

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Український журнал дитячої ендокринології.— ISSN 2304-005X (Print), ISSN 2523-4277 (Online).— 2019.— № 4.— С. 43—50.

Психологические особенности детей и подростков, больных сахарным диабетом 1 типа



Э. А. Михайлова, Д. А. Мителев, Т. Н. Матковская

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков
НАМН Украины», Харьков

Сахарный диабет (СД) в детском возрасте — одно из наиболее тяжелых страданий, которое существенно меняет весь жизненный уклад семьи, требует особого внимания работников органов здравоохранения, больших физических и эмоциональных усилий со стороны ребенка и родителей. Определение тактики оптимального психологического сопровождения ребенка, страдающего СД, осуществление программы профилактики прогрессирования социальной недостаточности возможно только при использовании современных медико-психологических и социальных технологий охраны психического здоровья.

Цель работы — изучить личностные особенности детей, больных сахарным диабетом (СД) 1 типа с различной длительностью заболевания.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины». В психодиагностическом исследовании с помощью методики Кетелла приняли участие 198 детей и подростков в возрасте от 7 до 18 лет, страдающих СД.

Результаты и обсуждение. Представлен анализ особенностей личности детей, больных сахарным диабетом с различной длительностью эндокринного заболевания. Доказано, что по мере увеличения длительности заболевания достоверно увеличивается фактор G — «высокая нормативность поведения, добросовестность, ответственность». Развитие качеств супер-эго связано с необходимостью формирования навыков адаптации к хронической болезни («отрицательное подкрепление» по Скиннеру и Торндайку). Наличие положительной значимой связи между показателями фактора H («робость, застенчивость») и длительностью заболевания подтверждает трансформацию внутренней картины болезни и прежде всего ее мотивационного уровня.

Выводы. Установлена взаимосвязь между особенностями характера больных детей и подростков и длительностью течения заболевания СД, которая отражает, с одной стороны, развитие и формирование качеств, обеспечивающих адаптацию к хронической болезни, а с другой — качеств, способствующих снижению уровня социально-психической адаптации личности, нарушениям межличностных отношений.

Ключевые слова: дети, подростки, сахарный диабет 1 типа, личностные особенности, личностные симптомокомплексы.

Сахарный диабет (СД) является важной проблемой современной медицины, поскольку эта болезнь характеризуется ранней инвалидизацией больных и высокой смертностью. Согласно Сент-Винсентской декларации, направленной на улучшение качества лечебно-профилактической помощи больным СД, распространенность осложнений диабета следует рассматривать как важный критерий качества помощи, оказанной больным. В насто-

ящее время можно с высокой степенью точности прогнозировать развитие болезни, определять тактику мероприятий для профилактики осложнений. Определены ранние клинические симптомы болезни и гормонально-метаболические маркеры — предикторы поздних осложнений. Разработаны алгоритмы диагностики и мониторинга состояния здоровья больных диабетом, в частности алгоритмы слежения за осложнениями (нефропатией,

Стаття надійшла до редакції 21 жовтня 2019 р.

Михайлова Емілія Аурелівна, д. мед. н., ст. наук. співр., зав. відділення психіатрії
E-mail: emiliam2013@ukr.net

ретинопатией, ишемической болезнью сердца, синдромом диабетической стопы, центральной и периферической нейропатией). Одно из проявлений диабетических осложнений — поражение мозга — чаще всего развивается у лиц, заболевших СД 1 типа в раннем детском возрасте.

Как известно, любое хроническое заболевание, особенно инвалидизирующее, оказывает существенное влияние на личность больного. Когда происходит формирование и развитие личности (у ребенка или подростка), влияние болезни становится намного более выраженным и существенным. Это может приводить (прямо либо опосредованно) к аномалиям развития (прежде всего к патологическим и непатологическим изменениям характера), трансформациям в мотивационной сфере личности, изменению межличностных отношений, а также способствовать формированию негативных психических состояний [1, 3]. Однако адекватная медико-психолого-педагогическая реабилитация детей с хроническими соматическими заболеваниями может нивелировать аномальное влияние болезни на личность, способствовать правильному и гармоничному развитию [2, 4, 5].

Цель работы — изучить личностные особенности детей, больных сахарным диабетом 1 типа с разной длительностью заболевания.

Материалы и методы

Исследование проведено на базе ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины». В психодиагностическом исследовании приняли участие 198 детей и подростков в возрасте от 7 до 18 лет, страдающих сахарным диабетом. В зависимости от длительности заболевания больных разделили на три группы: 1-я (n = 55) — до 1 года, 2-я (n = 65) — 1–5 лет, 3-я (n = 78) — более 5 лет. По возрасту и соотношению полов группы были релевантными.

Исследование особенностей характера больных СД проводили с помощью методики Кетелла. Обработку результатов по данной методике осуществляли путем сравнения индивидуальных показателей теста с усредненными данными; построения усредненного характерологического профиля в каждой группе; факторизации и кластеризации данных 14 PF с целью выделения внутренних взаимосвязанных черт характера больных с разной длительностью эндокринного заболевания (симптомокомплексов).

Результаты и обсуждение

В табл. 1 представлены результаты исследования по каждому фактору. Учитывали, что факторы J и Q₂ имеются лишь в подростковом варианте методики, поэтому в таблице они представлены только для подростков (n₁ = 37, n₂ = 39 и n₃ = 63), а фактор В не представлен вообще, так как в дет-

ском варианте методики он описывает уровень интеллектуального развития, а в подростковом — лживость или правдивость ответов.

Исследованиями установлено, что более чем половина детей и подростков (51,5 и 78,7 % соответственно) независимо от длительности заболевания проявили повышенную конформность, зависимость от группы, неумение самостоятельно принимать решения. Анализ психологических показателей больных в зависимости от длительности заболевания СД выявил статистические различия лишь

Таблица 1

Факторы Кетелла в группах больных сахарным диабетом, %

Фактор	Градация	1-я группа (n = 47)	2-я группа (n = 46)	3-я группа (n = 68)
A	n	59,6	56,5	47,1
	–	8,5	15,2	16,2
	+	31,9	28,3	36,8
C	n	59,6	60,9	52,9
	–	19,1	10,9	14,7
	+	21,3	28,3	32,4
D	n	55,3	61,1	57,4
	–	25,5	23,9	18,4
	+	19,1	15,0	24,2
E	n	78,7	65,2	70,6
	–	17,0	15,2	19,1
	+	4,3	19,6*	10,3
F	n	66,0	54,3	58,8
	–	19,1	19,6	14,7
	+	14,9	26,1	26,5
G	n	74,5	60,9	60,3
	–	8,5	10,9	4,4
	+	17,0	28,3	35,3**
H	n	42,1	69,6*	45,6#
	–	24,4	10,9**	11,1**
	+	33,5	19,6**	43,3#
I	n	59,6	69,6	61,8
	–	14,9	8,7	14,7
	+	25,5	21,7	23,5
J	n	73,0	70,0	52,4***
	–	18,9	10,0	33,3##
	+	8,1	20,0	14,3
O	n	66,0	63,0	51,5
	–	21,3	30,4	36,8**
	+	12,8	6,5	11,8
Q ₂	n	35,1	40,0	49,2
	–	54,1	47,5	46,0
	+	10,8	12,5	4,8
Q ₃	n	68,1	67,4	57,1
	–	14,9	17,4	14,3
	+	17,0	15,2	28,6
Q ₄	n	66,0	56,5	58,7
	–	19,1	32,6	38,1
	+	14,9	10,9	3,2

Примечание. Различия относительно 1-й группы статистически значимы: * p < 0,01; ** p < 0,05. Различия относительно 2-й группы статистически значимы: # p < 0,01; ## p < 0,05.

по пяти факторам. Прежде всего, это фактор G, высокие оценки которого в процентном соотношении статистически значимо увеличивались от первой группы к третьей (17,0, 28,3 и 35,3% соответственно, $p < 0,05$). Таким образом, по мере увеличения длительности болезни повышается ответственность больных, их сознательность, настойчивость, развивается чувство долга, стремление следовать моральным нормам, которые отражает фактор G+. Отмеченная закономерность подтверждается также данными корреляционного анализа: взаимосвязь между фактором G и длительностью болезни прямо пропорциональна и значима ($r = 0,164$; $p < 0,05$). Вероятно, развитие данных качеств (супер-эго) связано с необходимостью формирования навыков адаптации к болезни (соблюдение строгого режима питания, приема лекарств, манипуляций инсулина в строго назначенное время), нарушение которых приводит к резкому ухудшению здоровья, гиперлипо гипогликемическим кризам («отрицательное подкрепление» по Скиннеру и Торндайку).

Интересной представляется трансформация фактора Н в процессе заболевания: показатель социальной смелости (Н+) резко снижается у больных со стажем болезни от 1 года до 5 лет, а затем статистически значимо увеличивается у больных 3-й группы (33,5, 19,6 и 43,3% соответственно, $p_{1,2} < 0,01$, $p_{2,3} < 0,01$). Эта трансформация происходит скорее за счет статистически значимых изменений в частоте нормативных показателей фактора Н (42,1, 69,6 и 45,6%, $p_{1,2} < 0,01$, $p_{2,3} < 0,01$), чем за счет изменений его нижнего полюса. Что касается последнего, то число детей и подростков с СД,

отличающихся повышенной застенчивостью, статистически значимо уменьшается по мере адаптации к болезни с течением времени (24,4, 10,9 и 11,1% соответственно, $p_{1,2} < 0,05$, $p_{1,3} < 0,05$). Название фактора Н+ «пармия» — это сокращение, принятое для обозначения «парасимпатического доминирования». Следовательно, описанные выше тенденции отражают не только изменения социальной смелости испытуемых, но и трансформацию их общей реактивности на угрозу: степень «толстокожей невосприимчивости» к угрозе сначала снижается, а потом нарастает у больных со стажем болезни более 5 лет. Вероятно, такие особенности связаны с трансформациями во внутренней картине болезни детей и подростков с СД, прежде всего ее мотивационного уровня. Корреляционный анализ, отражающий ранговую взаимосвязь, выявил наличие прямо пропорциональной значимой связи между показателями Н и длительностью заболевания, что согласуется с данными, полученными при вычислении средних значений ($r = 0,201$, $p < 0,05$).

Отмечены также статистически значимые изменения фактора Е+ у больных со стажем болезни от 1 года до 5 лет по сравнению с больными в дебюте заболевания: количество детей со склонностью к доминированию во 2-й группе статистически значимо больше, чем в 1-й (19,6 и 4,3% соответственно, $p < 0,05$). Что касается фактора J, отражающего степень предприимчивой общительности подростков, то выявлено нарастание индивидуалистической осторожности у больных второй группы и предприимчивой общительности — у подростков с длительностью заболевания более

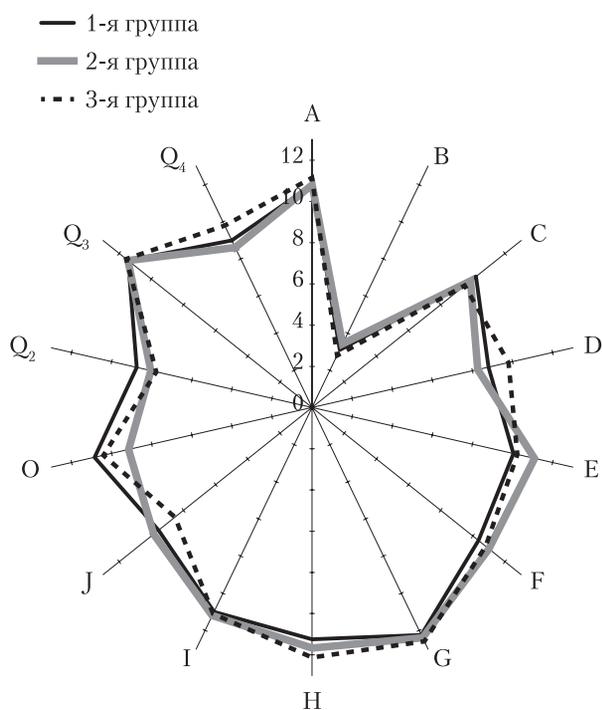


Рис. 1. Усредненный личностный профиль подростков, больных сахарным диабетом

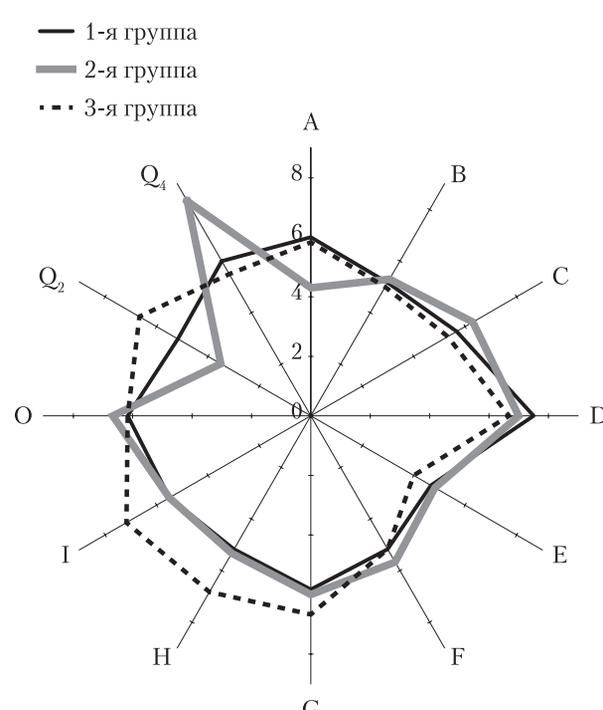


Рис. 2. Усредненный личностный профиль детей, больных сахарным диабетом

5 лет ($p < 0,05$). Нормативные показатели данного фактора снижаются по мере течения болезни (73,0, 70,0 и 52,4 % соответственно, $p < 0,05$).

Анализ средних значений факторов Кетелла проводили отдельно для подростков ($n = 157$) и детей ($n = 42$) (рис. 1, 2).

Максимальные значения во всех группах подростков выявлены по факторам G, H, Q₃, но в разном сочетании в зависимости от степени выраженности личностных черт, отражаемых этими факторами. Минимальные значения зарегистрированы для всех подростков независимо от длительности заболевания по факторам Q₂ и Q₄, для больных 1-й и 2-й групп — по фактору D, для больных 3-й группы — по фактору J. Эти данные свидетельствуют о высоком самоконтроле, нормативности поведения данной категории больных, их социальной смелости в сочетании с конформностью поведения и низким уровнем фрустрации.

Несмотря на схожесть личностного профиля подростков с СД, выявлены статистически значимые различия по степени выраженности некоторых факторов. Так, уровень фрустрации и напряжения (фактор Q₂) был самым низким во 2-й группе и статистически значимо отличался от показателя больных 3-й группы ($p < 0,05$). Конфигурация динамики этого фактора имела вид буквы U с заметным повышением ее правого «плеча». Аналогичную конфигурацию имел фактор O, средние значения которого статистически значимо снижались у подростков со стажем болезни от 1 года до 5 лет и статистически значимо нарастали у лиц с длительностью болезни более 5 лет ((10,85 ± 2,3) балла — в 1-й группе, (9,16 ± 2,1) балла — во 2-й, (10,41 ± 1,7) балла — в 3-й, $p_{1,2} < 0,05$, $p_{2,3} < 0,05$). Это свидетельствует о снижении уровня тревожности у подростков с последующим ее нарастанием по мере увеличения длительности заболевания. Уровень возбудимости (фактор D) также статистически значимо нарастал у подростков 3-й группы по сравнению с больными 2-й группы, в которой средние значения данного фактора были самыми низкими ((8,8 ± 1,9), (8,27 ± 1,8) и (9,5 ± 2,0) балла соответственно, $p_{2,3} < 0,05$). Несколько иную конфигурацию имел фактор E, средние значения которого статистически значимо увеличивались во 2-й группе по сравнению с 1-й и статистически значимо уменьшались в 3-й группе ((10,1 ± 2,6), (11,2 ± 2,2) и (10,2 ± 1,8) балла соответственно, $p_{1,2} < 0,05$, $p_{2,3} < 0,05$). Данная закономерность отражает факт нарастания склонности к доминированию у подростков 2-й группы при большей склонности к подчиняемости больных 1-й и 3-й групп. Зарегистрирована прямо пропорциональная зависимость между длительностью заболевания и уровнем конформизма и самостоятельности (фактор Q₂): чем больше длительность заболевания, тем выше конформность, а значит, тем ниже уровень самостоятельности подростков с СД ((8,75 ± 2,1), (8,05 ± 1,9) и (7,70 ± 1,7) балла соответственно).

При анализе личностного профиля детей, участвующих в исследовании, обнаружены другие закономерности и тенденции изменения личности под влиянием хронического заболевания. Так, максимальные значения показателей Кетелла как в 1-й, так и во 2-й группах были выявлены по факторам D, O и Q₄, что свидетельствует о фрустрированности, тревожности и возбудимости детей с СД в первые годы течения болезни. Причем максимальный уровень эргического напряжения и фрустрированности отмечен у детей 2-й группы при резком его снижении в 3-й группе ((6,0 ± 1,3), (8,3 ± 1,6) и (5,5 ± 1,2) балла соответственно, $p_{1,2} < 0,05$, $p_{2,3} < 0,05$). Первоначальный уровень тревожности (фактор O) сохранялся на достаточно высоком уровне независимо от длительности заболевания ((6,17 ± 1,9), (6,67 ± 2,3), (6,17 ± 2,1) балла соответственно). Степень возбудимости (фактор D) снижалась прямо пропорционально стажу заболевания ((7,5 ± 2,0), (7,0 ± 1,8) и (6,6 ± 2,0) балла соответственно). Минимально выраженными в 1-й и 2-й группах были факторы E и Q₃, отражающие повышенную подчиняемость детей, их низкий самоконтроль. При этом дети в дебюте заболевания проявляли также повышенную робость, застенчивость, сдержанность и рассудительность (низкие значения факторов F и H), а дети со стажем болезни от 1 года до 5 лет — низкий уровень общительности и коммуникабельности (фактор A).

Что касается фактора A в целом, то его динамика в зависимости от длительности заболевания описывалась гиперболой: при практически одинаковых средних значениях показателя «шизотимии — циклотимии» в 1-й и 3-й группах ((6,0 ± 1,95) и (5,83 ± 2,04) балла соответственно) минимально общительными были дети 2-й группы — (4,3 ± 1,7) балла (см. рис. 2).

Анализ усредненного личностного профиля детей, болеющих СД более 5 лет, показал, что наиболее выражены в этой группе такие черты, как чувствительность, мягкосердечность (фактор I), социальная смелость (фактор H), высокая нормативность поведения (фактор G), высокий самоконтроль (фактор Q₃).

Минимальными по средним значениям в 3-й группе были факторы E, F и Q₄, отражающие склонность к подчинению, сдержанность, рассудительность, расслабленное спокойствие.

Выявлено наличие прямо пропорциональной зависимости между длительностью заболевания детей и степенью выраженности факторов G, H, I: по мере увеличения длительности заболевания повышалась нормативность поведения данной категории детей, их социальная смелость в сочетании с чувствительностью и мягкосердечностью. Наиболее резкие изменения данных факторов отмечены у детей 3-й группы ($p_{1,2} < 0,05$ и $p_{1,3} < 0,05$ по всем указанным факторам).

Таким образом, если среди подростков наиболее проблемными с точки зрения личностных возможностей социально-психологической адаптации были 1-я и 3-я группы, то среди детей – 1-я и 2-я.

Факторизация и кластеризация данных методики Кетелла проведены без учета возраста, что соответствует возможностям этих методов математической статистики. Анализ факторизации показателей Кетелла показал, что у детей и подростков со стажем болезни менее 1 года можно выделить два симптомокомплекса.

Первый симптомокомплекс характеризуется сочетанием факторов А+, С+, Е+, G+, Н+ и свидетельствует о достаточно высокой общительности, эмоциональной устойчивости, склонности к доминированию, добросовестности и социальной смелости детей и подростков, причем с наибольшим факторным весом показателя G+ (высокое супер-эго). Данный симптомокомплекс имеет в целом достаточно высокий факторный вес (4,39) и зарегистрирован у 46,15% испытуемых (рис. 3).

Для второго симптомокомплекса характерна связь факторов J+ и Q₄+, свидетельствующих о повышенной фрустрированности, напряженности и раздражительности больных в сочетании с индивидуалистической сдержанностью, осторожностью, неврастенической усталостью. Данный симптомокомплекс зарегистрирован у 30,77% детей и подростков.

У 23,07% больных выделить тип симптомокомплекса не удалось.

Во 2-й группе испытуемых наблюдали иную картину при диагностике также двух симптомокомплексов. Для первого характерна связь факторов А+, С+, Е+, G+, Н+ и Q₃+. От описанного в 1-й группе симптомокомплекса он отличался наличием фактора Q₃+, отражающего высокий самоконтроль поведения, сильное чувство собственного достоинства, которые сочетались с такими характерологическими особенностями, как общительность, эмоциональная устойчивость, склонность к доминированию, добросовестность, социальная смелость. Максимальный факторный вес в данном симптомокомплексе имели факторы G (0,815) и Q₃ (0,792), которые при сочетании характеризуют возможность самоуправления поведением (рис. 4).

Второй симптомокомплекс был представлен совокупностью факторов D+ и O+ и характеризовался явным преобладанием по факторному весу показателя O+ (0,871), что позволяет назвать данный симптомокомплекс «тревожным» (рис. 5). Больные, у которых регистрируется тревожный симптомокомплекс (34,8%), возбудимы, отвлекаемы, импульсивны, несдержанны, тревожны.

Дальнейшая трансформация личностных особенностей в 3-й группе больных характеризовалась следующими тенденциями (табл. 2):

- сохранением и усилением таких черт характера, как возбудимость и тревожность, в сочетании

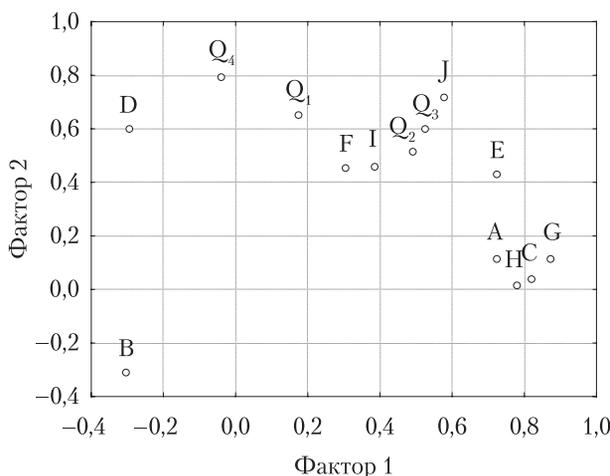


Рис. 3. Пространство показателей 14 РФ для выборки больных сахарным диабетом с длительностью болезни менее 1 года

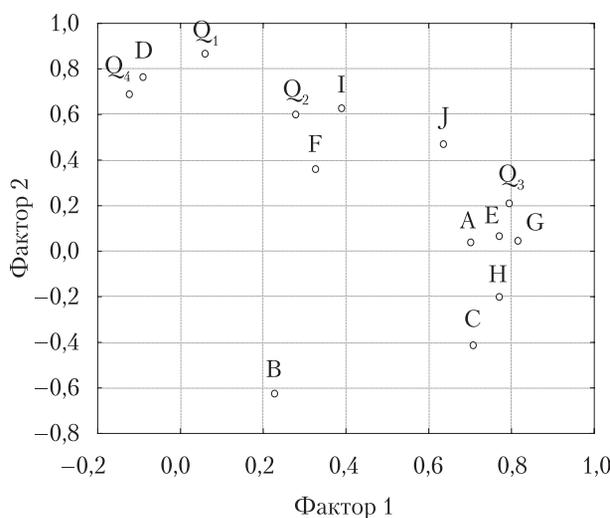


Рис. 4. Пространство показателей 14 РФ для выборки больных сахарным диабетом с длительностью болезни от 1 года до 5 лет

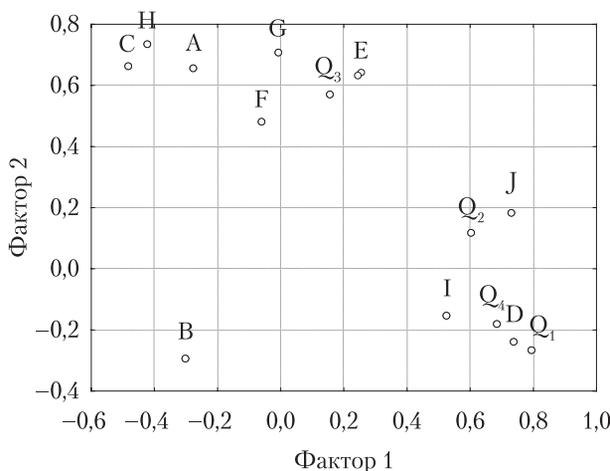


Рис. 5. Пространство показателей 14 РФ для выборки больных сахарным диабетом с длительностью болезни более 5 лет

Таблиця 2
Факторизация данных по методике Кетелла

Показатель	Симптомокомплекс I			Симптомокомплекс II		
	1-я группа	2-я группа	3-я группа	1-я группа	2-я группа	3-я группа
Фактор						
A	0,723	0,701				
C	0,820	0,707				
D					0,770	0,736
E	0,725	0,770				
G	0,872	0,815	0,709			
H	0,780	0,768	0,737			
J				0,715		0,731
O					0,871	0,795
Q ₃		0,792				
Q ₄				0,793		
Факторный вес	4,39	4,28	3,21	3,23	3,59	3,49
Общая дисперсия, %	31,3	30,6	22,9	23,4	25,7	24,9

с индивидуалистической сдержанностью, неврас-тенической усталостью (симптомокомплекс II), факторы D, J и O имели высокие значения при наибольшем факторном весе показателя O;

- большим факторным весом этого симптомо-комплекса по сравнению с симптомокомплексом I (4,49 и 3,21 балла). В 1-й и 2-й группах больных наблюдали обратную тенденцию: факторный вес симптомокомплекса I превышал таковой синдро-

ма II, причем с максимальной разницей в 1-й груп-пе испытуемых;

- фактическим «растворением» симптомо-комплекса I с сохранением лишь факторов G и H, отражающих наличие таких черт, как сознатель-ность, ответственность, чувство долга и социаль-ная смелость.

Таким образом, если в дебюте заболевания четко выделялись дети и подростки, в структуре характера которых преобладали качества, обеспе-чивающие достаточную социально-психологиче-скую адаптацию (симптомокомплекс I: общитель-ность, эмоциональная устойчивость, высокое эго), то через 5 лет связь этих факторов (черт характе-ра) ослабевала. Сохранялась внутренняя взаимо-связь лишь тех качеств, которые обеспечивали более-менее успешную адаптацию к болезни, в частности добросовестности, ответственности, социальной смелости, прежде всего в общении со взрослыми.

На смену фрустрированности, осторожности, погруженности в себя в дебюте заболевания СД (симптомокомплекс II) через 5 лет приходили повышенная возбудимость, тревожность и неврас-теническая усталость.

Для уточнения значимости данных факторного анализа был проведен кластерный анализ. Иерархическая структура характера больных детей в дебюте заболевания (рис. 6) характеризовалась тем, что на высоком уровне сходства сформировались пять небольших кластеров: первый – A, C, E (общитель-ность, эмоциональная устойчивость, доминирование),

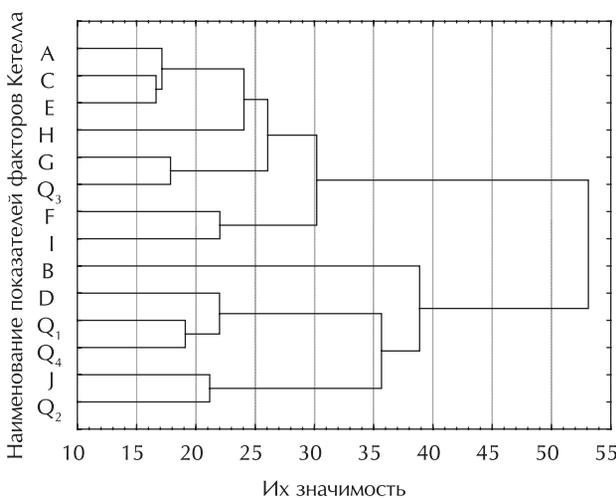


Рис. 6. Кластерная структура 14 PF показателей для детей и подростков, болеющих сахарным диабетом менее 1 года

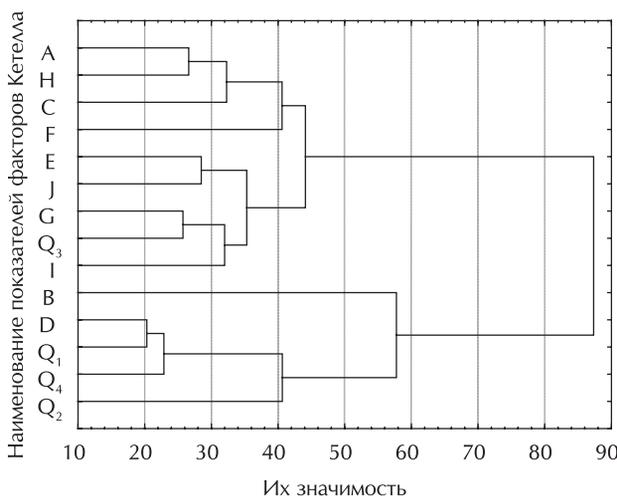


Рис. 7. Кластерная структура 14 PF показателей для детей и подростков, болеющих сахарным диабетом от 1 года до 5 лет

второй — G, Q₃ (высокая нормативность поведения, высокий самоконтроль), третий — E, I (приподнятость, чувствительность), четвертый — D, O, Q₄ (возбудимость, тревожность, фрустрированность), пятый — J, Q₂ (индивидуализм, неконформизм). Все эти кластеры являются достаточно однородными, кроме третьего, отражающего, с одной стороны, слабость и чувствительность, зависимую эмоциональность, а с другой — приподнятость, беспечность, откровенность и энтузиазм. Первый кластер на несколько более низком уровне сходства (LD=24) соединяется с фактором H, а затем и со вторым кластером (LD=26), образуя симптомокомплекс, аналогичный симптомокомплексу I. Взаимосвязь четвертого и пятого кластеров не настолько тесная (LD=36), хотя факторный анализ объединяет факторы G и Q₄. Таким образом, в 1-й группе больных отмечена наиболее тесная связь между факторами A, C, E и G, Q₃, которые с точки зрения возможностей социально-психологической адаптации являются достаточно оптимальными.

При анализе результатов кластеризации данных 14 PF для испытуемых 2-й группы выявлено (рис. 7), что, если взаимосвязь факторов Кетелла, образующих симптомокомплекс I, описанный выше (кластеры АНС, EJ и GQ₃), заметно уменьшается и увеличивается индивидуальный разброс этих показателей, то взаимосвязь факторов D, O и Q₄ становится более плотной (LD=20–23). В этой группе увеличивается количество детей и подростков, у которых в протоколе обследования одновременно регистрируют высокие значения факторов D (возбудимость, импульсивность), O (тревожность, неуверенность) и Q₄ (фрустрированность, напряженность).

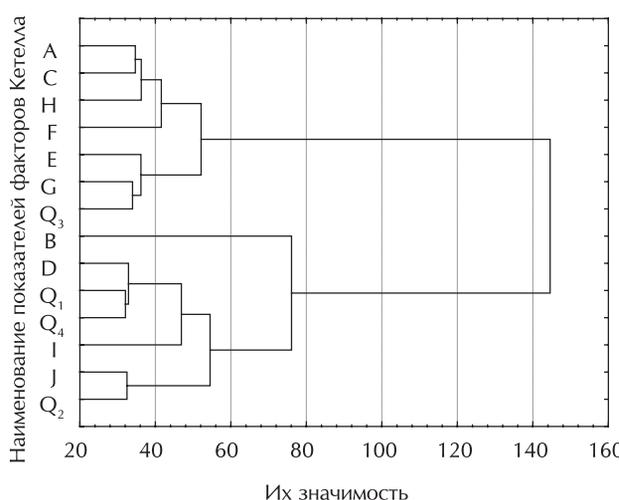


Рис. 8. Кластерная структура 14 PF показателей для детей и подростков, болеющих сахарным диабетом более 5 лет

Подобная тенденция отмечена и в 3-й группе (рис. 8), в которой максимальная взаимосвязь зарегистрирована также между факторами D, O и Q₄ при их высоких значениях.

Если в 1-й группе уровень связи двух зарегистрированных симптомокомплексов (1, 2, 3 и 4, 5 кластеры) достаточно высокий (LD=53), то по мере увеличения длительности заболевания взаимосвязь между этими симптомокомплексами ослабевала (LD=88 во 2-й группе и LD=144 в 3-й группе).

Таким образом, установлена взаимосвязь между особенностями характера больных детей и подростков и длительностью заболевания СД, которая отражает, с одной стороны, развитие и формирование качеств, обеспечивающих адаптацию к хронической болезни, а с другой — качеств, способствующих снижению уровня социально-психической адаптации личности и нарушению межличностных отношений.

По мере увеличения длительности заболевания статистически значимо увеличивается фактор G — «высокая нормативность поведения, добросовестность, ответственность». Развитие качеств «супер-эго» связано с необходимостью формирования навыков адаптации к хронической болезни («отрицательное подкрепление» по Скиннеру и Торндайку). Наличие прямо пропорциональной значимой связи между показателями фактора H («робость, застенчивость») и длительностью заболевания подтверждает трансформацию внутренней картины болезни и прежде всего ее мотивационного уровня. Формирование личностных симптомокомплексов у детей с СД в зависимости от длительности заболевания определяет тактику психологической реабилитации.

Конфлікту інтересів немає. Участь авторів: концепція і дизайн дослідження — Е. А. Михайлова, Д. А. Мітельов; збір матеріалу — Т. М. Матковська; обробка матеріалу — Т. М. Матковська, Д. А. Мітельов; написання тексту — Е. А. Михайлова, Д. А. Мітельов; статистичне опрацювання даних — Е. А. Михайлова; редагування тексту — Д. А. Мітельов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мотовилин О.Г., Шишкова Ю.А., Дивисенко С.И., Андриано-ва Е.А., Суркова Е.В., Дедов И.И. Психологические эффекты достижения компенсации сахарного диабета 1 типа у пациентов молодого возраста // Сахарный диабет. — 2010. — № 1. — С. 66–76.
2. Duru N. S., Civilibal M., Eleveli M. Quality of life and psychological screening in children with type 1 diabetes and their mothers // Exp. Clin. Endocrinol Diabetes. — 2016. — N 2. — P. 105–110.
3. Jefferson do Nascimento Andrade C., de Aragão Dantas Alves D. Influence of socioeconomic and psychological factors in glycemic control in young children with type 1 diabetes mellitus // Jornal de Pediatria (Versãoem Português). — 2019. — Vol. 95, N 1 — P. 48–53.
4. Mohammad Anwar G. Psychological disorders in adolescents with type 1 diabetes and their relation to metabolic control // EC Diabetes and Metabolic Research. — 2018. — N 2.1. — P. 3–14.
5. Troncione A., Cascella C., Chianese A., di Leva A. et al. Psychological support for adolescents with type 1 diabetes provided by adolescents with type 1 diabetes: The chat line experience // Pediatric Diabetes. — 2019. — Vol. 20, N 6. — P. 800–810.

Психологічні особливості дітей та підлітків, хворих на цукровий діабет 1 типу

Е. А. Михайлова, Д. А. Мітельов, Т. М. Матковська

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України»

Цукровий діабет (ЦД) у дитячому віці — одне з найтяжчих страждань, яке суттєво змінює весь життєвий уклад сім'ї, вимагає особливої уваги працівників органів охорони здоров'я, великих фізичних та емоційних зусиль з боку дитини і батьків. Визначення тактики оптимального психологічного супроводу дитини, що страждає на ЦД, здійснення програми профілактики прогресування соціальної недостатності можливо тільки при використанні сучасних медико-психологічних і соціальних технологій охорони психічного здоров'я.

Мета роботи — вивчити особистісні особливості дітей, хворих на цукровий діабет (ЦД) 1 типу з різною тривалістю захворювання.

Матеріали та методи. Дослідження проводилося на базі ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України». У психодіагностичному дослідженні за допомогою методики Кетелла взяли участь 198 дітей і підлітків віком від 7 до 18 років, які страждають на ЦД.

Результати та обговорення. Подано аналіз особливостей особистості дітей, хворих на цукровий діабет з різною тривалістю ендокринного захворювання. Доведено, що по мірі збільшення тривалості захворювання достовірно збільшується фактор G — «висока нормативність поведінки, сумлінність, відповідальність». Розвиток якостей супер-его пов'язаний з необхідністю формування навичок адаптації до хронічної хвороби («негативне підкріплення» за Скіннером і Торндайком). Наявність позитивного значущого зв'язку між показниками фактора H («боязкість, сором'язливість») і тривалістю захворювання підтверджує трансформацію внутрішньої картини хвороби і насамперед її мотиваційного рівня.

Висновки. Встановлено взаємозв'язок між особливостями характеру хворих дітей і підлітків та тривалістю перебігу ЦД, що відображає, з одного боку, розвиток і формування якостей, які забезпечують адаптацію до хронічної хвороби, а з іншого — якостей, що зумовлюють зниження рівня соціально-психічної адаптації особистості, порушення міжособистісних відносин.

Ключові слова: діти, підлітки, цукровий діабет 1 типу, особистісні особливості, особистісні симптомокомплекси.

Psychological features of children and adolescents with type 1 diabetes mellitus

E. A. Mikhailova, D. A. Mitelov, T. N. Matkovska

SI «Institute for Children and Adolescents Health Care of NAMS of Ukraine»

Diabetes mellitus in children is one of the most severe sufferings, which essentially changes the entire way of life of the family, requires specific attention from health care workers, a lot of physical and emotional effort on the part of the child and parents. Determination of optimal tactics of psychological support of a child suffering from diabetes, the implementation of the program of preventing the progression of social failure are possible only when using of modern medical, psychological and social technologies of mental health care.

Objective — to study the personality traits of pediatric patients with type 1 diabetes mellitus with different disease duration.

Materials and methods. The study was conducted on the basis of the State Institution «Institute for Children and Adolescents Health Care of NAMS of Ukraine». The psychodiagnostic research using Cattell techniques was carried out in 198 children and adolescents aged 7 to 18 years with diabetes.

Results and discussion. The analysis of personality characteristics of children with diabetes with different duration of endocrine disease is presented. It is proved that with increasing duration of the disease, G factor («high standard of conduct, integrity, responsibility») increases significantly. The development of the qualities of the superego is associated with the need to develop the skills of adaptation to chronic illness («negative reinforcement» according to Skinner and Thorndike). The presence of a positive significant relationship between indicators of H factor («timidity, shyness») and the duration of the disease confirms the transformation of the internal picture of the disease, and, above all, its motivation level.

Conclusions. The relationship between personality traits of children and adolescents with diabetes and the duration of the disease was confirmed, which reflects, on the one hand, the development of qualities that ensure adaptation to chronic disease, and on the other hand, qualities that contribute to the reduction of the level of sociopsychological adaptation of personality and interpersonal relationships disorders.

Key words: children, adolescents, type 1 diabetes mellitus, personality traits, personality symptom complexes.