

Введение	3
Психогенное влияние болезни на личность пациента	3
Роль психологических факторов в возникновении и течении сахарного диабета.....	5
Принятие диагноза и адаптация к болезни.....	7
Психологические трудности, с которыми сталкиваются дети с сахарным диабетом 1 типа..	9
Психологические проблемы семьи, воспитывающей ребенка с сахарным диабетом 1 типа	13
Психологическая поддержка детей с сахарным диабетом 1 типа и членов их семей	17
Проблемы психологического консультирования.....	21
Выводы	26
Ссылки	27
Рекомендуемая для чтения литература	37

Введение

Сахарный диабет (СД) – социально значимое заболевание. В развитых странах средняя продолжительность жизни пациентов с сахарным диабетом значительно ниже, чем в среднем в популяции. Смертность и инвалидизация пациентов происходят из-за осложнений сахарного диабета – сердечно-сосудистой, почечной и неврологической патологий. Наиболее часто осложнения сахарного диабета проявляются у взрослых, но риск их возникновения значительно зависит от уровня контроля заболевания в детском возрасте.

Важность изучения у пациентов с сахарным диабетом психологических, поведенческих и социальных факторов подчеркивается на протяжении последних 20 лет^{1,2}. Основная цель настоящего обзора – представить и обсудить психологические и поведенческие факторы, которые значительно влияют на приверженность пациентов к терапии, качество их жизни и прогноз заболевания.

Психогенное влияние болезни на личность пациента

Болезнь – это состояние, когда человеку приходится значительно менять свою жизнь и поведение. Возникновение любого тяжелого хронического заболевания у большинства людей сопровождается ощущением утраты здоровья, что приводит к страху, тревоге, депрессии, приступам тоски (иногда вплоть до суицидальных мыслей), раздражительности, гневу. Нарушается физическое, душевное и социальное благополучие, социальная адаптация. Возникает ощущение зависимости от болезни, переживание стеснения свободы^{3,4}.

Психогенное влияние болезни выражается в следующем⁵: психологическая реакция на наличие заболевания, последствия и ограничения;

изменение личности в ходе заболевания; изменение психологического и соматического состояния человека.

Особенно сильные изменения происходят под воздействием болезни в личности ребенка. Негативные изменения психики у заболевшего ребенка, проявляющиеся на разных стадиях течения и лечения болезни, могут привести к серьезным нарушениям психического здоровья не только «здесь и сейчас», но и в будущем^{6,7}.

К часто встречающимся нарушениям относят:

- эмоциональные реакции, связанные с изменением физического состояния больного ребенка: страх, тревога, страдание, гнев, чувство вины;
- невротические и астенические состояния, появившиеся на фоне болезни: плохое настроение или крайняя его изменчивость, раздражительность, слабость, повышенная отвлекаемость, трудность сосредоточения, вялость, апатия и общее снижение жизненной активности;
- неприятные переживания и внутренние конфликты, которые могут стать причиной изменения социального статуса больного ребенка;
- стойкие перестройки всей личности больного, выражающиеся в формировании аномальных и эгоцентрических установок, защитных и компенсаторных механизмов, изменений самосознания.

Все эти нарушения проявляются при разных тяжелых соматических заболеваниях. Особенно они выражены у больных с сахарным диабетом.

Роль психологических факторов в возникновении и течении сахарного диабета

Многие врачи, наблюдавшие пациентов с сахарным диабетом, обращали внимание на связь этого заболевания с душевными переживаниями пациента. Еще три столетия назад Томас Уиллис, первым обнаруживший сахар в моче больных диабетом, писал, что появлению СД нередко предшествует «длительное огорчение». Впоследствии известный физиолог Клод Бернар установил связь гипергликемии с деятельностью центральной нервной системы. Во второй половине XIX в. СД как «нервную болезнь» рассматривал С. Marghal de Calvi, а в начале XX в. – С.С. Корсаков и С. Neilson.

Классическим примером сахарного диабета, возникшего после эмоциональных потрясений, является «диабет биржевиков», наблюдавшийся после падения цен на Чикагской бирже в 30-х гг. прошлого века⁸. F. Alexander⁹ считал СД одним из психогенно-органических заболеваний.

Он выделял в его формировании два этапа:

- 1-й этап – «функциональные неполадки вегетативного или эндокринного органа в результате хронического эмоционального расстройства, называемого психоневрозом»;
- 2-й этап – «переход функциональных расстройств в необратимые тканевые изменения и органическое заболевание».

Однако впоследствии большинство исследователей склонилось к тому, что психологические факторы могут выступать только в качестве дополнительного провокатора СД и влиять на течение этого заболевания. В табл. 1 указана прямая и косвенная взаимосвязь СД1 с психологическим напряжением, которую важно учитывать при оказании помощи пациентам.

Таблица 1. Взаимосвязь СД1 с психологическим напряжением

Воздействие психотравмы	
прямое	косвенное
Психическая нагрузка может приводить к перенапряжению корковых процессов, растормаживанию подкорковых гипоталамических центров и нарушению нервно-гуморальной регуляции, что приводит к утяжелению диабета	Нарушения в поведении больного (несвоевременное или неправильное введение инсулина), что также приводит к ухудшению течения заболевания

При сахарном диабете первого типа возникает целый комплекс новых для человека проблем, которые приводят к серьезному стрессу.

Психотравмирующие факторы при СД1:

- возникновение тяжелого неизлечимого заболевания, при отсутствии контроля которого может возникнуть угроза жизни пациента;
- необходимость по жизненным показаниям инвазивных болезненных манипуляций – инъекций инсулина и измерения сахара в крови несколько раз в течение дня, а иногда и ночи;
- отсутствие стабильности дозы инсулина, необходимость ежедневного расчета и коррекции дозы препарата. Гипогликемия (сниженное содержания сахара крови) и гипергликемия (повышенное содержание сахара в крови) опасны для пациента;
- особая опасность как недостатка, так и избытка дозы введенного инсулина, не сопоставимая с другими препаратами (из-за этого свойства инсулин, как сердечные гликозиды и антикоагулянты, можно отнести к «особо опасным» лекарственным средствам);
- необходимость постоянного контроля основных составляющих образа жизни – питания и физической нагрузки;
- необходимость регулярных обращений к врачу с проведением дополнительных болезненных обследований.

В руководстве Международного общества по детскому и подростковому диабету (ISPAD) «Клиническая практика. Согласованные нормы» (Clinical Practice Consensus Guidelines, 1999) подчеркивается, что «по влиянию на уход за больным и лечение сахарного диабета наиболее важны психологические факторы»¹⁰.

В этом документе были сформулированы три ключевые рекомендации:

1. Социальные работники и психологи должны быть включены в междисциплинарные команды по оказанию помощи детям и подросткам с сахарным диабетом 1 типа.
2. Поддержку в решении психологических проблем, возникающих у пациентов с сахарным диабетом или членов их семей, должны оказывать специалисты в области психического здоровья.
3. Специалисты, осуществляющие лечение диабета, должны пройти подготовку по вопросам признания, идентификации, предоставления информации и консультирования по психосоциальным проблемам, связанным с диабетом.

В настоящее время требуются дальнейшее развитие этих положений и разработка более конкретных рекомендаций по оказанию психологической помощи детям и подросткам с СД1 и членам их семей, а также инструкций для медицинского персонала, осуществляющего их лечение и медицинское сопровождение.

Принятие диагноза и адаптация к болезни

Реакция на постановку диагноза «сахарный диабет», а также осознание его последствий представляет собой важную психологическую и социальную проблему для человека и имеет большое влияние на исход заболевания. Все аспекты лечения диабета, включая регулярное посещение врача, мониторинг уровня сахара в крови, контроль питания,

болезненность инъекций, требуют большого напряжения как для пациентов с СД1, так и членов их семей^{11,12}.

Узнав о неизлечимом заболевании, пациент на первом этапе переживает чувство горя. Болезнь часто воспринимается как фактор, грозящий изоляцией и стигматизацией, и может привести к проблемам с самооценкой и деформации межличностных отношений¹³. Адаптация к болезни и принятие диагноза у человека проходят несколько этапов: отрицание/шок, гнев/беспокойство, депрессия и принятие^{14,15,16,17}.

1. Шок и отрицание. Человек, узнавший о своем неизлечимом заболевании, может отвергать неизбежность хронической болезни. Это естественная психологическая защита, которая может выглядеть как ошеломление, потрясение. Могут появляться бурные реакции отрицания: «Этого не может быть! Это неправда! Этого не могло случиться со мной! Это ошибка!»

Отрицание является наиболее мощной защитой из всех последующих, дающей время собраться с силами и принять реальность. Оно способствует адаптации человека, устраняя на время из его сознания психотравмирующую ситуацию. Однако, обладая ограниченным потенциалом, при длительном существовании отрицание вызывает невроз.

2. Гнев. Человек, понимающий, что болезнь изменила его жизнь, привычки, увлечения, отдалила от него друзей и привычное окружение, раньше или позже (каждый со своей скоростью и силой) начинает испытывать гнев. Это негодование на несправедливость судьбы может переходить в явную агрессию в адрес врачей и родственников, непонимание причин болезни: «Почему это случилось именно со мной? Как это могло произойти?» Не найдя ответа, человек раздражается, испытывает ярость или зависть. Гнев и враждебность являются нормальным этапом переживания болезни. Эти чувства на время защищают человека. В этом случае необходимо дать ему выговориться, высказать все свои обиды, негодование, страхи, переживания, представить позитивную картину будущего.

3. Депрессия (горе, печаль). Когда приходит осознание неизбежности длительного лечения и радикального изменения образа жизни, возникает депрессия. Окружающее кажется мрачным, человек чувствует себя незащищенным, теряет интерес к жизни и становится малообщительным. Для одних переживание потери здоровья проявляется в меланхолическом настроении, сильном чувстве обиды или вины, для других главным становится скорбь по поводу утраты привычной жизни и будущего. Правильно пережитая депрессия свидетельствует о приближении принятия.

В этой ситуации нужно дать человеку уверенность, что он не один, что за сохранение его здоровья продолжается борьба, его поддерживают и за него переживают.

4. Принятие. Это наиболее рациональная психологическая реакция, способствующая психологической адаптации. Ситуация принимается как неизбежная, человек мобилизует свои усилия, чтобы, несмотря на заболевание, продолжать жить полной жизнью. Болезнь становится чем-то второстепенным, неким «фоном» жизни, а не ее определяющим фактором.

В значительной степени принятие диагноза зависит от реакции ближайшего окружения пациента.

Психологические трудности, с которыми сталкиваются дети с сахарным диабетом 1 типа

На каждом возрастном этапе отмечаются свойственные ему психологические проблемы, но дети и подростки с сахарным диабетом сталкиваются с целым рядом дополнительных сложностей по сравнению со взрослыми пациентами.

Детям психологически труднее адаптироваться к своей болезни, так как для них очень важно стараться вести образ жизни, свойственный

их здоровым сверстникам, стремление быть «нормальным». Ощущение различия между собой и своими ровесниками, обусловленного болезнью, является для ребенка серьезной психотравмирующей ситуацией¹⁸. Ограничения, связанные с болезнью, и проведение необходимых неприятных процедур оказывают сильное влияние на неокрепшую психику ребенка¹⁹.

После постановки диагноза и начала лечения СД1 у детей характерно появление следующих симптомов депрессии: раздражительность, приступы гнева, жалобы на боли, часто не имеющие под собой основания²⁰. Если родители не готовы к купированию и предупреждению этих симптомов, психологический кризис в семье может усугубляться.

Серьезной проблемой ребенка с диабетом является организация школьной жизни. Школа – это то место, где ребенок находится отдельно от родителей и остается без опеки, что часто вызывает у них беспокойство. Во многих случаях их опасения оправданы, так как не всегда в школе есть компетентные специалисты, умеющие правильно действовать в экстремальных ситуациях, связанных с диабетом. Часто родители волнуются из-за питания ребенка: какие блюда предлагаются в школьной столовой, соответствуют ли они диете, не слишком ли много сладостей, чем угощают ребенка друзья?²¹ Зачастую под сомнение ставится участие ребенка с СД во всевозможных спортивных и развлекательных мероприятиях, что неправильно, поскольку привлечение лишнего внимания к болезни может осложнить положение ребенка среди сверстников.

Течение заболевания у подростков имеет свои особенности, связанные с пубертатом и периодом взросления, началом самостоятельности и независимого от родителей поведения. Согласно определению Организации Объединенных Наций²², подростки – это люди от 10 до 19 лет. Они отличаются и от детей, и от взрослых по физическому развитию, когнитивным способностям и социальным навыкам. Подростки живут «здесь и сейчас». Девушкам и юношам в этом возрасте приходится преодолевать серьезные трудности, выбирая жиз-

ненный путь и нормы поведения, что существенно влияет на настоящее и будущее состояние их здоровья. Нередко подростки экспериментируют с опасным поведением (курением, алкоголем, наркотиками, практикуют незащищенный секс). Для подросткового возраста типично возникновение психологических проблем, таких как повышенная самоуверенность и эйфория, или, напротив, агрессивность, страх, негативизм и тревога.

Подростки с СД1 в 2–3 раза чаще, чем подростки в общей популяции, испытывают эмоциональные проблемы^{23,24}. Исследования также показывают, что у 25–30% детей и подростков с СД отмечаются психологические расстройства, а у 10% – тяжелая депрессия, что значительно выше распространенности психологических расстройств при других хронических заболеваниях^{25,26,27}.

Нередко пациенты с СД1 склонны к самообвинению, поиску проблем внутри себя и ограничению собственных потребностей^{28,29,30}. Более чем у 60% пациентов диагностируется сочетание психологических расстройств^{31,32,33}.

В результате восприятие реальности у подростка с СД1 становится искаженным, что отражается на поведении, социальном взаимодействии и может привести к социально-психологической дезадаптации³⁴. Это проявляется в недооценке тяжести состояния и игнорировании ограничений, диктуемых заболеванием. Постоянный надзор со стороны родителей и врачей может провоцировать агрессивное поведение и раздражительность или, наоборот, страх совершить неправильное действие.

Сравнительно небольшое число подростков ответственно относятся к соблюдению ограничений и выполнению медицинских рекомендаций. Однако и у них нередко возникают психологические проблемы – низкая самооценка и депрессия³⁵. Отмечено, что девочки имеют больше психологических проблем, чем мальчики (например, расстройство пищевого поведения, особенности настроения, связанные с менструальным циклом).

Признаки депрессии у подростков могут включать печаль, апатию, вялость, нарушения внимания и сна, изменения аппетита, низкую мотивацию к учебным занятиям, отказ от участия в ранее привлекательных видах деятельности, появление мыслей о самоубийстве^{36,37}.

Факторы риска возникновения депрессии при СД1^{38,39}:

- подростковый возраст;
- бедность;
- недостаточная социальная поддержка;
- стрессы;
- плохой контроль сахара;
- длительное течение диабета;
- наличие осложнений.

Обычно психологические проблемы возникают в течение первого года заболевания, наиболее часто – в первые 3 месяца^{40,41}. Часть пациентов справляются с возникшими проблемами самостоятельно, однако дальнейшее психологическое состояние ребенка зависит от тяжести психологических проблем и наличия или отсутствия в этот период поддержки^{42,43,44,45}.

Отмечена взаимосвязь депрессии с плохим контролем заболевания, сопровождающимся высоким уровнем сахара в крови и потребностью в госпитализациях, риском осложнений и смертности^{46,47,48,49,50}. Взаимосвязь депрессии и плохой приверженности к выполнению рекомендаций врача (комплаенса) доказана при разных заболеваниях⁵¹.

Мета-анализ, обобщивший результаты 47 исследований, в которых участвовали 17 тыс. пациентов с СД, подтверждает, что депрессия ухудшает течение и прогноз этого заболевания⁵².

Помимо общих трудностей, связанных с сахарным диабетом, в подростковом возрасте иногда возникают и специфические проблемы. Одна из них – это преднамеренно индуцированные гипогликемические состояния – введение необоснованно высокой дозы инсулина⁵³. Мотивами таких поступков могут быть: нарушение диеты с употреблением сладостей; повышенный аппетит при некомпенсированном са-

харном диабете; стремление противостоять попыткам родителей найти новые методы лечения диабета; желание улучшить психологический климат в семье или привлечь к себе внимание; получение приятных ощущений, «кайфа»^{54,55}. Подобные случаи могут быть связаны с возрастными, характерологическими и социально-бытовыми условиями. Для выявления и предупреждения индуцированных гипогликемий необходимы продолжительные беседы с детьми и их родителями, иногда – консультация психотерапевта.

Психологические проблемы семьи, воспитывающей ребенка с сахарным диабетом 1 типа

Возникновение хронического заболевания у ребенка, особенно такого тяжелого, как СД1, является сильной психологической травмой не только для детей, но и их близких^{56,57}. Родители больного ребенка несут большую ответственность. У них возникает постоянный страх за здоровье ребенка, а также чувство вины⁵⁸.

В семьях, где есть ребенок с СД, нередко складываются дисгармоничные детско-родительские отношения. Родители часто оказываются неспособны соответствующим образом решать свои конфликты, семьи распадаются, и основной груз проблем ложится на мам. После установки диагноза у ребенка примерно у трети матерей отмечается депрессия. Отношения с братьями и сестрами в семьях у детей с СД также бывают сложными, поскольку иногда здоровые братья и сестры завидуют «особому положению» и повышенному вниманию к больному ребенку. Мамам приходится «разрываться» между здоровым и больным ребенком, что усиливает психологические проблемы у этих женщин.

На фоне кризисной ситуации нередко возникают разногласия между родителями больного ребенка, дополнительный стресс и

финансовое неблагополучие могут разрушить семью. Семейные конфликты провоцируются как чрезмерной опекой, так и пренебрежительным отношением. Уровень конфликтности особенно высок в семьях, в которых ранее отсутствовала сплоченность⁵⁹.

Все семейные проблемы, сопровождающиеся стрессом, ухудшают течение СД1. Хронический стресс у одного или обоих родителей особенно часто отмечается в семьях, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, например из-за потери близкого родственника или развода родителей, материальных проблем, болезни матери, а также в семьях, в которых есть насилие и жестокое обращение с детьми^{60,61,62,63,64}. Психологическое состояние родителей напрямую воздействует на психологическое состояние ребенка, что влияет на течение сахарного диабета и уровень контроля заболевания^{65,66,67,68}. Чем больше выражено несогласие между детьми и родителями и чем меньше родители вовлечены в уход за ребенком, тем хуже течение сахарного диабета у ребенка⁶⁹.

Поэтому для определения эффективного плана психологической помощи семье ребенка с сахарным диабетом психологу важно познакомиться и пообщаться не только с ребенком, но и с обоими родителями.

Напротив, благополучная обстановка в семье улучшает прогноз заболевания. Особенно сильно с течением заболевания ребенка коррелирует психологическое состояние матери: чем благополучнее психологическое состояние матери, тем легче течение сахарного диабета у ее ребенка^{70,71}. Правильное восприятие болезни семьей, умение справляться с ситуацией, а также поддержание правильного образа жизни очень важны для нормального функционирования семьи. Поддержка, внимание, доброта со стороны членов семьи, ближайшего семейного окружения и друзей ребенка способствуют его более быстрой психологической адаптации, улучшению мониторинга сахара в крови и укреплению приверженности к инсулинотерапии, улучшению контроля заболевания и качества жизни ребенка^{72,73,74,75,76,77,78}.

При наличии любого хронического заболевания в семье могут возникнуть несколько типов взаимоотношений – нежелательные (игнорирование болезни или гиперопека ребенка) и положительные – партнерские.

Самым неблагоприятным и редким типом отношений можно назвать **игнорирование**. В этом случае родители игнорируют наличие болезни и стараются жить, как раньше. Это довольно часто приводит к осложнениям и ранней инвалидизации ребенка.

Второй тип отношений – **гиперопека**. При таком типе взаимоотношений родители жестко контролируют всю жизнь и деятельность ребенка. Такие родители обычно хорошо справляются с выполнением назначений врача и уходом, но при этом полностью подавляют инициативу ребенка. В результате у него не развиваются навыки самоконтроля.

Оптимальными взаимоотношениями можно назвать **партнерские**, когда родители объясняют правильность действий, обучают детей и позволяют им самим принимать решения в тех или иных ситуациях.

Умение правильно адаптироваться к новой ситуации очень важно и для отдельной личности, и для семьи. Механизмы психической саморегуляции могут носить как адаптивный, так и дезадаптивный характер. Классические этапы психологической адаптации к болезни, которые испытывает сам пациент (гнев, отрицание, депрессия и, наконец, принятие), проходят все члены семьи⁷⁹. Если этапы адаптации не пройдены, тогда семья становится дисфункциональной.

Многим семьям самостоятельно не справиться с постигшим их горем. Большое европейское исследование показало, что 20% матерей и 8% отцов имеют проявления посттравматического стресса в течение года после диагностики СД у их ребенка⁸⁰. Многие родители детей с СД сами ощущают потребность в психологической помощи⁸¹. Однако есть семьи, которые стараются избегать психологического консультирования, что объясняется существующей стигмой, связанной с психологической помощью и отсутствием информированности о положительных результатах этой помощи^{82,83}.

Эффективная оценка психологического статуса ребенка и его родителей с предложением решения возникающих проблем является важнейшей составляющей медицинской помощи^{84,85}. Поскольку бремя повседневного управления сахарным диабетом у маленьких детей падает в основном на родителей, то им должна быть оказана помощь в выявлении и снижении стресса⁸⁶. Семейная психотерапия существенно улучшает взаимоотношения между детьми и родителями, снижает риск конфликтов в семье, связанных с диабетом^{87,88}.

Важно также отметить, что для пациентов с депрессией более характерна неудовлетворенность взаимоотношениями с лечащим врачом⁸⁹ и неудовлетворенность врача общением с пациентом⁹⁰ и как результат – отказ пациента от медицинского наблюдения⁹¹. Врачам следует помнить о воздействии стресса на поведение и отношение родителей ребенка с СД1, проявлять понимание и ободрять родителей. Обвинения и критика ухудшают психологическое состояние пациентов и снижают приверженность к выполнению медицинских рекомендаций⁹².

Все эти факторы должны быть учтены при создании программ лечения диабета и профилактики его негативного влияния на здоровье и психическое благополучие ребенка. Мультидисциплинарная команда врачей, психологов и социальных работников сможет оказать семьям детей с сахарным диабетом эффективную поддержку и помочь им справиться с психологическими трудностями, неизбежно сопровождающими болезнь.

Если помощь в принятии болезни пациентам и членам их семей не проводится сразу после установления диагноза, психологические и поведенческие проблемы усугубляются и множатся⁹³.

Психологическая поддержка детей с сахарным диабетом 1 типа и членов их семей

Как было сказано ранее, психологическая поддержка должна быть обязательной составляющей медицинской помощи^{94,95}. Особое внимание следует уделять семьям с социальными факторами риска, при разводе родителей и проявлениях жестокого обращения или насилия в семье, так как все эти факторы ухудшают течение заболевания. Если психологическая и социальная поддержка не проводится, уровень стресса в семье нарастает.

Психологическая диагностика и коррекция психологических проблем в семье больного ребенка занимает от 6 до 9 месяцев для детей и 9–12 месяцев для родителей. Как правило, этот этап жизни – самый тяжелый для семьи, когда она особенно остро нуждается в психологической помощи⁹⁶. Проблема принятия заболевания пациентом порой сохраняется весьма длительное время и требует коррекции независимо от того, когда с ним начинается психологическая работа: в момент манифестации СД или спустя годы. Пока пациент не примет факт наличия СД в его жизни, вопрос успешной компенсации заболевания и психологического благополучия остается открытым.

Важно, чтобы консультирование проводила группа специалистов, включающая врача-эндокринолога, диетолога, клинического психолога и социального работника. Многопрофильная группа специалистов необходима для оптимального ухода и решения различных медицинских, психологических и социальных проблем⁹⁷. В эту группу можно также привлекать родителей, которые имеют большой стаж успешного контроля диабета у детей, чтобы неформально обсуждать часто возникающие у «новичков» проблемы.

В первую очередь детский эндокринолог дает знания и способствует развитию навыков, позволяющих контролировать течение диабета. Важно, чтобы психолог знал эти важнейшие правила и спо-

способствовал формированию психологических установок для их выполнения.

Основные навыки, необходимые для родителей ребенка, больного СД1⁹⁸:

- определять симптомы и принимать неотложные меры при острых осложнениях диабета (гипо/гипергликемия, кетоацидоз);
- рассчитывать дозу инсулина;
- делать инъекции инсулина;
- контролировать уровень глюкозы в крови;
- контролировать соблюдение диеты;
- вести активный образ жизни.

Большая роль в работе команды отводится клиническим психологам, которые проводят диагностику, оценку и профилактику психических заболеваний у пациентов⁹⁹. В психотерапии особенно важно научить пациента выражать свои переживания и эмоции, агрессивные чувства (в том числе по отношению к окружающим). Психолог может помочь в разработке новых моделей поведения, укреплении навыков здорового поведения, отучить от вредных привычек, определить неадекватные реакции на стресс, развить полезные и эффективные методы его преодоления. Выраженность психологических проблем может потребовать медикаментозного лечения¹⁰⁰.

Основной акцент при психотерапии следует делать на тщательном выполнении рекомендаций врача-эндокринолога, а также предупреждении распространенных ипохондрических настроений. Несоблюдение режима пациентами может быть связано с психологическими проблемами, такими как депрессия, тревога, расстройство пищевого поведения. Очень важно измерять эффективность предпринимаемых мер не только по углеводному обмену, но и по достижениям, соответствующим возрасту ребенка, его эмоциональному, интеллектуальному и социальному благополучию¹⁰¹.

Междисциплинарной группе специалистов при ведении пациентов принадлежит значимая роль в предупреждении и купировании семей-

ных конфликтов, улучшении семейной обстановки (сплоченность, вовлеченность и поддержка), коррекции воспитательных усилий родителей. Родителям следует позволить подросткам нести ответственность за принятие решений, но при этом продолжать наблюдать и информировать их о самопомощи. Полностью перекладывать на подростков ответственность за соблюдение ограничений и лечение диабета до достижения ими адекватного уровня зрелости^{102,103} небезопасно.

Родители несут основную ответственность за принятие решений по поводу лечения ребенка, осуществляют уход за ним, обеспечивают выполнение медицинских предписаний, становятся своеобразными посредниками между различными специалистами и ребенком с СД. Следовательно, психологическое благополучие всех членов семьи пациента с СД также должно оказаться в зоне пристального внимания психолога-консультанта^{104,105}.

Международные согласительные документы по диабету определяют ряд требований к оказанию психологической помощи^{106,107,108}:

- ◆ Клинические психологи должны быть членами междисциплинарной группы по оказанию помощи детям с сахарным диабетом. В их обязанности входит диагностика и выявление психологических проблем у пациента и членов его семьи.
- ◆ Психологические и образовательные программы для детей и их родителей должны стимулировать навыки решения проблем, усиливать необходимую родительскую поддержку в начале заболевания, улучшать показатели гликемического контроля у детей.
- ◆ Необходимо обеспечить простой доступ к психиатрам в тех случаях, когда нужна помощь детям с тяжелыми психическими патологиями и лечение их психотропными препаратами.
- ◆ Необходимо стремиться к поддержанию регулярного контакта специалистов с пациентом и его семьей. Если визиты в клинику по какой-либо причине затруднены, следует обеспечить другие доступные способы коммуникации.

- ◆ Необходимо оценивать качество жизни с помощью специально разработанных опросников. Достоверность выявления психологических проблем у детей зависит от эффективности используемых инструментов. К сожалению, большое число детей недостаточно качественно диагностируется, существует риск гипердиагностики¹⁰⁹.
- ◆ Необходимо проводить оценку адаптационного развития, ведения СД и самопомощи. Это особенно важно для подросткового возраста, когда дети должны принимать на себя ответственность по самостоятельному ведению диабета.
- ◆ Важно проводить мониторинг развития детей до пятилетнего возраста. Дети с гипогликемическими эпизодами, имеющие проблемы с успеваемостью в школе, должны получить психолого-образовательную или нейропсихологическую оценку для определения уровня обучаемости.

Таким образом, социальная и психологическая поддержка необходима детям и подросткам на всех этапах взросления для коррекции отношения к СД, снижения уровня стресса, преодоления сложных ситуаций. Нужна и помощь родителям. При этом психологическая помощь, как и любая специализированная помощь, должна быть эффективной, безопасной, культурно и социально приемлемой. Непрофессиональное психологическое консультирование не только не улучшает состояние пациента, но и может привести к негативным последствиям.

Проблемы психологического консультирования

Психологическое вмешательство не может осуществляться без профессиональной подготовки, методической компетенции, без наличия профессиональных коммуникативных навыков, без использования адекватных и теоретически обоснованных средств¹¹⁰.

Проблема нарушения этических и профессиональных аспектов психологического консультирования и психотерапии является актуальной в современной России. Тема эта многогранна и требует детальной разработки, однако уже сегодня в качестве одной из основных причин ее возникновения можно выделить отсутствие системы вузовской подготовки специалистов по оказанию психологической помощи людям с хроническими соматическими заболеваниями.

В приказе Минобрнауки России «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по направлению подготовки 37.03.01 Психология (уровень бакалавриата)»¹¹¹ перечислены только общие психологические тематики. Будущие специалисты в области психологии проходят практику только в психиатрических стационарах. В результате выпускники не имеют опыта работы с пациентами с хронической соматической патологией.

К сожалению, пока не сформулированы четкие нормативные требования по оказанию психологической помощи пациентам с соматическими заболеваниями, несмотря на то что приказом Минздрава России от 20 декабря 2012 г. № 1183н в номенклатуру специальностей в здравоохранении в число специалистов с высшим профессиональным (немедицинским) образованием включен медицинский психолог. В настоящее время только разрабатывается проект Федерального закона «О психологической помощи населению в Российской Федерации».

Отсутствие качественной профессиональной подготовки психологов может иметь негативные последствия для пациентов. Выделяют

следующие основные виды нарушений процесса консультирования и психотерапии, влияющие на его эффективность^{112,113,114,115}:

1. Незнание психологом-консультантом законов развития и изменения того или иного психологического свойства и формы поведения человека, в частности, под действием соматического заболевания.

На психику и поведение человека влияет множество факторов. Поэтому психолог-консультант, сопровождающий процесс лечения практикой психологического консультирования, должен знать общие особенности заболевания и лечения, осознавать свою информационную ограниченность и работать в тесном контакте с лечащим врачом и родителями пациента¹¹⁶.

2. Отсутствие оптимальных условий для реализации рекомендаций, связанных с течением заболевания, которые были получены от психолога-консультанта.

Это нарушение довольно часто встречается в практике психологического консультирования, так как оптимальные условия могут отличаться от реальных условий жизни семьи. Необходимо заранее обсудить и продумать возможности реализации психологических рекомендаций, чтобы пациент и/или его родители могли встраивать эти рекомендации в свой образ жизни, подвергшийся изменениям в результате болезни ребенка¹¹⁷.

3. Недостаточно сильное желание или невозможность следовать полученным от психолога-консультанта рекомендациям.

Иногда пациент изначально не верит в возможность практического решения своей проблемы, или не доверяет данному психологу-консультанту, или же сомневается, что сможет реализовать полученные рекомендации на фоне других забот, связанных с болезнью.

Психолог должен учитывать деформирующее влияние болезни на самооценку и отношение к рекомендациям. Нужно уточнить, правильно ли пациент и его близкие поняли полученные рекомендации. Важно регулярно оценивать и корректировать действия в ходе реализации психологических рекомендаций¹¹⁸.

4. Нарушение этических «границ» психологом в общении с пациентом: переход на «ты»; вторжение в терапевтический диалог бесед личного или житейского характера; излишний телесный контакт (например, объятия); дружеское общение за стенами кабинета и др. Подобные сбои можно систематизировать по следующим параметрам: «время», «место и пространство», «деньги», «подарки», «одежда», «язык», «физический контакт»^{119,120}.

Полный перечень недопустимых форм поведения и этические требования к консультированию составлены Бостонской организацией по прекращению злоупотреблениями в психотерапии и консультировании. Казалось, что знание и следование основным положениям этого документа будет способствовать обеспечению безопасности пациентов и самих психологов¹²¹. Однако были установлены объективные препятствия для выполнения этих правил, сформулированные George и Cristiani:¹²²

1. Трудно соблюдать стандарты установленного поведения в огромном разнообразии ситуаций консультирования, ведь каждый консультативный контакт уникален.
2. Большинство консультантов практикуют в определенных учреждениях (клиниках, центрах, частных службах и пр.). Ценностная ориентация этих организаций может не вполне совпадать с этическими требованиями к консультанту. В таких случаях консультант оказывается перед сложным выбором.
3. Консультант нередко попадает в этически противоречивые ситуации, когда, придерживаясь требований одной нормы, он нарушает другую. Таким образом, при любом выборе этический кодекс не соблюдается.

Американская ассоциация психологов за последние тридцать лет трижды вносила изменения в кодекс профессиональной этики¹²³. Поправки отражают изменения в обществе и обусловлены уточнением этических норм.

Одно из основных этических требований – консультант обязан правильно оценивать уровень и пределы своей профессиональной компетентности. Он не должен вселять в клиента надежду на помощь, которую не в силах оказать. В консультировании недопустимо применять недостаточно освоенные диагностические и терапевтические процедуры и испытывать новые методы или техники консультирования. Если консультант в отдельных случаях чувствует, что недостаточно компетентен, он обязан консультироваться с более опытными коллегами и совершенствоваться под их руководством¹²⁴.

Отсутствие профессиональной специальной подготовки у психологов приводит к ошибкам при оказании помощи пациентам, что в дальнейшем требует длительной и сложной работы по их устранению^{125,126,127,128,129}.

Выделяется пять видов побочных эффектов непрофессиональной психотерапевтической помощи:¹³⁰

1. Утяжеление основных симптомов.

2. Появление новых неблагоприятных симптомов:

- потеря межличностных связей;
- появление признаков депрессии или мании;
- появление психосоматических расстройств;
- аффективная неустойчивость (плаксивость, гневливость);
- суициды;
- психотические симптомы;
- криминальное поведение;
- злоупотребление алкоголем и наркотиками.

3. Бегство в болезнь. Пациент находит у себя множество психологических проблем, с которыми потом ходит к врачам и психологам.

4. Зависимость от психологической помощи и поддержки, когда пациент полностью перекладывает все свои проблемы на плечи психотерапевта, становится зависим от его мнения, сеансов, и последний охотно принимает на себя эту роль.

5. Негативные социальные последствия: смена сферы деятельности, формы обучения, образа жизни в целом.

Негативные эффекты могут возникнуть у специалиста с любым уровнем подготовки и стажем. Разница между опытным и неопытным психотерапевтом состоит в том, что первый своевременно замечает появление эмоциональных или поведенческих проблем у пациента. Если эти изменения у пациента приобретают угрожающий характер, может возникнуть необходимость прекратить психологическую работу^{131,132,133}.

Ошибки при проведении психологической работы неизбежны, как и при любой другой деятельности. Коллегиальный анализ причин неправильных действий психологов, связанных с недостаточной компетентностью, этическими вопросами или личными внутренними конфликтами, позволит исправить ошибки и предотвратить их повторение в будущем^{134,135,136}.

Для предупреждения ошибок необходимо совершенствовать профессиональную подготовку психологов с учетом потребностей пациентов с различными хроническими заболеваниями, и особенно с сахарным диабетом. Это может осуществляться в рамках модульных курсов как в до-, так и последипломном обучении. Нужно разработать методические и информационные материалы, создать систему практической подготовки в эндокринологических отделениях или стационарах.

С другой стороны, необходима подготовка эндокринологов и педиатров по основам психологии для повышения эффективности консультирования, определения у пациентов эмоциональных и поведенческих проблем, влияющих на результаты лечения и требующих привлечения психолога. Кроме того, знания основ психологии позволяют врачам своевременно определять и преодолевать собственные психологические проблемы, включающие синдром профессионального выгорания.

Интеграция психологической и медицинской помощи предоставляет уникальную возможность для профессионального роста специалистов, позитивных личностных изменений клиента и гармонизации внутрисемейных отношений. Этому будет способствовать программа «Альфа-Эндо».

Выводы

- Необходим комплексный медико-социально-психологический подход к оказанию помощи детям с СД1 – особо уязвимой группе населения.
- Важно создавать профессиональные междисциплинарные группы помощи детям с сахарным диабетом и их семьям, включающие хорошо подготовленных детских эндокринологов, педиатров, психологов и социальных работников.
- Детские эндокринологи должны предлагать всем родителям детей с СД1 обращаться за консультацией к психологу при первой постановке диагноза, а также при возникновении проблем с контролем заболевания.
- Цель психологической поддержки – не только достижение эмоционального и внутрисемейного благополучия у детей с СД1, но и повышение приверженности к выполнению медицинских рекомендаций.
- Психологическая помощь детям с СД должна быть высокопрофессиональной и этичной. Ее результаты должны контролировать как родители, так и лечащий врач.
- Перед здравоохранением и образованием стоит необходимость создания системы подготовки психологов к оказанию помощи детям/подросткам с СД1 и их родителям, а также разработки критериев эффективности и безопасности психологической помощи.

Ссылки

- 1 Horn CA, Peterson AM: Insulin dependent diabetes mellitus and eating disorders: a literature review. *Diabetes Educ*28:45–49, 1997.
- 2 Дедов И.И., Кураева Т.Л., Петеркова В.А., Щербачева Л.Н. Сахарный диабет у детей и подростков. – М., 2002.
- 3 Психология здоровья / Ред. Г.С. Никифоров. – СПб: Изд-во СПбГУ, 2000. – С. 240–284.
- 4 Сидоров П.И., Парняков А.В. Введение в клиническую психологию. – М.: «Академпроект», Екатеринбург: «Деловая книга», 2000, в 2 т., том 2. – 380 с.
- 5 Чирясова А.Н. Актуальность психологической помощи больным сахарным диабетом. Бюллетень медицинских интернет-конференций 2012. Том 2. № 2.
- 6 Guthrie Diana W., Bartsocas Christos, Jarosz-Chabot Przemyslaw, Konstantinova Maia. Psychosocial Issues for Children and Adolescents With Diabetes: Overview and Recommendations, *Diabetes Spectrum* January 2003 vol. 16 no. 17-12.
- 7 Carr J: The dying process: a refinement of Kubler-Ross 5 stage theory. *Am J Hosp Care*3:34–38, 1986.
- 8 Елфимова Е.В., Елфимов М.А. Сахарный диабет и психика: этиопатогенетические взаимосвязи // Заместитель главного врача. – 2008. – № 3. – С. 31–47.
- 9 Alexander F. Psychosomatic medicine. Its principles and applications. New York: Norton, 1950.
- 10 Arun S Rajan, Psychosocial Aspects in Diabetes Education and Management, *Medscape Multispecialty*, June 2011, <http://www.medscape.org/viewarticle/419042>
- 11 Hood KK, Naranjo D, Barnard K. Measuring depression in children and young people. In: Lloyd CE, Pouwer F, Hermanns N, editors. *Screening for Depression and Other Psychological Problems in Diabetes: A Practical Guide*. New York: Springer Press; 2012: 119-38.
- 12 Guthrie Diana W., Bartsocas Christos, Jarosz-Chabot Przemyslaw, Konstantinova Maia. Psychosocial Issues for Children and Adolescents With Diabetes: Overview and Recommendations, *Diabetes Spectrum* January 2003 vol. 16 no. 17-12.
- 13 Deakin TA, et al. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD003417.

- 14 Northam EA, Matthews LK, Anderson PJ, Cameron FJ, Werther GA: Psychiatric morbidity and health outcome in type 1 diabetes: perspectives from a prospective longitudinal study. *Diabet Med* 22: 152–157, 2005.
- 15 Grey M, Cameron M, Lipman TH, Thurber FW: Psychosocial status of children with diabetes in the first 2 years after diagnosis. *Diabetes Care* 18:1330–1336, 1995.
- 16 Kovacs M, Feinberg TL, Paulauskas S, Finkelstein R, Pollock M, Crouse-Novak M: Initial coping responses and psychosocial characteristics of children with insulin-dependent diabetes mellitus. *J Pediatr* 106:827–834.
- 17 Northam E, Anderson P, Adler R, Werther G, Warne G: Psychosocial and family functioning in children with insulin-dependent diabetes at diagnosis and one year later. *J Paediatr Psychol* 21:699–717, 1996.
- 18 Miller S: Hearing from children who have diabetes. *J Child Health Care* 3:5–12, 1999.
- 19 Rovet JF, Ehrlich RM, Czuchta D, Akler M: Psychoeducational characteristics of children and adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus. *J Learning Disabil* 26:7–22, 1993.
- 20 Grey M, Whittemore R, Tamborlane W. Depression in type 1 diabetes in children: natural history and correlates. *J Psychosom Res* 2002; 53: 907–11.
- 21 Miller S: Hearing from children who have diabetes. *J Child Health Care* 3:5–12, 1999.
- 22 WHO. The second decade: improving adolescent health and development. Geneva: World Health Organization, 2001: 1–20.
- 23 Bryden KS, Dunger DB, Mayou RA, Peveler RC, Neil HA (2003) Poor Prognosis of Young Adults With Type 1 Diabetes. *Diabetes Care* (Apr), 26(4).
- 24 Grey M, Whittemore R, Tamborlane W. Depression in type 1 diabetes in children: natural history and correlates. *J Psychosom Res* 2002; 53: 907–11.
- 25 Hood KK, Huestis S, Maher A, et al. Depressive symptoms in children and adolescents with type 1 diabetes: association with diabetes-specific characteristics. *Diabetes Care* 2006; 29: 1389–91.
- 26 Lewinsohn PM, Clarke GN, Seeley JR, et al. Major depression in community adolescents: age at onset, episode duration, and time to recurrence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33: 809–18.
- 27 Egede L.E. Diabetes, major depression, and functional disability among US adults *Diabetes Care* 27 2004 421 428.
- 28 Рачко Т.А. Клинико-психологические особенности больных сахарным диабетом. Автореферат диссертации 14.00.05, Красноярск, 2007.

- 29 Delamater AM (2009) Psychological care of children and adolescents with diabetes. *Pediatric Diabetes* 10: 175-184.
- 30 Wysocki T, Harris MA, Buckloh LM, et al. (2007) Randomized trial of behavioral family systems therapy for diabetes. *Diabetes care* 30: 555-560.
- 31 Northam EA, Matthews LK, Anderson PJ, Cameron FJ, Werther GA: Psychiatric morbidity and health outcome in type 1 diabetes: perspectives from a prospective longitudinal study. *Diabet Med* 22: 152.
- 32 Goldston DB, Kelley AE, Reboussin DM, Daniel SS, Smith JA, Schwartz RP, Lorentz W, Hill C: Suicidal ideation and behaviour and noncompliance with the medical regimen among diabetic adolescents. *J Am Acad Child Adol Psychiatry* 36: 528–1536, 1997.
- 33 Merikangas KR, He JP, Burstein M, et al. Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication—Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010; 49: 980-9.
- 34 Hood KK, Huestis S, Maher A, et al. Depressive symptoms in children and adolescents with type 1 diabetes: association with diabetes-specific characteristics. *Diabetes Care* 2006; 29: 1389-91.
- 35 Horn CA, Peterson AM: Insulin dependent diabetes mellitus and eating disorders: a literature review. *Diabetes Educ* 28:45–49, 1997.
- 36 McGrady ME, Laffel L, Drotar D, et al. Depressive symptoms and glycemic control in adolescents with type 1 diabetes: mediational role of blood glucose monitoring. *Diabetes Care* 2009; 32: 804-6.
- 37 Herzer M, Hood KK. Anxiety symptoms in adolescents with type 1 diabetes: association with blood glucose monitoring and glycemic control. *J Pediatr Psychol* 2010; 35: 415-25.
- 38 W. Eaton H. Shao G. Nestadt Population-based study of first onset and chronicity in major depressive disorder *Arch Gen Psychiatry* 65:2008 513 520.
- 39 Carvalhais M. S, .Lima-Costa S. Peixoto The influence of socio-economic conditions on the prevalence of depressive symptoms and its covariates in an elderly population with slight income differences; the Bambui Health and Aging Study *Int J Soc Psychiatry* 54 2008 447-456.
- 40 Kovacs M, Feinberg TL, Paulauskas S, Finkelstein R, Pollock M, Crouse-Novak M: Initial coping responses and psychosocial characteristics of children with insulin-dependent diabetes mellitus. *J Pediatr* 106:827–834, 1985.
- 41 Northam E, Anderson P, Adler R, et al. Psychosocial and family functioning in children with insulin-dependent diabetes at diagnosis and one year later. *J Pediatr Psychol* 1996; 21: 699-717.

- 42 Kovacs M, Goldston D, Obrosky DS, Bonar LK: Psychiatric disorders in youths with IDDM: rates and risk factors. *Diabetes Care* 20:36–44, 1997.
- 43 Northam EA, Matthews LK, Anderson PJ, Cameron FJ, Werther GA: Psychiatric morbidity and health outcome in type 1 diabetes: perspectives from a prospective longitudinal study. *Diabet Med* 22: 152.
- 44 Kovacs M, Ho V, Pollock MH: Criterion and predictive validity of the diagnosis of adjustment disorder: a prospectivestudy of youths with new-onset insulindependent diabetes mellitus. *Am J Psychiatry* 152:523–528, 1995.
- 45 Daviss WB, Coon H, Whitehead P, RyanK, McMahan W: Predicting diabetic control from competence, adherence,adjustment, and psychopathology. *J AmAcad Child Adolesc Psychiatry* 34:1629–1636, 1995.
- 46 Kokkonen J, Lautala P, Salmela P. The state of young adults with juvenile onset diabetes. *Int J Circumpolar Health* 1997; 56: 76-85.
- 47 McGrady ME, Laffel L, Drotar D, et al. Depressive symptoms and glycemic control in adolescents with type 1 diabetes: mediational role of blood glucose monitoring. *Diabetes Care* 2009; 32: 804-6.
- 48 De Groot M, Anderson R, Freedland DE, Clouse RE, Lustman PJ: Association of depression and diabetes complications: a meta-analysis. *Psychosom Med* 63:619–620, 2001.
- 49 Black S, Markides K, Ray L: Depression predicts increased incidence of adverse health outcomes in older Mexican Americans with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 26:2822–2888, 2003.
- 50 Von Korff M, Katon W, Lin EHB, Simon G, Ciechanowski P, Ludman E, Oliver M, Rutter C, Young B: Work disability among individuals with diabetes. *Diabetes Care* 28:1326–1332, 2005.
- 51 DiMatteo RM, Lepper HS, Croghan TW: Depression is a risk factor for non-compliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med* 160:2101–2107, 2000.
- 52 Gonzalez J S. Depression and Diabetes Treatment Nonadherence: A Meta-Analysis *Diabetes Care* 31:2398–2403, 2008.
- 53 Wysocki T, Iannotti R, Weissberg-Benchell J, et al. Diabetes problem solving by youths with type 1 diabetes and their caregivers: measurement, validation, and longitudinal associations with glycemic control. *J Pediatr Psychol* 2008; 33: 875-84.
- 54 Дедов И.И., Кураева Т.Л., Петеркова В.А., Щербачева Л.Н. Сахарный диабет у детей и подростков. – М., 2002.
- 55 Андрианова Е.А., Щербачева Л.Н. Случай индуцированных гипогликемий / Сахарный диабет. – 2000, № 2. – С. 43–45.

- 56 Anderson BJ, Miller JP, Auslander W, Santiago J: Family characteristics of diabetic adolescents: relations to metabolic control. *Diabetes Care* 4:586–594, 1981.
- 57 Standen PJ, Hinde FR, Lee PJ: Family involvement and metabolic control of childhood diabetes. *Diabet Med* 2:137–140, 1985.
- 58 Judith M., Kathryn Murphy, Managing Psychosocial Issues In a Family With Diabetes. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*. February 2011, Volume 36 Number 1, Pages 49–55.
- 59 Holmes CS, Yu Z, Frentz J: Chronic and discrete stress as predictors of children's adjustment. *J Consult Clin Psychol* 67:411–419, 1999.
- 60 Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 50: A Guideline Developers' Handbook. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2001.
- 61 Thernlund GM, Dahlquist G, Hansson K, Ivarsson SA, Ludvigsson J, Sjoblad S, Ha'gglof B: Psychological stress and the onset of IDDM in children. *Diabetes Care* 18:1323–1329, 1995.
- 62 Hagglof B, Blom L, Dahlquist G, Lonnberg G, Sahlin B: The Swedish childhood diabetes study: indications of severe psychological stress as a risk factor for type 1 (insulin-dependent) diabetes mellitus in childhood. *Diabetologia* 34:579–583, 1991.
- 63 Sepa A, Wahlberg J, Vaarala O, Frodi A, Ludvigsson J: Psychological stress may induce diabetes-related autoimmunity in children. *Diabetes Care* 28:290–295, 2005.
- 64 Goldston DB, Kelley AE, Reboussin DM, Daniel SS, Smith JA, Schwartz RP, Lorentz W, Hill C: Suicidal ideation and behaviour and noncompliance with the medical regimen among diabetic adolescents. *J Am Acad Child Adol Psychiatry* 36: 1528–1536, 1997.
- 65 Bowlby J: The nature of the child's tie to his mother. *Int J Psychoanal* 39:350–373, 1958.
- 66 Essex MJ, Klein MH, Cho E, Kalin NH: Maternal stress beginning in infancy may sensitize children to later stress exposure: effects on cortisol and behavior. *Biol Psychiatry* 52:776–784, 2002.
- 67 Hassan K, Loar R, Anderson BJ, Heptulla RA: The role of socioeconomic status, depression, quality of life, and glycemic control in type 1 diabetes mellitus. *J Pediatr* 149:526–531, 2006.
- 68 Liss DS, Waller DA, Kenard BD, McIntire D, Capra P, Stepherns J: Psychiatric illness and family support in children and adolescents with diabetic ketoacidosis: a controlled study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37:536–544, 1998.

- 69 Anderson BJ, Brackett J, Ho J, Laffel L: An office-based intervention to maintain parent-adolescent teamwork in diabetes management: impact on parent involvement, family conflict, and subsequent glycemic control. *Diabetes Care* 22:713–721, 1999.
- 70 Liakopoulou M, Alifieraki T, Katideniou A, Peppas M, Maniati M, Tzikas D, Hibbs ED, Dacou-Voutetakis C: Maternal expressed emotion and metabolic control of children and adolescents with diabetes mellitus. *Psychother Psychosom* 70:78–85, 2001.
- 71 Hood KK, Butler DA, Volkening LK, Anderson BJ, Laffel LM: The Blood Glucose Monitoring Communication questionnaire: an instrument to measure affect specific to blood glucose monitoring. *Diabetes Care* 27:2610–2615, 2004.
- 72 Viner R, McGrath M, Trudinger P: Family stress and metabolic control in diabetes. *Arch Dis Child* 74:418–421, 1996.
- 73 Miller-Johnson S, Emery RE, Marvin RS, Clarke W, Lovinger R, Martin M: Parent-child relationships and the management of insulin-dependent diabetes mellitus. *J Consult*.
- 74 Overstreet S, Goins J, Chen RS, Holmes CS, Greer T, Dunlap WP, Frenz J: Family environment and the interrelation of family structure, child behavior, and metabolic control for children with diabetes. *J Pediatr Psychol* 20:435–447, 1995.
- 75 Bearman KJ, La Greca AM. Assessing friend support of adolescents' diabetes care: the diabetes social support questionnaire-friends version. *Journal of Pediatric Psychology* 2002;27:417–28.
- 76 Grey M, Boland EA, Davidson M, Yu C, Sullivan-Bolyai S, Tamborlane WV. Short-term effects of coping skills training as adjunct to intensive therapy in adolescents. *Diabetes Care* 1998;21:902–8.
- 77 Boland EA, Grey M, Davison M, Yu C, Tamborlane WV. Coping skills training for youths with diabetes on intensive therapy. *Applied Nursing Research* 1999;12:3–12.
- 78 Grey M, Boland EA, Davidson M, Li J, Tamborlane WV. Coping skills training for youth with diabetes mellitus has long-lasting effects on metabolic control and quality of life. *Journal of Pediatrics* 2000;137:107–13.
- 79 Carr J: The dying process: a refinement of Kubler-Ross 5 stage theory. *Am J Hosp Care* 3:34–38, 1986.
- 80 Landolt MA, Vollrath M, Laimbacher J, Gnehm HE, Sennhauser FH: Prospective study of posttraumatic stress disorder in parents of children with newly diagnosed type 1 diabetes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 44:682–689, 2005.
- 81 Datta J, Olle H. Adolescent Consultation Day for the NICE Guideline on Type 1 Diabetes: Report Commissioned by the National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. London: National Children's Bureau; 2002.

- 82 Ермакова (Колодич) Е.Н. Психологическое консультирование родителей и детей с хроническими заболеваниями / Психотерапия и клиническая психология. – 2005. – № 1 (12). – С. 30–34.
- 83 National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Type 1 diabetes: diagnosis and management of type 1 diabetes in children and young people. 2004.
- 84 Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 50: A Guideline Developers' Handbook. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2001.
- 85 Кискер К.П., Фрайбергер Г., Розе Г.К., Вульф Э. Психиатрия, психосоматика, психотерапия. – М.: «Алетейя», 1999 // пер. с нем.
- 86 Guthrie DW, Sargent L, Speelman D, Parks L: Effects of parental relaxation training on glycosylated hemoglobin of children with diabetes. *Patient Educ Couns* 16:247–253, 1990.
- 87 Wysocki T, Greco P, Bubb J, White NH. Behavior therapy for families of adolescents with diabetes: maintenance of treatment effects. *Diabetes Care* 2001;24:441–6.
- 88 Wysocki T, Harris MA, Greco P, Bubb JA, Harvey LM, Taylor A. Randomized, controlled trial of behavior therapy for families of adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus. *Journal of Pediatric Psychology* 2000;25:23–33.
- 89 Desai RA, Stefanovics EA, Rosenheck RA: The role of psychiatric diagnosis in satisfaction with primary care: data from the department of veterans affairs. *Med Care* 43:1208–1216, 2005.
- 90 Hamilton W, Round A, Sharp D: Patient, hospital, and general practitioner characteristics associated with non-attendance: a cohort study. *Br J Gen Pract* 52:317–319, 2002.
- 91 Pesata V, Pallija G, Webb AA: A descriptive study of missed appointments: families' perceptions of barriers to care. *J Pediatr Health Care* 13:178–182, 1999.
- 92 Свистунова Е.В., Мильке Е.А., Ворошилова Е.С. У вашего ребенка сахарный диабет: психологические аспекты проблемы, Пособие для родителей. – М., 2012. – 27 с.
- 93 Holmes, Clarissa S.; Yu, Zhinuan; Frentz, Johnette., Chronic and discrete stress as predictors of children's adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 67(3), Jun 1999, 411-419.
- 94 Guthrie DW, Sargent L, Speelman D, Parks L: Effects of parental relaxation training on glycosylated hemoglobin of children with diabetes. *Patient Educ Couns* 16:247–253, 1990.
- 95 Гройсман А.Л. Медицинская психология. – М.: Изд-во «Магистр», 1998.

- 96 Сидоров П.И., Парняков А.В. Введение в клиническую психологию. – М.: «Академпроект», Екатеринбург: «Деловая книга», 2000, в 2 т., том 2. – 380 с.
- 97 Holmes CS, Yu Z, Frenz J: Chronic and discrete stress as predictors of children's adjustment. *J Consult Clin Psychol*67:411–419, 1999.
- 98 Дедов И.И., Фадеев В.В. Введение в диабетологию (руководство для врачей). – М.: Берер, 1998. – 200 с.
- 99 Leichter Steven B., Dreelin Elizabeth, Moore Susan Integration of clinical psychology in the comprehensive diabetes care team, *Clinical Diabetes* July 2004 vol. 22 no. 3 129-13.
- 100 Lustman PJ, Clouse RE, Alrakawi A, Rubin EH, Gelenberg AJ: Treatment of major depression in adults with diabetes: a primary care perspective. *Clinical Diabetes* 16:122-26, 1997.
- 101 Delamater A. Working with children who have type 1 diabetes. In: Anderson BJ, Rubin R, editors. *Practical Psychology for Diabetes Clinicians*. 2nd edn. Virginia: American Diabetes Association; 2002. pp. 127–37.
- 102 Liss DS, Waller DA, Kennard BD, McIntire D, Capra P, Stephens J: Psychiatric illness and family support in children and adolescents with diabetic ketoacidosis: a controlled study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr*37 : 536-544,1998.
- 103 Rose M, Fliege H, Hildebrandt M, Schirop T, Klapp BF: The network of psychological variables in patients with diabetes and their importance for quality of life and metabolic control. *Diabetes Care* 25:35-42, 2002.
- 104 Guthrie DW, Sargent L, Speelman D, Parks L: Effects of parental relaxation training on glycosylated hemoglobin of children with diabetes. *Patient Educ Couns*16:247–253, 1990.
- 105 Holmes CS, Yu Z, Frenz J: Chronic and discrete stress as predictors of children's adjustment. *J Consult Clin Psychol*67:411–419, 1999.
- 106 ISPAD. Consensus Guidelines for the Management of Type 1 Diabetes Mellitus in Children and Adolescents. 2000. <http://www.diabetesguidelines.com/health/dkw/pro/guidelines/ispad/ispad/asp>
- 107 Silverstein J, Klingensmith G, Copeland K, Plotnick L, Kaufman F, Laffel L, Deeb L, Grey M, Anderson B, Holzmeister La, & Clark N. Care of children and adolescents with type 1 diabetes: A statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care* 2005; 28: 186–212.
- 108 Delamater Am, Bubb J, Davis S, Smith J, Schmidt L, White N, & Santiago Jv. Randomized, Prospective study of selfmanagement training with newly diagnosed diabetic children. *Diabetes care* 1990; 13: 492–498.
- 109 Hesketh K, Wake M., Cameron F. Early detection of emotional and behavioural problems in children with diabetes: the validity of the CHQ as a screening instrument. *Diabet Med* 20:646–650, 2003.

- 110 Кайль В. Разъяснение теории клиент-центрированной психотерапии // Стенограмма лекции, прочитанной на Третьем Всемирном конгрессе психотерапевтов. Вена. 2002. Электронный ресурс: <http://carl-rogers.ru/articles/104-clarification-of-theory-of-client-centered-psychotherapy.html>
- 111 Приказ Минобрнауки России от 07.08.2014 № 946 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по направлению подготовки 37.03.01 Психология (уровень бакалавриата)» (зарегистрировано в Минюсте России 15.10.2014 № 34320).
- 112 Алешина Ю.Е. Индивидуальное семейное психологическое консультирование. – М.: Независимая фирма «Класс», 2000.
- 113 Вачков И.В., Гриншпун И.Б., Пряжников Н.С. Введение в профессию психолог. – М.: Издательство Московского психолого-социального института, 2007. – 464 с.
- 114 Aaron David William. Therapists' Experiences of Therapeutic Mistakes. Submitted in accordance with the requirements for the degree of Doctor of Clinical Psychology (D. Clin. Psychol.) The University of Leeds Academic Unit of Psychiatry and Behavioural Sciences School of Medicine August 2012.
- 115 Нельсон-Джоунс. Теория и практика консультирования. – СПб.: Питер, 2002.
- 116 Коттлер Дж. Совершенный психотерапевт: работа с трудными клиентами. – СПб.: Питер, 2002.
- 117 Семенова Н.С. Этические основы психотерапии // Московский психотерапевтический журнал. – 1997, № 2.
- 118 Меновщиков В.Ю. Введение в психологическое консультирование. – М.: Смысл, 1998.
- 119 Gabbard, Glen O. Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice (5th Edition), 2014.
- 120 Габбард Г., Лестер Э. Психоаналитические границы и их нарушения / Пер. с англ. – М.: Независимая фирма «Класс», 2014. – 272 с.
- 121 Estelle Disch, Ph.D. In There Something Wrong or Questionable in Your Treatment? Boston Associates to Stop Treatment Abuse. 1992.
- 122 Rickey L. George, Counseling: theory and practice, Therese Stridde Cristiani Prentice Hall, 1990.
- 123 Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct Adopted August 21, 2002 Effective June 1, 2003 With the 2010 Amendments Adopted February 20, 2010 Effective June 1, 2010.
- 124 Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. – М., Академический проект, 1999.

- 125 Corey G. Theory and practice of counseling and psychotherapy. 4-th ed. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publ. Co, 1991.
- 126 Anderson BJ, Rubin RR (Eds.): Practical Psychology for Diabetes Clinicians: How to Deal With Key Behavioral Issues Faced by Patients & Health Care Teams. Amer Diabetes Assn. - 1996.
- 127 Габбард Г., Лестер Э. Психоаналитические границы и их нарушения / Пер. с англ. – М.: Независимая фирма «Класс», 2014. – 272 с.
- 128 Bugental J. F. T. The art of the psychotherapist. N. Y.: W. W. Norton & Comp., Inc., 1987.
- 129 Dass R., Gorman P. How can I help? N. Y.: Alfred A. Knopf, 1991.
- 130 Клиническая психология: учебник / Под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2002. – 960 с.
- 131 Corey G. Theory and practice of counseling and psychotherapy. 4-th ed. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publ. Co, 1991.
- 132 Тобиас Л. Психологическое консультирование и менеджмент: Взгляд клинициста / Пер. с англ. А.И. Сотова. – М.: Независимая фирма «Класс», 2003.
- 133 Майленова Ф. Выбор и ответственность в психологическом консультировании. – М.: «КСП+», 2002.
- 134 Гулина М.А. Терапевтическая и консультативная психология. – СПб.: Речь, 2001.
- 135 Kottler J. A., Blau D. S. The imperfect therapist: Learning from failure in therapeutic practice. San Francisco/ Oxford: Jossey-Bass Publ., 1990.
- 136 Kottler J. A. The complete therapist. San Francisco/ Ox-ford: Jossey-Bass Publ., 1991.

Рекомендуемая для чтения литература

1. Алешина Ю.Е. Индивидуальное семейное психологическое консультирование. – М.: Независимая фирма «Класс», 2000.
2. Андрианова Е.А., Щербачева Л.Н. Случай индуцированных гипогликемий // Сахарный диабет. – 2000, № 2. – С. 43–45.
3. Братусь Б.С. К изучению смысловой сферы личности // Вестник Моск. университета. Сер.14. Психология. – 1981, № 2. – С.46–56.
4. Вачков И.В., Гриншпун И.Б., Пряжников Н.С. Введение в профессию «психолог». – М.: Издательство Московского психолого-социального института, 2007. – 464 с.
5. Вечканов В.А. Особенности нервно-психических расстройств у детей и подростков, больных сахарным диабетом: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 1973.
6. Вогралик В.Г. Клинические лекции по внутренним болезням. – Горький, 1965.
7. Выборных Д.Е. Психические нарушения при сахарном диабете // Медицинская помощь. – 1994, № 5. – С. 35–37.
8. Габбард Г., Лестер Э. Психоаналитические границы и их нарушения / Пер. с англ. – М.: Независимая фирма «Класс», 2014. – 272 с.
9. Гармаш И.П., Ойфе В.А. Психосоматические аспекты сахарного диабета у детей школьного возраста // Проблемы эндокринологии. – 1992, № 4. – С. 48.
10. Герцик Л.Г. Социально-психологические аспекты сахарного диабета (к проблеме психологической коррекции) // Вопросы теоретической и клинической эндокринологии: Сб. науч. трудов Моск. НИИ психиатрии. – М., 1989. – С. 52–58.
11. Гройсман А.Л. Медицинская психология. – М.: Изд-во «Магистр», 1998.
12. Гулина М.А. Терапевтическая и консультативная психология. – СПб.: Речь, 2001.

13. Дедов И.И., Сунцов Ю.И., Кудрякова С.В. Эпидемиология сахарного диабета. Сахарный диабет: руководство для врачей. – М.: Универсум Паблишинг, 2003. – С. 75–93.
14. Дедов И.И., Кураева Т.Л., Петеркова В.А., Щербачева Л.Н. Сахарный диабет у детей и подростков. – М., 2002.
15. Дедов И.И., Фадеев В.В. Введение в диабетологию (руководство для врачей). – М.: Берег, 1998. – 200 с.
16. Дмитриева Т.Б. Целевые программы развития психиатрии // Медицинская кафедра. – 2003, № 4. – С. 4–11.
17. Дробижев М.Ю. Распространенность психических расстройств в общемедицинской сети и потребность в психофармакотерапии // Психиатрия и психофармакотерпия. – 2002, № 5. – С. 175–180.
18. Елфимова Е.В., Елфимов М.А. Сахарный диабет и психика: этиопатогенетические взаимосвязи // Заместитель главного врача. – 2008, № 3. – С. 31–47.
19. Ермакова (Колодич) Е.Н. Психологическое консультирование родителей и детей с хроническими заболеваниями / Психотерапия и клиническая психология. – 2005, № 1 (12). – С. 30–34.
20. Кайль В. Разъяснение теории клиент-центрированной психотерапии // Стенограмма лекции, прочитанной на Третьем Всемирном конгрессе психотерапевтов. Вена, 2002. Электронный ресурс: <http://carl-rogers.ru/articles/104-clarification-of-theory-of-client-centered-psychotherapy.html>
21. Кискер К.П., Фрайбергер Г., Розе Г.К., Вульф Э. Психиатрия, психосоматика, психотерапия. – М.: «Алетейя», 1999 // пер. с нем.
22. Клиническая психология: учебник / Под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2002. – 960 с.
23. Коркина М.В., Елфимова Е.В., Мариллов В.В. Пограничные психические нарушения при сахарном диабете // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1997. – т. 97, № 2. – С. 15–18.
24. Коттлер Дж. Совершенный психотерапевт: работа с трудными клиентами. – СПб.: Питер, 2002.

25. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. – М.: Академический проект, 1999.
26. Лайнгер М.А. Нервно-психические нарушения при сахарном диабете: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 1983.
27. Майленова Ф. Выбор и ответственность в психологическом консультировании. – М.: «КСП+», 2002.
28. Меновщиков В.Ю. Введение в психологическое консультирование. – М.: Смысл, 1998.
29. Нельсон-Джоунс. Теория и практика консультирования. – СПб.: Питер, 2002.
30. Никифорова Г.С. Психология здоровья. – СПб.: Изд-во СПбГУ, 2000. – 496 с.
31. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. – М.: Изд-во МГУ, 1987. – 167 с.
32. Ольсен Б.С., Мортенсен Х., Повлсен Л., Дюрлов К. Управление диабетом детей и подростков (руководство для обучающихся управлению диабетом) – Глоструп, Дания, 1999. – 160 с.
33. Психология здоровья. / Ред. Г.С. Никифоров. – СПб.: Изд-во СПбГУ, 2000. – С. 240–284.
34. Рачко Т.А. Клинико-психологические особенности больных сахарным диабетом. Автореферат диссертации 14.00.05, Красноярск, 2007.
35. Самойлова Ю.Р., Кравец Е.Б. Психосоматический статус детей с инсулинозависимым сахарным диабетом, пути его коррекции // Паллиативная медицина и реабилитация. –2000, ЖЗ. – С. 28–33
36. Свистунова Е.В., Мильке Е.А., Ворошилова Е.С. У вашего ребенка сахарный диабет: психологические аспекты проблемы: пособие для родителей. – М., 2012. – 27 с.
37. Семенова Н.С. Этические основы психотерапии // Московский психотерапевтический журнал. – 1997, № 2.

38. Сидоров П.И., Парняков А.В. Введение в клиническую психологию. – М.: «Академпроект», Екатеринбург: «Деловая книга», 2000. В 2 т., том 2. – 380 с.
39. Тобиас Л. Психологическое консультирование и менеджмент: Взгляд клинициста /Пер. с англ. А.И. Сотова. – М.: Независимая фирма «Класс», 2003.
40. Целибеев Б.А. Психические нарушения при эндокринных заболеваниях. – М.: Медицина, 1972.
41. Чирясова А.Н. Актуальность психологической помощи больным сахарным диабетом. Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2012. Том 2. № 2.
42. Щукина Е.Г., Бибикина Е.А. Некоторые психологические особенности детей и подростков с сахарным диабетом // Экология человека. – 2002, № 3. – С. 41.