

**ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ДІТЕЙ
ІЗ ВПЕРШЕ ВІЯВЛЕНИМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ І ТИПУ**
Українська медична стоматологічна академія (м. Полтава)

gasyukn7@gmail.com

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Дослідження проведено у рамках науково-дослідної роботи «Розробити клініко-лабораторні критерії, методи прогнозування та запобігання метаболічних порушень у дітей раннього віку» (державний реєстраційний номер: 0120U102856).

Вступ. Цукровий діабет (ЦД) є однією з важливих медичних та соціальних проблем людства у зв'язку із високою поширеністю, хронічним перебігом та розвитком небезпечних інвалідизуючих ускладнень. ЦД вважають неінфекційною епідемією, що охопила на початку XXI століття понад 366 млн. людей у всьому світі [1,2].

ЦД – одне з найбільш поширених хронічних захворювань у дитячому віці. Посідає 4 місце у структурі хвороб ендокринної системи у дітей в Україні. За станом на 01.01.2013 року в Україні налічувалось 8 178 хворих на ЦД віком 0-17 років. Поширеність ЦД 1-го типу (ЦД-1) серед дітей віком 0-17 років останні 10 років невпинно зростає, збільшується кількість хворих дітей у всіх вікових групах. За статистичним прогнозом у 2025 р. кількість хворих на ЦД дітей в Україні становитиме понад 9400, і нових випадків хвороби буде зареєстровано понад 1600 [3].

За період 2008-2014 рр. у Полтавській області рівень захворюваності на ЦД-1 серед дитячого населення віком до 17 років щорічно збільшувався в середньому на 6,0% із найшвидшим зростанням у дітей віком 15-17 років, а поширеності – на 2,5%. Спостерігається тенденція до продовження зростання ЦД у всіх вікових групах [4]. На Полтавщині на початок 2019 р. зареєстровано близько 47 тис. хворих на ЦД, із них – 8347 дорослих та 226 – діти, які отримують інсулін [5].

Безумовно, ЦД є своєрідним викликом та стресом як для пацієнта, так і для всієї родини [2,6]. Перебіг ЦД завжди ускладнюється порушенням психічного здоров'я [7]. ЦД, як і будь-яке хронічне захворювання, завдає пацієнту значної психосоціальної травми.

Зазначено, що при ЦД-1 відбувається виснаження ЦНС, астенізація організму та порушення основних психічних функцій. Небезпека, яка з'являється в житті родини разом із ЦД, несе загрозу для організму, викликає тривогу [8]. Тривога – індикатор боротьби зі стресом, мобілізація організму до дій та потреби пристосуватись до оточуючої ситуації. Затяжний тривожний стан – ознаки неприйняття існуючої ситуації, відчуття загрози.

Хворі на ЦД мають особливі особистісні риси, що відрізняє їх від хворих із іншими хронічними захворюваннями та здорових. Описують такі риси, як егоцентричність, капризність та нестриманість [9]. Дітям із ЦД часто властива явна або прихована тривожність, неспокій, риси нервозності [10].

Пацієнти з ЦД мають чимало страхів, з одного боку, та прагнуть спокою та захищеності – з іншого. Відомо, що практично всі пацієнти із ЦД-1 на момент встановлення діагнозу, крім соматичних скарг, мають депресію середнього ступеня, тривожність [11]. Через 6-9 місяців симптоми зазвичай зникають, але залишаються у частини хворих, частіше у дівчат, та навіть наростають при збільшенні тривалості захворювання. Депресія та порушення прийняття діабету мають негативний вплив на адаптацію до захворювання та метаболічний контроль.

Діти та підлітки, хворі на ЦД-1, знаходяться в групі високого ризику психосоціальної патології – у першу чергу це депресія, тривожність, порушення харчової поведінки, конфлікти в родині, низька самооцінка, проблем із виконанням медичних рекомендацій [12]. Підвищений ризик розвитку психіатричних захворювань спостерігається у 10-20% підлітків з ЦД. У групі найвищого ризику знаходяться дівчата-підлітки з родинними проблемами. Групою ризику з розвитку порушень когнітивних функцій є: маніфестація ЦД у віці до 5 років, часті епізоди тяжких гіпоглікемій, тривала гіперглікемія.

Для пацієнтів із ЦД-1 також характерні почуття незахищеності емоційної занедбаності, бажання опіки про себе та активний пошук залежності від інших [13]. Діти з діабетом є більш депресивними, більш залежними та більш замкнутими, ніж однолітки. Через 2 роки після встановлення діагнозу депресивні та тривожні проблеми встановлені вдвічі частіше у дітей із ЦД, ніж у здорових однолітків [14].

У дітей із ЦД все життя обмежується навколо хвороби, боротьби з нею. Внаслідок цього виникає замкнутість, відгородженість від контактів із людьми, пасивність, що призводить до формування обмеженої поведінки: інертності, зниження активності [10]. Розвитку порушень емоційно-вольової сфери сприяє астенія, яка знижує загальний тонус організму [15].

При вперше виявленому ЦД, за наявності гострої емоційної реакції, засвоєння інформації мінімальне. Слід зазначити, що на ранніх стадіях захворювання на ЦД-1 може розвинути психо-ендокринний синдром, а в разі його прогресування можуть спостерігатися тяжчі порушення психічних функцій, що торкаються всіх сторін особистості.

Мета даної роботи – визначити особливості психоемоційного стану дітей, хворих на вперше виявлений ЦД-1.

Об'єкт і методи дослідження. У нашому дослідженні брали участь 16 дітей, хворих на вперше виявлений ЦД-1, віком 7-16 років, які перебували на лікуванні в ендокринологічному відділенні КП «Дітяча міська лікарня Полтавської міської ради». Серед дітей було 8 хлопчиків та 8 дівчаток. За віковим роз-

поділом 10 дітей належали до вікової групи 7-10 років, 4 дитини – 11-13 років, 2 дитини – 14-16 років.

Психо-емоційний стан дітей, хворих на вперше виявлений ЦД-1, визначався шляхом застосування психографічного тесту «Конструктивний малюнок людини із геометричних форм», розроблений директором тренінгових програм Національного центру нейронаук США А.В. Лібінім та співробітником Джорджтаунського університету США А.В. Лібіною [16].

Результати досліджень та їх обговорення. Всі діти поступили зі скаргами на поліурію, полідипсію, втрату ваги. Стан усіх обстежених дітей розцінювався як тяжкий; всі діти були госпіталізовані в стані кетоацидозу (++++) із гіперглікемією 18-28 ммоль/л. Перші 2-3 доби госпіталізації діти з діагнозом вперше виявленого ЦД-1 перебували у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії КП «Дитяча міська лікарня Полтавської міської ради», потім були переведені до ендокринологічному відділення даного медичного закладу, в умовах якого їм проводився психографічний тест на 5-6 добу госпіталізації до лікарні.

Тест «Конструктивний малюнок людини із геометричних форм» в єдиному тестовому завданні об'єднував проєктивний малюнок фігури людини з неусвідомленою перевагою основних геометричних форм. Відмінна особливість завдання тесту полягає в зображенні фігури людини з простих геометричних форм: трикутника, кола, квадрата. В процесі тестування обстежуваному необхідно намалювати або сконструювати фігуру людини із рівно десяти частин тільки вище наведеними геометричними фігурами.

В діагностиці, заснованій на проектному тестуванні, найважливішим є принцип «першого бачення завдання», який надає найбільш цінні результати, отримані безпосередньо в момент ознайомлення з ним.

Обстежувані нами діти із вперше виявленим ЦД-1 у 100% проходили тест вперше без попереднього ознайомлення з ним.

Використання тесту рекомендується з 6-7-річного віку, коли дитина вже розуміє інструкцію, може розрізнити геометричні фігури, їх намалювати та вільно володіє рахунком. Обстежувані нами діти із вперше виявленим ЦД-1 перебували у віці 7-16 років.

Згідно умов проведення тесту кожний із досліджуваних кольоровим олівцем на аркуші паперу формату А4 створював 5 малюнків фігури людини, що складалася із трикутників, кіл та квадратів. Кількість елементів повинна була дорівнювати 10-ти. Кожна з геометричних форм повинна була використовуватися хоча б один раз. Діти намагалися малювати швидко і без виправлень, ні про що не замислюючись.

На першому етапі ми оцінювалися розміри малюнків дітей щодо всього вільного поля. Серед обстежуваних нами дітей 10 (63%) виконали малюнок середнього розміру, 6 (37%) – маленький малюнок. Практично невидимих, великих, надмірно великих малюнків не спостерігалось.

Вище наведені результати свідчили про те, що 37% дітей із вперше виявленим ЦД-1 виявляли бажання активно проявляти себе в житті, зайняти центральне місце в подіях, що відбуваються. Відзначалася помірна психологічна відкритість, при якій дитина

є достатньо відкритою для розуміння іншими, відчуваючи себе при цьому цілком захищеним з точки зору збереження своєї особистості.

63% дітей із вперше виявленим ЦД-1 відчували свою незахищеність, занурювалися до внутрішнього світу. Були психологічно закритими, мали тенденцію залишатися осторонь від активної участі у важливих подіях життя, ховати своє реально «я» за різними психологічними масками. Можливою була спроба схватитися за іншими людьми. Звернув на себе увагу той факт, що переважна більшість дітей використовували для малювання олівці темних кольорів: чорний, темно-синій, темно-зелений, коричневий.

Другим етапом ми проводили оцінку використаня вільного простору.

Серед обстежуваних нами дітей 8 (50%) виконали малюнок по центру аркуша, 8 (50%) – у верхнього краю аркуша. Серед малюнків, виконаних по центру аркуша, спостерігалися малюнки середнього (6 дітей – 37% від усіх обстежуваних) та маленького розміру (2 дітей – 13% від усіх обстежуваних).

Слід зазначити, що малюнки по центру були виконані дітьми вікової групи 7-10 років. 2 дитини 7-10 років, всі діти з групи 11-13 років та підлітки 14-16 років виконали малюнок у верхнього лівого краю аркуша. Малюнків, розташованих у нижнього краю аркуша та у верхнього правого краю, не спостерігалось.

Результати наших досліджень свідчать про те, що 37% дітей із вперше виявленим ЦД-1 комфортно почувують себе в сьогоденні, 13% – знаходяться в стані несвободи і ущемлення, відчувають себе не зовсім комфортно, сприймаючи себе «втиснутим» у події, що відбуваються, «затиснутим в лещата» між минулим і майбутнім; 50% – пасивно орієнтовані щодо майбутнього, іншими словами, мова йде про відхід у світ фантазій і мрій, які служать способом самозаспокоєння, примирюють з жорстокою дійсністю.

Третім етапом при проведенні загального аналізу малюнків обстежуваних нами дітей із геометричних фігур найчастіше спостерігалися трикутники, на II місці – кола і найменше – квадрати. Слід зазначити, що кола переважно використовували діти вікової групи 7-10 років, підлітки надавали перевагу трикутникам. Чисельне застосування трикутників особливо було помітним серед дівчаток-підлітків.

Вище наведені результати свідчать про те, що переважна кількість підлітків із вперше виявленим ЦД-1 сприймають своє захворювання «гостро», що супроводжується збудливістю нервової системи і проявляється імпульсивними реакціями по відношенню до оточуючих, метушливістю поведінки та хаотичністю думок. Відчуття «стабільності» мінімальне. У дітей більш раннього віку початок ЦД проявляється у високій емоційній напрузі, підвищеній вразливості, образливості та тривозі.

Результати проведених нами досліджень стверджують той факт, що навчання контролю та самоконтролю ЦД-1 за участю психолога – наріжний камінь допомоги дітям і підліткам з даною патологією. Якісна комплексна допомога сприятиме розв'язанню багатьох медичних та психологічних проблем, пов'язаних із ЦД.

Чим раніше будуть виявлені психо-емоційні порушення у дітей з ЦД та своєчасно розпочата корекційна робота, тим позитивнішими будуть очікувані ре-

зультати. Визнано, що психологічний та навчальний вплив відіграє ключову роль у визначенні ефективності контролю ЦД у дітей [7].

Висновки

1. Психо-емоційний стан дітей із вперше виявленим ЦД-1 супроводжується високим рівнем тривожності, що проявляється відчуттям незахищеності, занурюванням до внутрішнього світу, «гострим» сприйняттям свого захворювання, імпульсивними реакціями по відношенню до оточуючих, метушливістю поведінки, хаотичністю думок, високою емоційною напругою, підвищеними вразливістю та образливістю, відсутністю відчуття «стабільності».

2. Діти із вперше виявленим ЦД-1 потребують не тільки лікувальних, а й реабілітаційних (корекційних) заходів, а саме психологічної допомоги з метою відновлення чи покращення психічних функцій, що є одним із визначальних факторів ефективного контролю ЦД у дітей.

3. Діти, хворі на ЦД, складають групу ризику по реалізації наступних станів: девіантної форми поведінки, стресових станів, депресивних нахилів.

Перспективи подальших досліджень. Перспективним напрямом дослідження психо-емоційного стану дітей із вперше виявленим ЦД-1 є використання тестів на рівні емоційного стресу та емоційного інтелекту.

Література

1. American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*. 2018;1(31):55660.
2. Solters G, Patterson CC, Dahlquist G. EURODIAD Study Group Worldwide childhood type 1 diabetes incidence — what can we learn from epidemiology? *Pediatr. Diabetes*. 2007;8(6):614.
3. Zelinska NB, Hloba YV, Pohadaieva NL. Statystyka tsukrovoho diabetu u ditei v Ukraini (analiz i prohnaz). *Klinichna endokrynolohiia ta endokrynna khirurgiia*. 2013;1(42):80-3. [in Ukrainian].
4. Lysak VP, Kovalova OM, Pokhlyko VI, Cherevko IH. Trendy poshyrenosti ta zakhvoriuvanosti na tsukrovyy diabet sered ditei Poltavskoi oblasti za 2008-2014 rr. *Ukraina. Zdorovia natsii*. 2015;3(35):20-4. [in Ukrainian].
5. Mykhailiats V. Zi zvitu oblasnoho endokrynoloha Poltavskoi oblasti za pershyi kvartal 2019 r. [in Ukrainian].
6. Whittemore R, Jaser S, Chao A. Psychological experience of parents of children with type 1 diabetes: a systematic mixed studies review. *Diabetes Educ*. 2012;4(38):562-79.
7. La Greca A, Follansbee D, Skyler J. Developmental and behavioural aspects of diabetes management in youngsters. *J. Child Health Care*. 2010;19:132-9.
8. Mei R, Zavalova MY, Syburyna AI. Smysl tryvohy. M.: Nezavysyamaia fyрма «Klass»; 2010. s. 128-254. [in Russian].
9. Aleksander F. Psykhosomaticheskaia medytyna. Pryntsypp y praktycheskoe prymerenye: per. s anhl. M.: EKSMO-Press; 2002. s. 236-8. [in Russian].
10. Malkyna-Pykh YH. Psykhosomatyka. Spravochnyk praktycheskoho psykholoha. M.: EKSMO; 2015. s. 818-20. [in Russian].
11. Schiffrin A. Psychosocial issues in pediatric diabetes. *Curr. Diab. Rep*. 2011;1(1):3340.
12. Foge NR, Weissberg Benchell J. Preventing poor psychological and health outcomes in pediatric type 1 diabetes. *Curr. Diab. Rep*. 2010;6(10):436-43.
13. Vila G, Delhay M, Bertrand C. Micro angiopathic and psychological risk in children and adolescents with type 1 diabetes. *Presse Med*. 2002;4(31):151-7.
14. Grey M, Cameron ME, Lipman TH, Thurber FW. Psychosocial status of children with diabetes in the first 2 years after diagnosis. *Diabetes Care*. 2015;10(18):1330-6.
15. Lebedynskyi VV. Emotsyonalnye narusheniya v detskom vozraste y ykh korrektsiya. M.: Moskovskiy unyversytet; 2010. s. 132. [in Russian].
16. Lybyn AV. Psykhohrafycheskyi test: konstruktivnyi rysunok cheloveka yz heometrycheskykh form. M.: Eksmo; 2008. s. 368. [in Russian].

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ДІТЕЙ ІЗ ВПЕРШЕ ВІЯВЛЕНИМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ І ТИПУ Похилько В. І., Цвіренко С. М., Фастовець М. М., Гасюк Н. І., Жук Л. А.

Резюме. ЦД – одне з найбільш поширених хронічних захворювань у дитячому віці. При ЦД-1 відбувається виснаження ЦНС, асенізація організму та порушення основних психічних функцій. Пацієнти з ЦД мають чимало страхів, з одного боку, та прагнуть спокою та захищеності – з іншого. Практично всі пацієнти із ЦД-1 на момент встановлення діагнозу, крім соматичних скарг, мають депресію середнього ступеня, тривожність. Через 6-9 місяців симптоми зазвичай зникають, але залишаються у частини хворих, частіше у дівчат, та навіть наростають при збільшенні тривалості захворювання. Депресія та порушення прийняття діабету мають негативний вплив на адаптацію до захворювання та метаболічний контроль.

Діти та підлітки, хворі на ЦД-1, знаходяться в групі високого ризику психосоціальної патології – у першу чергу це депресія, тривожність, порушення харчової поведінки, конфлікти в родині, низька самооцінка, проблем із виконанням медичних рекомендацій. Підвищений ризик розвитку психіатричних захворювань спостерігається у 10-20% підлітків з ЦД. У групі найвищого ризику знаходяться дівчата-підлітки з родинними проблемами.

Для пацієнтів із ЦД-1 також характерні почуття незахищеності, емоційної занедбаності, бажання опіки про себе та активний пошук залежності від інших. Діти з діабетом є більш депресивними, більш залежними та більш замкнутими, ніж однолітки. Через 2 роки після встановлення діагнозу депресивні та тривожні проблеми встановлені вдвічі частіше у дітей із ЦД, ніж у здорових однолітків.

У дітей із ЦД все життя обмежується навколо хвороби, боротьби з нею. Внаслідок цього виникає замкнутість, відгородженість від контактів із людьми, пасивність, що призводить до формування обмеженої поведінки: інертності, зниження активності. Розвитку порушень емоційно-вольової сфери сприяє астения, яка знижує загальний тонус організму.

Чим раніше будуть виявлені психо-емоційні порушення у дітей з ЦД та своєчасно розпочата корекційна робота, тим позитивнішими будуть очікувані результати. Психологічний та навчальний вплив відіграє ключову роль у визначенні ефективності контролю ЦД у дітей.

Ключові слова: діти, цукровий діабет, психоемоційний стан.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА**Похилько В. И., Цвиренко С. М., Фастовец М. Н., Гасюк Н. И., Жук Л. А.**

Резюме. СД – одно из самых распространенных хронических заболеваний в детском возрасте. При СД-1 происходит истощение ЦНС, ассенизация организма и нарушения основных психических функций. Пациенты с СД имеют немало страхов, с одной стороны, и стремятся покоя и защищенности – с другой. Практически все пациенты с СД-1 на момент установления диагноза, кроме соматических жалоб, имеют депрессию средней степени, тревожность. Через 6-9 месяцев симптомы обычно исчезают, но остаются у части больных, чаще у девочек, и даже нарастают при увеличении продолжительности заболевания. Депрессия и нарушение принятия диабета имеют негативное влияние на адаптацию к заболеванию и метаболический контроль.

Дети и подростки, больные СД-1, находятся в группе высокого риска психосоциальной патологии – в первую очередь это депрессия, тревожность, нарушения пищевого поведения, конфликты в семье, низкая самооценка, проблемы из выполнения медицинских рекомендаций. Повышенный риск развития психиатрических заболеваний наблюдается у 10-20% подростков с СД. В группе высокого риска находятся девушки-подростки с проблемами в семье.

Для пациентов с СД-1 также характерны чувство незащищенности, эмоциональной заброшенности, желание опеки о себе и активный поиск зависимости от других. Дети с диабетом более депрессивные, более зависимые и более замкнутые, чем сверстники. Через 2 года после установления диагноза депрессивные и тревожные проблемы установлены вдвое чаще у детей с СД, чем у здоровых сверстников.

У детей с СД вся жизнь ограничивается вокруг болезни, борьбы с ней. В результате возникает замкнутость, отгороженность от контактов с людьми, пассивность, что приводит к формированию ограниченного поведения: инертности, снижение активности. Развитию нарушений эмоционально-волевой сферы способствует астения, которая снижает общий тонус организма.

Чем раньше будут выявлены психо-эмоциональные нарушения у детей с СД и своевременно начата коррекционная работа, тем более позитивными будут ожидаемые результаты. Психологическое и обучающее влияние играет ключевую роль в определении эффективности контроля СД у детей.

Ключевые слова: дети, сахарный диабет, психоэмоциональное состояние.

FEATURES OF CHILDREN'S PSYCHO-EMOTIONAL STATE WITH NEWLY DIAGNOSED TYPE I DIABETES**Pokhylko V. I., Tsvirenko S. M., Fastovets M. M., Hasiuk N. I., Zhuk L. A.**

Abstract. Diabetes mellitus (DM) is one of the most common chronic diseases in childhood. With DM-1 there is depletion of the CNS, cessation of the body, and violation of basic mental functions. Patients with diabetes have many fears, on the one hand, and seek peace and security, on the other. Almost all patients with diabetes mellitus-1 at the time of diagnosis, except for somatic complaints, have moderate depression, anxiety. After 6-9 months, the symptoms usually disappear, but remain in some patients, more often in girls, and even develop with increasing duration of the disease. Depression and impaired perception of diabetes mellitus have a negative impact on disease adaptation and metabolic control.

Children and adolescents with diabetes mellitus-1 are at high risk of psychosocial pathology – primarily depression, anxiety, eating disorders, family conflicts, low self-esteem, problems with compliance with medical recommendations. An increased risk of developing psychiatric diseases is observed in 10-20% of adolescents with diabetes. Adolescent girls with family problems are in the highest risk group.

Patients with diabetes-1 are also characterized by feelings of insecurity, emotional neglect, a desire to take care of themselves, and an active search for dependence on others. Children with diabetes are more depressed, more dependent, and more withdrawn than their peers. Two years after diagnosis, depressive and anxiety problems are found twice as often in children with diabetes than in healthy peers.

In children with diabetes, life is limited to the disease, the fight against it. As a result, there is isolation, avoidance of contact with people, and passivity that lead to the formation of limited behavior: inertia, decreased activity. The development of disorders of the emotional and volitional sphere is facilitated by asthenia, which reduces the overall tone of the body.

The earlier psycho-emotional disorders are detected in children with diabetes and corrective work is started in a timely manner, the more positive the expected results will be. Psychological and educational influences play a key role in determining the effectiveness of diabetes control in children.

Key words: children, diabetes mellitus, psychoemotional state.

Рецензент — проф. Ковальова О. М.

Статья надійшла 12.10.2020 року