

## **Динамика изменений представлений о себе и болезни у подростков с сахарным диабетом I типа по результатам образовательных мероприятий**

**Коновалова Анастасия Вадимовна** – старший преподаватель кафедры Нейро- и патопсихологии факультета Психологии Института психологии им Л.С.Выготского Российского государственного гуманитарного университета.

**Минустина Екатерина Александровна** – преподаватель кафедры Нейро- и патопсихологии факультета Психологии Института психологии им Л.С.Выготского Российского государственного гуманитарного университета.

*Аннотация:* Сахарный диабет первого типа является тяжелым хроническим заболеванием, которое в значительной степени изменяет образ жизни человека. В данном исследовании участвовали подростки, давно осведомленные о своем диагнозе, знакомые с болезнью. Под патронажем врачей в течение недели участники были заняты в спортивных и творческих мероприятиях. В задачи врачей входили мониторинг состояния участников и обучение навыкам управления сахарным диабетом. Исследование проводилось в рамках проекта поддержки детей с сахарным диабетом I типа Диаспартакиада в г.Сочи, проводимого в рамках Всероссийской образовательной программы для людей с сахарным диабетом «Каждый день – это Ваш день!» по инициативе ОООИ «Российская диабетическая ассоциация». В исследовании сделана попытка оценить психологические изменения, происходящие благодаря реабилитационным мероприятиям.

*Ключевые слова:* Сахарный диабет I тип, внутренняя картина болезни, подростковый возраст.

Исследование выполнялось в рамках проекта поддержки детей с сахарным диабетом I типа Диаспартакиада в г.Сочи, проводимого в рамках Всероссийской образовательной программы для людей с сахарным диабетом «Каждый день– это Ваш день!» по

инициативе ОООИ «Российская диабетическая ассоциация». В Диаспартакиаде приняли участие дети из 6 регионов России (Иркутской, Костромской, Томской, Тульской и Ульяновской областей и республики Северная Осетия-Алания). Под патронажем врачей в течение недели участники были заняты в спортивных и творческих мероприятиях. В задачи врачей входили мониторинг состояния участников и обучение навыкам управления сахарным диабетом. Обучение навыкам управления сахарным диабетом, проводилось в течение всех запланированных мероприятий (творческие мастерские, спортивные задания, обучающие встречи с врачами). В результате участники проекта получили новые знания и навыки, способствующие повышению качества жизни с сахарным диабетом I типа.

Цель данного исследования оценить средствами психодиагностики динамику психологических изменений у участников проекта.

В исследовании приняли участие подростки старше 14 лет.

Исследование условно можно разделить на два этапа:

а) начало проекта

б) окончание проекта

На первом этапе проведена диагностика психоэмоционального состояния, представлений о себе и внутренней картины болезни испытуемых.

На втором этапе ожидается увидеть изменение внутренней картины болезни в виде количественного снижения данных негативного отношения и переживания болезни и качественного изменения характеристик, отражающих гармонизацию внутренней картины болезни.

В качестве мишеней психодиагностики были выбраны следующие сферы:

1. Диагностика внутренней картины болезни
2. Диагностика эмоциональной сферы
3. Диагностика представлений о себе

## **Описание методов исследования**

### **1. «Незаконченные предложения» В.Е. Кагана и И.К. Шаца**

Назначение теста

Вариант предназначен для изучения основных представлений о здоровье и болезни и связанных с ними переживаний у соматических больных детей. Незаконченные предложения в предлагаемом варианте составлены так, чтобы в их продолжениях проецировались основные аспекты внутренней картины болезни.

Для самостоятельного заполнения, если позволяет состояние, бланк может даваться детям с 9-летнего возраста.

Инструкция

Инструкция формулируется в свободной форме, с упоминанием необходимых для выполнения параметров: «Сейчас мы посмотрим, умеешь ли ты быстро работать. Это задание на скорость. Я дам тебе листок. На нем будут незаконченные предложения. Каждое из них надо закончить. Чтобы получилось быстро, надо писать первое, что приходит в голову, лишь бы получилось законченное предложение. Здесь нет правильных и неправильных ответов: что напишешь, то и правильно».

В данной статье приведен для анализа количественный подсчет результатов – ответ оценивается как «0», когда же отрицательные переживания звучат в предложении – ответ Методика обеспечивает возможность качественной и количественной оценки

отношения к болезни и лечению (внутренней картины болезни) и на их основании – оптимизации лечебно-реабилитационной работы. (4)

## **2. САН**

Описание теста

Тест САН — разновидность опросников состояний и настроений. Разработан сотрудниками 1 Московского медицинского института имени И.М.Сеченова В. А. Доскиным, Н. А. Лаврентьевой, В. Б. Шараем и М. П. Мирошниковым в 1973 г.

САН представляет собой карту (таблицу), которая содержит 30 пар слов, отражающих исследуемые особенности психоэмоционального состояния (самочувствие, настроение, активность). При разработке методики авторы исходили из того, что три основные составляющие функционального психоэмоционального состояния — самочувствие, активность и настроение могут быть охарактеризованы полярными оценками, между которыми существуют континуальная последовательность промежуточных значений. Однако получены данные о том, что шкалы САН имеют чрезмерно обобщенный характер. Факторный анализ позволяет выявить более дифференцированные шкалы: "самочувствие", "уровень напряженности", "эмоциональный фон", "мотивация". САН нашел широкое распространение при оценке психического состояния больных и здоровых лиц, психоэмоциональной реакции на нагрузку, для выявления индивидуальных особенностей и биологических ритмов психофизиологических функций. (1, 2)

## **3. Q сортировка сокращенный вариант**

Описание теста

Н. Butter и G. Naigh в 1954 году была предложена методика для исследования самооценки, состоящая из 100 утверждений, раскрывающих отношение испытуемого к самому себе. Затем методика была сокращена до 74 вопросов. Укороченный вариант Q – сортировки, состоящий из 28 вопросов-утверждений был разработан в 1971 году в Гамбурге (S. Krauss). Этот вариант менее трудоемкий, позволяющий быстро и надежно получить представление о разнице между образом самого себя и желаемым представлением о себе. Теоретической основой Q – сортировки является концепция личности С.Р. Rogers, согласно которой у психически здоровых людей сходство между

отражением личности в данный момент и желаемыми представлениями о себе более высоко, чем у больных невротиками. Достоинством методики является то, что при работе с ней испытуемый проявляет свою индивидуальность, реальное «Я», а не «соответствие – несоответствие» статистическим нормам и результатам других людей.

В ходе исследования испытуемому предлагается набор карточек, содержащих утверждения или названия свойств личности, которые необходимо распределить по категориям от «наиболее характерных» до «наименее характерных» для него, в каждую категорию входит определенное количество карточек. Данная сортировка проводится дважды (в два этапа). На первом этапе все карточки сортируются испытуемым так, чтобы отражали его состояние в данный момент «Как я оцениваю себя на настоящий момент?». На втором этапе снова сортируются те же карточки, но уже в соответствии с идеальными представлениями о себе «Каким я хотел бы быть в идеале?» (1)

## **Обсуждение результатов исследования**

### **Результаты первого этапа исследования**

В исследовании приняли участие 17 человек. Средний возраст участников 14,5 лет. Средний

стаж заболевания 6 лет.

### **1. Внутренняя картина болезни**

Первый этап исследования отражает особенности внутренней картины болезни, сформированные к началу проведения мероприятий.

Так представление о здоровье у 47% исследуемых отражает амбивалентные переживания. С одной стороны респонденты указывают позитивные моменты, связанные со здоровьем, а с другой негативные переживания в связи с невозможностью пережить позитивные моменты снова (неконтролируемый рацион, неконтролируемые физические нагрузки). Следует отметить, что значительная часть респондентов приводит причину утраты здоровья как собственное отношение к нему. Так предложение «Мое здоровье было бы хорошим, если бы...» чаще всего респонденты продолжают фразами «если бы я не ел много сладкого», «если бы я не нервничал».

При этом представление о болезни находится в диапазоне от дезадаптивного 29% как то: обвинения себя в начале заболевания, представление болезни как единственной неизлечимой, до адаптивного представления о болезни у 29% респондентов, которое выражается в объективном знании о возникновении болезни, причинах плохого самочувствия, о навыках жизни с болезнью. 12% респондентов выражают объективные особенности болезни. В том, что болезнь неизлечимая, хроническая, требующая контроля и ответственного отношения со стороны больного.

В первом варианте респонденты предложения «Я заболел, потому что...» продолжают «...ел много сладкого», «В большинстве случаев моя болезнь возникает, когда...» продолжают «нервничаешь», «Среди многих других болезней моя...» завершают фразами «самая страшная» либо «единственная». В то время как к адаптивным представлениям относятся такие высказывания: «В большинстве случаев моя болезнь возникает, когда...» заканчивают фразой «поджелудочная железа перестает работать», «Среди многих других болезней моя...» продолжают «требует контроля».

В исследовании внутренней картины болезни привлекает особое внимание выраженное отрицательное отношение к болезни у 53% респондентов, что находит отражение в ответах о необходимости соблюдения диеты и инъекций, о страхе осложнений и о страхе перед проявлениями гипогликемии и гипергликемии. Что важно чаще всего респонденты отрицают наличие каких-либо переживаний о своей болезни и предложение «Когда я думаю о своей болезни...» продолжают фразой «...я о ней не думаю», что является препятствием к пониманию болезни и как следствие формирования адаптивного отношения к ней.

В свою очередь представление о лечении у 59% респондентов носит вполне адаптивный характер, где наряду с надеждой о перспективе возможности излечения, подростки указывают необходимость соблюдения рациона, физических нагрузок и благотворное влияние поддерживающей терапии наряду с поддержкой близких.

Представление о будущем у 59% подростков связано чаще с возможностью изобретения способов выздоровления вкупе с их достижениями в учебе и будущей профессии. Таким образом представление о будущем у исследуемой группы носит позитивный характер.

Обращает на себя внимание высказывания исследуемых об отношении семьи к болезни, где 35% респондентов указывают, что их семьи вполне адаптивно относятся к их

болезни, что можно наблюдать в продолжении предложений «Мои близкие думают, что я...», «Все ждут, чтобы я...». Данное находит отражение в ответах, в которых на первый план выходят дети вне болезни, например: «...думают, что я справляюсь», «...думают, что я молодец»; «...ждут, чтобы я стал врачом», «...ждут, чтобы я добился всего самого лучшего». Описание состояния семьи в настоящий момент респонденты также указывают вне болезни «В моей семье сейчас все хорошо», в то время как переживания семьи, связанные с началом болезни указывают как адекватно тяжелые. Предложение «Когда я заболел, моя семья...» чаще всего продолжают фразами «сильно переживала», «была в шоке».

Отношение к госпитализации выражается амбивалентными переживаниями у 47% респондентов, где первичную госпитализацию подростки указывают как самую тяжелую и страшную, в то время как к последующим госпитализациям приводятся либо нейтральные высказывания, либо высказывания, связанные с возрастными особенностями, так например предложение «Когда я опять поступаю в больницу...» подростки продолжают либо «мне все равно», либо «я нахожу новых друзей».

Обращает на себя внимание, что в отношении к лечащему врачу ребята, за редким исключением, выражают доверие, уважение и привязанность. Так предложение «Я хотел бы, чтобы мой врач...» чаще всего продолжают «никогда не болел», «никогда не умер».

Для участников в целом характерно амбивалентное представление о заболевании, которое несет риски социальной и психологической дезадаптации пациента. Данное состояние внутренней картины болезни можно рассматривать как промежуточное, связанное с незавершившимся процессом принятия диагноза, с переживаниями относительно его наличия, а также с возрастными особенностями подростков.

## **2. Диагностика эмоциональной сферы**

Самочувствие, активность и настроение на первом этапе исследования отразили высокие показатели средних значений эмоциональной сферы 53-61 балл у 88% испытуемых. У большинства испытуемых соотношение данных самочувствия, активности и настроения находятся на едином гармоничном уровне.

Следует отметить, что встречающиеся единичные случаи незначительного дисбаланса в виде понижения одного или нескольких показателей расположены в диапазоне

средних оценок 30-50. Так снижение самочувствия до 49 баллов у двух респондентов, оценка 41 и 44 балла по шкале активности у трех респондентов и 44, 46 и 49 баллов по шкале настроения также у троих прибывших участников. Одновременное снижение всех параметров эмоциональной сферы до оценок среднего уровня встречается один раз. Приведенные несущественные снижения в первую очередь могут быть связаны с перемещением из мест проживания в г.Сочи, а также с напряжением, связанным с новой обстановкой, и не являются статистически значимыми.

### **3. Диагностика представлений о себе**

Прежде всего следует обратить внимание, что исследуемые - подростки и представления о себе в подростковом возрасте носят лабильный характер и зачастую зависят от внешней обстановки.

На первом этапе средние значения представления о себе у группы исследуемых находятся на уровне нормы 65 баллов. Невротические переживания в диапазоне 0,2-0,49 между тем «как я вижу себя и как видят меня другие» отмечается в 29% случаев. Отсутствие критики данные свыше 0,90 – расхождение в заданных условиях в сторону «я лучше, чем меня видят» встречается у 24% подростков. Состояний приближенных к депрессивным не обнаружено.

Мы предполагаем, что несущественные отличия, выраженные в наличии невротических переживаний или в отсутствии критики, носит ситуативный характер, в связи с пребыванием в новой обстановке (место, люди).

### **Выводы по первому этапу исследования**

В первую очередь стоит отметить, что количество участников на данном этапе не позволяет говорить о статистических закономерностях, но можно сделать выводы о некотором наборе тенденций.

1. Амбивалентность внутренней картины болезни, где наряду с тяжелыми переживаниями собственного отношения к болезни присутствуют адекватное представление о лечении и госпитализации. Транслируемое семьей адаптивное отношение к болезни может отражать нежелание родителей демонстрировать свои переживания, связанные с болезнью ребенка, что входит в противоречие с отношением подростков к болезни, создавая тем самым дополнительное препятствие к формированию адекватного для хронического заболевания отношения к болезни.



Позитивные представления о будущем могут нивелировать амбивалентные переживания утраты здоровья и представлений о болезни.

2. Эмоциональная сфера исследуемых на момент начала проекта находится на высоком уровне и отражает гармоничное психоэмоциональное состояние подростков.

3. Представления о себе у группы исследуемых подростков находятся на уровне нормы, что в сочетании с гармоничным психоэмоциональным состоянием дает возможность проведения запланированных спортивных и образовательных мероприятий.

## **Обсуждение результатов второго этапа психодиагностики**

### **1. Внутренняя картина болезни**

На втором этапе исследования внутренняя картина болезни имела следующие особенности. Представление о здоровье у 51 % респондентов приобрели адаптивный характер. Так испытуемые чаще дают ответы, отражающие объективные причины утраты здоровья. Предложение «Мое здоровье было бы хорошим» продолжают фразами «если бы я не заболел», «если бы не сахарный диабет». И предложение «Мое здоровье зависит прежде всего от...» чаще продолжают фразами «сахара», «от меня». Изменилось знание о причинах болезни и повышении качества жизни с сахарным диабетом.

Представление о болезни приобрело более объективный характер. 29% респондентов указывают объективные причины заболевания «поджелудочная железа перестает вырабатывать нужные клетки», особенности жизни с болезнью «контроль и ответственность» и здесь же 24% исследуемых выражают крайне негативные представления о болезни, что соответствует адекватному переживанию болезни в период адаптации к ней. Получена новая информация, повлекшая адекватные ситуации переживания.

В то же время выраженное отрицательное отношение к болезни на втором этапе выявлено у 47% респондентов, что связано с сокращением ответов, отрицающих болезнь. Возможность говорить помогает выразить свое отношение к болезни.

Представление о лечении у 53% подростков выражено нулевым показателем отрицательной оценки. Надежда о излечении в ответах второго этапа чаще заменяется необходимостью контроля рациона и инъекций, физических нагрузок.

Представление о будущем у 71% респондентов не связано с сахарным диабетом, а еще более сосредоточено с будущими достижениями личного и профессионального характера.

Представление исследуемой группы об отношении семьи к болезни в 41% ответов отражают адекватный характер отношения. В данном случае изменение вероятно связано с собственным изменением отношения к болезни и представлений о ней, что вдали от семьи экстраполируется на ее членов. Изменение собственного отношения позволяет допускать переживания членами семьи.

Отношение к госпитализации адаптивно выражено 41% респондентов, где первичную госпитализацию участники закономерно продолжают указывать как самую тяжелую и страшную, но отношение к врачам «Когда я вижу врачей...» из нейтрального в части случаев изменяется на объективное ожидание помощи, как например «я жду, что они мне помогут». Знакомство с врачами проекта повышает доверие к врачам помимо лечащего врача ребенка.

## **2. Диагностика эмоциональной сферы**

По окончании участия исследуемых в проекте показатели эмоциональной сферы находятся на высоком уровне. У испытуемых соотношение данных самочувствия, активности и настроения также осталось на едином гармоничном уровне. Средний показатель самочувствия 60 баллов у 88%, средний балл 56 у 83% исследуемых и у 94% показатель настроения равен 62 баллам.

В единичных случаях присутствуют снижения одного или нескольких показателей, расположенных в диапазоне средних оценок 30-50. Отмечено снижение самочувствия, активности или настроения до 50 баллов в одном случае - единичном случае общего снижения эмоциональной сферы, связанное в первую очередь со снижением самочувствия. По окончании проекта не выявлено значительного изменения состояния психоэмоциональной сферы.

Таким образом, эмоциональная сфера исследуемых по окончании проекта находится на высоком уровне и отражает гармоничное психоэмоциональное состояние подростков.

### **3. Диагностика представлений о себе**

По окончании проекта представления о себе у группы исследуемых невротическим переживания в диапазоне 0,2-0,49 между тем «как я вижу себя и как видят меня другие» отмечается у 53% респондентов. Отсутствие критики данные свыше 0,90 – расхождение в заданных условиях в сторону «я лучше, чем меня видят» встречается у 6% исследуемых. Представление о себе, соответствующее нормальному уровню выборки, находящееся в диапазоне 0,50-0,90 отмечено у 42% исследуемых. Состояний приближенных к депрессивным не обнаружено.

Данные несущественные изменения могут быть связаны с переживаниями внутренней картины болезни и тесным общением подростков в референтной группе.

### **Выводы по второму этапу исследования**

Стоит отметить, что количество участников на данном этапе не позволяет говорить о статистических закономерностях, но можно сделать выводы о некотором наборе тенденций.

1. В внутренняя картина болезни приобрела некоторые изменения, выраженные: в получении участниками проекта знаний о причинах болезни и повышении качества жизни с сахарным диабетом, что отразилось на представлении о здоровье; в получении новой информация о сахарном диабете, повлекшее адекватные ситуации временные переживания; в высказываниях отношения к болезни, как следствие возможности обсудить негативные переживания с референтной группой и специалистами; во влиянии изменений собственного отношения на переживания членами семьи, а также в повышении повышает доверия к врачам по средством знакомства со специалистами вне своего лечебного учреждения.

2. Проведенные мероприятия не отразились на изменении психоэмоциональном состоянии подростков.

3. Представления о себе остались у исследуемых на прежнем адекватном уровне.

### **Анализ статистически значимых различий между группами респондентов на разных этапах исследования**

На основании данных обоих этапов исследования был проведен анализ статистически значимых различий.

Анализ внутренней картины болезни в начале проекта и по его завершении не дал статистически значимых различий. Имеют место изменения средних значений показателей отрицательного отношения к болезни у 47%, что связано с сокращением ответов, отрицающих болезнь, увеличением адекватных ответов представлений о лечении у 53%.

Представление о будущем у 71% респондентов на конец проекта имеют гармоничный характер и представление исследуемой группы об отношении семьи к болезни в 41% ответов, отражают некоторый сдвиг во внутренней картине болезни.

1) Анализ статистически значимых различий в психоэмоциональной сфере на начальном этапе проекта и по его завершении.

Статистически значимых различий не обнаружено.

2) Анализ статистически значимых различий представлений о себе на начальном этапе проекта и по его завершении.

Статистически значимых различий не обнаружено.

## **Заключение**

1. Несмотря отсутствие статистически значимых различий во внутренней картине болезни подростков по окончании проекта обнаруживается тенденция к сдвигу в формировании гармоничной внутренней картины болезни.

2. Следует отметить, что группа респондентов, показавших незначительное снижение показателей самочувствия и негативные изменения во внутренней картине болезни нуждается в дополнительном контроле и анализе результатов. Сахарный диабет является хроническим расстройством, предъявляет требования к адаптации, является хроническим стрессом и таким образом истощает ресурсы организма. Для подросткового возраста переживание хронического стресса формирует риски для развития депрессивного расстройства, возрастными масками которого являются нарушения поведения и расстройства пищевого поведения.

3. Участие в проекте не отразило статистически значимых различий в психоэмоциональной сфере подростков и их представлении о себе.

Подобные результаты можно связать с несколькими соображениями:

а) малое количество респондентов не позволяет с полной уверенностью говорить о достоверности результатов;

б) оценка изменений производилась непосредственно в последние дни участия в проекте, что не дает возможности в полной мере переоценить полученные знания и применить новые навыки в повседневной жизни;

Общие выводы и рекомендации:

1. для более точной оценки эффективности следует расширить выборки и отследить их состояние по прошествии большего времени;
2. необходима разработка психокоррекционной работы и мониторинг оценки эффективности в несколько этапов;
3. в рамках проекта и на местах следует организовать мероприятия для стабилизации и гармонизации внутренней картины болезни;
4. важно организовать наблюдения и замеры для дифференциации динамики изменений непосредственно связанных с психокоррекционными мероприятиями и с естественным ходом отношения к хронической болезни, обусловленным сменой периодов ремиссий и декомпенсаций;
5. важно отмечать микросоциальные стрессы в процессе психокоррекционной работы и учитывать их при оценке эффективности.

#### *Список литературы*

1. Калинкина Евгения Михайловна, Соколовская Ольга Константиновна, Цатурян Марина Оганесовна Возможности применения техники репертуарных решеток Дж. Келли в диагностике Образа-Я подростков // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2016. №2.
2. Методики диагностики эмоциональной сферы: психологический практикум / сост. О.В. Барканова [серия: Библиотека актуальной психологии]. – Вып.2. – Красноярск: Литера-принт, 2009. – 237 с.
3. Сахарный диабет у детей и подростков: консенсус ISPAD по клинической

практике: 2014 год / пер. с англ. под ред. В. А. Петерковой. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.  
— 656 с.

4. Шац И. К. Диагностика психологических проблем у детей с ограниченными возможностями здоровья // Специальное образование. 2017.

{social}