

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Український журнал дитячої ендокринології.— ISSN 2304-005X (Print), ISSN 2523-4277 (Online).— 2021.— № 2.— С. 27—34.

Особливості мікросоціального оточення у формуванні порушень адаптації у дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу

**Е. А. Михайлова, Д. А. Мітельов**

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

Нині зберігається загальносвітова тенденція до зростання захворюваності на цукровий діабет (ЦД) 1 типу серед дітей та підлітків. Він характеризується довшим прогресивним перебігом, виявляється ендокринними і соматичними порушеннями, а також неврологічними та психічними ускладненнями. Ризик розвитку емоційних порушень, когнітивної дисфункції та розладу адаптації значною мірою визначається мікросоціальним оточенням дитини з ЦД.

Мета роботи — вивчити роль сім'ї у формуванні порушень психічного та психологічного здоров'я дітей і підлітків з тяжкою формою ЦД 1 типу.

Матеріали та методи. Обстежено 285 хворих на ЦД 1 типу (126 дітей і 159 підлітків). Дизайн дослідження передбачав використання клініко-психопатологічного та патопсихологічного методу, проведення соціо-психологічного інтерв'ювання дитини та її сім'ї, тест «Сімейна соціограма», застосування проєктивних малюнкових тестів «Будинок-дерево-людина», «Я і моя хвороба», «Кінетичний малюнок сім'ї».

Результати. Установлено, що рівень психологічного здоров'я сім'ї дитини із ЦД відповідав показнику норми в 20 % випадків. Визначено чинники, які дестабілізують психологічне здоров'я сім'ї, типологію родинного ставлення до хворої дитини та їх роль у формуванні стійких психоневрологічних ускладнень. Визначено чинники мікросоціального оточення, котрі впливають на формування соціально-психологічної дезадаптації дитини з ЦД. Виділено чинники ризику формування психічних і неврологічних порушень у дітей із ЦД: вік маніфестації ендокринного захворювання (ЦД) <7 років, стаж захворювання ≥ 5 років, часті коливання рівня глікемії, незадовільний самоконтроль захворювання, пізня діагностика ранніх і пізніх ускладнень центральної нервової системи, недостатній комплаєнс, патологічні типи сімейної соціограми. Альтернативний метод діагностики психологічних проблем у дітей і підлітків з ЦД (використання проєктивних тестів) показав високу інформативність виявлення мішені для корекції емоційно-поведінкових порушень в умовах системи «Життя з діабетом».

Висновки. Виділено соціально-психологічні патерни дезадаптації дітей і підлітків, хворих на ЦД 1 типу, що має важливе значення для визначення стратегії терапевтичного втручання, соціо-психологічного супроводу та профілактики соціальної недостатності.

Ключові слова: цукровий діабет 1 типу, діти, підлітки, психологічні та соціальні детермінанти порушення адаптації

Стаття надійшла до редакції 17 травня 2021 р.

Михайлова Емілія Аурелівна, д. мед. н., зав. відділення психіатрії
61153, м. Харків, просп. Ювілейний, 52-А. Тел. (0572) 62-41-47
E-mail: emiliam2013@ukr.net

На думку багатьох зарубіжних дослідників, цукровий діабет (ЦД) є класичним виявом психосоматичної патології. Психічні порушення і психологічні проблеми значно обтяжують перебіг захворювання [1]. Психічні розлади при ЦД спостерігаються більше ніж у 2/3 хворих [2]. Під час розвитку захворювання ЦД взаємодія психогенних, соматогенних і особистісних чинників зумовлює розвиток психосоматичної циклічності (психосоматичного балансування за Н. Вак), яка реалізується в трьох варіантах: переважно психогенна, переважно соматогенна і психогенно-соматогенна [3, 5]. Психогенний дебют захворювання мають 72 % хворих на ЦД. Пацієнти проходять стадії невіри, заперечення, гніву, депресії [3]. Встановлено, що при ЦД у дітей формуються когнітивні порушення, зокрема зменшення обсягу і концентрації уваги, механічної та смислової пам'яті, порушення психологічного функціонування у вигляді підвищення рівня тривожності, депресії, агресії [4].

Цукровий діабет посідає одне з провідних місць серед медико-соціальних проблем сучасності. В дитячому віці ЦД – одне з найтяжчих страждань, яке змінює життєвий устрій сім'ї, потребує пильної уваги працівників органів охорони здоров'я, великих фізичних та емоційних зусиль з боку дитини і батьків. Важливим аспектом в інтеграції діяльності фахівців різного профілю є здійснення процесу супроводу дитини в проблемних точках системи його адаптації. Лише абсолютний комплаєнс між дитиною, сім'єю та лікарями, котрі курують дитину в різні періоди життя, є запорукою гармонійного розвитку дитини, яку з моменту встановлення діагнозу переводять у категорію інвалідів.

Предметом численних сучасних досліджень є роль сім'ї як профілактичного та реабілітаційного середовища щодо порушень психічного здоров'я і адаптації дітей. У сучасній клінічній медицині при вирішенні проблеми реабілітації хворої дитини з хронічним захворюванням особливе значення мають соціальні та психологічні аспекти.

Положення соціальної, клінічної та біологічної психіатрії повинні включати діяльність з охорони психічного здоров'я, організацію психологічної допомоги, нейропсихіатричні підходи до реабілітації. Система охорони психічного здоров'я дітей з хронічними соматичними захворюваннями, зокрема із ЦД, потребує не лише певних ресурсів і підготовки фахівців, а й зусиль для розробки методології соціальних і медико-психологічних програм. Важливе значення, окрім клінічної компетентності, мають правові знання (соціальна злагода, толерантність соціальних груп до хворих), навички мультидисциплінарної допомоги дітям-інвалідам та їх батькам, створення регіональних центрів надання соціальної підтримки та допомоги сім'ям, які

мають дитину з хронічним соматичним захворюванням.

Мета роботи – вивчити роль сім'ї у формуванні порушень психічного та психологічного здоров'я дітей і підлітків з тяжкою формою ЦД 1 типу.

Для дослідження реабілітаційної ролі сімейних стосунків у соціалізації дитини-інваліда, розробки рекомендацій щодо корекції психічної дезадаптації дитини необхідно провести комплексну оцінку цього явища для кожної сім'ї. Під психологічним здоров'ям сім'ї ми розуміємо стан душевного благополуччя, яке характеризується відсутністю хворобливих психічних виявів і забезпечує регуляцію поведінки та діяльності, яка адекватна умовам навколишньої дійсності. Найбільш значущими показниками психологічного здоров'я сім'ї є:

- схожість сімейних цінностей;
- функціонально-рольова узгодженість;
- соціально-рольова адекватність;
- адаптивність у мікросоціальних стосунках;
- емоційна задоволеність;
- спрямованість на сімейне довголіття.

Цілеспрямовані соціо-психологічні дослідження проведено у відділенні ендокринології Інституту охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України. Ретро- та проспективні дослідження когорти дітей і підлітків, хворих на ЦД, показали, що сім'я має суттєвий вплив на адаптацію дитини з хронічним ендокринним захворюванням. У дітей та підлітків у період маніфестації ЦД зареєстровано найбільшу частоту емоційних і поведінкових розладів, що пов'язано з неприйняттям «хвороби» та нових життєвих стереотипів у зв'язку з обмеженнями в системі «життя з діабетом». У віддалений період захворювання ЦД (≥5 років) індекс порушення психічного і психологічного здоров'я знову зростає (через соматичні ускладнення, стигматизацію та наростання тяжкості психосоціальних стресорів) [4].

Матеріали та методи

Обстежено 285 хворих на ЦД 1 типу (126 дітей і 159 підлітків). Дизайн дослідження передбачав використання клініко-психопатологічного та патопсихологічного методу, проведення соціо-психологічного інтерв'ювання дитини та її сім'ї, визначення типу сімейної соціограми, застосування проективних малюнкових тестів «Будинок-дерево-людина», «Я і моя хвороба», «Кінетичний малюнок сім'ї».

Проективне тестування є одним із джерел отримання незалежної інформації, яка є значущою для диференційної діагностики, зокрема для виявлення психічних розладів, суїцидальної поведінки, агресивності.

При інтерпретації малюнка «Будинок-дерево-людина» враховували такі параметри: тональність малюнка (настрій), акцентування або ігнорування

Таблиця 1

Частота патологічних і непатологічних типів стосунків у сім'ях дітей з цукровим діабетом

Тип сімейних стосунків	Діти (n = 126)		Підлітки (n = 159)	
	Абс.	%	Абс.	%
Гіперпротекторні (ригідні)	44	34,9 ± 4,3*	17	10,7 ± 2,5*
Симбіотичні	0	0,0 ± 0,0*	23	14,4 ± 2,8*
Ригідно-раціоналістичні	25	19,8 ± 3,6*	9	5,6 ± 1,8*
Конфліктні	5	3,9 ± 1,7*	41	25,7 ± 3,5*
Емоційно-відчужені	12	9,5 ± 2,6	21	13,2 ± 2,7
Псевдогармонійні	15	11,9 ± 2,9	16	10,6 ± 2,4
Гармонійні	25	19,8 ± 3,6	32	20,1 ± 3,2

*Різниця відмінностей є статистично значущою (p < 0,001).

будь-яких частин тіла порівняно з іншими деталями зображення, підтирання або інші свідчення невпевненості при малюванні. Аналізували також такі патерни, як загальна якість малюнка (можливий вияв самооцінки), особливості рухового контролю, чіткість сприйняття, спотворення та інші вияви «органічності» або затримки нейропсихологічного дозрівання.

Інтерпретація сімейного малюнка ґрунтувалася на визначенні таких елементів: кого зображено та вилучено із числа зображених, активність, рід занять, їх якість, хто перебуває в ізоляції, хто залучений, які переважають зв'язки, котрі підтримують або створюють напруження. Значення мала також родинна близькість, про що свідчила відстань між намальованими членами сім'ї, їх взаємодія (розташування обличчям до обличчя, хто від кого «фізично» відрізаний, зайнятість і розташування персонажів) як показник сприйняття ролевих функцій у сім'ї щодо дитини.

Зазначені тести є «вікнами» у внутрішній світ дитини, які розкривають сприйняття дитиною сім'ї, відносин і ролевих функцій у родині.

Результати та обговорення

Соціально-психологічний аналіз 285 сімей, які мають дитину, хвору на ЦД, показав, що серед мікросоціально-середовищних чинників ризику найбільш значущими були порушення стосунків у системі «Мати-дитя» (55,1 %), низький матеріальний рівень забезпечення сім'ї (59,2 %), неправильні типи виховання (53,6 %), конфліктність у сім'ї (51,9 %).

Рівень психологічного здоров'я родини відповідав показнику норми лише в 20 % випадків. Дестабілізувальний вплив на психологічне здоров'я сім'ї чинили:

- низький потенційний рівень психологічного прийняття в сім'ї дитини з тяжким соматичним захворюванням;
- недостатній ступінь розвитку таких соціально-психологічних механізмів внутрішньосімейної

взаємодії, як взаєморозуміння, взаємодопомога, взаємоторпіння;

- зниження соціально-рольової адекватності батьків і адаптивності їх у соціумі (зниження ролі батька, чоловіка, догляду батька);
- низький освітній рівень батьків (психолого-педагогічна неспроможність сім'ї);
- низький рівень матеріального забезпечення сім'ї;
- відсутність роботи і прогнозування майбутнього одного або обох батьків

Ставлення сім'ї до хворої дитини як медико-соціальної та медико-психологічної проблеми має наукові основи і визначається ідеологією та етичними нормами у суспільстві та сім'ї.

Дані щодо типів стосунків у сім'ях дітей, хворих на ЦД, наведено в табл. 1.

Гіперпротекторний (ригідний) тип з переоцінкою тяжкості стану хворої дитини статистично значущо частіше траплявся в групі дітей порівняно з групою підлітків (34,9 і 10,7 % відповідно, p < 0,001).

У прогресуванні ЦД і формуванні стійких психопатологічних розладів і неврологічних ускладнень найнесприятливішим типом сімейних стосунків був симбіотичний, коли наявність хвороби (ЦД) заперечувалася як батьками, так і дитиною. Цей тип реєстрували лише в сім'ях підлітків. За частотою (у порядку зменшення) спотворених типів сімейних стосунків щодо прийняття і неприйняття хвороби у дітей розташовуються таким чином: гіперпротекторні з ригідною переоцінкою тяжкості стану хворого, ригідні з повною відсутністю опіки над дитиною з довічним захворюванням. Ранжування спотворених типів сімейних відносин, значущих для формування і прогресування психопатології у підлітків, хворих на ЦД, інше: конфліктний, симбіотичний, емоційно-відчужений. У табл. 2 наведено дані, які характеризують роль чинниками мікросоціального середовища у формуванні психопатології невротичного регістру і порушень психологічної адаптації у дітей в умовах хронічної хвороби. Коефіцієнт кореляції між зазначеними чинниками і розвитком психопатологічних розладів у дітей з

Таблиця 2

Кореляція між чинниками мікросоціального середовища та формуванням психопатології невротичного регістру і порушень психологічної адаптації у дітей в умовах хронічної хвороби

Чинник	Діабетична енцефалопатія	Тривожнофобічний розлад	Депресивний розлад	Соматоформна вегетативна дисфункція
Неповна сім'я	—	—	—	—
Відсутність сім'ї (сирота)	+0,13	—	-0,15	—
Рівень освіти матері	—	—	—	—
Рівень освіти батька	—	—	—	—
Несприятливий психологічний клімат у сім'ї	—	-0,21	-0,14	—
Низький матеріальний рівень сім'ї	—	—	+0,15	—
Соціальна група, до якої належить сім'я	-0,13	-0,16	-0,23	—
Ставлення в сім'ї до хворої дитини	—	-0,26	-0,31	—

тяжкою формою ЦД становив від 0 до 0,3, у більшості випадків його значення не досягало рівня статистичної значущості.

Отримані результати свідчать про мультифакторні причини розвитку психічних розладів у дітей із ЦД. Якщо у формуванні депресивних і тривожно-фобічних розладів велику роль відіграють соціальні чинники (матеріальне становище сім'ї, патологічний тип ставлення в родині до хворої дитини), то їх вплив на розвиток діабетичної енцефалопатії (ДЕП) незначущий. У хворих на ЦД дітей-сиріт і дітей, які залишилися без піклування батьків, статистично значущо частіше формується ДЕП на ранніх етапах захворювання з вираженим неврологічним дефіцитом, когнітивними порушеннями і афективними розладами. Важливе значення має тип ставлення в родині до хворої дитини. З'ясовано, що гармонійний тип знижує ризик розвитку психопатології у дітей з тяжкою формою ЦД.

Установлено, що тригером невротичного рівня реагування, як у дітей, так і у підлітків, є психосоціальні сімейні стресори, зокрема спотворені типи міжособистісних стосунків, відсутність емпатії до хворої дитини, відсутність або недостатній соціо-психологічний супровід дитини в проблемних зонах у системі «Життя з діабетом».

До соціально-психологічних показників, які впливають на адаптацію дитини в умовах хронічного ендокринного захворювання, належать:

1. Неприйняття щоденної багаторазової інсулінотерапії.
2. Зміна стереотипу життя.
3. Больова характеристика хвороби.
4. Вплив хвороби на сферу розваг та інтересів.
5. Вірогідність погіршення здоров'я.
6. Вплив хвороби на стосунки з однолітками.
7. Соціальна значущість хвороби.
8. Тривожність і депресивність у матері дитини.
9. Діабетичні ускладнення (діабетичний рум'янець, некробіоз, ліподистрофія).

Дані щодо поширення цих чинників серед дітей та підлітків наведено на рис. 1.

Розглядаючи концептуальність хвороби і терапії при ЦД у дітей, слід констатувати виражене психотравмувальне переживання факту захворювання, тривале емоційне напруження, зміну ієрархії мотивів і сфери потреб, особистісних особливостей (дезадаптивний симптомокомплекс, агресивність). У цих випадках соматичний патологічний процес визначається психосоціальними умовами життя і насамперед мікросоціальним середовищем (сімейне оточення і емпатія до хворої дитини). З огляду на це, психотерапевтичні методи, зокрема сімейна психотерапія, має важливе значення для реабілітації дітей з ЦД. Роль сімейної терапії полягає в забезпеченні конструктивного впливу сім'ї на життя хворої дитини. Сімейна терапія передбачає навчання членів сім'ї тому, як справлятися зі специфічними проблемами хворої дитини, психологічне консультування батьків, обговорення різних аспектів ЦД і його можливих ускладнень, прийняття рішень щодо призначення препаратів, які зменшують емоційне напруження дитини. При тяжкому соматичному стані хворого

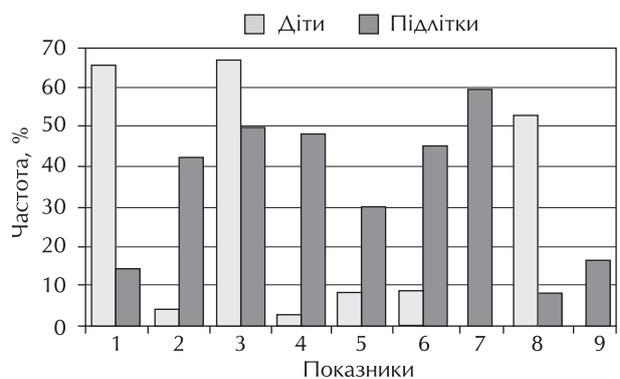


Рис. 1. Соціально-психологічні показники, які впливають на адаптацію дитини в умовах хронічного ендокринного захворювання (пояснення в тексті)



Рис. 2. Психологічні патерни соціальної недостатності у дітей, хворих на цукровий діабет 1 типу

відсутнє усвідомлення тяжкості хвороби («блокада емоцій»). Переважають патерни психологічної дезадаптації у вигляді тривожності, агресії, фрустрації, незрілі типи психологічного самозахисту (рис. 2).

Виділено чинники ризику формування психічних і неврологічних порушень у дітей з ЦД, зокрема ДЕП: вік маніфестації ендокринного захворювання (ЦД) < 7 років, стаж захворювання \geq 5 років, часті коливання рівня глікемії, незадовільний самоконтроль захворювання, пізня діагностика ранніх і віддалених ускладнень центральної нервової системи, чинники мікросоціального середовища.

Отже, серед неспецифічних психосоціальних стресорів виділено спотворені типи сімейних стосунків, які значною мірою впливають на адаптацію дитини до хронічної соматичної хвороби. До специфічних психосоціальних стресорів у дітей належать неприйняття щоденної інсулінотерапії, больова характеристика хвороби, у підлітків — соціальна значущість хвороби, вплив хвороби на сферу розваг та інтересів, стосунки з однолітками, наявність діабетичних ускладнень.

Таким чином, у дітей і підлітків, хворих на ЦД, виявлено специфічні та неспецифічні психосоціальні стресори, значущі для формування психопатології, неадекватних типів емоційного реагування на хворобу і розвитку соціальної недостатності на ранніх етапах ендокринного захворювання. Систематизація та визначення констеляції і модальності психосоціальних стресорів, які є значущими для формування психопатології у дітей та підлітків, хворих на ЦД, можуть бути мішенню при розробці стратегії первинної і вторинної психопрофілактики в юному віці.

Аналіз результатів психографічного проективного тесту «Будинок-дерево-людина» у дітей і підлітків, хворих на ЦД, показав, що більшість досліджуваних (66,7 %) відображували в малюнках негативні психологічні аспекти, пов'язані з образом сім'ї та особливостями сімейних стосунків.

До основних деталей будинку, обов'язкових для нормативного малюнка, належать стіна, дах, двері,

вікно і труба (за Остер-Гоулдом і Джоллесом). Двері в будинку — це гнучкий керований регулятор контактного кордону. Зображення дверей дає змогу отримати уявлення про регулювання міжособистісних контактів. В обстеженій групі дверний отвір найчастіше зображено на фронтальній стіні (62,0 %). Двері були переважно конвенційної прямокутної форми. Зрідка дверний отвір був заокруглений у вигляді арки (4,6 %). Ручка дверей була наявна в більшості малюнків (66,0 %). Двері без ручки (одна з ознак труднощів у контактах) були зображені в 11,3 % малюнків.

Ще одна ознака вибірковості в спілкуванні — профільне зображення будинку. Двері в цьому випадку розміщено збоку (16,0 %). На малюнках з проекційним зображенням будинку (8,6 %) двері на бічній стіні були доступні спостерігачеві, в інших малюнках (7,3 %) наявність дверей позначено промальовуванням сходинок, ганку, дверної ручки або прозорістю стіни (проглядалася частина інтер'єру). На 22,0 % малюнків двері були відсутні, що свідчить про виразні труднощі у контактуванні з іншими людьми. У 8 випадках двері зображено відчиненими або причиненими, що розглядають як гостру потребу в отриманні тепла із зовнішнього світу. Здебільшого використано площинне зображення будинку (61,3 %), тоді як об'ємне перспективне — у 38,7 % випадків (у 72,4 % діти успішно впоралися із завданням проекційного зображення, а решта зробили проекційні помилки).

Малюнок будинку в усіх дітей обов'язково передбачав вікна, єдиний виняток — зображення намету. Фіранки на вікнах були зображені в 25,3 % випадків. На 14,0 % малюнків на вікнах були розташовані горщики з квітами. Окрім стіни будинку, в 55,3 % випадків вікна зображено також на даху. На 4,0 % малюнків на горищі були розташовані двері. Інтерпретувати отримані дані важко, оскільки в літературі немає точної інтерпретації цих ознак.

Паркан навколо будинку (ознака необхідності емоційного захисту) зображено на 6,7 % малюнків. Стежка, котра веде до будинку, була наявна

Таблиця 3

Кількісна оцінка результатів психографічного тесту «Кінетичний малюнок сім'ї» у дітей і підлітків, хворих на цукровий діабет 1 типу

Ознака	Діти		Підлітки	
	Абс.	%	Абс.	%
Повна фігура людини, зображена пластичним способом	10	25,0 ± 6,9	30	16,6 ± 2,7
Наявність лінії опори	10	25,0 ± 6,9	50	27,7 ± 3,3
Наявність сонця (або джерела світла)	20	50,0 ± 8,0	75	41,6 ± 3,6
Наявність хмар	21	52,5 ± 7,9	82	45,5 ± 1,1
Наявність тварин	19	47,5 ± 7,9	61	33,8 ± 3,5
Сім'я на тлі пейзажу	4	10,0 ± 4,7	8	4,4 ± 1,5
Сім'я у будинку, елементи інтер'єру	6	15,0 ± 5,7	12	6,6 ± 1,8
Виключення члена сім'ї (графічне та просторове розділення)	29	72,5 ± 7,1***	41	22,7 ± 3,1***
Сім'я в рамці	2	5,0 ± 3,4*	29	16,1 ± 2,7*
Фігура без стоп	5	12,5 ± 5,2***	87	48,3 ± 3,7***
Часткове зображення фігури	5	12,5 ± 5,2***	62	34,4 ± 3,5***
Окреме зображення обличчя (голови)	2	5,0 ± 3,4*	30	16,6 ± 2,7*
Схематичне зображення людини	1	2,5 ± 2,4	11	6,1 ± 1,7
Перехідний спосіб зображення людини	2	5,0 ± 3,4	8	4,4 ± 1,5
Закреслені обличчя, фігури	12	30,0 ± 7,2	61	33,8 ± 3,5
Дерево з дуплом	18	45,0 ± 7,9***	12	6,6 ± 1,8***
Непромальоване обличчя	7	17,5 ± 6,0	11	6,1 ± 1,7
Іграшки	10	25,0 ± 6,9	50	27,7 ± 3,3
Привиди	5	12,5 ± 5,2	12	6,6 ± 1,8
Дах (стеля)	5	12,5 ± 5,2***	58	32,2 ± 3,4***
Виключення себе	4	10,0 ± 4,7***	58	32,2 ± 3,4***
Виключення всієї сім'ї, крім себе	0	0	12	6,6 ± 1,8
Залучення сторонніх	5	12,5 ± 5,2	30	16,6 ± 2,7
Відсутність контурів обличчя	2	5,0 ± 3,4	0	0
Надтісні контакти	10	25,0 ± 6,9**	8	4,4 ± 1,5**
Відсутність кистей	2	5,0 ± 3,4***	61	33,8 ± 3,5***
Відсутність рук	1	2,5 ± 2,4***	62	34,4 ± 3,5***
Руки за спиною	0	0	8	4,4 ± 1,5
Руки притиснуті до тулуба	1	2,5 ± 2,4	12	6,6 ± 1,8
Руки вгору	0	0	2	1,1 ± 0,7

Примітка. Різниця між результатами тесту між дітьми і підлітками є статистично значущою: *p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001.

в 13,3 % випадків. Ця додаткова деталь вказує на прагнення пацієнта певним чином упорядкувати оточення і емоційну невпевненість. Про прагнення до впорядкованості та контролю свідчила також наявність антени на даху (5,3 %). Зображення вічка і віконця на вхідних дверях (10,0 %) відбило посилення підозрілості.

Як відомо, тест «Кінетичний малюнок сім'ї» виявляє ставлення дитини до членів сім'ї, сімейні стосунки, які викликають тривогу чи конфлікти, сприйняття дитиною взаємин з іншими членами родини та власного місця в сім'ї [6].

У табл. 3 представлена характеристика кінетичного малюнка сім'ї у хворих на ЦД в залежності від віку.

Графічні ознаки сприятливої сімейної ситуації (близьке розташування членів сім'ї на малюнку, всі персонажі обернені обличчям до глядача, промальовані кисті рук у всіх членів сім'ї, що свідчить про нормальне внутрішньосімейне спілкування) виявлено у 10,0 % дітей та 16,6 % підлітків. Надтісні стосунки в родині, які графічно відображують розташуванням фігур людей впритул або «накладанням» один на одного, статистично значущо частіше (p < 0,01) виявляли в середовищі дітей. Рамка навколо зображення сім'ї може бути як ознакою ізоляції, відірваності сімейної системи від навколишнього світу, так і формою, що позначає значущість сімейної цілісності при припиненні стосунків. У нашій вибірці малюнок сім'ї, обведений

рамкою, траплявся значно частіше у підлітків (16,1 і 5,0 % відповідно, $p < 0,05$).

Порушення сімейних контактів (недбале зображення членів сім'ї, взаємна віддаленість, поділ перетинками) частіше виявляли у дітей (50,0 та 16,6 % відповідно, $p < 0,001$).

Як відомо, зображення на малюнку осіб, які не є членами сім'ї, свідчить про «відсутність уявлення про свою сім'ю як природну стійку одиницю». Такі малюнки спостерігали переважно у дітей-сиріт (6,8 %).

Статистично значучо частіше на багатьох малюнках підлітків, ніж дітей, виявляли відсутність стоп або урізане зображення ніг (часткове зображення фігури) — у 34,4 і 12,5 % відповідно ($p < 0,001$). Цю ознаку пов'язують зі «слабкою побутовою орієнтацією», пасивністю або незграбністю в соціальних стосунках, що характерно для підлітків з інфантильними рисами особистості.

Відсутність рук на малюнках у 2,5 % дітей і 6,6 % підлітків свідчить про порушення спілкування, сором'язливість, пасивність. На інших малюнках діти не промальовували кисті рук або руки цілком лише в окремих членів сім'ї (батьків). Ця ознака статистично значучо ($p < 0,01$) рідше траплялася на малюнках дітей порівняно з підлітками (55,0 %), що вказує на сприйняття окремих членів сім'ї як пасивних і безініціативних.

Зображення домашніх тварин інтерпретують як недостатність спілкування, потребу в емоційному теплі. На психографічних малюнках дітей ця ознака траплялася частіше (47,5 %), ніж у підлітків (33,8 %).

Ізольоване зображення членів сім'ї є свідченням серйозного порушення внутрішньосімейних контактів (капсулювання). У нашому дослідженні це зареєстровано у 60,0 % підлітків.

Наявність сонця та лампочки на малюнку сім'ї часто траплялася як на малюнках дітей, так і під-

літків (47,5 та 48,3 % відповідно, $p > 0,05$), що відображає потребу в теплі й любові. Стирання одного з членів сім'ї (напружене, конфліктне або амбівалентне ставлення до цієї людини) частіше виявляли на малюнках дітей (17,5 і 6,1 % відповідно, $p < 0,05$. Відчуття самотності в сім'ї (відсутність себе на малюнку) спостерігали переважно у підлітків (11,1 %).

Аналіз проективного тесту «Кінетичний малюнок сім'ї» дав змогу встановити низку симптоматичних комплексів, найхарактерніших для дітей і підлітків з ЦД: відчуття власної неповноцінності в сім'ї, вороже ставлення з боку інших членів родини, тривожність, конфліктність у сім'ї. Діагностичними маркерами системотворних психопатологій у більшості (90,0 %) дітей є «конфліктність у сім'ї» (47,5 %) і «тривожність» (52,5 %). У 83,8 % підлітків виділено інший психологічний симптомокомплекс — «відчуття неповноцінності в сімейній ситуації» (58,3 %), «ворожість у сімейній ситуації» (41,7 %).

Таким чином, тест «Кінетичний малюнок сім'ї» дає змогу з високою вірогідністю визначити психологічний і соціальний портрет сім'ї, ступінь близькості та/або відчуженості між членами родини, наявність конфліктів або напруженості, ступінь пасивності та відлюдкуватості дитини у внутрішньосімейному соціумі.

Висновки

Виділено соціально-психологічні патерни дезадаптації дітей і підлітків, хворих на цукровий діабет 1 типу, що має важливе значення для визначення стратегії терапевтичного втручання, соціо-психологічного супроводу та профілактики соціальної недостатності.

Конфлікту інтересів немає.

Участь авторів: концепція і дизайн дослідження, написання тексту — Е. А. Михайлова, Д. А. Мітельов; збір та обробка матеріалу — Е. А. Михайлова; статистична обробка даних, редагування тексту — Д. А. Мітельов

ЛІТЕРАТУРА

1. Reynolds K. A., Helgeson V. S. Children with diabetes compared to peers: depressed? Distressed? A meta-analytic review // *Annals of Behavioral Medicine*. — 2011. Vol. 42 (1). — P. 29–41.
2. Telo G. H., Cureau F. V., Lopes C. S., Schaan B. D. Common mental disorders in adolescents with and without type 1 diabetes: Reported occurrence from a countrywide survey. *Diabetes Research and Clinical Practice*. — 2018. Vol. 135. — P. 192–8.
3. Коркина М. В., Елфимова Е. В. Психогенно-соматогенные взаимоотношения при сахарном диабете // *Журн. неврол. и псих. имени С. С. Корсакова*. — 2004. Vol. 11. — С. 25–8.
4. Михайлова Е. А. Неврологические и психические расстройства у детей и подростков, больных сахарным диабетом. 4. Особенности интеллектуально-познавательной сферы. // *Международ. мед. журн.* — 2004. Vol. 4. — С. 46–50.
5. Butwick A., Fendler W., Zalepa A. et al. Psychiatric disorders and health-related quality of life in children with type 1 diabetes mellitus. // *Psychosomatics*. — 2016. Vol. 57 (2). — P. 185–93.
6. Hilsenroth M. J., Segal D. L., Hersen M. *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment*. // *Personality Assessment*. — 2003. — 688 p.

Особенности микросоциального окружения в формировании нарушений адаптации у детей, больных сахарным диабетом 1 типа

Э. А. Михайлова, Д. А. Мителёв

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

В настоящее время сохраняется общемировая тенденция к росту заболеваемости сахарным диабетом (СД) 1 типа среди детей и подростков. Он характеризуется пожизненным прогрессирующим течением, проявляется эндокринными и соматическими нарушениями, а также неврологическими и психическими осложнениями. Риск развития эмоциональных нарушений, когнитивной дисфункции и расстройств адаптации во многом определяется микросоциальным окружением ребенка с СД.

Цель работы — изучить роль семьи в формировании нарушений психического и психологического здоровья детей и подростков с тяжелой формой СД 1 типа.

Материалы и методы. Обследованы 285 больных с СД 1 типа (126 детей и 159 подростков). Дизайн исследования предусматривал использование клинико-психопатологического и патопсихологического метода, проведение социо-психологического интервьюирования ребенка и его семьи, тест «Семейная социодиаграмма», применение проективных рисуночных тестов «Дом-дерево-человек», «Я и моя болезнь», «Кинетический рисунок семьи».

Результаты. Установлено, что уровень психологического здоровья семьи ребенка с СД соответствовал показателю нормы в 20 % случаев. Определены факторы, дестабилизирующие психологическое здоровье семьи, типология семейных отношений к больному ребенку и их роль в формировании стойких психоневрологических осложнений, а также факторы микросоциального окружения, влияющие на формирование социально-психологической дезадаптации ребенка с СД. Выделены факторы риска формирования психических и неврологических нарушений у детей с СД: возраст манифестации эндокринного заболевания (СД) < 7 лет, стаж заболевания ≥ 5 лет, частые колебания уровня гликемии, неудовлетворительный самоконтроль заболевания, поздняя диагностика ранних и поздних осложнений центральной нервной системы, недостаточный комплаенс, патологические типы семейной социодиаграммы. Альтернативный метод диагностики психологических проблем у детей и подростков с СД (использование проективных тестов) показал высокую информативность обнаружения мишеней для коррекции эмоционально-поведенческих нарушений в условиях системы «Жизнь с диабетом».

Выводы. Выделены социально-психологические паттерны дезадаптации детей и подростков с СД 1 типа, что имеет важное значение для определения стратегии терапевтического вмешательства, социо-психологического сопровождения и профилактики социальной недостаточности.

Ключевые слова: сахарный диабет 1 типа, дети, подростки, психологические и социальные детерминанты нарушения адаптации.

Peculiarities of the microsocial environment in the formation of adjustment disorder in children with type 1 diabetes mellitus

E. A. Mykhailova, D. A. Mitelov

SI «Institute for Children and Adolescents Health Care at the National Academy of Medical Sciences of Ukraine», Kharkiv

Currently, there is a global trend towards an increase in the incidence of type 1 diabetes mellitus (DM 1) among children and adolescents. It is characterized by a lifelong progressive course, manifested by endocrine and somatic disorders, as well as neurological and mental complications. The risk of the development of emotional disorders, cognitive dysfunction, adjustment disorder is largely determined by the microsocial environment of a child with DM 1.

Objective — to study role of family in the formation of the disorders in mental and psychological health of children and adolescents with severe DM 1.

Materials and methods. Examinations involved 285 patients with DM 1 (126 children and 159 adolescents). The investigation design included clinical and psychopathological method, pathopsychological method, sociopsychological interviewing of a child and his/her family, test “Family sociogram”, projective picture tests “Housetreeman”, “Me and my disease”, “Kinetic picture of the family”.

Results. It has been established that the level of psychological health of family of a child with DM 1 corresponded to the normal indicator in 20 % of cases. The factors have been determined that destabilize psychological health of the family, typology of family relationships with a sick child and their role in the formation of persistent neuropsychiatric complications. The factors of the microsocial environment affecting the formation of sociopsychological maladjustment of a child with DM were determined. The following risk factors of the formation of mental and neurological disorders in DM 1 children have been identified: the age of endocrine disease (DM) onset less than 7 years, the disease duration ≥ 5 years, frequent fluctuations in of glycemia level, unsatisfactory self-control of the disease, late diagnosis of early and late complications related to the central nervous system, insufficient compliance, pathological types of family sociogram. An alternative method for diagnosing psychological problems in children and adolescents with diabetes the use of projective methods has shown a high information content of target detection for the correction of emotional and behavioral disorders in the conditions of system «Life with diabetes».

Conclusions. Socio-psychological patterns of maladaptation of children and adolescents with type 1 diabetes mellitus have been identified, which is important for determining the strategy of therapeutic intervention, socio-psychological support and prevention of social handicap.

Keywords: type 1 diabetes mellitus, children, adolescents, psychological and social determinants of adjustment disorder.