

Дети с сахарным диабетом и социальный мир: проблемы и возможности (социальная оздоровительно-образовательная программа «Диабет. Танцы. Дети»)

О.Г. Мотовилин^{1✉}, <https://orcid.org/0000-0001-6950-8898>, motovil@yandex.ru

Е.Н. Саверская², <https://orcid.org/0000-0003-2954-8996>, lsaverskaya@mail.ru

Р.Р. Хаиров³, khairov1981@yandex.ru

¹ Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии; 117036, Россия, Москва, ул. Дмитрия Ульянова, д. 11

² Медицинский институт непрерывного образования Московского государственного университета пищевых производств; 125080, Россия, Москва, Волоколамское шоссе, д. 11

³ Центр творческого развития «Вера в себя»; 121069, Россия, Москва, ул. Большая Никитская, д. 43

Резюме

Сахарный диабет у детей оказывает влияние на социальный мир ребенка, изменяя его окружение и собственную роль. Комплексный подход к лечению сахарного диабета в детском возрасте предполагает учет особенностей растущего организма, анализ социально-психологических факторов и индивидуальных личностных особенностей. В статье проанализированы значимые социальные сферы, в которых выстраиваются взаимоотношения ребенка: семья, внесемейное окружение (сверстники и другие дети, воспитатели, учителя, врачи). Особое внимание уделено негативному влиянию интернета, социальных сетей на формирование мнений и отношений ребенка с диабетом и его семьи к врачам и лечению. Одной из задач терапии сахарного диабета является создание социальной ситуации, которая будет способствовать формированию в ребенке личностных качеств, необходимых для управления заболеванием и сохранения психологического благополучия. Инструментами реализации этого направления являются как традиционные школы диабета, так и перспективные типы программ с созданием групп детей, вовлеченных в активную совместную деятельность: художественную, спортивную, танцевальную, интеллектуальную и т.д. В качестве примера инновационного подхода к обучению, адаптации и инклюзии детей с сахарным диабетом в социум приводится социальная оздоровительно-образовательная программа «Диабет. Танцы. Дети», которая реализуется с 2020 г. в Москве. В программе принимают участие 15 детей с сахарным диабетом (5–15 лет), стаж диабета от 2 мес. до 10 лет. Особенности программы состоят в адаптации танцевальных нагрузок под показатели гликемии детей в динамике; участии в программе детей, их семейного окружения и друзей; сопровождении врачей-эндокринологов и клинических психологов; проведении семинаров для детей и родителей в рамках образовательного марафона; участии детей в танцевальных конкурсах и фестивалях, видеосъемках и различных творческих мероприятиях.

Ключевые слова: сахарный диабет, дети, социальная адаптация, танцы, школа диабета

Для цитирования: Мотовилин О.Г., Саверская Е.Н., Хаиров Р.Р. Дети с сахарным диабетом и социальный мир: проблемы и возможности (социальная оздоровительно-образовательная программа «Диабет. Танцы. Дети»). *Медицинский совет.* 2022;16(12):71–84. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-12-71-84>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Children with diabetes and the social world: problems and opportunities (social health and educational program “Diabetes. Dances. Children”)

Oleg G. Motovilin^{1✉}, <https://orcid.org/0000-0001-6950-8898>, motovil@yandex.ru

Elena N. Saverskaya², <https://orcid.org/0000-0003-2954-8996>, lsaverskaya@mail.ru

Ruslan R. Khairov³, khairov1981@yandex.ru

¹ National Medical Research Center for Endocrinology; 11, Dmitry Ulyanov St., Moscow, 117036, Russia

² Medical Institute of Continuing Education, Moscow State University of Food Production; 11, Volokolamskoe Shosse, Moscow, 125080, Russia

³ Center for Creative Development "Faith in yourself"; 4, Bolshaya Nikitskaya St., Moscow, 121069, Russia

Abstract

Diabetes mellitus (DM) in children has an impact on the social world of the child, changing his environment and his own role. A comprehensive approach to the treatment of diabetes in childhood involves taking into account the characteristics of a growing organism, analyzing socio-psychological factors and individual personality traits. The article analyzes the significant social

spheres in which a child's relationships are built: family, non-family environment (peers and other children, educators, teachers, doctors). Special attention is paid to the negative impact of the Internet and social networks on the formation of opinions and attitudes of a child with diabetes and his parents to doctors and treatment. One of the tasks of DM therapy is to create a social situation that will contribute to the formation of personal qualities in a child that are necessary for managing the disease and maintaining psychological well-being. The tools for implementing this direction are both traditional diabetes schools and promising types of programs with the creation of groups of children involved in active joint activities: artistic, sports, dance, intellectual, etc. As an example of an innovative approach to teaching, adaptation and inclusion of children with diabetes in society, the social health and educational program "Diabetes. Dances. Children", which has been implemented since 2020 in Moscow. The program is attended by 15 children and adolescents with diabetes (5–15 years), diabetes experience from 2 months to 10 years. The features of the program consist in the adaptation of dance and physical activities to the glycemic indices of children in dynamics; participation in the program of children, their family environment and friends; accompanying endocrinologists and clinical psychologists; conducting seminars for children and parents as part of an educational marathon; participation of children in dance competitions and festivals, video filming and various creative events.

Keywords: diabetes mellitus, children, social adaptation, dancing, diabetes school

For citation: Motovilin O.G., Saverskaya Y.N., Khairov R.R. Children with diabetes and the social world: problems and opportunities (social health and educational program "Diabetes. Dances. Children"). *Meditsinskiy Sovet*. 2022;16(12):71–84. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-12-71-84>.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Сахарный диабет (СД), как и многие другие хронические заболевания, создает особую социальную ситуацию развития ребенка, влияет на самые разные стороны его жизни. По выражению советского психолога Л.С. Выготского, дефект реализуется как социальный вывих [1]. Для врача на первое место, несомненно, выходят нарушения функционирования организма, именно им и посвящена работа медицинских специалистов. В то же время для самого ребенка, особенно в младшем возрасте, непосредственная симптоматика заболевания субъективно не всегда занимает ведущее место в его внутренней картине болезни (ВКБ)¹. На него попадают, прежде всего, многочисленные ограничения, а также субъективно неприятные лечебные действия, которые из СД проистекают [2]. Это могут быть ограничения питания, физической активности, учебной деятельности, общения со сверстниками и многие другие, с которыми сталкивается ребенок, заболевший СД, инъекции инсулина и измерения гликемии и т. д. [3]. Интересно, что ВКБ в детском возрасте, по мнению некоторых исследователей, не зависит от реальной тяжести заболевания [4].

Особенностью жизни человека является то, что он существует в социуме, постоянно взаимодействует с широким кругом людей. Без адекватного социального взаимодействия дети не имеют возможности развиваться как полноценные представители человеческого рода, о чем свидетельствуют многочисленные примеры детей-маугли, которые не освоили речь, привычные всем нам навыки самообслуживания, взаимодействия с другими людьми и т. д. И даже после попадания в социальный мир большинство из них не смогли в полной мере адаптироваться к нему, демонстрируя многие признаки поведения, характерного для животных [5].

Социальный мир, окружающий ребенка с СД, оказывает прямое влияние на его психическое развитие и субъектив-

ное благополучие. Более того, от особенностей социальных связей, в которые погружен ребенок, зависит и такой важный с медицинской точки зрения аспект, как приверженность лечению, а значит, и его эффективность [6, 7].

Комплексный индивидуализированный подход к лечению СД в детском возрасте предполагает не только учет особенностей организма, но и максимально полный анализ социально-психологических факторов, индивидуальных личностных качеств ребенка. Понимание специфики его развития в осложненных СД условиях полезно не только для психологов, педагогов, родителей, но и врачей, поскольку позволяет им легче прогнозировать поведение, искать релевантные подходы, грамотно работать с родителями.

СОЦИАЛЬНЫЙ МИР РЕБЕНКА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

В рамках одной статьи невозможно охватить все социальные контексты, в которые включен ребенок. Поэтому мы решили остановиться на некоторых из них, которые можно считать наиболее значимыми. СД хотя и создает особые условия жизни и развития ребенка, но структуру его социальных контактов меняет в малой степени. Они остаются в целом такими же, как и у других детей.

Можно выделить несколько основных сфер, в которых выстраиваются взаимоотношения ребенка с окружающим социальным миром. Так, первой из них является семья, прежде всего родители, которые в течение всего детства остаются главными действующими лицами в жизни ребенка. По мере развития ребенок все чаще погружается во вторую сферу – общение со сверстниками и другими детьми. Особое значение оно приобретает в школьном и подростковом возрастах. Параллельно с этим происходит погружение в коммуникацию с другими взрослыми людьми: воспитателями и учителями, соседями и т. д. Спецификой жизни ребенка с СД является то, что он по сравнению со здоровыми сверстниками чаще

¹ Внутренняя картина болезни – субъективный образ болезни, складывающийся у самого больного.

взаимодействует с врачами, которые занимают в его жизни важное место.

Наконец, в современном мире все большее значение приобретает интернет и коммуникация в нем. В отличие от взрослых, большинство из которых, кроме самых молодых, стали приобщаться к нему, уже имея опыт жизни за его пределами, дети с рождения погружаются в него и находятся под его сильным влиянием, тогда как традиционные СМИ для современных детей представляют меньший интерес [8, 9].

Рассмотрим каждую из социальных составляющих и их роль в психологическом благополучии и приверженности лечению детей с СД.

1. РЕБЕНОК И СЕМЬЯ

С точки зрения возрастной психологии нормальное развитие ребенка предполагает постепенное изменение его взаимоотношений и способов взаимодействия с родителями, а также другими членами семьи. На ранних этапах родители, чаще всего мать, при взаимодействии с ребенком находятся в состоянии, которое можно охарактеризовать как психологический симбиоз [10]. Мать обеспечивает младенца всем необходимым, удовлетворяет все его потребности. По мере развития ребенка родители отпускают его, создают условия для самостоятельного удовлетворения своих потребностей. Тем самым симбиоз становится все менее выраженным и у ребенка формируются новые психологические качества и свойства, в т. ч. автономность, самостоятельность [11].

В определенных условиях, например при наличии у родителей некоторых неблагоприятных личностных черт, симбиоз может сохраняться очень долго. В таком случае происходит задержка формирования у ребенка навыков саморегуляции. По этой причине некоторые люди, переходящие из детства во взрослый возраст, оказываются неспособными развить у себя самостоятельность и самоконтроль, нуждаются в поддержке со стороны социального окружения, избегают принятия решений. Выраженность подобных характеристик формально взрослого человека свидетельствует о его инфантильности, личностной незрелости.

Особое значение самостоятельность и автономность имеют для ребенка с СД. Лечение СД – это процесс, требующий самоконтроля, способности управлять собственным поведением. От родителей требуется такое отношение к детям, стиль их воспитания, которые в максимальной степени будут способствовать развитию в ребенке данных качеств, а также его самооффективности² [12]. Однако в реальности ситуация нередко складывается иначе. Страх за жизнь ребенка заставляет родителей избыточно заботиться о нем и опекать его. В условиях СД гиперопека встречается значительно чаще, чем при воспитании детей без хронических заболеваний и даже детей с некоторыми иными хроническими болезнями [13–15]. Страх усугубляется при наличии у родителей

неблагоприятного опыта, например смерти кого-либо из детей, либо определенных личностных особенностей, таких как тревожность. Гиперопека негативно отражается на развитии навыков саморегуляции, управления СД, впрочем, как и слишком ранний отказ родителей от внешнего контроля поведения ребенка [12–14, 16, 17].

Одним из ключевых факторов, которые могут отразиться и на психологическом благополучии, и на эффективности лечения детей СД, является отношение родителей к заболеванию своего ребенка [14, 18, 19]. У взрослых пациентов отношение к собственному заболеванию прямо влияет как на их приверженность лечению, так и на психологическое благополучие. Неблагоприятные варианты отношения (например, восприятие болезни как непреодолимой преграды или игнорирование ее) провоцируют снижение готовности пациентов следовать медицинским рекомендациям, негативно отражаются на эмоциональном состоянии, ухудшают социальную адаптацию и т. д. Напротив, благоприятные варианты отношения (принятие болезни, восприятие ее как вызова или как источника развития) способствуют повышению приверженности и субъективного благополучия [20, 21].

Дети, особенно младшего возраста, имеют меньше возможностей для выработки собственного отношения, поэтому они вынуждены опираться на то, как к их заболеванию относятся родители. При этом большее значение имеет не то, что родители декларируют, а те чувства, которые они испытывают сами, даже если стараются скрыть их от ребенка. Сами того не желая, они выражают свое реальное отношение во множестве поведенческих проявлений, которые весьма точно фиксируются детьми. Родители, которые смогли субъективно переработать факт заболевания своего ребенка, например, выделили позитивные изменения, которые происходят в нем под влиянием заболевания, имеют высокие шансы помочь ему в формировании благоприятного варианта отношения к своей болезни.

На ранних стадиях заболевания, в частности на этапе постановки диагноза, у многих родителей возникает острая реакция, сопоставимая по тяжести с горем. Она включает в себя ощущение беспомощности и безнадежности, отчаяния, краха всех жизненных планов [22–25]. Данное состояние усугубляется личностными характеристиками: склонностью к депрессии, тревожностью, неуверенностью в себе и т. д.

Для других родителей характерен анозогнозический (отрицающий) тип отношения к болезни ребенка [22, 24]. В некоторых случаях речь идет о полном отрицании заболевания. Родители считают диагноз ошибочным, пытаются перепроверить его иными способами либо отрицают саму возможность СД у своего ребенка, например, заявляя о том, что ни у кого из родственников такой болезни нет и не было. Нередко анозогнозия является частичной. Родители полагают, что СД имеет временный характер, активно изучают литературу, которая подтверждает их точку зрения, стараются добиться от врача подтверждения своего мнения. Непринятие информации о пожизненности СД часто заставляет их искать альтернативные методы лечения,

² Самоэффективность – уверенность человека в собственных возможностях управления собой, достижения поставленных целей.

обращаться к целителям, экстрасенсам и т. д.³, что нередко приводит к ухудшению состояния ребенка, лабильности течения болезни, появлению или усугублению осложнений. Особой проблемой является то, что родители скрывают данный факт от лечащего врача как по причине опасения негативной реакции с его стороны, так и по указанию самого «целителя», не заинтересованного в противодействии со стороны медицинских специалистов.

На более поздних этапах отношения к заболеванию претерпевает различные изменения [22–27]. В некоторых случаях у родителей длительное время сохраняется хотя бы частичная анозогнозия в виде избегания вопросов, касающихся СД и его лечения. В других они, напротив, чрезмерно погружаются в болезнь, пытаются контролировать ее малейшие проявления. Практически всегда погружение сопровождается гиперопекой, постоянным контролем за действиями ребенка. Распространенным вариантом отношения становится также преградный, при котором родители испытывают чувство безысходности, полагая, что СД ломает жизнь ребенка, делает его несчастным [28].

Определенные личностные характеристики родителей могут усугублять негативность их отношения к СД. К таковым можно отнести повышенную тревожность, склонность к депрессивным состояниям, неразвитость механизмов психологической саморегуляции, внешний локус контроля⁴ и т. д. [29]. Эти характеристики снижают уверенность человека в своих ресурсах, повышают страх нежелательного развития событий, субъективно утяжеляют влияние СД на их собственную жизнь и жизнь ребенка.

Дети по-своему перерабатывают информацию о заболевании. До подросткового возраста они еще не имеют сформированной жизненной перспективы, поэтому воспринимают СД не как пожизненное заболевание, влияющее на все их будущее, но прежде всего со стороны диктуемых им ограничений и болезненных действий: измерений гликемии, инъекций инсулина и т. д. [2–4, 25]. До определенного момента дети полагают, что СД является временным явлением, поэтому их переживания имеют менее тяжелый характер, чем у взрослых. Однако по мере привыкания к наличию у себя СД их отношение к болезни может существенно измениться [2, 30].

Одним из наиболее характерных для подростков вариантов отношения является компенсаторное, т. е. защитное, игнорирование – вариант анозогнозического отношения, при котором человек старается забыть о болезни, чтобы минимизировать собственную тревогу. Данный тип отношения к болезни характерен для подростков с различными заболеваниями, а не только с СД [31]. Преодоление подростком отрицающего или избегающего отношения к своему заболеванию, по мнению некоторых авторов, является ключевым фактором для повышения самооффективности и связанной с ней способности самостоятельно управлять СД [32].

В подростковом возрасте могут формироваться также и иные варианты отношения к своему заболеванию. В частности, повышается вероятность развития преградного типа отношения, причем сами подростки весьма ярко описывают свои переживания, обусловленные им: «маленький дьявол», «ад, ...который не позволяет получать удовольствие от жизни» [33]. В то же время погружение в болезнь менее характерно для детей, но может развиваться по мере взросления, перехода в подростковый и более взрослый возраст.

Неблагоприятные варианты отношения родителей к хронически больному ребенку в сочетании с гиперопекой выступают в качестве факторов, способствующих развитию у него специфических личностных характеристик: повышенной тревожности, низкой самооценки, неуверенности в своих возможностях, инвалидной жизненной позиции, что показано на примере различных хронических заболеваний [34, 35]. Напротив, преодоление родителями страха за ребенка в условиях болезни, отказ от гиперопеки в сочетании с его эмоциональной и инструментальной поддержкой, передача полномочий по управлению своим заболеванием в его руки приводят к тому, что у него развиваются механизмы психологической саморегуляции, снижается риск развития чувства неполноценности, формируется более адаптивная социальная позиция [36].

Вследствие этого одной из ключевых задач, которая встает перед врачом в процессе лечения ребенка с СД, становится формирование у родителей грамотной позиции благоприятного отношения к заболеванию. Информации о болезни недостаточно, даже если она полна и адекватна. Необходимо уделять особое внимание страхам родителей, прежде всего матери. Нужно показать перспективы нормального развития ребенка и его дальнейшей жизни в условиях СД, которые возникают в том случае, если родители предпринимают адекватные действия по контролю заболевания и вместе с тем дают возможность ребенку жить полноценной социальной жизнью, сопоставимой с его сверстниками без хронических заболеваний.

Помимо родителей ребенка окружают также и другие члены семьи: бабушки и дедушки, братья и сестры. В некоторых случаях их роль в жизни ребенка может быть весьма значимой. Так, иногда бабушки и – реже – дедушки выступают в качестве главных воспитателей для ребенка. Тогда описанные выше закономерности частично переносятся на них с родителей. Братья или сестры детей с диабетом выполняют иную функцию. Между ними могут возникать конкретные отношения. Ребенок с СД нередко оказывается в привилегированном положении с точки зрения внимания родителей. В этом случае братья и сестры чувствуют себя ущемленными, что может ухудшать их отношения с ребенком с СД [25]. Другим вариантом отношений ребенка с СД со своими братьями или сестрами является внутрисемейная поддержка с их стороны, которая позитивно отражается на социальной адаптации, повышает у ребенка ощущение собственной безопасности [37].

³ Россияне тратят \$30 млрд на колдунов и экстрасенсов. Интерфакс. 2013. 20 марта. Режим доступа: <https://www.interfax.ru/russia/296568>.

⁴ Внешний локус контроля, или экстернальность, – приписывание причин происходящих событий внешним факторам. Внутренний локус контроля, или интернальность, – приписывание причин событий собственным действиям.

2. РЕБЕНОК И ВНЕСЕМЕЙНОЕ СОЦИАЛЬНОЕ ОКРУЖЕНИЕ

По мере развития в жизни детей появляются иные люди, кроме семьи. Особое значение для любого ребенка имеют сверстники и другие дети. Кроме того, ему все чаще приходится общаться с различными взрослыми: воспитателями, учителями, соседями, живущими в отдалении родственниками. Дети с СД отличаются тем, что в их жизни значительно полнее представлены врачи, с которыми им постоянно приходится взаимодействовать по поводу своей болезни.

Общение со сверстниками и другими детьми

Полноценное развитие любого ребенка предполагает активное взаимодействие с теми, с кем они выстраивают не вертикальные, а горизонтальные отношения, т.е. с другими детьми. Дети с СД достаточно рано сталкиваются с ограничениями своих социальных контактов. Так, некоторых из них переводят на домашнее обучение, другие вынуждены реже ходить на школьные занятия из-за плохого самочувствия или пребывания в стационаре. У них могут возникать трудности с посещением секций или кружков, прогулками на свежем воздухе и т.д. Уже эти ограничения создают предпосылки для изменения Я-концепции⁵. Ребенок с СД, сравнивая себя со сверстниками, видит в себе то, что, по его мнению, делает его хуже других. На этом этапе может начать формироваться чувство собственной неполноценности, особенно в условиях декомпенсации СД [15, 38, 39].

Приближение к подростковому возрасту сопровождается сменой референтной группы⁶. На доподростковом этапе развития в качестве таковой выступают преимущественно родители. Подросток же смещает фокус своего внимания с родителей на сверстников, начинает ориентироваться в большей степени на их мнение, отношение к реальности. Это обусловлено становлением самосознания, формированием жизненной перспективы, поиском своего места в жизни. Для этого подростку необходимо найти тех людей, которые являются максимально похожими на него самого, чтобы иметь возможность сравнивать себя с ними.

В связи с данными процессами у многих подростков могут возникать нарушения в сфере самосознания. Наличие СД усугубляет этот риск. Подростки считают себя неполноценными и нередко стремятся минимизировать свое отличие от здоровых сверстников, в т.ч. за счет нарушений контроля СД [40]. Родительская гиперопека и неблагоприятные варианты отношения к СД повышают риск развития у подростков чувства неполноценности и социальной дезадаптации [41]. Ощущение себя хуже других провоцирует появление установки на социальное отвержение. Подросток, который считает себя неполноценным, ожидает негативного отношения к себе со стороны других, прежде всего своих сверстников. В процессе взаимодействия с окружающими он в большей степени сфокуси-

ван на негативных аспектах коммуникации, чем на позитивных. Поэтому он значительно легче заметит события, которые соответствуют его установке, – примеры негативного отношения к нему со стороны сверстников. Напротив, факты, опровергающие его установку, могут быть им проигнорированы. Под влиянием установки происходит также субъективная реинтерпретация коммуникативных феноменов. Подросток может ошибаться в интерпретации намерений своих оппонентов, приписывать им интенции в отношении себя, которые могут не соответствовать их собственным мыслям и действиям. Например, он увидит повод для обиды на них даже в тех случаях, когда никто не пытался в реальности его обидеть.

Чувство собственной неполноценности усиливают социальные страхи, из-за чего дети с СД с настороженностью относятся к разглашению информации о заболевании. Многие дети и нередко также их родители избирают путь скрытности, стараются максимально спрятать СД от окружающих людей [24, 42, 43]. Несмотря на позитивные мотивы, которые лежат в основе такого поведения (стремление к адаптации), в большинстве случаев оно негативно влияет как на психологическое благополучие детей, так и на приверженность лечению.

Скрытность приводит к тому, что дети постоянно чувствуют коммуникативный барьер. Они опасаются раскрытия их секрета, вынуждены держать оборону, из-за чего находятся в эмоциональном напряжении при нахождении в социальной среде. Процесс взаимодействия с другими людьми, в т.ч. и со сверстниками, снижает чувство удовлетворения от него, заставляет детей во многих случаях минимизировать коммуникацию, уходить от общения. Тем самым ухудшается эмоциональное состояние и социальная адаптация. Ради предотвращения раскрытия секрета дети вынуждены скрывать от других средства контроля диабета, например глюкометры или шприц-ручки. Многие из них перестают носить в школу глюкометр, а в отдельных случаях и шприц-ручку, что негативно отражается на контроле заболевания. Использование инсулиновой помпы и приборов для непрерывного мониторинга гликемии снижает остроту данной проблемы, но не решает ее.

В отличие от своих сверстников без хронических заболеваний, ребенок с СД погружается в коммуникацию не только со своими одноклассниками, соседями или друзьями, но и с другими детьми с диабетом, например, во время пребывания в стационаре или посредством различных групп общения в интернете, форумов, чатов и т.д. Подобное взаимодействие может таить в себе определенные риски с точки зрения психологического благополучия и приверженности лечению, но в то же время создает и благоприятные возможности. Как те, так и другие обусловлены содержанием коммуникации между детьми.

К негативным можно отнести обсуждение различных способов обмана взрослых, манипуляций с глюкометром, несанкционированных инъекций инсулина, например, с целью изменения состояний сознания и т.д. В данном случае другие дети выступают в качестве и источника нежелательной информации, и примера для подражания.

⁵ Я-концепция – система представлений человека о себе и отношений к себе, в качестве ключевых компонентов включающая самооценку и само отношение.

⁶ Референтная группа – социальная группа, выступающая в качестве ориентира для человека в формировании его представлений о реальности и отношения к ней.

Можно отметить также своеобразное соревнование между детьми, браваду своими осложнениями.

Однако общение с другими детьми, имеющими такое же заболевание, таит в себе и позитивный психотерапевтический эффект. Ребенок перестает чувствовать себя особенным, изгоем, теряет необходимость прятаться от других. Обсуждая свои проблемы с такими же, как он сам, ребенок формирует для себя новую референтную группу, мнение которой приобретает для него важное значение. Если в этой референтной группе преобладают или хотя бы представлены в числе неформальных лидеров дети или подростки с благоприятным вариантом отношения к СД, они могут способствовать формированию аналогичного отношения и у других [40]. Интересно, что их влияние нередко является определяющим для подростка, более весомым, чем влияние родителей или врачей. Причиной данного феномена является то, что, во-первых, в подростковом возрасте референтной группой являются именно сверстники, а не взрослые, а во-вторых, они не воспринимаются подростком как те, кто целенаправленно не пытается оказать на него влияния и поэтому не вызывает протестных реакций.

В силу вышесказанного врачу необходимо помнить о подобном влиянии и контролировать нежелательные феномены. Например, не следует в стационаре помещать ребенка с недавно выявленным СД в палату, где в это время находятся дети с выраженной декомпенсацией СД, и особенно с неблагоприятным отношением к нему. Данную закономерность можно использовать и в конструктивных целях. Так, на школе диабета очень полезно вовлекать участников группы в обсуждение изучаемых вопросов, особенно тех из них, кто отличается благоприятным вариантом отношения к болезни. Их активное включение в групповую дискуссию может дать позитивный пример и повод для размышлений другим участникам, в т. ч. и тем, которые имеют неблагоприятное отношение к СД.

Общение со взрослыми за пределами семьи

Хотя другие взрослые и не играют такой роли в жизни ребенка, как его родители или сверстники, во многих случаях их влияние также отражается на психологическом благополучии и приверженности лечению. Так, социальная адаптация детей с СД зависит в т. ч. от школьных учителей. Многие из учителей вполне могут быть осведомлены о наличии у ребенка СД, даже если ничего не знают о специфике данного заболевания. От учителя требуется педагогическая грамотность, умение не выделять ребенка с СД в коллективе и вместе с тем предоставлять ему возможности по управлению своим заболеванием [44]. Избыточные послабления в отношении ребенка, обусловленные страхом учителя, неизбежно привлекают к нему нежелательное внимание других детей, понижают его статус среди сверстников, а также могут усилить такие его негативные качества, как чувство неполноценности либо склонность к манипуляции.

Для ребенка с СД не меньшее значение имеют также врачи, с которыми им приходится часто взаимодействовать. В то же время в отличие от учителей общение ребен-

ка с врачом обычно опосредовано его родителями. Поэтому в данном случае уместно говорить о коммуникации не в паре «пациент – врач», а в триаде «ребенок – родитель – врач». Грамотная психологическая работа медицинских специалистов с родителями ребенка, особенно с матерью, не менее важна, чем правильные постановка диагноза и назначение лечения. От врача требуется верно оценить представления родителей о СД, их отношении к болезни, готовность к лечению. В этом случае он имеет возможность скорректировать неправильные представления, способствовать изменению отношения на более благоприятное. Однако взаимодействие врача с ребенком и его родителями не всегда приводит к такому результату. Во многих случаях общение становится конфликтным и обоюдно неудовлетворительным. Согласно британским исследованиям, 80% матерей недовольны своей коммуникацией с медицинскими специалистами [45].

Конфликты врачей с детьми являются относительной редкостью, в большинстве случаев речь идет о проблемах коммуникации с родителями. Однако ее нарушения негативно отражаются на выполнении даже основных функций врача: диагностике и лечении СД у детей. При отсутствии релевантного контакта врача с матерью вряд ли удастся получить от нее полную информацию, скорректировать недостаточно эффективную схему лечения и тем более провести масштабные изменения, например замену одного инсулина на другой.

В основе нарушений коммуникации могут лежать разные факторы, кроющиеся как на стороне пациентов (преимущественно их родителей), так и самого врача. К числу первых можно отнести снижение уровня доверия обычных людей к медицине. Широкое распространение в интернете медицинской и псевдомедицинской информации и легкая доступность быстрых ответов (посредством Google и других поисковых систем) создает иллюзию знаний у людей, далеких от медицины. В силу этого возрастает их критичность к медицинским профессионалам, которые перестают восприниматься ими как носители сакрального знания. С уровня неоспоримых авторитетов (что характерно для патерналистского стиля коммуникации в медицине) врачи переходят в категорию специалистов различной степени компетентности, а в некоторых случаях – ремесленников или чиновников [46, 47]. Многочисленные публикации в СМИ, посвященные ошибкам или непрофессионализму врачей, усугубляют этот процесс. Несомненно, 2 года пандемии вновь повысили значимость медицинских специалистов, но не изменили принципиально общие тенденции обесценивания профессионалов в данной области.

Другой причиной снижения эффективности взаимодействия могут являться личностные особенности родителей, такие как неустойчивая самооценка и обусловленная ею потребность в самоутверждении, внешний локус контроля, мотивация власти, конфликтность, излишняя критичность и ряд других [48]. Нарушения коммуникации с родителями в некоторых случаях обусловлены и самими врачами. К числу таковых факторов можно отнести, например, эмоциональное выгорание – снижение инте-

реса к своей деятельности, готовности помогать пациентам [49]. В условиях высокой нагрузки, минимального времени на прием пациентов, необходимости заполнения многочисленных документов, а также ранее упомянутого снижения значимости медицинской деятельности в социуме врачи оказываются неспособными в течение длительного времени сохранять высокий уровень мобилизации своих психологических ресурсов, необходимый для оказания эффективной медицинской помощи пациентам. Кроме того, достаточно часто под влиянием специфики деятельности у врачей происходит профессиональная деформация, усиление определенных неблагоприятных характеристик, в т. ч. таких, как авторитарность, излишняя уверенность в собственной правоте и т. д. [50]. К другим факторам, снижающим эффективность коммуникации с родителями, можно отнести дефицит педагогических и психологических знаний у медицинских специалистов и навыков их практического применения.

3. РЕБЕНОК С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ЕГО СЕМЬЯ В ГЛОБАЛЬНОЙ СЕТИ «ИНТЕРНЕТ»

Современная нам реальность имеет одно существенное отличие от всех предыдущих времен – мы взаимодействуем с окружающим социальным миром не только с помощью прямых контактов, но и опосредованно, с использованием интернета. Интернет выполняет ряд важных функций для человека: во-первых, он является на сегодняшний день ключевым источником информации; во-вторых, в нем формируются мнения, отношения, оказывающие влияние не только на знания, но и на картину мира в целом; в-третьих, интернет выступает в качестве средства коммуникации, причем вовлекает в этот процесс максимально широкое социальное окружение человека, незнакомых или малознакомых людей. Во многих случаях эти функции сливаются воедино, например в профильных чатах, форумах, где дети или родители обмениваются знаниями и мнениями по поводу СД, методов лечения, средств контроля и т. д.

С одной стороны, это повышает возможности получения новой, актуальной информации, делает людей более грамотными, в т. ч. и в вопросах управления заболеванием. С другой стороны, извлекаемые из интернета знания или мнения практически никогда не проходят никакой фильтрации и могут быть как релевантными, так и в значительной степени искаженными и даже ложными. Среди них встречаются и откровенные фейки, запущенные как сознательно, например с целью социальной инженерии, так и случайным образом. Неадекватная, непроверенная информация может сыграть негативную роль в формировании представлений человека о СД и его лечении, а с учетом ее широкого распространения указанные риски охватывают большое количество людей.

Одним из ярких примеров подобного влияния являются опасения родителей, касающиеся перевода детей на новые, в т. ч. отечественные, инсулины, включая и биосимиляры аналогов инсулинов. Отметим, что важность информирования пациентов и обучения врачей – про-

блема не только российская, но и мировая. Согласно опросу, проведенному в США в 2015–2016 гг., более 50% из 1 200 опрошенных врачей разных специальностей хотели бы расширить свои знания в области биосимиляров, чтобы лучше понимать механизмы взаимозаменяемости, процесс регистрации, а также доказательства эффективности и безопасности, что, безусловно, повысит приверженность медицинского сообщества к биосимилярам [51]. Недостаточные знания, сомнения врачей, неумение объяснить доступным языком нужную информацию передаются пациентам и могут повлиять на их психоэмоциональный фон, вызывая повышенную тревожность и настороженность.

Нерелевантная информация, особенно имеющая негативный оттенок, распространяется в интернете с высокой скоростью, оказывая существенное влияние на детей, и особенно на их родителей⁷. Можно выделить несколько причин, способствующих этому:

- повсеместная распространенность компьютеров и телефонов, техническая возможность быстрой и широкой трансляции информации, высокая ее доступность;
- витальная значимость данной информации, зависимость от ее содержания состояния здоровья, а иногда и жизни детей (например, о прекращении поставок зарубежных лекарственных препаратов в Россию), что усиливает страх и заставляет искать информацию и делиться ею с окружающими;
- преобладание в интернете негативной информации над позитивной, обусловленное тем, что именно фрустрация, нереализованное намерение, неудовлетворенная мотивация повышают эмоциональное напряжение, делают его более устойчивым во времени и заставляют искать способы его уменьшения, в т. ч. посредством высказывания своего недовольства в интернете;
- доверие информации, полученной от источника, который человек считает менее заинтересованным, а значит, более объективным: «Врач говорит о необходимости инсулина, потому что он представитель «инсулиновой мафии», а знакомый с форума, который об «инсулиновой мафии» рассказал, – такой же родитель, как я, поэтому ему можно доверять»;
- иллюзия полноты знаний, возникающая при наличии легкой возможности найти в интернете информацию на интересующую тему.

Вместе с тем при всех потенциальных опасностях интернет дает также и значительно большие возможности по трансляции релевантной информации и благоприятных мнений, позитивно сказывающихся на процессе управления СД. Дистанционное консультирование пациентов с СД и их родителей, информационные и образовательные порталы при медицинских центрах⁸, профильные форумы, модерлируемые грамотными специалистами, – это лишь некоторые примеры подобных возможностей.

⁷ Режим доступа: <https://www.alt.kp.ru/daily/27094.4/4166439>; <https://bel.ru/news/society/18-03-2021/istoriya-ne-odnoy-semi-kak-detey-diabetikov-perevodyat-na-rossiyskiy-insulin>.

⁸ Режим доступа: <https://diabetoved.ru>; <https://forums.rusmedserv.com/forumdisplay.php?f=150>.

СОЦИАЛЬНАЯ ОЗДОРОВИТЕЛЬНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА «ДИАБЕТ. ТАНЦЫ. ДЕТИ»

Приведенные нами выше аспекты свидетельствуют о том, что СД необходимо рассматривать в широком социальном контексте. С одной стороны, заболевание опосредует психическое развитие ребенка, влияет на его эмоциональное и социальное благополучие, адаптацию в окружающем мире, с другой – сам окружающий социальный мир в значительной степени определяет отношение ребенка к своему заболеванию, его поведение в условиях СД, приверженность лечению, а значит, и его эффективность.

Задачей медицины является не только забота о телесном здоровье ребенка, но и помощь ему в адаптации в социальном мире, установление более благоприятных отношений с окружающими, преодоление чувства неполноценности, предупреждение искажений в процессе его воспитания родителями. Одним из эффективных инструментов, который может быть использован врачами, являются школы диабета и другие подобные коллективные занятия, где дети включаются в контролируемые врачами взаимодействия со своими сверстниками и другими детьми [52].

В подобных условиях врач (и другие специалисты) может видеть детей непосредственно в процессе коммуникации с окружающими, выявлять те или иные особенности отношения к СД и поведения, вносить необходимые коррективы в него. Ребенок же получает возможность сформировать более релевантные представления о СД и вместе с тем получить от других детей опыт иного, нередко более благоприятного варианта отношения к своей болезни.

Не менее важной задачей, которая может быть совместно реализована врачами и родителями, является вовлечение детей не просто в групповую деятельность, а в такую, которая позволит им видеть результат своей работы и тем самым повышать самооценку, уверенность в своих силах. Эта деятельность может выходить за пределы СД, чтобы у ребенка появилась возможность почувствовать свои ресурсы как не зависящие от заболевания, что необходимо для преодоления чувства неполноценности («Я могу делать то же, что и другие дети без диабета, и быть успешным в этом!»). Указанный эффект усиливается, если в группу включены не только дети с СД, но и их здоровые сверстники. В качестве содержания деятельности вполне может выступать спортивная, интеллектуальная, художественная или танцевальная совместная активность детей.

Танцы, как наиболее доступная и популярная активность среди молодежи, положительно влияют не только на физическое здоровье, но и на психологическое благополучие [53]. Танец с древних времен считался лечебным и привлекательным видом культурного самовыражения, оказывающим благоприятное воздействие на психомоторные навыки, когнитивные функции, эмоции, осознание тела в движении. Различные танцевальные практики (бальные танцы, народные, современная хореография и др.), особенно проводимые в групповой обстановке, способствуют уменьшению депрессии, тревоги, улучшают

межличностное общение, дают опыт взаимного доверия, поддержки и сплоченности [54, 55]. Бальные танцы, как особый вид спорта, сочетают в себе аэробные и анаэробные нагрузки различной интенсивности, которые показаны при СД в качестве физических нагрузок. Они повышают выносливость организма, улучшают баланс и координацию, формируют правильную осанку, повышают настроение, позволяют побороть страх и неуверенность в себе, психологически адаптируют ребенка в коллективе.

Именно танцам, как совместной спортивно-художественной деятельности детей и подростков с диабетом, выходящей за пределы заболевания и дающей возможность почувствовать свою успешность, было отведено предпочтение при разработке социальной оздоровительно-образовательной программы «Диабет. Танцы. Дети».

Эта уникальная программа для детей и подростков с СД является на сегодняшний день единственной в России и успешно реализуется с сентября 2020 г. в Москве в танцевальной студии «PLATINUM» Школа танцев Руслана Хаирова» на базе центра творческого развития «Вера в себя». Она объединила оздоровительные, образовательные, развивающие, социальные и научные аспекты, направленные на решение важных задач, стоящих как перед самими детьми с СД, так и их родителями, членами семьи, врачами-эндокринологами и тренерами (рис. 1). Среди них – адаптация детей с СД к физическим нагрузкам различной интенсивности, обучение детей и родителей навыкам самоконтроля и управления диабетом при физической активности, социально-психологическая адаптация детей и подростков с диабетом среди сверстников и в социуме посредством формирования эстетической и творческой культуры танцевальной деятельности, разработка рекомендаций для тренерского состава по организации работы в общих и адаптивных спортивных группах для детей с диабетом. Программу сопровождают врачи-эндокринологи и клинические психологи ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» МЗ РФ, а также профессиональный тренерский состав.

Особенность адаптивной танцевальной группы состоит в том, что она не имеет ограничений для детей и под-

● **Рисунок 1.** Основные ценности программы «Диабет. Танцы. Дети»

● **Figure 1.** Core values of the program “Diabetes. Dances. Children”



ростков по возрасту, стажу диабета и нюансам течения заболевания. Единственный критерий приема в группу – желание детей и родителей/членов семьи танцевать.

На каждого ребенка-участника исходно при включении в группу заполняется специальная анкета, содержащая общие данные (ФИО ребенка и родителей, возраст ребенка); сведения по анамнезу СД (стаж диабета, помпы/шприц-ручки, вид инсулина, дозировки, показатели HbA1c, госпитализации, эпизоды гипогликемии и ее купирование, осложнения СД, обеспечение тест-полосками, санаторно-курортное лечение, сопутствующие заболевания, прием других лекарственных препаратов); используемые средства самоконтроля (непрерывный мониторинг, глюкометры, частота измерений в сутки); ведение дневников самоконтроля (формат, частота и качество заполнения, проблемы); сведения об исходной физической активности (частота и продолжительность, виды активностей, какие посещает ребенок кружки/секции); раздел о существующих проблемах в управлении диабетом, ожиданиях самих детей и их родителей от участия в программе. В процессе психологического консультирования родители участвуют в заполнении различных опросников, позволяющих в динамике оценивать как отношение к болезни ребенка, так и детско-родительские отношения.

Учебный процесс состоит из групповых танцевальных занятий преимущественно бальными танцами (европейская и латиноамериканская программы), а также современными танцевальными направлениями (хип-хоп, клубная латина, аргентинское танго), фитнес-танцевальными программами в стиле аэробики и зумбы.

Занятия проводятся три раза в неделю (дважды в вечернее время в рабочие дни недели, один раз в утренние часы в выходной день), продолжительность урока 60 мин с трехкратным контролем гликемии (исходно, через 30 мин и по окончании тренировки). Такой режим тренировок был выбран неслучайно. Ввиду того, что дети с СД могут быть часто подвержены плохому самочувствию из-за скачков гликемии, перепадов погоды, эмоциональных нагрузок в школе, физических нагрузок на уроках физкультуры или в других секциях, где они занимаются различными видами спорта, а также необходимости посещения врачей и периодических госпитализаций, они склонны пропускать регулярные занятия. Также и родители, сопровождающие детей на занятия, могут быть заняты по работе, страдать плохим самочувствием и просто эмоциональным выгоранием на фоне заболевания у ребенка. Учитывая все эти ограничивающие факторы, трехкратные занятия в течение недели дают возможность посещать все уроки регулярно, либо дважды в неделю, кому-то из детей один раз, что также является более благоприятным для оздоровления ребенка, чем полное отсутствие творческой и физической активности.

Еще одной важной особенностью танцевальной образовательной программы в группе для детей с СД является адаптация физических нагрузок под показатели гликемии каждого ребенка в динамике (рис. 2).

При тенденциях к гипо- или гипергликемии проводится коррекция интенсивности и вида физической нагруз-

● **Рисунок 2.** Особенности построения танцевальной программы в адаптивной группе

● **Figure 2.** Features of building a dance programs in the adaptive group



ки, принятых углеводов и доз инсулина. Необходимым условием контроля гликемии во время занятия является использование глюкометров. Показатели гликемии каждого ребенка во время занятий фиксируются в специальном журнале тренера.

В течение года программа разбита на два танцевальных сезона: зимне-летний (январь – июнь) и осенне-зимний (сентябрь – декабрь) с перерывом на летние каникулы. В каждом сезоне в группу приходят новые участники, которые быстро включаются в совместную деятельность, не испытывая трудностей в освоении танцевальной программы, поскольку она адаптирована под любой возраст и уровень подготовки. Важно отметить, что на занятиях с детьми также с большим энтузиазмом танцуют родители, что повышает настроение у всей группы и является положительным примером как для детей, так и для самих родителей, среди которых есть мамы с диабетом.

Важным образовательным аспектом программы является участие детей и родителей в «Марафоне идеального самоконтроля «Умники и умницы», в процессе которого дети учатся самостоятельно вести дневники, анализировать показатели гликемии в повседневной жизни и на тренировках, корректировать дозы инсулина на физические нагрузки, вести подсчет ХЕ в продуктах питания. Для родителей врачи-эндокринологи и клинический психолог проводят образовательные семинары с разбором актуальных тем управления диабетом при физической активности детей, вопросов социально-психологической адаптации детей и детско-родительских отношений.

Творческое развитие детей и подростков в рамках программы осуществляется посредством проведения различных конкурсов и мероприятий, в которых принимают участие как сами дети, так и их социальное окружение (родственники и близкие друзья). В каждом сезоне в качестве

отчетных мероприятий проводятся различные активности: видеосъемки танцевальных клипов, участие в танцевальных турнирах соло и конкурсах-фестивалях хореографического искусства с групповым танцевальным номером. Это создает дополнительные стимулы для детей в достижении поставленных целей, объединяет их, дает ощущение партнерства, участия в общем важном деле и возможность почувствовать себя такими же, как их сверстники.

Большое значение для достижения поставленных задач, безусловно, имеют вовлеченность тренерского состава, отсутствие страха брать на себя ответственность в работе с детьми, имеющими хроническое заболевание. Тренеры, сопровождающие программу, имеют общие знания о сахарном диабете, особенностях его течения у детей и подростков, симптомах гипо-/гипергликемии и способах ее купирования. Трехкратный мониторинг гликемии во время тренировок с фиксацией показателей в специальном журнале позволяет адаптировать физические нагрузки для каждого ребенка непосредственно во время занятия, а также выстраивать перспективный план развития всего танцевального коллектива, который будет благоприятно сказываться на физическом здоровье и эмоциональном настрое детей. Высокий профессионализм тренерского состава, личный пример спортивной карьеры, любовь к детям, умение видеть в каждом ребенке личность и одновременно умение сплотить детей разного возраста в единый коллектив являются важной составляющей для реализации таких программ, социальной адаптации и инклюзии детей и подростков с диабетом в социум.

За время существования программы адаптивную группу посещали 15 детей и подростков с СД 1-го типа (12 девочек, 3 мальчика) в возрасте от 5 до 15 лет, 7 близких родственников (братья – 4, сестры – 3) в возрасте от 4 до 17 лет, а также близкие друзья (3 мальчика, 1 девочка) и родители. Среди родителей трое матерей имеют СД 1-го типа, двое матерей – СД 2-го типа. Стаж диабета у детей до прихода в программу составлял от 2 мес. до 10 лет (в среднем 4,2 года).

Инсулиновые помпы использовали 13 (86,7%) детей, шприц-ручки – 2 ребенка (13,3%). Системы непрерывного мониторинга глюкозы имелись у большинства (10 чел., 66,7%), около половины участников (7 чел., 46,7%) группы использовали глюкометры в среднем 6 раз в сутки, треть (5 чел., 33,3%) – только при эпизодах гипо- или гипергликемии, двое детей (13,3%) делали измерения более 10 раз в сутки. До прихода в программу при физических нагрузках никто из участников не делал измерений глюкометром, многие даже не знали о необходимости контролировать показатели гликемии.

Исходно дневники самоконтроля большинство родителей, а соответственно, и детей (13 чел., 86,7%) вели очень редко, считали это нецелесообразным, затратным по времени и заполняли их короткий промежуток времени только в тех случаях, «если нужно скорректировать дозы инсулина» или «что-то не ясно с сахарами», лишь двое (13,3%) детей вместе с родителями вели дневники регулярно.

Среди посещаемых ранее спортивных секций у детей были: хореография, гимнастика, балльные танцы, народные танцы, плавание. Однако большинство (12 чел., 80,0%) были вынуждены прекратить занятия в связи с поставленным им диагнозом СД, трое (20,0%) подростков со стажем диабета 6–10 лет продолжали заниматься в других кружках.

До включения в адаптивную танцевальную группу физическая активность у большинства (9 чел., 60,0%) детей и подростков была крайне низкая – 1–2 раза в неделю уроки физкультуры в школе, четверть участников (4 чел., 26,7%) занимались 3 раза в неделю по 30 мин, всего два подростка (13,3%) ежедневно тратили на тренировки и активность по 60–90 мин.

Подавляющее большинство родителей (93,3%) в исходных анкетах отметили, что сталкивались с такими проблемами в управлении диабетом у детей, как «...стеснение диабета и гаджетов», «...нежелание контролировать глюкозу во время физической активности», «...незнание подбора доз инсулина при физических нагрузках», и задавались вопросом «Как улучшить контроль гликемии при физической активности, эмоциональных нагрузках в школе?». Только 6,7% родителей детей (со стажем диабета 10 лет) отметили: «...больших проблем с диабетом нет».

Ожидания от участия в программе родителей и детей были сфокусированы в трех направлениях:

- непосредственно танцы и физическая активность – «...знакомство с танцем, красивая осанка, новый танцевальный опыт», «...возможность заниматься физической нагрузкой под контролем профессионального тренера и медицинского работника»;

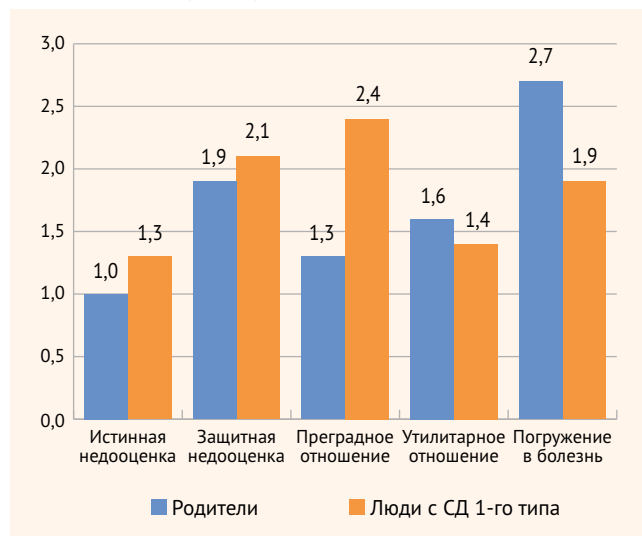
- управление диабетом при физических нагрузках – «...снять психологические барьеры во время физических нагрузок, побороть нежелание контролировать глюкозу, перестать стесняться гаджетов», «...приобрести навыки компенсации гипо- и гипергликемии при физической нагрузке», «...улучшить контроль и показатели гликемии при физической активности и эмоциональных нагрузках», «...скорректировать дозы инсулина»;

- социально-психологическая адаптация – «...дать возможность ребенку почувствовать себя среди своих», «...общение детей в адаптивной среде», «...пообщаться с родителями детей с диабетом», «...получить хорошее настроение, позитивные эмоции, новые знакомства».

На семинарах с клиническим психологом родители детей заполняли анкету, позволяющую оценить тип отношения к диабету ребенка. Подобную же анкету (но с видоизмененными формулировками, необходимыми для оценки собственного заболевания) в рамках вебинара школы диабета, проведенного в 2021 г. компанией «Лайфскэн», заполняли более 400 человек с СД 1-го типа в возрасте от 14 лет и старше, которых можно рассматривать в качестве группы сравнения. Поскольку анкета не проходила процедуру валидации, мы приводим полученные результаты только в качестве ориентировочной информации, а не с целью демонстрации строгих закономерностей (рис. 3).

● **Рисунок 3.** Выраженность разных типов отношения к болезни у родителей – участников программы и людей с СД 1-го типа (баллы)

● **Figure 3.** The severity of different types of attitudes towards diseases in parents – program participants and people with diabetes 1st type (points)



Анкета включала в себя 20 утверждений, ответы на которые отражают 5 вариантов неблагоприятного (или не вполне благоприятного) отношения к СД:

- истинную недооценку (непонимание тяжести заболевания);
- защитную недооценку (попытка «спрятаться» от болезни, забыть о ней);
- преградное отношение (восприятие СД как непреодолимой преграды в жизни ребенка);
- утилитарное отношение (подталкивание ребенка к манипуляции за счет СД);
- погружение в болезнь (сосредоточенность на СД, иногда чрезмерный контроль за ним).

Мы не приводим результаты статистического анализа по указанной выше причине (отсутствие валидации), однако на рисунке видно, что родители по сравнению с людьми, имеющими СД 1-го типа, с одной стороны, более погружены в болезнь (5-я шкала), но существенно в меньшей степени воспринимают ее как непреодолимую преграду (3-я шкала). Остается неясным, формируется ли такое отношение до прихода на программу или в результате участия в ней? И если верно первое предположение, то не заставляет ли именно такое отношение приводить детей на программу?

Среди первых результатов программы важно отметить, что все дети повысили физическую активность – общая продолжительность занятий в зале и дома в течение недели составила в среднем 5–7 ч. Дети и родители получили знания, с какими показателями можно начинать занятия и при каких необходимо остановить физические нагрузки; научились компенсировать гипо- и гипергликемию перед тренировкой. Кроме систем непрерывного мониторинга во время занятий танцами, дети и подростки регулярно стали использовать глюкометры, большинство из них научились самостоятельно подбирать дозы инсулина на физические нагрузки.

Регулярное ведение дневников самоконтроля позволило многим детям и родителям скорректировать питание и дозы инсулина в повседневной жизни.

Занятия танцами в адаптивной группе позволили всем детям и подросткам полностью снять психологические барьеры при использовании гаджетов, необходимости введения инсулина или приема продуктов питания не только во время тренировок, но и в повседневной жизни. У всех участников повысился эмоциональный настрой, появилось стремление к достижению совместных и личных целей, дети и родители почувствовали себя одним целым.

Среди достижений танцевального коллектива стоит отметить участие в финале международного конкурса-фестиваля «Кубок России» с групповым номером (10–12.12.2021 г., Москва, диплом лауреата III степени, кубок, медали), заочном международном конкурсе хореографического искусства «Танцевальный калейдоскоп» с социальным видеороликом о сахарном диабете (25.01.2021 г., Екатеринбург, диплом лауреата I степени, кубок), открытом конкурсе по бальным танцам для детей «IMETRIA Spring Cup Kids» (18.04.2021 г., Москва, дипломы участников и победителей в различных танцевальных категориях).

В качестве иллюстрации приводим отзывы родителей от участия в программе: «...благодаря проекту наша девочка стала более ответственно относиться к своему заболеванию, стала заполнять дневник самоконтроля. Ей помогли понять, что надо измерять уровень глюкозы во время занятий, стыдиться этого не надо. Надеюсь, так будет и дальше, не только на занятиях танцами, но и в школе...», «...мой ребенок почувствовал себя среди своих, дочь поняла, что диабет – это не так страшно, как округляют глаза окружающие. Хобби, которое объединяет меня вместе с детьми, – это новый этап взаимоотношений. Старшая дочь, которая тоже занимается в студии, больше понимает и принимает жизнь сестренки, появляется знание, как помочь ей в сложной ситуации с сахаром, ведь от поддержки семьи очень много зависит!».

В настоящее время программа продолжается, предоставляя для детей с диабетом возможности повышения физической активности, укрепления общего здоровья, получения знаний об управлении диабетом в формате неординарных школ в режиме реального времени, способствуя их творческому развитию, социально-психологической адаптации и инклюзии в социум.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сахарный диабет можно рассматривать не только как телесное заболевание, но и как причину формирования новой социальной ситуации развития ребенка. Меняется содержание его отношений с окружающим социальным миром, его собственная роль в этом мире. Эти изменения могут приводить к появлению или усилению в ребенке тех или иных личностных характеристик, которые отражаются как на его психологическом благополучии, так и на протекании заболевания.

С самого рождения человек включается в широкую сеть социальных связей, контекстов, ситуаций, которые определяют его психическое развитие. Медицинскому специалисту желательно учитывать по крайней мере наиболее значимые из этих связей (с семьей, сверстниками, учителями), чтобы полнее понимать, что происходит с ребенком в условиях СД, каким влияниям он подвержен, чем обусловлены те или иные изменения в течении СД?

Одной из ключевых задач, стоящей перед специалистами в области лечения СД, является создание такой социальной ситуации развития, которая способствовала бы формированию в ребенке личностных качеств, необходимых для управления заболеванием и сохранения психологического благополучия. Ключевыми векторами работы в данном случае выступают формирование у ребенка и его родителей более благоприятного отношения к СД, помощь ему в преодолении чувства неполно-

ценности, повышение его самооценки, развитие навыков саморегуляции.

В качестве инструментов для выполнения этой задачи могут выступать различные программы. Одной из них является комплексное обучение детей с СД, например в рамках школы диабета, где проводится не только информирование о болезни, но и коррекция отношения к ней детей и их родителей. Другим возможным типом программ является создание групп детей, вовлеченных в активную совместную деятельность: художественную, спортивную, интеллектуальную и т. д. Создание и реализация таких программ могут способствовать ранней социальной адаптации детей с СД и повышению качества оказания им медицинской помощи в целом.



Поступила / Received 07.04.2022

Поступила после рецензирования / Revised 22.04.2022

Принята в печать / Accepted 22.04.2022

Список литературы / References

- Выготский Л.С. К психологии и педагогике детской дефективности. *Альманах института коррекционной педагогики*. 2019;(39):1–30. Режим доступа: <https://alldef.ru/ru/articles/almanah-39/the-psychology-and-pedagogy-of-child-efektivnosti>.
Vygotsky L.S. On psychology and pedagogy of child disability. *The Almanac Institute of Special Education*. 2019;(39):1–30. (In Russ.) Available at: <https://alldef.ru/ru/articles/almanah-39/the-psychology-and-pedagogy-of-child-efektivnosti>.
- Николаева В.В. (ред.). *Особенности становления ВКБ в детском возрасте. Психосоматика: телесность и культура*. М.: Академический Проект; 2009. 311 с. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=28136756&ysclid=l1fo1qg817>.
Nikolaeva V.V. (ed.). *Features of the formation of VKB in childhood. Psychosomatics: physicality and culture*. Moscow: Academic Project; 2009. 311 p. (In Russ.) Available at: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=28136756&ysclid=l1fo1qg817>.
- Свиштунова Е.В. Как ребенок воспринимает болезнь. *Медицинская сестра*. 2012;(2):47–52. Режим доступа: <https://medsestrajournal.ru/ru/25879979-2012-02-12>.
Svistunova E.V. How a child perceives illness. *Meditsinskaya Sestra*. 2012;(2):47–52. (In Russ.) Available at: <https://medsestrajournal.ru/ru/25879979-2012-02-12>.
- Вовненко К.Б. Исследование внутренней картины болезни детей младшего школьного возраста, больных сахарным диабетом 1-го типа. *Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена*. 2008;(88):67–71. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/issledovanie-vnutrenney-kartiny-bolezni-detey-mladshogo-shkolnogo-vozrasta-bolnyh-saharnym-diabetom-1-go-tipa>.
Vovnenko K.B. Investigation of the internal picture of the disease of primary school-age children with type 1 diabetes mellitus. *Izvestia of the A.I. Herzen Russian State Pedagogical University*. 2008;(88):67–71. (In Russ.) Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/issledovanie-vnutrenney-kartiny-bolezni-detey-mladshogo-shkolnogo-vozrasta-bolnyh-saharnym-diabetom-1-go-tipa>.
- Палмер Д., Палмер Л. *Эволюционная психология. Секреты поведения Homo Sapiens*. СПб.: Прайм-Еврознак; 2007. 384 с. Режим доступа: <https://search.rsl.ru/record/01003342604?ysclid=l1fo2zyqf3>.
Palmer D., Palmer L. *Evolutionary psychology. Secrets of the behavior of Homo Sapiens*. St Petersburg: Prime-Euroznak; 2007. 384 p. (In Russ.) Available at: <https://search.rsl.ru/record/01003342604?ysclid=l1fo2zyqf3>.
- Christie D., Thompson R., Sawtell M., Allen E., Cairns J., Smith F. et al. Structured, intensive education maximising engagement, motivation and long-term change for children and young people with diabetes: a cluster randomised controlled trial with integral process and economic evaluation – the CASCADE study. *Health Technol Assess*. 2014;18(20):1–202. <https://doi.org/10.3310/hta18200>.
- Psihogios A.M., Fellmeth H., Schwartz L.A., Barakat L.P. Family Functioning and Medical Adherence Across Children and Adolescents With Chronic Health Conditions: A Meta-Analysis. *J Pediatr Psychol*. 2019;44(1):84–97. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsy044>.
- Карабанова О.А., Молчанов С.В. Риски негативного воздействия информационной продукции на психическое развитие и поведение детей и подростков. *Национальный психологический журнал*. 2018;3(31):37–46. Режим доступа: <http://npsyj.ru/articles/detail.php?article=7717&ysclid=l1fndnbx4w>.
Karabanova O.A., Molchanov S.V. Risks of negative impact of information products on mental development and behavior of children and adolescents. *National Psychological Journal*. 2018;3(31):37–46. (In Russ.) Available at: <http://npsyj.ru/articles/detail.php?article=7717&ysclid=l1fndnbx4w>.
- Пивоварова А.М., Шабельникова Е.И., Горьханова З.К. Влияние цифровых технологий на здоровье детей. *Практика педиатра*. 2021;(4):12–20. Режим доступа: <https://medi.ru/pp/2021/04/26930>.
Pivovarova A.M., Shabelnikova E.I., Gorchkhanova Z.K. Influence of digital technologies on children's health. *Paediatric Practice*. 2021;(4):12–20. (In Russ.) Available at: <https://medi.ru/pp/2021/04/26930>.
- Малер М.С., Пайн Ф., Бергман А. *Психологическое рождение человеческого младенца. Симбиоз и индивидуация*. М.: Когито-Центр; 2011. 413 с. Режим доступа: <https://search.rsl.ru/record/01004963675>.
Mahler M.S., Pine F., Bergman A. *Psychological birth of a human baby. Symbiosis and individuation*. Moscow: Kogito-Center; 2011. 413 p. (In Russ.) Available at: <https://search.rsl.ru/record/01004963675>.
- Perry N.B., Dollar J.M., Calkins S.D., Keane S.P., Shanahan L. Childhood self-regulation as a mechanism through which early overcontrolling parenting is associated with adjustment in preadolescence. *Dev Psychol*. 2018;54(8):1542–1554. <https://doi.org/10.1037/dev0000536>.
- Wiebe D.J., Helgeson V., Berg C.A. The social context of managing diabetes across the life span. *Am Psychol*. 2016;71(7):526–538. <https://doi.org/10.1037/a0040355>.
- Андрянова Е.А., Киреева С.А., Проценко О.Ю. Особенности психологического сопровождения семей, воспитывающих ребенка с сахарным диабетом 1 типа. *Психосоматические и интегративные исследования*. 2018;(4):0102. Режим доступа: <http://psr.pro/articles/293>.
Andrianova E.A., Kireeva S.A., Protsenko O.Yu. Features of psychological support for families raising a child with type 1 diabetes mellitus. *Psychosomatic and integrative research*. 2018;(4):0102. (In Russ.) Available at: <http://psr.pro/articles/293>.
- Мотовилин О.Г., Щербачева Л.Н., Андриянова Е.А., Кураева Т.Л. Детско-родительские отношения в семьях детей, больных сахарным диабетом 1 типа. *Сахарный диабет*. 2008;(4):50–54. <https://doi.org/10.14341/2072-0351-5591>.
Motovilil O.G., Shcherbacheva L.N., Andrianova E.A., Kuraeva T.L. Child-parent relations in families of children with type 1 diabetes mellitus. *Diabetes Mellitus*. 2008;(4):50–54. (In Russ.) <https://doi.org/10.14341/2072-0351-55>.
- Коломиец И.Л. Эмоциональные и поведенческие характеристики детей с сахарным диабетом и их матерей. *Медицинская психология в России*. 2012;5(16). Режим доступа: http://mprj.ru/archiv_global/2012_5_16/nomer/nomer06.php.
Kolomiets I.L. Emotional and behavioral characteristics of children with diabetes mellitus and their mothers. *Medical Psychology in Russia*. 2012;5(16). (In Russ.) Available at: http://mprj.ru/archiv_global/2012_5_16/nomer/nomer06.php.
- Николаева В.В., Арина Г.А., Ованесбекова М.Л., Суркова Е.Л. Семейный фактор организации самоконтроля у больных сахарным диабетом. В: Боговяленская Д.Б. (ред.). *От истоков к современности: сборник мате-*

- риалов юбилейной конференции. Москва, 29 сентября – 01 октября 2015 г. М.: Когито-Центр; 2015. С. 302–304. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=24856024&ysclid=11fngjmarf>.
- Nikolaeva V.V., Arina G.A., Ovanesbekova M.L., Surkova E.L. The family factor of selfcontrol in patients with diabetes mellitus. In: Bogoyavlenskaya D.B. (ed.). *From the origins to the present: a collection of materials for the jubilee conference*. Moscow, September 29 – October 01, 2015. Moscow: Kogito-Center; 2015, pp. 302–304. (In Russ.) Available at: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=24856024&ysclid=11fngjmarf>.
17. Hannonen R., Aunola K., Eklund K., Ahonen T. Maternal Parenting Styles and Glycemic Control in Children with Type 1 Diabetes *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(2):214. <https://doi.org/10.3390/ijerph16020214>.
 18. Бондаренко С.М., Смирнов В.В., Даниленко О.В., Петряйкина Е.Е. Особенности внутренней картины болезни у детей и подростков, больных сахарным диабетом 1 типа. *Педиатрия. Журнал имени Г.Н. Сперанского*. 2006;(4):22–27. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-vnutrenney-kartiny-bolezni-u-detey-i-podrostkov-bolnyh-saharnym-diabetom-i-tipa>.
 19. Киреева Т.И., Ковшова О.С. Детско-родительские отношения в семьях подростков, страдающих сахарным диабетом первого типа, как фактор формирования отношения к болезни. *Неврологический вестник*. 2019;1(3):51–56. <https://doi.org/10.17816/nb15640>.
 20. Мотовилин О.Г., Лунякина О.В., Суркова Е.В., Шишкова Ю.А., Мельникова О.Г., Майоров А.Ю. Отношение к болезни пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типа. *Сахарный диабет*. 2012;15(4):51–58. <https://doi.org/10.14341/2072-0351-5538>.
 21. Лиходей Н.В., Калашникова М.Ф., Лиходей Е.М., Фадеев В.В. Анализ факторов, препятствующих формированию приверженности лечению среди больных сахарным диабетом, и стратегий, способствующих ее повышению. *Сахарный диабет*. 2018;21(1):5–14. <https://doi.org/10.14341/DM8781>.
 22. Landolt M.A., Vollrath M., Laimbacher J., Gnehm H.E., Sennhauser F.H. Prospective study of posttraumatic stress disorder in parents of children with newly diagnosed type 1 diabetes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44(7):682–689. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000161645.98022.35>.
 23. Whittemore R., Jaser S., Chao A., Jang M., Grey M. Psychological experience of parents of children with type 1 diabetes: a systematic mixed-studies review. *Diabetes Educ*. 2012;38(4):562–579. <https://doi.org/10.1177/0145721712445216>.
 24. Ferrito L., Predieri B., Pietraj D., Alessandrelli M.C., Pagnini M., Iannilli A. et al. Weekend-Based Parent-Group Intervention to Reduce Stress in Parents of Children and Adolescents with Type 1 Diabetes: A Pilot Study. *J Diabetes Res*. 2019;2019:7935945. <https://doi.org/10.1155/2019/7935945>.
 25. Свистунова Е.В., Григорьева Д.А. *Оказание психологической помощи пациентам с сахарным диабетом I типа и членам их семей*. М.: Альфа-Эндо; 2015. 40 с. Режим доступа: http://alfa-endo.ru/publications/okazanie_psihologicheskoi_pomoschi_pacientam_s_sah?ysclid=119lv4e8ej.
 26. Körner A., Würz J., Brosseau D.C., Brähler E., Kapellen T., Kiess W. Parental dyadic coping in families of children and adolescents with type 1 diabetes. *J Pediatr Endocrinol Metab*. 2013;26(9–10):867–875. <https://doi.org/10.1515/jpem-2012-0410>.
 27. Prikken S., Raymaekers K., Oris L., Weets I., Moons P., Luyckx K. Illness intrusiveness in parents of youth with type 1 diabetes: A longitudinal study. *Pediatr Diabetes*. 2020;21(5):890–899. <https://doi.org/10.1111/pedi.13030>.
 28. Урванцев Л.П. *Психология соматического больного*. Ярославль: Институт психологии РАН, Институт «Открытое общество»; 2000. 167 с. Режим доступа: <http://www.medpsy.ru/meds/meds141.php>.
 29. Сабунаева М.Л. Типы переживания критических ситуаций (на примере переживания родителями ситуации заболевания ребенка сахарным диабетом). *Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. Серия 9: Исследования молодых ученых*. 2007;(6):40–44. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/typy-perezhivaniya-kriticheskikh-situatsiy-na-primere-perezhivaniya-roditelyami-situatsii-zabolevaniya-rebenka-saharnym-diabetom>.
 30. Исаев Д.Н. *Эмоциональный стресс. Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей*. СПб.: Речь; 2005. 400 с. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=19530155>.
 31. Солохина Н.А. Некоторые подходы к изучению внутренней картины болезни и реакции на болезнь при психических расстройствах в подростковом возрасте. *Образовательный вестник «Сознание»*. 2011;13(6):297. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/nekotorye-podhody-k-izucheniyu-vnutrenney-kartiny-bolezni-i-reaktsii-na-bolezn-pri-psichicheskikh-rasstroystvah-v-podrostkovom-vozraste>.
 32. Collet N., Batista A.F.M.B., Nóbrega V.M.D., Souza M.H.D.N., Fernandes L.T.B. Self-care support for the management of type 1 diabetes during the transition from childhood to adolescence. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03376. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017038503376>.
 33. Kyngas H., Barlow J. Diabetes: an adolescent's perspective. *J Adv Nurs*. 1995;22(5):941–947. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1995.tb02646.x>.
 34. Немкова С.А. Нарушения психического развития при детском церебральном параличе: комплексная диагностика и коррекция. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2018;118(2):105–113.
 35. Никифорова Е.М., Воробьев Н.А., Мартынова Н.И., Антипин Д.А. Оценка психоэмоционального состояния родителей детей с онкологическими заболеваниями. *РМЖ*. 2019;(6):31–36. Режим доступа: https://www.rmj.ru/articles/onkologiya/Ocenka_psihoemocionalnogo_sostoyaniya_roditeley_detey_s_onkologicheskimi_zabolevaniyami.
 36. Александрова О.В., Ткаченко А.Е., Кушнарева И.В. Психологические особенности детей и подростков в восприятии ими болезни на разных этапах ее течения. *Педиатр*. 2018;9(3):124–128. Режим доступа: https://pediatr.gpmu.org/wp-content/uploads/2018/09/Pediatr_2018_3_end.pdf.
 37. Pals R.A.S., Coyne I., Skinner T., Grabowski D. A delicate balance between control and flexibility: Experiences of care and support among pre-teenage children with type 1 diabetes and their families. *Social Health Illn*. 2021;43(2):369–391. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13223>.
 38. Сафронов Д.А., Сурьянинова Т.И., Фетисова А.С. Особенности психологической адаптации детей, больных сахарным диабетом. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 2020;(1):52–57. Режим доступа: <https://applied-research.ru/article/view?id=12996>.
 39. Филин Н.Ю., Болотова Н.В., Райгородский Ю.М., Лученков А.А. Психические и вегетативные нарушения у детей и подростков с сахарным диабетом 1-го типа и их коррекция с помощью автотренингов. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2012;118(8):39–43. Режим доступа: <https://www.mediasphera.ru/issues/zhurnal-nevrologii-i-psikhiatrii-im-s-s-korsakova/2012/8/031997-7298201287>.

- Filina N.Yu., Bolotova N.V., Raigorodskii Iu.M., Luchenkov A.A. Mental and autonomic disorders in children and adolescents with diabetes mellitus type I and their correction using color and rhythm therapy. *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2012;112(8):39–43. (In Russ.) Available at: <https://www.mediasphera.ru/issues/zhurnal-nevrologii-i-psikiatrii-im-s-s-korsakova/2012/8/031997-7298201287>.
40. Rankin D., Harden J., Jepson R., Lawton J. Children's experiences of managing Type 1 diabetes in everyday life: a thematic synthesis of qualitative studies. *Diabet Med*. 2017;34(8):1050–1060. <https://doi.org/10.1111/dme.13362>.
 41. Быкова И.С., Барковская А.П. Отношение к болезни и его влияние на социально-психологическую адаптацию подростков с сахарным диабетом I типа. В: *Актуальные проблемы и достижения в медицине: сборник научных трудов по итогам международной межвузовской научно-практической конференции, г. Самара, 7 апреля 2014 г.* Самара: Инновационный центр развития образования и науки; 2014. С. 69–71. Режим доступа: <https://izron.ru/articles/aktualnye-problemy-i-dostizheniya-v-meditsine-sbornik/seksiya-20-mediko-sotsialnaya-ekspertiza-i-mediko-sotsialnaya-reabilitatsiya-spetsialnost-14-02-06/otnoshenie-k-bolezni-i-ego-vliyaniye-na-sotsialno-psikhologicheskuyu-adaptatsiyu-podrostkov-s-sakharnym/?ysclid=11fdetvxei>.
 - Bykova I.S., Barkovskaya A.P. Attitude to the disease and its impact on the socio-psychological adaptation of adolescents with type I diabetes. In: *Actual problems and achievements in medicine: a collection of scientific works based on the results of the international interuniversity scientific and practical conferences, Samara, 7 April 2014*. Samara: Innovative Center for the Development of Education and Science; 2014, pp. 69–71. (In Russ.) Available at: <https://izron.ru/articles/aktualnye-problemy-i-dostizheniya-v-meditsine-sbornik/seksiya-20-mediko-sotsialnaya-ekspertiza-i-mediko-sotsialnaya-reabilitatsiya-spetsialnost-14-02-06/otnoshenie-k-bolezni-i-ego-vliyaniye-na-sotsialno-psikhologicheskuyu-adaptatsiyu-podrostkov-s-sakharnym/?ysclid=11fdetvxei>.
 42. Leung J.M.W.S., Tang T.S., Lim C.E., Laffel L.M., Amed S. The four I's of adolescent transition in type 1 diabetes care: A qualitative study. *Diabet Med*. 2021;38:e14443. <https://doi.org/10.1111/dme.14443>.
 43. Gürkan K.P., Bahar Z. Living With Diabetes: Perceived Barriers of Adolescents. *J Nurs Res*. 2020;28(2):e73. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000349>.
 44. Зайцева Н.Г. Социальная адаптация учащегося в свете сахарного диабета. *Молодой ученый*. 2016;(8):15–17. Режим доступа: <https://moluch.ru/archive/112/28559>.
 - Zaitseva N.G. Social adaptation of a student in the light of diabetes mellitus. *Young Scientist*. 2016;(8):15–17. (In Russ.) Available at: <https://moluch.ru/archive/112/28559>.
 45. Edwards M., Davis H. *Counselling Children with Chronic Medical Conditions*. Wiley-Blackwell; 1997. 240 p. Available at: <https://www.wiley.com/en-us/Counselling+Children+with+Chronic+Medical+Conditions-p-9781854332417>.
 46. Чирикова А.Е., Шишкин С.В. Взаимодействие врачей и пациентов в современной России: векторы изменений. *Мир России*. 2014;23(2):154–182. Режим доступа: <https://mirros.hse.ru/article/view/4969>.
 - Chirikova A.E., Shishkin S.V. Interaction of doctors and patients in modern Russia: vectors of changes. *Universe of Russia*. 2014;23(2):154–182. (In Russ.) Available at: <https://mirros.hse.ru/article/view/4969>.
 47. Творогова Н.Д., Кулешов Д.В. Доверие к медицинскому учреждению. *Вестник новых медицинских технологий*. 2017;3(9):53–71. Режим доступа: <https://www.vshouz.ru/journal/2017/doverie-k-meditsinskomu-uchrezhdeniyu>.
 - Tvorogova N.D., Kuleshov D.V. Trust in a medical institution. *Journal of New Medical Technologies*. 2017;3(9):53–71. (In Russ.) Available at: <https://www.vshouz.ru/journal/2017/doverie-k-meditsinskomu-uchrezhdeniyu>.
 48. Козлова А.В., Алленова И.А. Конфликт родителей и персонала детской больницы: психологические причины и пути преодоления. *Детская больница*. 2012;(2):13–17. Режим доступа: <https://rdkb.ru/files/file312.pdf>.
 - Kozlova A.V., Allenova I.A. Conflict of parents and staff of children's hospital: psychological causes and ways of overcoming. *Children's Hospital*. 2012;(2):13–17. (In Russ.) Available at: <https://rdkb.ru/files/file312.pdf>.
 49. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания. *Диагностика и профилактика: практическое пособие*. 3-е изд., испр. и доп. М.: Юрайт; 2021. 299 с. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=20093473&ysclid=11f06benta>.
 - Vodopyanova N.E., Starchenkova E.S. *Burnout syndrome. Diagnostics and prevention: a practical guide*. 3rd ed. Moscow: Yurayt; 2021. 299 p. (In Russ.) Available at: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=20093473&ysclid=11f06benta>.
 50. Осипова Н.Г., Семина Т.В. Идеальный тип и профессиональные деформации личности врача в условиях современного этапа глобализации. *Общество: социология, психология, педагогика*. 2017;(5):32–36. <https://doi.org/10.24158/spp.2017.5.6>.
 - Osipova N.G., Semina T.V. The ideal type and professional deformations of a physician's personality in the modern globalized society. *Society: Sociology, Psychology, Pedagogics*. 2017;(5):32–36. (In Russ.) <https://doi.org/10.24158/spp.2017.5.6>.
 51. Cohen H., Beydoun D., Chien D., Lessor T., McCabe D., Muenzberg M. et al. Awareness, Knowledge, and Perceptions of Biosimilars Among Specialty Physicians. *Adv Ther*. 2017;33(12):2160–2172. <https://doi.org/10.1007/s12325-016-0431-5>.
 52. Майоров А.Ю., Суркова Е.В., Мотовилин О.Г., Мельникова О.Г., Шишкова Ю.А. Обучение больных диабетом: синтез доказательной медицины и психологического подхода. *Сахарный диабет*. 2011;14(1):46–52. <https://doi.org/10.14341/2072-0351-6249>.
 - Mayorov A.Yu., Surkova E.V., Motovil O.G., Mel'nikova O.G., Shishkova Yu.A. Education of diabetic patients: synthesis of evidence-based medicine and psychological approach. *Diabetes Mellitus*. 2011;14(1):46–52. (In Russ.) <https://doi.org/10.14341/2072-0351-6249>.
 53. Duberg A., Hagberg L., Sunvisson H., Möller M. Influencing Self-rated Health Among Adolescent Girls With Dance Intervention: A Randomized Controlled Trial. *JAMA Pediatr*. 2013;167(1):27–31. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.421>.
 54. Koch S.C., Riege R.F.F., Tisborn K., Biondo J., Martin L., Beelmann A. Effects of Dance Movement Therapy and Dance on Health-Related Psychological Outcomes. A Meta-Analysis Update. *Front Psychol*. 2019;(10):1806. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01806>.
 55. Barranco-Ruiz Y., Paz-Viteri S., Villa-González E. Dance fitness classes improve the health-related quality of life in sedentary women. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(11):3771. <https://doi.org/10.3390/ijerph17113771>.

Информация об авторах:

Мотовилин Олег Геннадьевич, к.псих.н., доцент, ведущий научный сотрудник, Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии; 117036, Россия, Москва, ул. Дмитрия Ульянова, д. 11; motovil@yandex.ru

Саверская Елена Николаевна, д.м.н., профессор кафедры терапии с курсом фармакологии и фармации, Медицинский институт непрерывного образования Московского государственного университета пищевых производств; 125080, Россия, Москва, Волоколамское шоссе, д. 11; lsaverskaya@mail.ru

Хаиров Руслан Рашитович, генеральный директор, педагог-хореограф, Центр творческого развития «Вера в себя»; 121069, Россия, Москва, ул. Большая Никитская, д. 43 khairov1981@yandex.ru

Information about the authors:

Oleg G. Motovilin, Cand. Sci. (Psych.), Associate Professor, Leading Researcher, National Medical Research Center for Endocrinology; 11, Dmitry Ulyanov St., Moscow, 117036, Russia; motovil@yandex.ru

Elena N. Saverskaya, Dr. Sci. (Med.), Professor of the Department of Therapy with a Course in Pharmacology and Pharmacy, Medical Institute of Continuing Education, Moscow State University of Food Production; 11, Volokolamskoe Shosse, Moscow, 125080, Russia; lsaverskaya@mail.ru

Ruslan R. Khairov, General Director, Teacher-choreographer, Center for Creative Development "Faith in yourself"; 4, Bolshaya Nikitskaya St., Moscow, 121069, Russia; khairov1981@yandex.ru