

УДК 159.9.072.43

**ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН
С ДИАГНОЗОМ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 1 ТИПА*****Шамардина Марина Валерьевна***

*Кандидат психологических наук, доцент,
доцент кафедры общей и прикладной психологии,
Алтайский государственный университет, г. Барнаул, Россия
e-mail: marav_sh@mail.ru*

Гребенщикова Нина Андреевна

*Клинический психолог, Алтайский государственный университет,
г. Барнаул, Россия
e-mail: g_ninel@mail.ru*

Данная проблема работы определена современной ситуацией увеличения заболеваемости среди лиц молодого возраста сахарным диабетом 1 типа (инсулинозависимый СД 1 типа). В работе представлено исследование особенностей отношения к болезни молодых женщин, которые имеют разный стаж заболевания. Исследование отношения к болезни у молодых женщин с диагнозом СД было проведено в контексте дисфункциональных когнитивных искажений и стратегий совладания со стрессом. В рамках проведенного исследования определено состояние молодых женщин с диагнозом сахарный диабет I типа, проведено сравнение с женщинами в молодости без установленных хронических заболеваний. Так показано что у молодых женщин без хронических соматических заболеваний, проявляются адаптивные варианты отношения к болезни, в то время как у молодых женщин с диагнозом сахарный диабет 1 типа более выражены дезадаптивные типы отношения к собственному заболеванию. По результатам исследования обнаружен чувственный компонент отношения к болезни при СД 1, который характеризуется дискомфортными физиологическими симптомами, что ведет к нарушению нормального функционирования человека, и к особенностям эмоционального компонента, которые проявляются в виде развития тревожной и депрессивной симптоматики. Мотивационный компонент отношения к болезни у женщин с диагнозом СД 1 типа характеризуется использованием стратегий совладающего поведения: избегание, поиск социальной поддержки, положительное переосмысление, принятие ответственности и самоконтроль.

Ключевые слова: отношение к болезни, переломное событие, диагноз сахарный диабет 1 типа, стратегии совладания со стрессом, женщины в молодости.

**PSYCHOLOGICAL ATTITUDES TOWARD ILLNESS IN YOUNG WOMEN
WITH TYPE 1 DIABETES*****Shamardina Marina Valerievna***

*PhD in Psychology, Associate Professor, Department of General and Applied
Psychology, Altai State University, Barnaul, Russia
e-mail: marav_sh@mail.ru*

Grebenshchikova Nina Andreevna

Clinical psychologist, Altai State University, Barnaul, Russia

e-mail: g_ninel@mail.ru

The relevance of this study is underscored by the growing prevalence of type 1 diabetes mellitus (insulin-dependent diabetes) among young individuals. This paper investigates the characteristics of disease perception among young women with varying durations of illness. The research explores attitudes toward illness in young women diagnosed with diabetes, focusing on dysfunctional cognitive distortions and stress-coping strategies. The study compares the psychological condition of young women diagnosed with type 1 diabetes mellitus with that of their peers without chronic diseases. The findings reveal that young women without chronic somatic conditions demonstrate adaptive attitudes toward illness, whereas those diagnosed with type 1 diabetes exhibit more pronounced maladaptive attitudes. Furthermore, the motivational component of disease perception in women with type 1 diabetes is characterized by the use of specific coping strategies, including avoidance, seeking social support, positive reframing, acceptance of responsibility, and self-control.

Keywords: attitude to illness, turning point, diagnosis of type 1 diabetes, stress coping strategies, women in youth.

Наличие заболевания у человека определяет его актуальные паттерны поведения в связи с изменениями, отражающимися в образе жизни. Особо можно выделить диагноз сахарный диабет 1 типа, т.к. заболевание заставляет человека изменить свои вкусовые привычки, запускает трансформацию пищевого поведения, поскольку болезнь как переломное событие выступает как новый взгляд на собственную жизнь [7, 12]. Психическая сфера заболевшего травмируется глубокими переживаниями, связанными с угрозой инвалидизации, заболевание заставляет менять жизненные планы и иногда сферу деятельности, определяет ключевой интерес к правильному питанию.

Сахарный диабет - это хроническое заболевание, которое предъявляет требования к перестройке повседневного образа жизни человека при учете рекомендации врачей. Сахарный диабет I типа у человека на фоне выраженных физиологических симптомов формирует особенное отношение к этому заболеванию, а также вырабатывается поведение, призванное совладать со сложившимися условиями.

В настоящее время актуальной социальной темой становится медико-психологическое сопровождение людей, имеющих диагноз «сахарный диабет I

типа», что сопровождается нарушениями социальной адаптации и приводит к снижению качества жизни больных. Рост уровня заболеваемости сахарным диабетом среди женщин сегодня становится социальной угрозой для здоровья женщины в целом. По данным ТАСС в России каждый год выявляют в среднем на 15% больше пациентов с сахарным диабетом [1].

Формирование адаптивного восприятия заболевания и формирование адекватной позиции, наиболее приближенной к объективной реальности внутренней картины болезни становится залогом гармонизации общего состояния заболевшего. Отношение к заболеванию у человека формирует когнитивные искажения в психике и запускают новые способы совладания со стрессом, что напрямую влияет на продуктивность проводимого лечения. Диагностика внутренней картины болезни заболевших диагнозом сахарный диабет задает направление нашего исследования.

Изучение темы отношения к болезни и разных типов реагирования на возникновение в организме хронического заболевания рассматривалось в работах отечественных авторов С.М. Бондаренко и В.В. Смирнова, которые в своих исследованиях показали особенности внутренней картины болезни у детей с диагнозом сахарным диабетом. Эмоционально-аффективная сфера таких больных описана в работах Д.Р. Валитовой, Т.Р. Бикташева, отношение к болезни у подростков рассмотрено М.В. Шамардиной и И.А. Ральниковой, которые рассматривают сахарный диабет как переломное жизненное событие для заболевшего и т. д. [7, 11]. Вклад в развитие данного направления можно выделить в работах М.И. Баженовой, И.В. Грошевой, Т.С. Гутовой [2], О.Е. Ельниковой [3], И.Н. Киушкиной, В.Г. Лычева, В.М. Гранитова, М.А. Никулина, В.В. Ковалёва [4,5] и т.д.

Целью нашего исследования стало изучение особенностей отношения к болезни через описание структуры внутренней картины болезни и тревожно-

депрессивной симптоматики у женщин молодого возраста с диагнозом сахарный диабет I типа.

Опираясь на анализ медицинской и клинико-психологической научной литературы нами были использованы следующие методы исследования - анкетный опрос и психологическое тестирование: Шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory, BDI), Шкала тревоги Бека (Beck Anxiety Inventory, BAI), методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ), Шкала дисфункциональных когнитивных искажений А. Бека, А. Вейсман (Dysfunctional Attitudes Scale Revised (DAS-A-17)), Опросник совладания со стрессом COPE (Coping Orientation to Problems Experienced Inventory) и Шкала безнадёжности Бека. Математическая обработка полученных данных проводилась с помощью методов однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA), корреляционного анализа по Спирмену и регрессионного анализа.

Выборку исследования составили участники онлайн-опроса – это женщины на территории Алтайского края и Республики Алтай, а именно 40 девушек в возрасте от 21 до 27 лет с подтверждённым диагнозом «сахарный диабет I типа» (диагноз сахарный диабет поставлен в подростковом возрасте) и 23 девушки в возрасте от 21 до 27 лет без хронических заболеваний.

В исследованиях отмечено, что саморегуляция в течении хронического заболевания определяет гармонизацию состояния. Как показано А.Ш. Тхостовым, Г.А. Ариной и В.В. Николаевой, внутренняя картина болезни - это результат взаимодействия телесного опосредования, эмоционального опосредования, когнитивного и мотивационно-смыслового опосредования [8, 11]. А.Ш. Тхостов сформулировал Семиотическую модель внутренней картины болезни, в основе которой лежит представление, что культурное обозначение симптома указывает не только на собственно телесные ощущения, но и на саму болезнь. Отношение схемы тела и телесного ощущения может быть преобразовано, в результате чего проявляется вторичная семиологическая

система, в которой непосредственно обозначение ощущения может стать базой для формирования телесного конструкта или «схемы тела» в качестве «симптома в общей «концепции болезни». Субъективное восприятие болезни раскрывается через призму иерархии мотивов человека, и под воздействием этой системы складывается образ болезни [2]. Поведение человека характеризуется повышением уровня самоконтроля за собственным поведением и действиями, что может быть обусловлено постоянной необходимостью соблюдения заболевшим СД 1 типа необходимых рекомендаций и предписаний врачей [6].

При исследовании отношения к болезни авторы чаще всего обращаются к типологии, предложенной Н.В. Борисовой, Е.С. Груздевой, А.Е. Личко и Н.Я. Ивановой. Через анализ выявленного типа отношения к болезни, доминирующего во внутренней картине болезни человека, можно сделать обобщённые выводы о структуре общего отношения к болезни, включающей в большей мере эмоциональный и мотивационный компоненты и в меньшей степени когнитивный [2, 7]. Множество работ, посвящённых изучению типов отношения к болезни у представителей лиц с диагнозом «сахарный диабет I типа», свидетельствуют о том, что у них наиболее выражены такие типы, как эйфорический, паранойяльный, эргопатический и, в меньшей степени по сравнению с предыдущими, ипохондрический тип [8, 9, 12].

Эйфорический тип или анозогнозический тип реагирования на болезнь представляет собой попытки активно отрицать мысли о болезни и/или о возможных её последствиях вплоть до полного ухода от объективных фактов. Паранойяльный тип отношения к болезни, так же, как и анозогнозический, является дезадаптивным, потому как несмотря на то, что болезнь и её последствия вполне признаются человеком, присутствует абсолютная уверенность пациента в том, что его заболевание – результат не зависящих от него внешних причин, в частности, чьего-то преднамеренного умысла. В

противовес двум предыдущим, эргопатический тип отношения к болезни ведёт к меньшей степени снижения адаптации человека. Пациенты с таким отношением к болезни склонны к сверхответственному подходу к работе, иногда даже в большей степени, чем до заболевания [7]. Помимо этого, рядом авторов было обнаружено, что восприятие собственного заболевания лицами с сахарным диабетом I типа сравнительно чаще отличается проявлением так называемой гипонозогнозии [9]. В понимании А.Б. Смулевича это один из двух основных типов восприятия болезни, характеризующийся низкой значимостью переживаний, склонностью к недостаточной серьёзности отношения к симптомам своего заболевания и его последствиям [10].

Таким образом, имеющиеся в психологической науке данные и исследования говорят о том, что чувственный компонент отношения к болезни при СД 1 характеризуется системой стандартных жалоб, представленных в виде дискомфортных физиологических симптомов, ведущих к нарушению нормального функционирования человека. Особенности эмоционального компонента проявляются в виде развития тревожной и депрессивной симптоматики с включением фобических переживаний, а также стойких колебаниях настроения. Иногда в общей картине превалирует противоположный полюс – состояние ангедонии. Специфика интеллектуального или рационального компонента представлена в виде закономерного снижения когнитивного функционирования вследствие физиологических нарушений при инсулинозависимом сахарном диабете, а также в виде выраженности таких когнитивных искажений, как катастрофизация и гиперконтроль. Мотивационный компонент отношения к болезни характеризуется использованием таких стратегий совладающего поведения, как избегание, поиск социальной поддержки, положительное переосмысление, принятие ответственности и самоконтроль.

На первом этапе нашего исследования была проведена субъективная оценка интенсивности боли. Среднее значение по показателю выраженности боли в группе женщин с сахарным диабетом 1 типа – 4,35, а в группе женщин без хронических заболеваний – 1,35. Далее были проанализированы результаты, полученные при использовании однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA) для выявления достоверных различий в двух группах женщин (с установленным диагнозом сахарный диабет и без хронических соматических заболеваний). Выявлены достоверные различия по шкале тревоги А. Бека ($F=5,725$, $p=0,021$).

Далее в рамках нашего исследования была проведена оценка совладания со стрессом по опроснику COPE (Coping Orientation to Problems Experienced Inventory). Выявлены достоверные различия по шкале «Позитивное переопределение и личностный рост» ($F=6,284$, $p=0,016$). Обнаружено, что женщины с диагнозом сахарный диабет 1 типа значительно реже используют для совладания со стрессом стратегию «переосмысления» сложившейся ситуации в оптимистичном ключе, что может быть обусловлено наличием когнитивных искажений высокой степени выраженности в структуре непосредственного отношения к болезни. Также установлены достоверно значимые различия по шкале «Использование инструментов социальной поддержки» ($F=7,924$, $p=0,007$) и по шкале «Использование юмора» ($F=6,497$, $p=0,015$), данный факт может свидетельствовать о том, что женщины с сахарным диабетом 1 типа в силу особенностей личностного реагирования или отношения к болезни не склонны к формулированию проблем в юмористическом ключе для снижения их эмоциональной значимости. Обнаружились достоверные различия по шкале «Поведенческое избегание» ($F=5,895$, $p=0,020$), значит в первой группе женщины реже прибегают к стратегии, подразумевающей отказ от следования за поставленной целью и регуляции деятельности, направленной на совладание со стрессовой ситуацией.

Среди всех шкал опросника когнитивных ошибок (СМQ) достоверные различия между группами женщин с диагнозом сахарный диабет 1 типа и женщин без хронических соматических заболеваний выявились только по шкале «Катастрофизация» ($F=5,849$, $p=0,020$). Также выявлены достоверные различия по уровню безнадёжности, диагностированному с помощью шкалы безнадёжности Бека (ВНІ) ($F=11,240$, $p=0,002$). В результате обнаружено, что у женщин с диагнозом сахарный диабет 1 типа наблюдается значительно более высокий уровень выраженности безнадёжности, чем в группе женщин без хронических соматических заболеваний. Также по опроснику ТОБОЛ были выявлены значимые различия по шкале «Неврастенический тип отношения к болезни» ($F=8,019$, $p=0,007$), что позволяет заключить, что в группе женщин с сахарным диабетом 1 типа часто проявляются такие особенности отношения к болезни, как раздражительная слабость, сочетающаяся с агрессивными тенденциями и вспышками раздражительности, присутствующими в поведении человека, также обнаружены достоверные различия по шкале «Дисфорический тип отношения к болезни» ($F=8,062$, $p=0,007$).

Таким образом, по результатам, полученным в ходе однофакторного дисперсионного анализа, можно говорить об особенностях внутренней картины болезни у женщин с диагнозом сахарный диабет 1 типа. Этим женщинам свойственно более интенсивное субъективное ощущение боли, обусловленное их соматическим диагнозом. На этом фоне развивается тенденция к неврастеническим и дисфорическим проявлениям отношения к заболеванию, что характеризуется устойчивыми негативными переживаниями, с преобладанием тревожной симптоматики и формированием чувства безнадёжности в отношении своего состояния и будущего.

Следующий этап эмпирического исследования был направлен на анализ типов отношения к болезни. Так в группе женщин с диагнозом сахарный диабет 1 типа преобладали испытуемые с доминирующим *анозогнозическим типом*

отношения к болезни, характеризующимся активным отрицанием собственного заболевания и его последствий (39% от общего числа испытуемых в группе с СД 1 типа), второе место занимают *гармонический и эргонатический* типы отношения к болезни (по 13%). Далее, в равной степени присутствуют женщины с преобладанием *ипохондрического, неврастенического и дисфорического* типов отношения к болезни (по 9%). В то время как в группе женщин без хронических соматических заболеваний к доминирующим типам относятся *гармонический тип* отношения к болезни (42%) и *анозогнозический тип* (35%).

На следующем этапе был проведён корреляционный анализ по Спирмену для выявления взаимосвязей между типами отношения к болезни и другими характеристиками отношения к болезни. Были обнаружены значимые корреляционные взаимосвязи между типами отношения к болезни и следующими показателями целостного отношения к болезни: копинг-стратегии, выраженность когнитивных искажений, тревожные и депрессивные симптомы, а также уровень безнадёжности.

В группе женщин с сахарным диабетом 1 типа была выявлена значимая положительная взаимосвязь между анозогнозическим типом отношения к болезни и выраженностью субъективного восприятия боли ($r=0,626$; $p=0,003$). Кроме этого, были обнаружены достоверные отрицательные корреляции между анозогнозическим типом отношения к болезни и выраженностью безнадёжности ($r=-0,516$; $p=0,020$) и соматических симптомов депрессии ($r=-0,571$; $p=0,009$). Также в группе женщин с СД 1 типа были выявлены значимые взаимосвязи между гармоническим типом отношения к болезни и шкалами «Позитивное переопределение, и личностный рост» ($r=0,466$; $p=0,038$) и «Депрессия» ($r=-0,445$; $p=0,05$).

Полученные результаты позволяют сделать вывод, что наиболее благоприятный вариант отношения к собственному заболеванию,

характеризующийся адекватной его оценкой и активной позицией, сочетается с более низкой выраженностью депрессивных симптомов и более частым использованием стратегии совладания со стрессовыми ситуациями, при которой происходит позитивное переосмысление негативных событий.

В этой же группе (женщины с СД 1 типа) были выявлены значимые положительные корреляционные связи между эргопатическим типом отношения к болезни и шкалами «Чтение мыслей» ($r=0,484$; $p=0,031$) и «Позитивное переопределение и личностный рост» ($r=0,476$; $p=0,034$). Эргопатический тип отношения к болезни, как и гармонический, часто относят к благоприятным вариантам формирования отношения к болезни, однако он также подразумевает уход от негативных и стрессовых факторов в социально одобряемую сферу – работу. Обнаружена значимая положительная корреляционная связь между дисфорическим типом отношения к болезни и шкалами «Болезненное сравнение» ($r=0,563$; $p=0,01$), «Безнадёжность» ($r=0,478$; $p=0,033$), «Депрессия» ($r=0,539$; $p=0,014$) и «Когнитивно-аффективная депрессия» ($r=0,621$; $p=0,03$), а также значимая отрицательная корреляционная связь со шкалой «Планирование совладания» ($r=-0,488$; $p=0,029$). Полученные результаты могут говорить о том, что пониженное настроение, чувство повышенной озлобленности и гневливости, а также негативное отношение к окружающим у женщин с сахарным диабетом 1 типа формируются на фоне высокого уровня безнадёжности относительно своего состояния и потенциального будущего.

В этой же группе выявлены значимые положительные корреляционные связи между ипохондрическим типом отношения к болезни и шкалами «Долженствование» ($r=0,564$; $p=0,010$) и «Соматическая депрессия» ($r=0,469$; $p=0,037$) а также достоверные отрицательные взаимосвязи со шкалами «Активный копинг» ($r=-0,591$; $p=0,006$) и «Планирование совладания» ($r=-0,537$; $p=0,015$). Особенностью ипохондрического типа отношения к болезни

является выраженная фиксация на негативно переживаемых соматических ощущениях, что вполне объясняет высокую взаимосвязь с высоким уровнем выраженности телесных симптомов депрессивного состояния. Также выявлены значимые положительные корреляции между неврастеническим типом отношения к болезни и шкалами «Тревога» ($r=0,457$; $p=0,043$), «Долженствование» ($r=0,650$; $p=0,002$), «Безнадёжность» ($r=0,674$; $p=0,001$), «Депрессия» ($r=0,500$; $p=0,025$) и «Когнитивно-аффективная депрессия» ($r=0,573$; $p=0,008$), а также значимая отрицательная корреляционная связь со шкалой «Планирование совладания» ($r=-0,527$; $p=0,017$). Таким образом, женщины с диагнозом сахарный диабет 1 типа и высокой выраженностью неврастенических тенденций в отношении своего заболевания демонстрируют также высокий уровень переживания тревоги и безнадёжности.

В этой же группе женщин (с СД 1 типа) выявлены значимые положительные корреляционные взаимосвязи между тревожным типом отношения к болезни и шкалами «Психическое избегание» ($r=0,528$; $p=0,017$), «Религиозный копинг» ($r=0,630$; $p=0,003$), «Планирование совладания» ($r=0,500$; $p=0,025$) и «Использование эмоциональной социальной поддержки» ($r=0,587$; $p=0,007$), а также достоверная отрицательная корреляция со шкалой «Боль» ($r=-0,465$; $p=0,039$), полученные результаты позволяют судить о высокой выраженности у женщин с сахарным диабетом 1 типа тенденции к избеганию стрессовых ситуаций или переживаний, сочетающихся со стремлением найти отклик и поддержку в окружающих людях для совладания со стрессом.

Таким образом, особенности отношения к болезни у женщин с сахарным диабетом 1 типа взаимосвязаны с особенностями реагирования на стрессовые ситуации и выраженностью некоторых когнитивных искажений, особенностями проявления тревожно-депрессивной симптоматики и выраженностью болевого синдрома, сопровождающего основное хроническое

соматическое заболевание. По результатам исследования отношение к болезни у женщин этой группы связаны с негативными переживаниями, с использованием неадаптивных вариантов совладающего поведения и выраженностью дезадаптивных когнитивных искажений.

На основе полученных после проведения корреляционных данных нами был проведён линейный регрессионный анализ с целью выявления предикторов формирования тех или иных типов отношения к собственному заболеванию. В качестве независимых переменных были включены копинг-стратегии, симптомы тревоги и депрессии и выраженность безнадёжности и когнитивных ошибок, а в качестве зависимой – тип отношения к болезни.

Таблица 1. Предиктор формирования анозогнозического типа отношения к болезни у женщин с диагнозом сахарный диабет 1 типа

Предиктор	B	Бета	p
Соматическая депрессия	-1,320	-0,462	0,024
Показатели модели: $R^2=0,341$; $R^2_{adj}=0,304$; $F=9,296$; $p=0,007$			

Полученные результаты свидетельствуют о том, что более низкая выраженность соматических симптомов депрессии способствуют развитию анозогнозического типа отношения к болезни, подразумевающего отрицание и избегание собственного заболевания и его рисков, в том числе проявлений собственной болезни и, соответственно, беспокоящих симптомов.

Таблица 2. Предиктор формирования дисфорического типа отношения к болезни у женщин с диагнозом сахарный диабет 1 типа

Предикторы	B	Бета	p
Планирование совладания	-1,013	-0,409	0,026
Когнитивно-аффективная депрессия	0,894	0,621	0,002
Показатели модели: $R^2=0,524$; $R^2_{adj}=0,167$; $F=5,953$; $p=0,026$			

Опираясь на полученные данные, можно сделать вывод о том, что планирование своей деятельности для разрешения стрессовых ситуаций способствует снижению вероятности развития *дисфорического типа* отношения к болезни, характеризующегося сниженным настроением и негативным отношением к собственному окружению. *Когнитивно-аффективные симптомы депрессии*, напротив, способствуют более вероятному развитию *дисфорического типа* отношения к болезни и повышают риски формирования аффективных нарушений.

Таблица 3. Предиктор формирования ипохондрического типа отношения к болезни у женщин с диагнозом сахарный диабет 1 типа

Предиктор	B	Бета	p
Депрессия	0,804	0,676	0,001
Показатели модели: $R^2=0,457$; $R^2_{adj}=0,457$; $F=15,122$; $p=0,001$			

Полученные данные позволяют судить о том, что депрессивные симптомы, включающие как наличие когнитивных и аффективных проявлений, так и физиологических маркеров наличия депрессивного состояния, имеют влияние на формирование предрасположенности к ипохондрическому типу отношения к болезни, что проявляется в постоянной фиксации на негативных симптомах и аспектах заболевания, приводящих к снижению психологической адаптации человека.

Таблица 4. Предикторы формирования тревожного типа отношения к болезни у женщин с диагнозом сахарный диабет 1 типа

Предикторы	B	Бета	p
Использование эмоциональной социальной поддержки	0,734	0,569	0,005
Боль	-1,276	-0,386	0,041
Показатели модели: $R^2=0,484$; $R^2_{adj}=0,149$; $F=4,898$; $p=0,041$			

Данные результаты позволяют говорить о том, что использование эмоциональной социальной поддержки для снятия актуального состояния стресса и тревоги без использования инструментальной помощи является предиктором формирования тревожного типа отношения к болезни, в то время как высокое субъективное ощущение выраженности боли снижает вероятность превалирования в отношении к болезни тревожных тенденций.

Исходя из вышесказанного, можно утверждать, что наибольшее влияние на формирование типа отношения к болезни оказывает выраженность депрессивной симптоматики, как когнитивно-аффективного, так и соматического его компонента, а также использование или не использование определённых копинг-стратегий, а ситуация хронического соматического заболевания неотъемлемо связана с нарастанием выраженных тревожных и негативных переживаний, подкрепляющихся отсутствием адаптивных стратегий совладания со стрессом. Выявленные особенности всех компонентов отношения к болезни позволяет определить основные мишени психологической работы для стабилизации психоэмоционального состояния и составления плана коррекции для дальнейшей адаптации в изменённых болезнью условиях.

Список литературы:

1. Бабарахимова С.Б., Шарипова Ф.К. Эффективность оказания психолого-педагогической помощи подросткам с сахарным диабетом I типа // Образовательные науки и психология. 2017. № 3(45). С. 77–80.
2. Гугова Т.С. Психологическое исследование особенностей отношения к болезни у мужчин и женщин, больных сахарным диабетом I типа // Вестник Ленинградского государственного университета им. А. С. Пушкина. 2015. № 1. С. 95–102.
3. Ельникова О.Е. Концепт «Отношение к болезни» как научная проблема / Комплексные исследования детства. 2020. № 4. С. 292–304.
4. Ковалев Ю.В. Сахарный диабет и тревожные расстройства // Медицинская психология в России. 2011. № 5. С. 11.
5. Личко А.Е., Иванов Н.Я. Медико-психологическое обследование соматических больных // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1980. № 8. С. 1195–1198.

6. Мотовилин О.Г., Шишкова Ю.А., Суркова Е.В. Стратегии совладания (копинг-стратегии) у больных сахарным диабетом 1 и 2 типа на инсулинотерапии: связь с эмоциональным благополучием и уровнем гликемического контроля // Сахарный диабет. 2015. № 4. С. 41–47.
7. Ральникова И.А., Шамардина М.В., Першина Н.А. Заболевание сахарным диабетом в подростковом возрасте как переломное жизненное событие // Мир науки, культуры, образования. 2016. № 2 (57). С. 295–299.
8. Сапожникова И.Е., Зотина Е.Н. Отношение к болезни пациентов с сахарным диабетом 1-го и 2-го // Терапевтический архив. 2017. № 10. С. 22–27.
9. Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Новикова И.А., Мулькова Н.Н. Внутренняя картина болезни при сахарном диабете и её зависимость от психодинамических особенностей нервной системы // Проблемы Эндокринологии. 2006. № 52(3). С. 3–7.
10. Смулевич А. Б. Психосоматические расстройства // Руководство по психиатрии. М. : Медицина, 1999. Т. 2. С. 466–489.
11. Тхостов А.Ш., Рассказова Е.И., Плужников И.В. Социальные факторы нарушения телесной регуляции // Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием Клиническая психология в здравоохранении и образовании. М. : 2011. С. 261–267.
12. Шамардина М.В., Ральникова И.А., Боровец А.А. Психологическое здоровье семьи, воспитывающей подростка с диагнозом сахарный диабет 1 типа: монография. Барнаул: АлтГУ, 2022. № 5 (16). С. 25–32.
13. Якунина Е.О. Влияние эмоций на заболевание «сахарный диабет 1-го типа» // Вестник науки. 2021. № 5-1 (38). С. 30–34.

References:

1. Babarakhimova S.B., Sharipova F.K. Efficiency of providing psychological and pedagogical assistance to adolescents with type I diabetes. Educational Sciences and Psychology. 2017. No. 3(45). P. 77–80.
2. Gutova T.S. Psychological study of the characteristics of attitude towards the disease in men and women with type I diabetes. Bulletin of the Leningrad State University named after A.S. Pushkin. 2015. No. 1. P. 95–102.
3. Elnikova O.E. The concept of "Attitude to illness" as a scientific problem. Literature review / Comprehensive studies of childhood. 2020. No. 4. P. 292–304.
4. Kovalev Yu.V. Diabetes mellitus and anxiety disorders. Medical Psychology in Russia. 2011. No. 5. P. 11.
5. Lichko A.E., Ivanov N.Ya. Medical and psychological examination of somatic patients. Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakov. 1980. No. 8. P. 1195–1198.
6. Motovilin O.G., Shishkova Yu.A., Surkova E.V. Coping strategies in patients with type 1 and type 2 diabetes mellitus on insulin therapy: relationship with

emotional well-being and level of glycemic control. *Diabetes mellitus*. 2015. No. 4. P. 41–47.

7. Ralnikova I.A., Shamardina M.V., Pershina N.A. Diabetes mellitus in adolescence as a turning point in life. *World of science, culture, education*. 2016. No. 2 (57). P. 295–299.

8. Sapozhnikova I.E., Zotina E.N. Attitude to the disease of patients with diabetes mellitus type 1 and type 2. *Therapeutic archive*. 2017. No. 10. P. 22–27.

9. Sidorov P.I., Soloviev A.G., Novikova I.A., Mulkova N.N. Internal picture of the disease in diabetes mellitus and its dependence on psychodynamic features of the nervous system. *Problems of Endocrinology*. 2006. No. 52(3). P. 3–7.

10. Smulevich A. B. Psychosomatic disorders. *Handbook of Psychiatry*. Moscow: Medicine, 1999. Vol. 2. P. 466–489.

11. Tkhostov A.Sh., Rasskazova E.I., Pluzhnikov I.V. Social factors of bodily regulation disorders // All-Russian scientific and practical conference with international participation *Clinical psychology in health care and education*. Moscow: 2011. P. 261–267.

12. Shamardina M.V., Ralnikova I.A., Borovets A.A. Psychological health of a family raising a teenager diagnosed with type 1 diabetes: monograph. Barnaul: Altai State University, 2022. No. 5 (16). P. 25–32.

13. Yakunina E.O. The influence of emotions on the disease "diabetes mellitus type 1" // *Bulletin of Science*. 2021. No. 5-1 (38). P. 30–34.