с.
2. Сахарный диабет 1 типа у детей: клинические рекомендации / Министерство здравоохранения РФ. – 2020. – № 1.
3. *Шаринова Ф. К.* Проблемы психоэмоционального развития детей и подростков с сахарным диабетом 1 типа / *Ф. К. Шаринова, Ш. У. Ахмедова* // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2017(17). – № 2 (приложение). – С. 257–258.
4. *Орехова О. А.* Методика «домики»: диагностика дифференциации эмоциональной сферы ребенка: методическое руководство / *О. А. Орехова*. – СПб.: Иматон, 2014. – 96 с.
5. *Орехова О. А.* Цветовая диагностика эмоций. Типология развития: монография / *О. А. Орехова*. – СПб.: Речь; М.: Сфера, 2008. – 174 с.
6. *Orekhova O. A.* Methodology "Little houses" diagnostics of differentiation of the emotional sphere of the child: methodological guidance / *O. A. Orekhova* // SPb: Imaton. – 2014. – 96 p.
7. *Orekhova O. A.* Color diagnostics of emotions / *O. A. Orekhova* // SPb.: Speech; M.: Sfera, 2008. – 174 p.