

На правах рукописи

УДК 159.9:61+616.89

Павлова Любовь Борисовна

**ВЛИЯНИЕ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ НА
ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И СИСТЕМУ ОТНОШЕНИЙ ДЕТЕЙ
ПРЕПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА И ПОДРОСТКОВ**

Специальность: 19.00.04. - Медицинская психология

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Санкт - Петербург
2009 г.

**Работа выполнена на кафедре клинической психологии
государственного образовательного учреждения
высшего профессионального образования «Санкт-Петербургская
государственная педиатрическая медицинская академия Федерального
агентства по здравоохранению и социальному развитию»**

Научный руководитель: кандидат медицинских наук, доцент
ИСАЕВ ДМИТРИЙ ДМИТРИЕВИЧ

Официальные оппоненты: доктор психологических наук, профессор
ПОСОХОВА СВЕТЛАНА ТИМОФЕЕВНА

кандидат психологических наук, доцент
ИСАЕВА ЕЛЕНА РУДОЛЬФОВНА

Ведущая организация: Санкт-Петербургский научно-
исследовательский психоневрологический
институт имени В.М. Бехтерева

Защита состоится **«26» ноября 2009** года в _____ часов на
заседании Совета по защите кандидатских и докторских диссертаций
Д 212.199.25 в Российском государственном педагогическом университете
им. А.И. Герцена по адресу: 191186, г. Санкт-Петербург, наб. р. Мойки,
48, корп. 11, ауд. 37, психолого-педагогический факультет РГПУ.

С диссертацией можно ознакомиться в фундаментальной библиотеке
Российского государственного педагогического университета им. А.И.
Герцена

Автореферат разослан « _____ » **октября 2009** г.

Ученый секретарь диссертационного совета,
кандидат психологических наук, доцент

З.Ф. Семенова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. Сахарный диабет (СД) – наиболее распространенное эндокринное заболевание, проявляющееся в абсолютном или относительном дефиците инсулина, при котором организм теряет способность к утилизации углеводов как энергетического материала (Трифонов Е.А., 2003, Стройкова А.С., 2004). По данным международных исследований в мире насчитывается 160 млн. больных сахарным диабетом. В России зарегистрировано более 2,5 млн. больных (сахарный диабет второго типа – 2 млн., первого типа – 450 тысяч человек). По мнению ведущих российских специалистов, реальное количество больных приближается к 8 млн. (Балаболкин М.И., 1994, Дедов И.И., Фадеев В.В., 1998). Повсеместно регистрируется рост заболеваемости СД (Регузов В.А. и др., 2001, Дедов И.И., Шестаков М.В., Максимова М.А., 2002, Астамирова Х., Ахманов М., 2004, Полноценная жизнь с сахарным диабетом, 2007).

Клиническое наблюдение за детьми и подростками, больными сахарным диабетом, показывает, что это заболевание протекает у них значительно тяжелее, чем у взрослых, что объясняется искажающим воздействием болезни на процессы, происходящие в растущем организме (Соколов Д.Д., 1957, Регузов В.А. и др., 2001, Стройкова А.С., 2004). Ряд авторов предполагает, что личностные особенности больных диабетом являются результатом фиксации реакций на возникновение болезни (Смулевич А.Б., 2003, Кошанская А.Г., Винокур В.А., 2006, Захарчук Т.А., 2007, Geringer, E.S., 1990). Однако особенности детей, больных диабетом, во многом объясняются и воздействием соматических факторов (астения, гипогликемия, гипергликемия, интоксикация организма, биохимические нарушения, различные осложнения) на формирующуюся психику (Бройтигам В. и др., 1999).

Побочным эффектом терапии инсулином часто оказываются гипогликемические состояния, вызванные резким снижением содержания сахара в крови (Жуковский М.А., 1982). Негативное воздействие гипогликемических состояний состоит в нарушении питания нервной системы, что приводит к нарушениям функции мозга и проявляется в таких симптомах как головная боль, головокружение, заторможенность, судороги и ряд других, вплоть до потери сознания (Стройкова А.С., 2004, Grandinetti A. et. al., 2000).

Ранее были проведены исследования, подтверждающие негативное влияние тяжести течения диабета и гипогликемических состояний на познавательную сферу детей (Чуваков Г.И., 1992, Гнедова С.Б., 1998, Amiel S.A., 1994).

Таким образом, нельзя не учитывать роль различных изменений в психической сфере, вызванных воздействием гипо- и гипергликемических состояний, продолжительностью заболевания, степенью его компенсированности, вносящих определенную лепту в формирование личности больного ребенка. Также очевидна связь между психосоциальными факторами и течением болезни (Гройсман А.Л., 1998, Сидоров П.И., 2006, Brosig B. et. al., 2001, Akimoto M., Fukunish I., 2002, Lange S. et. al., 2003; Panchnadigar A., Bhonde R., 2003). Однако вопрос о соотношении и взаимовлиянии факторов семейного окружения, личностных качеств ребенка, тяжести заболевания и адекватности проводимой терапии по-прежнему остается малоизученным, что и обуславливает **актуальность** данной работы.

Цель исследования: изучить влияние частоты и тяжести гипогликемических состояний на личностные особенности и систему отношений детей и подростков, страдающих сахарным диабетом, с учетом продолжительности заболевания, семейной ситуации и фактора пола.

Для достижения поставленной цели решались **следующие задачи:**

1. Исследовать роль продолжительности заболевания, частоты и тяжести гипогликемических состояний для личностных особенностей и системы отношений детей и подростков.
2. Рассмотреть роль степени компенсированности заболевания для личностных особенностей и системы отношений детей и подростков.
3. Выявить роль факторов возраста и пола для эмоционального состояния, личностных особенностей и системы отношений детей и подростков, страдающих сахарным диабетом.
4. Изучить роль родителей, структуры семьи и воспитательных воздействий для личностных особенностей и системы отношений детей и подростков, больных сахарным диабетом.

Объект исследования: дети 11-12 лет и подростки 13-15 лет, страдающие сахарным диабетом I типа, и здоровые.

Предметом исследования: гипогликемические состояния, личностные особенности и система отношений детей препубертатного возраста и подростков.

Гипотеза исследования

Наличие гипогликемических состояний, сопровождающих сахарный диабет, их частота и выраженность, а также семейная ситуация влияют на личностные особенности и систему отношений детей и подростков в зависимости от возраста и пола.

Научно-методологическую основу исследования составили биопсихосоциальная модель (Uexkull, 1963, Uexkull, Wesiak, 1990), а также концепция личности Мясищева В.Н. (1960), психология детско-родительских отношений (Варга А.Я., Захаров А.И., Спиваковская А.С.).

Методы и методики исследования. Основными методами исследования были клинико-психологический метод, экспериментально-психологический метод и метод математической обработки данных.

Клинико-психологический метод включал в себя клинико-биографический метод (исследование истории болезни).

Экспериментально-психологический метод представлен методическим комплексом из следующих методик:

- специально разработанная для проведения исследования формализованная анкета;
- метод семантического дифференциала Ч. Осгуда;
- опросник «Уровень развития субъектности личности» (УРСЛ) (Щукина М.А., 2004);
- метод цветowych выборов Люшера (МЦВ);
- Торонтская алекситимическая шкала (TAS);
- детский индивидуально-типологический опросник (ИТДО);
- дифференциальная оценка отношений (ДОО);
- личностная методика BIG FIVE (Мартин Т.А., 2003, Яничев Д.П., 2006).

Полученные эмпирические данные были обработаны с помощью пакета статистических программ SPSS for Windows (версия 11.5). Проводился анализ первичных статистических показателей, анализ межгрупповых различий (критерий U-Манна-Уитни), корреляционный анализ (коэффициент корреляции r_s Спирмена), однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA).

Положения, выносимые на защиту:

1. Дети и подростки с СД воспринимают здоровье сквозь призму состояния гипогликемии, которое становится главным критерием здоровья или нездоровья. Гипергликемия, напротив, воспринимается ими не критично как комфортное состояние.
2. Гипогликемические состояния негативно влияют на построение позитивных межличностных отношений и на особенности личностной сферы в зависимости от половой принадлежности детей и подростков.
3. Мальчики с СД более подвержены влиянию болезни и склонны к меньшему осознанию проблем, связанных с нею.
4. Дети и подростки с СД обнаруживают трудности в сфере межличностных отношений, которые усугубляются при неблагоприятном течении диабета.
5. У детей и подростков с СД сохраняется симбиотическая связь с родителями и проблемы идентификации.
6. Степень компенсации заболевания влияет в группе детей препубертатного возраста, прежде всего, на эмоциональное состояние, уровень невротизации, в подростковом возрасте – на личностную сферу.
7. Состав семьи и уровень ее благополучия, воспитательные воздействия со стороны каждого из родителей оказывают влияние на эмоциональное состояние, принятие себя и сферу межличностных отношений детей и подростков с СД.

Научная новизна исследования.

В диссертационном исследовании проанализированы личностные особенности и система отношений детей препубертатного возраста и подростков с сахарным диабетом.

Экспериментально доказано влияние тяжести течения диабета на личностные особенности и систему отношений детей и подростков. В диссертационном исследовании также выявлено разное восприятие детьми гипо- и гипергликемических состояний.

Наряду с тяжестью соматического состояния проанализировано влияние факторов возраста и пола, а также семейного окружения на личностные особенности и систему отношений детей и подростков, страдающих сахарным диабетом. Определен вклад каждого из родителей в формирование личностных особенностей и системы отношений больных сахарным диабетом, а также то влияние, которое оказывают здоровые сибсы.

Теоретическая значимость исследования заключается в экспериментальном обосновании научных представлений о влиянии состояний гипогликемии при сахарном диабете на личностные особенности и систему отношения детей и подростков.

Результаты исследования позволяют уточнить научно-теоретические представления о личностных особенностях, системе отношений, особенностях семейного функционирования детей и подростков, больных сахарным диабетом.

Расширены теоретические представления о личностных особенностях и системе отношений в зависимости от частоты и тяжести гипогликемических состояний, степени компенсации заболевания и половой принадлежности детей препубертатного возраста и подростков.

Практическая значимость исследования.

Полученные результаты способствуют расширению знаний о роли тяжести течения диабета для формирования личностных особенностей и системы межличностных отношений, что может быть использовано в системе оказания психологической помощи детям и подросткам с сахарным диабетом. Также стало возможным выделить мишени для коррекционной работы в зависимости от возраста и пола данного контингента больных.

Материалы диссертационного исследования могут использоваться при чтении курсов «Клиническая психология, «Основы психосоматики».

Рекомендации об использовании результатов диссертационного исследования. Материалы исследования могут быть использованы в лекциях, спецкурсах и семинарах по подготовке клинических психологов.

Приведенные в диссертации теоретические обобщения и эмпирические данные могут быть использованы в рамках реабилитационных центров для разработки программ психологической помощи детям с сахарным диабетом.

Апробация работы.

Результаты диссертации изложены в публикациях, обсуждены на заседании кафедры клинической психологии факультета клинической психологии Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии, на аспирантских семинарах (2007, 2008), на ежегодных годовых отчетах, научно-практической конференции «Ананьевские чтения» (Санкт-Петербург, 2006).

Материалы исследования использованы при разработке программы курса «Клиническая психология» для студентов-психологов, читаемого на факультете клинической психологии СПбГПМА. По теме диссертационного исследования опубликовано 5 работ.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, трех глав, заключения, выводов, списка литературы (171 источник, из них 63 на иностранных языках) и приложений. В тексте диссертации содержится 62 рисунка и 19 таблиц. Основной текст диссертации изложен на 193 страницах.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ.

Во введении обосновывается актуальность и новизна исследования, определяются цель, задачи, предмет и объект исследования, раскрываются его теоретическая и практическая значимость, выдвигается гипотеза, формулируются положения, выносимые на защиту.

В главе 1. «Влияние биологических и психосоциальных факторов на психологические особенности больных сахарным диабетом» анализируется взаимовлияние органических и психосоциальных факторов, что находит свое отражение в роли тяжести течения диабета в формировании психологических особенностей больных СД и наоборот личностных особенностей, семейного окружения на течение диабета.

В параграфе §1.1. «Психоэндокринология» рассматривается данное понятие как область науки, изучающей взаимосвязи эндокринной системы и поведения.

В параграфе §1.2. «Распространенность сахарным диабетом у детей» отмечается тенденция роста заболеваемости сахарным диабетом (Регузов В.А. и др., 2001, Дедов И.И., Шестаков М.В., Максимова М.А., 2002, Полноценная жизнь с сахарным диабетом, 2007).

В параграфе §1.3. «Значение психологических составляющих в течении и контроле за диабетом» анализируются исследования отечественных и зарубежных авторов, посвященных проблеме сахарного диабета. Показано, что в случае такого заболевания как сахарный диабет, влияние болезни на психику может быть как соматогенным, так и психогенным (Менделевич В.Д., Соловьева С.Л., 2002, Смулевич А.Б., 2003, Кошанская А.Г., Винокур В.А., 2006, Захарчук Т.А., 2007, Geringer E.S., 1990, Lustman, P.J. et al., 2006; Daly E.J. et. al., 2008 и др.).

В параграфе §1.4. «Личностные особенности детей и подростков, страдающих сахарным диабетом» анализируются психологические особенности детей и подростков с СД, а также те трудности, с которыми сталкивается больной ребенок. Выделяют следующие черты, характерные для детей с СД: вялость, апатичность, интровертированность, робость, впечатлительность, ранимость, тревожность и др. (Выборных Д.Е., 1994, Бройтигам В. и др., 1999, Исаев Д.Н., 2000, Менделевич В.Д., Соловьева С.Л., 2002, Швец В., 2004, Болотова Н.В. и др., 2006 и др.). Нужно подчеркнуть большую неоднородность имеющих в литературе сообщений о личностных особенностях диабетиков, которые объясняются результатом фиксации реакций на возникновение болезни (Смулевич А.Б., 2003, Кошанская А.Г., Винокур В.А., 2006, Захарчук Т.А., 2007, Geringer, E.S., 1990) или воздействием соматических факторов (астения, гипогликемия и т.п.) на формирующуюся психику (Бройтигам В. и др., 1999).

В параграфе §1.5. «Особенности семейного взаимодействия в семьях с ребенком, больным сахарным диабетом» рассматриваются особенности семейного функционирования в семьях, где растет ребенок с СД. Наблюдения детей с плохим самоконтролем при диабете показали определенные нарушения функции семьи (Двойнишникова О.М. и др., 2003, Энгстрём И., Ларссон Б., 2004, Сидоров П.И., 2006, Kovacs M. et. al., 1989). Например, К.Б. Вовненко (2007) не выявила достоверных

корреляций между длительностью заболевания, степенью компенсации и личностными проблемами. Это позволило ей предположить, что наличие личностных и поведенческих проблем в большей степени обусловлено реакцией и отношением родителей к больному ребенку, типом семейного воспитания, их неконструктивной позицией. Очень мало известно о роли отцов в семье с ребенком, больным диабетом. Среди особенностей семей, в которых воспитывались больные СД, в большинстве случаев можно отметить доминирующую роль матери и второстепенную роль отца. Достаточно часто отношения между родителями лишены гармонии и практически никогда не рассматривались детьми в качестве образца семейного поведения. Наиболее часто среди психологических причин, приведших к ухудшению их соматического состояния, обследуемыми назывались конфликты и проблемы в семье.

Глава 2 «Характеристика материала и методов исследования» посвящена описанию выборки и методов исследования.

В параграфе §2.1. «Характеристика материала исследования» описаны исследуемые группы. В исследовании принимало участие 120 человек основной группы и 111 – контрольной. Среди больных сахарным диабетом было обследовано 52 ребенка препубертатного возраста (11-12 лет): 22 мальчика и 30 девочек; и 68 подростков 13-15 лет: 30 мальчиков и 38 девочек. В контрольную выборку, сопоставимую по полу и возрасту, вошли дети, не страдающие хроническими соматическими заболеваниями: 50 человек препубертатного возраста (20 мальчиков и 30 девочек) и 61 подросток (27 мальчиков и 34 девочки). В зависимости от тяжести заболевания основная группа была разделена на тех, у кого в анамнезе присутствовали случаи тяжелой гипогликемии вплоть до комы и тех, у кого они не наблюдались. Также разделение на подгруппы проводилось по степени компенсации болезни: на компенсированных, субкомпенсированных и декомпенсированных.

В параграфе §2.2. «Методы исследования» описаны применяемые методы и методики эмпирического исследования.

В главе 3. «Результаты исследования» изложены результаты эмпирической части диссертационного исследования.

В параграфе §3.1. «Результаты исследования в группе детей препубертатного возраста» анализируются результаты в группе детей 11-12 лет.

Параграф §3.1.1. «Личностные особенности и система отношений детей препубертатного возраста с сахарным диабетом».

Мальчики с СД испытывают большую напряженность в отношениях с лицами противоположного пола, нежели их здоровые сверстники, а последних они оценивают как более открытых, общительных и энергичных ($p < 0,05$).

У здоровых мальчиков наблюдается последовательная смена идентификационной модели с родителей на сверстников и высокая значимость поведенческой активности и эмоциональных контактов с другим полом, для мальчиков с СД именно мать является некоторой моделью эмоциональности, а также отмечается наделение ее маскулинными качествами, в то время как отношение к отцу напрямую зависит от состояния здоровья. Учебная деятельность значима как для больных, так и для здоровых мальчиков 11-12 лет.

Корреляционный анализ показал, что у мальчиков с СД самоощущение связано со своим телесным здоровьем. Свое состояние в гипогликемии они воспринимают как пассивное, и в целом оно несет для них негативную окраску. Гипергликемическое состояние, напротив, ассоциируется с некоторым напряжением и стеничностью.

В сравнении со здоровыми, девочки с СД ниже оценивают свои физические возможности, личностные ресурсы, принижают волевые и коммуникативные качества своих сверстниц, обнаруживают сложности в отношениях с противоположным полом ($p < 0,01$). Независимо от наличия или отсутствия болезни для девочек социально значимой сферой является учеба, но у здоровых учебный процесс опосредуется мотивацией общения со сверстниками. У девочек с СД обнаруживается прямая связь между значимостью здоровья и отношением к учебе, а состояние гипергликемии сочетается с легкостью отношения к учебе. Гипогликемическое состояние воспринимается девочками как дискомфортное, резко обедняющее возможности активности и делающее их зависимыми, несамостоятельными и неадаптивными в самом широком смысле этого слова.

У здоровых девочек референтной группой становятся сверстники, лица противоположного пола, самооценка напрямую связана с процессом установления адекватных отношений с другим полом. У девочек с СД фактически сохраняется

симбиотическая связь с родителями, а отец становится моделью отношений с окружающим миром.

У девочек в сравнении с мальчиками с СД выше показатели принятия себя, самоконтроля и организованности.

Параграф §3.1.2. «Влияние характера болезни на личностные особенности, систему отношений детей препубертатного возраста, больных сахарным диабетом».

Раннее начало диабета является неблагоприятным фактором для его течения. При увеличении стажа заболевания у мальчиков наблюдается рост сензитивности, ранимости, снижение уверенности в себе. Мальчики 11-12 лет, в анамнезе которых есть случаи гипогликемической комы, обладают меньшей активностью и инициативностью, а также испытывают дефицит волевых качеств, увеличивается разрыв между «Я-реальным» и «Я-идеальным», как отражение неудовлетворенности своим состоянием и повышение уровня притязаний до неадекватного. Мальчики 11-12 лет с декомпенсированной формой СД в сравнении с мальчиками с компенсированной формой являются менее самостоятельными, более конформными, в большей степени ориентируются на мнение окружающих о себе, затрудняются в принятии себя такими, какие есть и в целом у них отмечается более низкий интегративный показатель субъектности личности. А также в данной группе наблюдается большая степень выраженности внутриличностного конфликта ($p < 0,05$).

Мальчики 11-12 лет с началом диабета в раннем возрасте и декомпенсацией заболевания менее расположены принимать и понимать других без критического осуждения. Частые легкие гипогликемии, декомпенсация формируют критичное отношение к отцу. Дисперсионный анализ показал, что при частых гипогликемиях отмечается снижение критичности к своему состоянию здоровья. При декомпенсации заболевания мальчики в большей степени ощущают вовлеченность в учебную деятельность.

При компенсации СД у девочек 11-12 лет психологические показатели не уступают показателям здоровых девочек, хотя по шкале личностные ресурсы не достигают показателей группы здоровых девочек, но, тем не менее, уровень нервно-психического напряжения в данной группе ниже, чем у здоровых. Девочки, в анамнезе которых присутствуют случаи тяжелой гипогликемии, больше ценят

здоровье, для них значимее оказывается фигура отца. Удовлетворенность учебной деятельностью наблюдается при компенсированном СД.

Декомпенсация психического состояния у девочек характеризуется нарастанием уровня непродуктивной психической напряженности и возрастанием субъективной значимости состояния гипергликемии, что создает дополнительные проблемы из-за формирования порочного «замкнутого круга»: состояние декомпенсации – значимость состояния гипергликемии – декомпенсация. При компенсации, редких состояниях гипогликемии утрачивается актуальность гипергликемических состояний на фоне стабильного самочувствия ($p < 0,05$).

При раннем начале диабета, декомпенсации, наличии тяжелых гипогликемий, осложнений девочки стремятся к развитию своих коммуникативных качеств, но одновременно это сочетается с неудовлетворенностью в отношениях с окружающими, негативным их восприятием. Неблагоприятное течение диабета приводит к развитию поведенческой активности, которая в целом ряде случаев может характеризоваться как «необычная», «оригинальная». При компенсации девочки воспринимают обстановку в семье как более благополучную.

Самоконтроль наиболее выражен при достаточно редких проявлениях легких гипогликемических состояний. Дисперсионный анализ выявил, что частые состояния умеренной гипогликемии приводят к развитию вынужденной мобилизованности организма. Мобилизация выражена и при отсутствии состояний умеренно выраженной гипогликемии, что возможно является следствием постоянной настороженности в отношении своего заболевания, характерной либо в период постановки диагноза, либо вследствие некоторой стабилизации состояния.

Параграф §3.1.3. «Влияние семейных взаимоотношений, отношений между родителями и их стиля воспитания на личностные особенности и систему отношений детей препубертатного возраста, страдающих сахарным диабетом».

Мальчики из неполных семей воспринимают обстановку в семье как менее благоприятную. Мальчики из полных нормально функционирующих семей характеризуются принятием себя, открытостью, энергичностью. Уверенность в себе, целеустремленность, самостоятельность, активность и общительность в отношениях с противоположным полом характерны для мальчиков, в семьях которых не существует конфликтных отношений между родителями.

По результатам дисперсионного анализа наличие сибсов, а именно братьев, приводит к ощущению некоторой неполноценности относительно оценки своих физических возможностей, но при этом у мальчиков с СД снижена напряженность в отношениях с лицами противоположного пола.

Ограничение свободы ребенка, постоянный контроль со стороны матери формируют у мальчиков с СД неуверенность в себе, ощущение недостаточности сформированности волевых качеств, непринятие себя. Чрезмерная опека и контроль со стороны матери к мальчику препубертатного возраста после начала заболевания благоприятствует росту тревожности, напряженности. Принятие и понимание взглядов ребенка со стороны отца способствует развитию субъектности личности, а высокие требования наоборот подавляют это развитие. Непринятие мальчика отцом, желание в нем что-то изменить формируют некоторую пассивность, подчиняемость в отношениях с окружающим миром.

Полная нормально функционирующая семья, доброжелательная обстановка, уважительные отношения между родителями в семьях девочек 11-12 лет с СД способствуют принятию своего телесного «Я», других и удовлетворенности в отношениях, повышению сотрудничества и инициативности. Также появляется критичное восприятие состояние гипергликемии ($p < 0,01$), тогда как в полных дисфункциональных семьях напротив наблюдается возрастание для девочек роли гипергликемического состояния. Неполная семья приводит к развитию высокого уровня нервно-психической напряженности ($p < 0,05$).

В отличие от мальчиков девочки, у которых присутствуют сибсы, испытывают напряженность в отношениях с противоположным полом, им не хватает напористости, а состояние гипергликемии они воспринимают как то, что способствует их активности в эмоционально-поведенческом плане.

Сквозь призму стиля воспитательных воздействий со стороны матери девочки оценивают ситуацию в семье, недостаток внимания, жестокость, желание что-то изменить в ребенке формируют негативное восприятие обстановки в семье. Высокие требования, жестокость развивают принципиальность, критичность к окружающим, что осложняет процесс построения позитивных межличностных отношений. Девочкам 11-12 лет требуется опека и контроль со стороны матери, в противном случае это грозит нарастанием импульсивности, алекситимии, снижением

самоконтроля и повышением значимости гипергликемии. Принятие и понимание матерью снижает уровень конфликтов внутриличностного плана, алекситимии, способствует росту активности, в т.ч. познавательной.

Так как отец для девочек с СД является моделью отношений с миром, то и его методы воспитания в первую очередь оказывают влияние на отношения с окружающими. Если при отношении понимания и уважения к дочери, формируется позитивное восприятие окружающих, то при недостатке внимания и неустойчивом стиле воздействий, возрастает негативное восприятие сверстников. Принятие и понимание, а также повышение у отца требовательности после начала заболевания приводит к стремлению у девочек развивать свои волевые качества, такие как эмоциональная стабильность, самоконтроль, целеустремленность, уверенность в себе, что не может не улучшить показатели контроля над диабетом.

В параграфе §3.2. «Результаты исследования в группе подростков» анализируются результаты в группе детей 13-15 лет.

Параграф §3.2.1. «Личностные особенности и система отношений подростков с сахарным диабетом».

Корреляционный анализ по методике семантический дифференциал показал, что для мальчиков-подростков, страдающих СД, особо значимой является сфера межличностных отношений, но, тем не менее, сохраняется концентрация на отношениях со сверстниками, тогда как в контрольной группе происходит переориентация на отношения с противоположным полом. Некоторая гипернормативность больных подростков заключается в их ориентации на учебную деятельность. Подростки оценивают свою адекватность и «нормативность» с помощью показателей в учебной деятельности, в этом они ориентируются не на сверстников, а на родительскую точку зрения, которая заключается в первую очередь в том, что главное – это состоятельность в учебе. Для здоровых мальчиков учеба вообще не является значимой сферой деятельности.

В то время как здоровые подростки демонстрируют идентификацию с родителем своего пола, для мальчиков с СД образ матери является ключевым при построении, как «Я-реального», так и «Я-идеального», что свидетельствует о некоторой инфантильности подростков.

Здоровье для мальчиков подросткового возраста, больных СД, является важным элементом их идентичности, одним из параметров самооценки. При этом гипогликемия воспринимается как важный фактор здоровья/нездоровья и оно является негативным параметром, говорящем о наличии проблематичности, значимости, внутренней психической напряженности в данной области, а также сквозь призму этого состояния декомпенсации идет негативное восприятие сверстников. Гипергликемическое состояние подростки напротив воспринимают как позитивное, эмоционально более комфортное.

Девочки-подростки с СД в сравнении со здоровыми сверстницами являются более чувствительными, ранимыми, конформными, менее импульсивными, у них выше уровень притязаний и для них также особое значение несет сфера межличностных отношений ($p < 0,05$). Как и в группе мальчиков, учеба для них становится критерием успешности, как себя, так и своей сферы межличностных отношений.

Для здоровых девочек моделью для подражания является мать, а девочки с СД в отношениях с противоположным полом ориентируются на отца.

Для девочек с СД здоровье оказывается одним из показателей, который воспринимается как отражение адекватности и успешности своей поведенческой активности. Девочки критично оценивают состояние своего здоровья и воспринимают его как ослабленное, особенно в состоянии гипогликемии, где они ощущают свою «слабость» в сравнении со сверстницами. Данные указывают на бессознательное предпочтение гипергликемии, как и у мальчиков, оно оказывает на них растормаживающее воздействие, являясь экстравертирующим фактором.

На сознательном уровне мальчики с СД в сравнении с девочками с СД демонстрируют более выраженную эмоциональную устойчивость и терпимость, но за этим наблюдается более высокий уровень стресса, внутренняя напряженность адаптационных механизмов, что может вести к декомпенсации. Девочки склонны к большей рефлексии и осознанию проблем, связанных с болезнью.

Параграф §3.2.2. «Влияние характера болезни на личностные особенности и систему отношений подростков с сахарным диабетом».

Раннее начало диабета, увеличение его продолжительности являются неблагоприятными факторами для течения диабета.

Мальчики с наличием в анамнезе тяжелых гипогликемий стремятся быть еще более интегрированными в общественные отношения. При частых случаях умеренной гипогликемии значимость отношений со сверстниками возрастает, но лишь при их редкой частоте возникает удовлетворенность ими. Мальчики с частыми проявлениями легких гипогликемий ощущают дефицит развития своих волевых качеств, оценивая своих сверстников по данному параметру очень высоко, при этом усугубляется и отношение к ним. Наличие тяжелых гипогликемий и осложнений влияет на снижение значимости фигуры отца для подростков, страдающих СД, но также это может свидетельствовать об ухудшении отношений с ним.

При декомпенсации заболевания снижается уровень самоконтроля, субъектности личности, содержательной значимости учебной деятельности и возрастает уровень алекситимии. В этом случае мальчики хуже оценивают ситуацию в семье.

На уровне достоверных различий девочки, перенесшие гипогликемическую кому, для которых характерна высокая частоты легких и умеренных гипогликемических эпизодов обладают большей поведенческой активностью, (возможно, даже некоторой расторможенностью), импульсивностью, у них снижен уровень тревожности, что можно рассматривать либо как следствие измененной эмоциональности, либо как снижение критичности, при этом они в большей степени ориентированы на межличностные отношения. Но одновременно при неблагоприятном течении диабета наблюдается снижение интегрированности в социум, препятствующее в установлении отношений сотрудничества и приводящее к снижению чувствительности и терпимости к окружающим. Не смотря на внешнюю активность и эмоциональность, девочки испытывают стресс и высокий уровень нервно-психической напряженности.

При компенсации заболевания у девочек наблюдается повышение самооценки, удовлетворенность своим телесным образом, отношениями со сверстниками, учебой, выше показатели принятия других, отмечается большая настойчивость при достижении целей, даже при сравнении со здоровыми девочками. У девочек с компенсированным СД по сравнению со здоровыми выше уровень субъектности личности и самоконтроля. Девочки с компенсированным СД критично относятся к состоянию своего здоровья, но и при состоянии декомпенсации самочувствие как

субъективно, так и объективно плохое, поэтому девочки более реалистично оценивают свое здоровье, определяя его как неблагополучное.

Параграф §3.2.3. «Влияние семейных взаимоотношений, отношений между родителями и их стиля воспитания на личностные особенности и систему отношений подростков с сахарным диабетом».

У мальчиков, которые оценивают свою обстановку в семье как положительную, реже случаи легкой и умеренной гипогликемии. Они позитивнее относятся к другим, к себе, своему телу, отмечается удовлетворенность своими коммуникативными качествами, отношениями со сверстниками, принятие родителей, учебного процесса, принятие себя даже в патологических состояниях гипо- и гипергликемии (что объясняется, скорее всего, тем, что при хороших отношениях в семье получаемая поддержка позволяет чувствовать себя увереннее даже в болезненных состояниях); мальчики организованнее и мотивированнее в достижении своих целей. Полная нормально функционирующая семья является необходимым фактором в развитии таких качеств как большая разумность в поведении («опосредованность»), расположенность к взаимодействию с окружающими. При безразличии в отношениях между родителями для мальчиков более сложными видятся отношения с противоположным полом. Полученные данные показали, что неполная семья в группе подростков с СД является более благоприятным фактором, нежели проживание в полной, но дисфункциональной семье. Дисперсионный анализ показал, что мальчики из неполных семей ощущают необходимость быть более мобилизованными, собранными в гипогликемическом состоянии, чем подростки из полных семей. Эти результаты могут быть связаны с большей самостоятельностью мальчиков из неполных семей, осознанием ими необходимости больше надеяться на себя. По этой же причине для мальчиков из неполных семей состояние здоровья является более значимым, важным в их жизни.

Наличие sibсов в семье мальчиков с СД положительно сказывается на восприятии сверстников, своего телесного образа и в целом ситуации в семье.

Родительское принятие и понимание создает благотворную почву для создания позитивного образа себя, развития организованности, личностного роста, удовлетворенности в отношениях со сверстниками. Недостаток внимания, жестокое

обращение со стороны матери создает почву для повышения внутреннего напряжения, а также создает широкий спектр трудностей, связанных с отношением к себе, своему здоровью, межличностными отношениями. Высокие требования матери подавляют развитие самостоятельности и инициативности подростков. А неустойчивый стиль воспитания в семье способствует развитию импульсивности в своем поведении, неспособности нести ответственность за свои поступки и в целом тормозит развитие субъектности ребенка. Желание матери оградить больного ребенка от всего приводит к развитию неполноценности, восприятия ребенком себя как непохожего на других, т.е. может порождать комплекс отличия. В том числе нарастает уровень тревожности, появляется скука, отсутствие интереса, в первую очередь познавательного. В случае, если мать не избавляет подростка от обязанностей, наблюдается положительное влияние, улучшается нервно-психическое состояние подростка, формируется расположенность к окружающим, что косвенно заставляет подростков ощущать свою «полноценность» и благоприятно сказывается на личностном развитии, что было выявлено в ходе дисперсионного анализа.

Высокие требования со стороны отца отдаляют подростка от родителя, повышая значимость матери. Недостаток внимания и поддержки ведет к ощущению большей слабости в состоянии гипогликемии, несамостоятельности. Жестокое обращение подавляет уровень притязаний относительно волевых качеств и наблюдается нарастание уровня фрустрированности. Чрезмерные опека и контроль со стороны отца приводит к отдалении от группы сверстников, их неприятию, возможно связанному с развитием комплекса отличия.

Наличие полной нормально функционирующей семьи наиболее положительно влияет на формирование своевременной ориентированности девочек на лиц противоположного пола, значимость отношений с которыми в этот возрастной период должна повышаться. Данные говорят о значимости роли отца для девочек 13-15 лет с сахарным диабетом для формирования адекватного гендерного эталона. Девочки из неполных семей, по-видимому, находясь в состоянии некоторого стресса, являются наиболее мобилизованными, т.е. срабатывает компенсационный механизм.

При безразличии или конфликтах между родителями девочки в большей степени ориентированы во вне, но при этом способность сотрудничать у них значительно снижена. Напряженность, безразличие в отношениях между родителями

порождает у девочек-подростков стресс, ведет к огрублению ребенка в виде снижения сензитивности и не способствует позитивным взаимоотношениям с окружающими, не смотря на их внешнюю ориентированность на социум.

Наличие сибсов негативно сказывается на девочках в отличие от мальчиков. Они менее энергичные и мобилизованные и обнаруживают трудности в отношениях с окружающими.

Принятие матерью девочки-подростка с СД ведет к развитию активной, самостоятельной, гибкой, эмоционально стабильной, самодостаточной личности ребенка, способной к саморефлексии. Завышенные требования со стороны родителей способствуют нарастанию конфликтов внутрличностного плана, повышая уровень нервно-психической напряженности ($p < 0,05$; $p < 0,01$ соответственно).

В случае, когда отец берет на себя часть ответственности за состояние здоровья дочери, мать в глазах ребенка уже не приобретает настолько выраженные черты маскулинности, в отличие от тех матерей, которые в одиночку справляются с проблемами заболевшего ребенка. Недостаточное внимание со стороны отца к девочкам 13-15 лет, страдающим СД, обостряет значимость здоровья, приводит к желанию быть сильнее (обладать волевыми качествами, быть более мужественной, особенно в болезненном состоянии). Недостаток внимания со стороны матери приводит к развитию тревожности. Непринятие дочери отцом, неустойчивость приемов воспитательного воздействия затрудняло общение девочек-подростков с противоположным полом и порождало негативную установку к внешнему миру.

В параграфе §3.3. «Обсуждение результатов: влияние гипогликемических состояний на личностные особенности и систему отношений детей и подростков» проанализированы и обобщены данные, характерные для детей разных возрастных групп.

В заключении диссертации подводятся итоги теоретического и эмпирического исследования, подтверждающие выдвинутые гипотезы.

Выводы:

1. Здоровье во всех группах детей и подростков с сахарным диабетом имело четкий маркер, каким оказалась гипогликемия. Гипогликемия становилась критерием здоровья/нездоровья, которое оценивалось в зависимости от частоты и глубины этого состояния, а само состояние характеризовалось ими как дискомфортное. Частые

состояния гипогликемии формировали критичное и настороженное отношение к своему здоровью. Гипергликемия, напротив, воспринималась как положительное состояние, возможно потому, что оно оказывало растормаживающее воздействие на эмоционально-поведенческие характеристики больных детей и подростков.

2. В препубертате степень компенсации заболевания в первую очередь оказывала влияние на уровень невротизации, на эмоциональное состояние, а в подростковом возрасте – на субъектность личности и на уровень самоконтроля. При относительно благоприятном течении сахарного диабета девочки в препубертате обладали меньшим уровнем нервно-психической напряженности, у них была ниже значимость гипергликемических состояний, а у мальчиков снижена выраженность внутриличностного конфликта. В подростковом возрасте при компенсированном сахарном диабете снижался уровень импульсивности, выше оказывался показатель уровня субъектности личности.

3. У детей и подростков с неблагоприятным течением диабета возрастала ориентированность на социум, но одновременно усиливалась негативная установка, критичность по отношению к окружающим, снижалась готовность к сотрудничеству, наблюдалось некоторое эмоциональное огрубление. Утяжеление клинической картины болезни для девочек оборачивалось обострением неудовлетворенности своим телесным «Я», поведенческой расторможенностью. Мальчики в этих случаях сильнее ощущали дефицит волевых качеств, что вызывало усиление психологического дискомфорта, проявлялось в большей зависимости, несамостоятельности, меньшему принятию себя, увеличению разрыва между «Я-реальным» и «Я-идеальным».

4. Восприятие учебы детьми с СД коррелировало с их соматическим состоянием: у девочек удовлетворенность учебной деятельностью возрастала при компенсации заболевания, а у мальчиков значимость учебы повышалась при декомпенсации, как следствие возникающих проблем. Для подростков с СД была характерна социальная гипернормативность, в результате этого учебную деятельность превращалась в чрезвычайно значимую характеристику «Я», становилась критерием собственной успешности. Для здоровых подростков учеба не являлась социально-значимой сферой, так как на первый план выходили межличностные отношения.

5. У детей препубертатного возраста с СД обнаруживались трудности в сфере межличностных отношений, которые по-разному оценивались и решались девочками и мальчиками: девочки больше были склонны принижать качества своих сверстниц, а мальчики оценивали коммуникативную сферу здоровых сверстников как более благополучную, чем собственную. У подростков, страдающих сахарным диабетом, выявлялось «застывание» на этапе построения взаимоотношений со сверстниками своего пола и сохранение симбиотической связи с родителями, тогда как для здоровых референтной группой последовательно становились сверстники и лица противоположного пола.

6. Мальчики с СД оказывались более подвержены влиянию болезни. В препубертатном возрасте это проявлялось в проблемах самоконтроля и принятия себя, в переоценке роли матери и восприятии ее как обладающей определенными маскулинными качествами. В подростковом возрасте мальчики демонстрировали более высокий уровень стресса, внутреннюю напряженность адаптационных механизмов, что может становиться дополнительным фактором, ведущим к декомпенсации.

7. Девочки с СД в препубертате критичнее относились к своему телесному образу и обнаруживали снижение показателя личностных ресурсов, а в подростковом возрасте отличались от здоровых сверстниц большей ранимостью, конформностью, ориентированностью на социальные нормы, при этом их поведение оказывалось более осмысленным, неимпульсивным, а уровень притязаний выше.

8. Чрезмерная опека и контроль со стороны родителей способствовали развитию эмоциональной стабильности, снижению значимости состояния гипергликемии у девочек препубертатного возраста, а у мальчиков данная родительская позиция способствовала повышению тревожности. Сдержанность в проявлении чувств со стороны матери детьми обоего пола воспринималось как недостаток внимания, а стремление матери оградить мальчика-подростка от разных проблем в связи с болезнью способствовало формированию «комплекса отличия». Повышенное внимание и даже требовательность со стороны отца у девочек способствовали стремлению к развитию волевых качеств, а у мальчиков влияли на благополучие в сфере межличностных отношений.

9. Дети и подростки из контрольных групп идентифицировали себя с родителем своего пола, а у пациентов с СД наблюдались проблемы идентификации: мальчики ориентировались на мать при построении своего образа «Я», а отношение к отцу зависело от тяжести протекания заболевания; для девочек особо значимой являлась фигура отца, отношения с которым в 11-12 лет становились моделью отношений с окружающим миром, а в 13-15 лет отец становился эталоном при построении взаимоотношений с противоположным полом.

10. Наличие сибсов в семье по-разному влияло на мальчиков и девочек с СД. В препубертате мальчики, сравнивая себя со здоровыми сибсами, критичнее относились к себе, но демонстрировали позитивные отношения с окружающими, в подростковом возрасте ощущение неполноценности пропадало, появлялась удовлетворенность системой межличностных отношений. Девочки в обеих возрастных группах обнаруживали трудности в сфере общения, в результате чего в препубертате усиливалась значимость состояния гипергликемии (как потребность в своеобразном допинге, повышающем стеничность), которое одновременно приводило к декомпенсации заболевания.

11. Дети и подростки с СД, живущие в неполных семьях демонстрировали большую мобилизованность, связанную с нехваткой поддержки второго родителя и необходимостью брать на себя большую ответственность, но в подростковом возрасте это оборачивалось большей психоэмоциональной напряженностью и озабоченностью своим здоровьем. В то же время неполная семья оказалась более благоприятной для формирования системы межличностных отношений, нежели полная, но дисфункциональная.

ПЕРЕЧЕНЬ ПУБЛИКАЦИЙ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

1. Павлова Л.Б. Проблема влияния личностных и семейных факторов на течение диабета у детей // «Ананьевские чтения – 2006» Матер. научн.-практ. конф. 24-26 октября 2006 г. - СПб., 2006. – С. 401-402. (0,1 п.л.)

2. Павлова Л.Б. Роль тяжести течения диабета в формировании психологических особенностей подростков // Развитие специального образования в современной

России. Материалы межвузовской научно-практической конференции молодых ученых к 90-летию профессора Евгения Сергеевича Иванова. 25 апреля 2008 г. Санкт-Петербург. Часть 2. – СПб., 2008. - С. 53-56. (0,22 п.л.)

3. Павлова Л.Б. Психологические проблемы и личностные особенности подростков с сахарным диабетом // Известия Российского педагогического университета им. А.И. Герцена. № 35 (76): (Педагогика, психология, теория и методика обучения): Научный журнал. – СПб., 2008. - С. 191-197. (0,5 п.л.)

4. Павлова Л.Б., Исаев Д.Д. Роль образа отца для детей, больных сахарным диабетом // «Ананьевские чтения – 2008» Матер. научн.-практ. конф. 21-23 октября 2008 г. - СПб., 2008. – С. 314-316. (0,1 / 0,05 п.л.)

5. Павлова Л.Б., Исаев Д.Д. Влияние тяжести течения сахарного диабета на психологические особенности детей в препубертате // VII Мнухинские чтения. Междисциплинарный подход в детской неврологии (успехи детской психиатрии, неврологии, психотерапии и клинической психологии). Конференция, посвященная памяти профессора Самуила Семеновича Мнухина и 40-летию городского отделения неврозов у детей. – СПб., 2008. – С. 99-102. (0,2 / 0,13 п.л.)