И. Л. Коломиец

ВОСПИТАТЕЛЬНАЯ ПРАКТИКА МАТЕРЕЙ И ЕЕ ВЗАИМОСВЯЗИ С ТРЕВОЖНОСТЬЮ ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА И ИХ РЕАКЦИЯМИ НА ФРУСТРАЦИЮ

Определены характеристики воспитания и личностные проблемы, решаемые за счет воспитания, у матерей детей с сахарным диабетом 1 типа: у детей, больных СД, установлены более высокий уровень тревожности, выраженности интропунитивных реакций и реакций с фиксацией на разрешение ситуации, чем у здоровых сверстников. Выявленные взаимосвязи воспитательной практики матерей с тревожностью и фрустрационными реакциями детей с СД предложены в качестве мишеней для психологической коррекции материнско-детских отношений.

Ключевые слова: сахарный диабет, воспитание, тревожность, реакции на фрустрацию.

I. Kolomiets

MOTHER'S EDUCATIONAL PRACTICE AND ITS RELATIONSHIP WITH THE ANXIETY OF CHILDREN WITH TYPE 1 DIABETES AND WITH THEIR RESPONSE TO FRUSTRATION

Characteristics of education and of personality problems of mothers of children with type 1 diabetes are defined. Children with diabetes have higher levels of anxiety, of intropunitive reactions, of reactions with fixation on situation solving than those of healthy children. The relationships of mother's educational practice with anxiety and frustration responses of children with type 1 diabetes have been elicited. Psychotherapeutic targets of mother-child relationships are proposed.

Keywords: diabetes, education, anxiety, responses to frustration.

Сахарный диабет первого типа (СД) — это заболевание, возникновение которого связано с недостаточностью гормона поджелудочной железы инсулина. Характерное для данной болезни нарушение всех видов обмена веществ (в первую очередь углеводного) приводит к возникновению патологических изменений со стороны практически всех органов и тканей человеческого организма. По данным Всемирной организации здравоохранения, сахарный диабет как состояние хронической гипергликемии (повышенного уровня сахара в крови) обусловлено воздействием на организм и генетических, и внешних факторов.

В последнее время распространенность СД приобрела характер пандемии, охватившей многие государства мира, в том числе и Россию [3; 16]. На 01.01.2010 в нашей стране насчитывалось 3163,3 тыс. пациентов с данным заболеванием. Из них дети с СД первого типа составляют 16 654 чел., подростки — 9 106 чел. [11]. Учитывая динамику заболеваемости и смертности за последние 10 лет, демографические особенности России, к 2030 году число зарегистрированных больных может возрасти до 5,81 млн человек [11].

В рамках парадигмы биопсихосоциального подхода к здоровью и к болезни [15] как теоретико-методологической основы клинической психологии и психотерапии семьи и детства [8] большое значение имеет изучение психосоциальных факторов в происхождении, течении и лечении СД. Показано, что дети с СД имеют особенности эмоциональной сферы и поведения в виде изменения настроения с преобладанием де-

прессии, молчаливости, апатии, мнительности, подозрительности, несдержанности, недостаточной мотивации поступков и конфликтов с окружением [2; 5].

Изучен эмоциональный аспект внутренней картины болезни у детей с СД, который характеризуется высоким уровнем тревожности. Наибольшую тревожность у детей с СД вызывают ситуации общения со сверстниками [2]. Выявлено, что основным фактором, препятствующим достижению адекватного гликемического контроля у детей и подростков с СД, является тревога [10].

Ситуация болезни является для ребенка с СД фрустрирующей, не позволяя удовлетворять актуальные для него потребности. Однако мало изученным остается вопрос о том, как такие дети реагируют на ситуации фрустрации и как их поведение взаимосвязано с особенностями воспитатания в родительской семье. В изучении семьи, имеющей ребенка с СД, акцент делают на характере семейных взаимоотношений и их влиянии на течение заболевания [7]. Невнимание матери к ребенку, отсутствие заботы о нем негативно сказываются на течении СД, приводя к его декомпенсации. С другой стороны, потакание ребенку, удовлетворение всех его желаний и отсутствие запретов также препятствует формированию у детей средств психологической саморегуляции и обусловливает худшее течение СД. Выявлены типы родительского воспитания, не способствующие нормальной адаптации детей и подростков с СД: доминирующая гиперпротекция, эмоциональное отвержение. Отмечено, что родители, на которых ложится ответственность за оказание помощи и поддержки своим детям, сами находятся в состоянии острого или хронического стресса, нуждаются в психологической поддержке [1].

Нами изучены характеристики нервно-психического здоровья и совладающего поведения матерей как важного фактора семейного благополучия ребенка с СД, который нередко переживает малозначимость в семейной ситуации. Показано, что у матерей детей, больных СД, уровень невротизации достоверно выше, чем у матерей здоровых детей. Для них характерны неуверенность в себе, недовольство своей жизнью, тревога и разного рода страхи, повторяющиеся неприятные соматические ощущения. Они реже прибегают к рациональному решению проблем, к отвлечению от них с целью восстановления сил, к социальной поддержке [9]. Для оказания психологической помощи матерям детей с СД разработана краткосрочная модель гештальт-терапии, направленная на осознание более конструктивных способов совладания с болезнью ребенка [6].

С учетом того, что матерям принадлежит большая роль в управлении болезнью ребенка [14], будет актуальным исследовать взаимосвязи воспитательной практики матерей с эмоциональным состоянием и поведением детей, больных СД, в ситуациях фрустрации. Полученные данные будут положены в основу разработки модели психологической коррекции материнско-детских взаимоотношений в таких семьях.

Все вышеизложенное определило *цель настоящего исследования* — изучить взаимосвязи воспитательной практики матерей с уровнем тревожности и реакции детей, больных СД, на ситуацию фрустрации.

Всего было обследовано 150 жителей Санкт-Петербурга и Ленинградской области. Основную группу составили учащиеся общеобразовательных школ в возрасте 8–11 лет, больные инсулинозависимым сахарным диабетом (n = 35), и их матери (n = 35). Средний возраст детей основной группы — 9 лет, средний возраст матерей — 36 лет. 75% детей основной группы воспитываются в полных семьях, 26% детей — в неполных семьях. На момент исследования дети основной группы находились на лечении в стационаре с целью компенсации углеводного обмена путем введения в организм инсулина и соблюдения режима приема пищи.

Контрольную группу составили здоровые учащиеся общеобразовательных школ

того же возраста (n = 40) и их матери (n = 40). Средний возраст детей контрольной группы — 9 лет, средний возраст матерей — 34 года. 83% детей контрольной группы воспитываются в полных семьях, 18% — в неполных семьях.

Для психологического исследования матерей использовался опросник «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ) Э.Г. Эйдемиллера, В. Юстицкиса [13]. Исследование детей осуществлялось с помощью Шкалы явной тревожности CMAS [4] и Фрустрационного теста С. Розенцвейга [12].

Опросник АСВ позволяет определить различные нарушения процесса воспитания и установить некоторые психологические причины этих нарушений.

Шкала явной тревожности для детей (The Childrenes form of manifest anxiety scale — CMAS) предназначена для выявления у детей 8–12 лет тревожности как относительно устойчивого образования. В России адаптация детского варианта шкалы проведена и опубликована А. М. Прихожан.

Тест С. Розенцвейга разработан для изучения особенностей поведения человека в ситуации фрустрации. Методика классифицирует реакции ребенка по трем направлениям и трем типам.

Статистическая обработка данных проведена при помощи программы «Статистика». Для сравнения выборок использовался критерий Фишера, для исследования корреляционной зависимости — коэффициент Спирмена.

Анализ семейных взаимоотношений у матерей больных и здоровых детей показал, что средние значения шкал опросника АСВ не достигли установленных диагностических значений в обеих группах. В то же время проведенный статистический анализ выявил, что у матерей больных СД детей показатели гипер- и гипопротекции, чрезмерности удовлетворения потребностей ребенка и их игнорирования, чрезмерности и недостаточности требований-обязанностей, чрезмерности требований-запретов, чрезмерности санкций, расширения сферы родительских чувств, фобии утраты ребенка, неразвитости родительских чувств, сдвигов в установках родителя по отношению к ребенку в зависимости от его пола значимо выше, чем в группе матерей здоровых детей ($p < 0,05$).

На рис. 1 представлены значения шкал, характеризующие семейные взаимоотношения, по которым определены достоверные различия между сравниваемыми группами матерей.

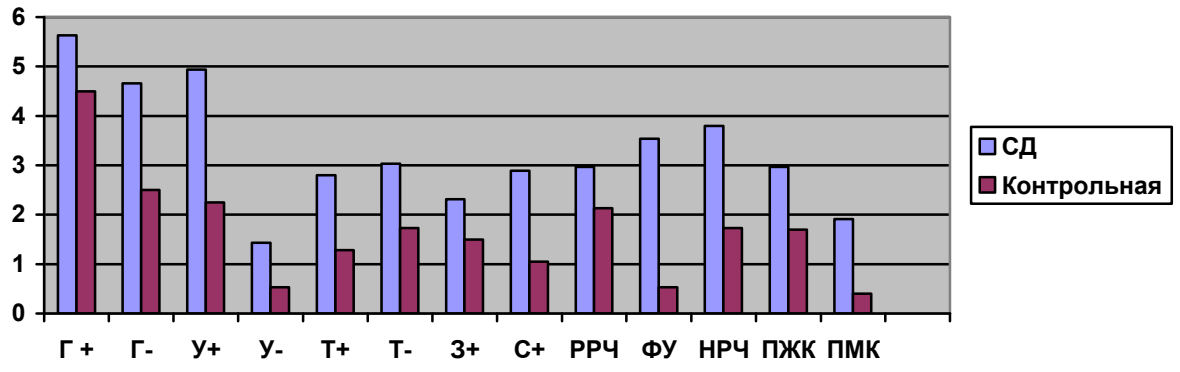

Рис. 1. Средние значения шкал опросника АСВ, достоверно различающиеся у матерей основной и контрольной групп

В 34% наблюдений матери больных СД детей демонстрируют гиперпротекцию (шкала Г+), то есть уделяют своему ребенку много времени, сил и внимания, в результате чего воспитание становится центральным делом их жизни. У матерей контрольной группы гиперпротекция выявлена в 17% случаев.

Гипопротекция в воспитании ребенка с СД обнаруживается у 9% матерей больных детей. Ребенок оказывается на периферии внимания такой матери, до него «не доходят руки», пока не случается что-то серьезное. В контрольной группе гипопротекция не обнаружена.

9% матерей основной группы стремятся к максимальному и некритичному удовлетворению любых потребностей детей с СД, «балуют его». Объясняя необходимость такого воспитания, они приводят различные аргументы, и в первую очередь, наличие болезни. В контрольной группе такое воспитание не установлено.

Игнорирование потребностей ребенка с СД определено также у 9% матерей детей с СД. При этом в основном страдают потребность в эмоциональном контакте и в общении ребенка с матерью. Матери контрольной группы потребности детей не игнорируют.

40% матерей основной группы предъявляют к ребенку чрезмерные требования-обязанности, которые не соответствуют его возможностям и представляют риск психической травматизации. Напротив, почти для половины из них характерна недостаточность требований, когда больной ребенок имеет минимальное количество обязанностей в семье. В контрольной группе эти показатели составляют только 5% наблюдений.

31 % матерей детей с СД используют слишком большое количество запретов, ограничивающих свободу и самостоятельность ребенка. В любой ситуации детям таких матерей «все нельзя», так как матери переживают страх перед любыми проявлениями их самостоятельности. Это подавляет проявление автономии и инициативы у ребенка с СД. Недостаточное число запретов проявляется у 20% матерей основной группы. В этом случае ребенку «все можно», он ни за что не отчитывается перед матерью, которая при этом не хочет или не может устанавливать какие-то рамки в его поведении. В контрольной группе эти показатели составили 5% и 3% соответственно.

У 34% матерей детей с СД наблюдается приверженность строгим наказаниям, они неадекватно реагируют даже на незначительные нарушения поведения больного ребенка. В контрольной группе такое воспитание не обнаружено.

При анализе психологических проблем матерей, решаемых за счет ребенка, в 17% наблюдений у матерей больных детей имелась фобия его утраты из-за преувеличения его болезненности и хрупкости. Страх заставляет мать тревожно прислушиваться к любым пожеланиям ребенка и спешить удовлетворить их, а в других случаях — мелочно опекать его. В контрольной группе фобия утраты не установлена.

Расширение сферы родительских чувств выявлено у 9% матерей детей с СД. В этом случае мать хочет, чтобы ребенок стал для нее чем-то большим, нежели просто ребенком. Это нарушение воспитания возникает обычно тогда, когда супружеские отношения между родителями в силу каких-либо причин оказываются деструктивными. В контрольной группе матерей данный показатель обнаружен в 3% наблюдений.

Неразвитость родительских чувств диагностирована у 9% матерей больных СД детей. Внешне это проявляется в нежелании иметь дело с ребенком, в плохой переносимости его общества, в поверхностности интереса к его делам. В контрольной группе у матерей неразвитость родительских чувств не обнаружена.

В 46% наблюдений у матерей детей с СД обнаружено предпочтение у ребенка женских качеств, в 23% случаев — предпочтение мужских качеств. В контрольной группе сдвиги установок матери в отношении его

пола в виде предпочтения женских качеств выявлены в 8% наблюдений.

При исследовании тревожности у детей, больных СД, установлено, что у 25% из них наблюдается явно повышенный и очень высокий ее уровни. Тревожность обычно носит «разлитой», генерализованный характер, препятствующий адаптации. У здоровых детей высокая тревожность зафиксирована только в 2,5% наблюдений.

В 40% случаев у детей обеих групп выявлена несколько повышенная тревожность. Такой уровень обычно связан с ограниченным кругом ситуаций, с определенной сферой жизни.

В 34% случаев у детей, больных СД, отмечается нормальный уровень тревожности, который необходим для адаптации и продуктивной деятельности. У здоровых детей такой уровень определен в 55% случаев.

Таблица 1

Частота представленности различных уровней тревожности у детей групп сравнения, (%)

Характеристика	*Основная группа детей*	*Контрольная группа детей*
Состояние тревожности испытуемому не свойственно	0	2,5
Нормальный уровень тревожности	34	55
Несколько повышенная тревожность	40	40
Явно повышенная тревожность	14	0
Очень высокая тревожность	11	2,5

Статистический анализ с использованием критерия Фишера подтвердил, что в основной группе детей уровень тревожности достоверно выше, чем в контрольной группе ($p < 0,05$).

При исследовании реакций на фрустрацию с использованием критерия Фишера обнаружено, что в основной группе детей выраженность интропунитивных реакций и реакций с фиксацией на разрешение ситуации достоверно выше ($p < 0,05$), а значения экстрапунитивных реакций и реакций с фиксацией на самозащите достоверно ниже ($p < 0,05$), чем в контрольной ($p < 0,05$). Выраженность импунитивных реакций, реакций с фиксацией на препятствие и стандартности реакций достоверно не различается.

Для описания отличительных особенностей реакций больных СД детей показатели шкал теста С. Розенцвейга, по которым были выявлены достоверные различия между группами сравнения с помощью критерия Фишера, также были сопоставлены с показателями нормативной выборки детей [12].

Таблица 2

Средние значения показателей реакций на фрустрацию в сопоставлении с аналогичными показателями нормативной выборки

Реакции на фрустрацию	*Средние значения основной группы*	*Средние значения контрольной группы*	*Нормативные значения*
Экстрапунитивные	42,95	52,10	46,8
Интропунитивные	30,55	23,05	25,9
С фиксацией на самозащите	28,051	40,278	39,5
С фиксацией на разрешение ситуации	37,811	30,280	32,2

Из таблицы видно, что среднее значение выраженности экстрапунитивных реакций у детей с СД ниже как данных контрольной группы, так и нормативных данных. Это указывает на то, что при столкновении с неприятностями они склонны уходить в себя, как бы не обращая внимание на окружающее, продолжая действовать так, как будто ничего не произошло. Внешние проявления каких бы то ни было эмоциональных реакций у них практически отсутствуют. Пытаясь найти выход из положения, больные дети не прибегают к помощи, действуют в одиночку. В отличие от этого, здоровые дети открыто проявляют недовольство, раздражение, гнев, вовлекают в свои переживания окружающих, инициируют общение. Проявляют повышенное внимание к тому, что происходит вокруг них, стараются влиять на окружающих, побуждают их к действиям. Ищут совета, помощи, поддержки.

Среднее значение выраженности интропунитивных реакций у детей основной группы выше данных контрольной группы и нормативных значений. Это показывает, что они уверены в том, что сами являются причиной всех своих неудач и неприятностей. Считают себя виноватыми, несмотря на то, что не имели никакого отношения к случившемуся и никак не могли повлиять на произошедшие события. Неприятности вызывают у детей с СД глубокие внутренние переживания, которые могут быть незаметны окружающим. Интересно, что такие дети стараются как-то исправить ситуацию, оказать помощь тем, кто пострадал вместе с ними. Дети контрольной группы, напротив, считают, что они в сложной ситуации «ни при чем», что никто не смог бы предусмотреть возникших проблем, поэтому они могут проявлять излишнюю самоуверенность и недостаток самокритики в случае неожиданных неприятностей, хотя в «обычной жизни» действуют конструктивно.

Показатель реакции с фиксацией на самозащите у детей с СД ниже как данных контрольной группы, так и нормативного значения. Это показывает, что они стараются быстро забыть неприятности и не принимать их близко к сердцу. Такая нечувствительность может быть связана с поверхностностью чувств, с излишней самоуверенностью или с недостаточной самокритичностью. Можно предположить, что количество стрессоров в жизни ребенка с СД приводит к тому, что дети с целью защиты стараются их игнорировать, вытеснить и поэтому внешне на них как бы не реагируют. В контрольной группе показатель реакции с фиксацией на самозащите немного выше нормативного значения, что позволяет думать, что их общая стрессоустойчивость адекватна для того, чтобы совладать с неожиданными неприятностями

Показатель реакции с фиксацией на разрешение ситуации у детей с СД выше, чем в контрольной выборке и в нормативной выборке. Это указывает на то, что они ориентированы на поиски рационального решения возникших проблем. В стрессовой ситуации они стараются вести себя конструктивно, пытаются воздействовать на события и направлять их в более приемлемое русло, изменить ситуацию к лучшему. У детей контрольной группы показатель реакции с фиксацией на разрешение ситуации ниже нормативного значения. Полученные данные отражают, что они могут оказаться беспомощными в ситуации фрустрации, теряются, не знают, что предпринять, к кому обратиться за помощью, как вообще себя вести. Неожиданная неприятность может полностью дезорганизовать ребенка. При этом дети могут быть легко обучены поведению в стрессе.

Корреляционный анализ выявил следующие значимые прямые и обратные взаимосвязи между показателями воспитательной практики матерей и эмоционально-поведенческими реакциями ребенка с СД.

Выраженность гипопротекции у матерей основной группы прямо взаимосвязана с импунитивными реакциями ре-

бенка СД (r = 0,004, p < 0,05). Полученные данные отражают, что чем больше ребенок находится на периферии внимания матери, тем больше и чаще склонен рассматривать фрустрирующую ситуацию как незначительную, неприятности — как несущественные и неизбежные, с которыми все равно ничего не поделать. Можно предположить, что мать, «отмахиваясь» от ребенка с СД, обучает его таким же образом поступать со сложными ситуациями.

Чрезмерное удовлетворение потребностей ребенка с СД (потворствование) прямо взаимосвязано с уровнем его тревожности (r = 0,024, p < 0,05) и выраженностью у него реакции фиксации на разрешение ситуации (r = 0,016, p < 0,05). Полученные данные показывают, что чем больше матери стремятся к некритичному и максимальному удовлетворению потребностей ребенка, тем выше его тревожность и тем более характерны для него самостоятельные попытки преобразовать стрессовую ситуацию.

Игнорирование потребностей ребенка с СД обратно взаимосвязано с выраженностью у него реакции фиксации на препятствие (r = –0,047, p < 0,05), реакции фиксации на разрешение ситуации (r = –0,011, p < 0,05) и прямо взаимосвязаны с его интропунитивными реакциями (r = 0,003, p < 0,05). Это показывает, что чем меньше матери удовлетворяют потребности ребенка с СД, тем больше он выражает эмоциональное отношение к ситуации, ориентирован на рациональный выход из нее и тем меньше склонен признавать свою ответственность за сложившуюся ситуацию.

Чрезмерность требований-обязанностей к ребенку в основной группе матерей прямо взаимосвязана с выраженностью у детей реакции с фиксацией на препятствие (r = 0,007, p < 0,05). Взаимосвязь показывает, что чем непомернее требования к ребенку, тем больше он подвержен фрустрации, склонен только обсуждать неожиданную и неприятную ситуацию, а не действовать.

Недостаточность требований-обязанностей к детям в основной группе матерей прямо взаимосвязана с уровнем тревожности ребенка с СД (r = 0,018, p < 0,05), с выраженностью у него реакции фиксации на разрешение ситуации (r = 0,016, p < 0,05) и обратно взаимосвязана с выраженностью импунитивных реакций (r = –0,042, p < 0,05). Это означает, что чем меньше обязанностей у ребенка с СД, тем выше его тревожность и стремление самостоятельно рационально решить сложную ситуацию и тем реже он считает себя источником неприятностей. Отсутствие требований приводит к увеличению степени самостоятельности ребенка с СД, но увеличивает его тревожность.

Выраженность в воспитательной практике матерей основной группы чрезмерности требований-запретов прямо взаимосвязана с реакцией фиксации на разрешение ситуации у ребенка (r = 0,037, p < 0,05). Взаимосвязь показывает, что чем больше ребенку с СД «все нельзя», тем больше он обращается за советом к окружающим в стрессовой ситуации, пытается найти рациональное решение.

Неустойчивость стиля воспитания у матерей больных детей прямо взаимосвязана с их импунитивными реакциями (r = 0,020, p < 0,05). Это указывает на то, что чем более резко меняет приемы воспитания мать, то есть чем более она непредсказуема в своих действиях по отношению к ребенку, тем менее склонен он реагировать на стрессовую ситуацию, рассматривая ее как незначительную, а неприятности — как неизбежные.

В исследовании были также установлены определенные взаимосвязи психологических (личностных) проблем матерей, решаемых за счет воспитания, с тревожностью и с фрустрационными реакциями детей с СД.

Воспитательная неуверенность матери обратно взаимосвязана с интропунитивными реакциями ребенка с СД (r = –0,018, p < 0,05). Взаимосвязь показывает, что чем больше выражено перераспределении власти между матерью и ребенком в пользу последнего, тем больше он считает себя источником неприятностей и принимает ответственность за исправление неожиданной и неприятной ситуации на себя.

Выраженность фобии утраты ребенка у матерей основной группы прямо взаимосвязана с его интропунитивными реакциями (r = 0,020, p < 0,05) и реакциями с фиксацией на разрешение ситуации (r = 0,023, p < 0,05). Полученные данные отражают, что чем больше у матери страха «потерять» ребенка с СД, тем больше он в сложной ситуации принимает на себя вину и ответственность, предпринимает самостоятельные попытки разрешения проблемы.

Неразвитость родительских чувств у матерей основной группы прямо взаимосвязана с интропунитивными реакциями (r = 0,037, p<0,05) и обратно взаимосвязана с реакцией фиксации на препятствие (r= –0,008, p<0,05) у детей с СД. Полученные данные свидетельствуют, что чем больше мать не хочет иметь дело с ребенком с СД, тем больше он считает себя источником неприятностей, берет ответственность на себя, демонстрирует высокую ригидность в стрессовой ситуации.

Вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания прямо взаимосвязано с тревожностью ребенка с СД (r = 0,043, p < 0,05). Полученные данные показывают, что чем более выражены конфликтные отношения между супругами, тем выше тревожность у ребенка с СД.

Сдвиг в установках матери по отношению к ребенку в зависимости от его пола, а именно — предпочтение у него женских качеств прямо взаимосвязано с его фиксацией на самозащите (r = 0,032, p < 0,05). Предпочтение мужских качеств прямо взаимосвязано с экстрапунитивными реакциями (r = 0,001, p < 0,05) и реакциями с фиксацией на разрешение ситуации (r = 0,018, p < 0,05). Полученные данные отражают, что чем больше проявляется сдвиг матери в установках воспитания в сторону предпочтения женских качеств у ребенка с СД, тем больше он уязвим в ситуации стресса. Чем больше сдвиг в установках матери в предпочтении мужских качеств, тем больше ребенок с СД активен, в том числе и эмоционально реагирует вовне, предпринимает попытки рационально разрешить проблему в стрессовой ситуации.

Выводы

Таким образом, в воспитательной практике матерей больных СД детей показатели протекции, степени удовлетворения потребностей ребенка, чрезмерности и недостаточности требований-обязанностей, чрезмерности требований-запретов, чрезмерности санкций более выражены, чем в воспитательной практике здоровых детей. Это указывает на то, что для них характерны трудности в гармоничном проявлении заботы о своем ребенке, в понимании оптимальной (необходимой для него) степени удовлетворения потребностей, соответствия предъявляемых требований возрасту и состоянию здоровья ребенка, а также в определении рамок его поведения и в предъявлении наказаний.

Для матерей больных детей больше, чем для матерей здоровых детей, характерны следующие психологические (личностные) проблемы, решаемые за счет воспитания: расширение сферы родительских чувств, фобия утраты ребенка, неразвитость родительских чувств, сдвиги в установках матери по отношению к ребенку в зависимости от его пола. Можно предположить, что данные личностные проблемы могут быть обусловлены в определенной степени болезнью ребенка, когда от матери требуется активное участие в управлении СД и в выполнении медицинских процедур.

При исследовании тревожности установлено, что у четверти детей, больных СД, на-

блюдается явно повышенная и очень высокая тревожность. Средний уровень тревожности в группе детей с СД достоверно выше, чем в группе здоровых детей.

Высокий уровень тревожности больного ребенка прямо взаимосвязан с такими характеристиками воспитательной практики матери, как чрезмерность в удовлетворении его потребностей, недостаточность требований-обязанностей к нему, вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания.

Определено, что по сравнению со здоровыми детьми, у детей с СД в ситуации фрустрации больше выражены интропунитивные реакции. Таким образом, они чаще считают себя источником различных неприятностей, признают свою вину за происшедшее. Выраженность у больного СД ребенка интропунитивных реакций прямо взаимосвязана с игнорированием матерью его потребностей, с ее воспитательной неуверенностью и с неразвитостью у нее родительских чувств, а также с фобией утраты ребенка.

Высокая выраженность у больных детей реакции фиксации на разрешение ситуации, достоверно превышающая среднее значение контрольной группы и нормативные значения, указывает на их ориентацию на рациональное решение проблем, не свойственную здоровым детям такого возраста. Выраженность этой реакции прямо взаимосвязана с неумением матери гармонично удовлетворять потребности ребенка с СД, с недостаточностью требований-обязанностей к нему, с фобией утраты.

Все вышеназванные, а также другие выявленные в исследовании взаимосвязи характеристик материнского воспитания, тревожности и поведения детей с СД в ситуации фрустрации могут быть положены в основу разработки модели психологической коррекции материнско-детских взаимоотношений, мишенями которой могут выступать установленные характеристики воспитательной практики матерей и эмоционально-поведенческих особенностей детей с СД 1 типа.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *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. 2006. № 4. С. 22–27.

2. *Вовненко К. Б.* Диагностика эмоциональных и поведенческих проблем детей младшего школьного возраста, больных сахарным диабетом // Электронный журнал «Психологическая наука и образование» www.psyedu.ru /ISSN: 2074-5885. 2009. № 4.

3. *Дедов И. И., Шестакова М. В., Сунцов Ю. И.* Сахарный диабет в России: проблемы и решения. М. 2008. С. 3–6.

4. Диагностика эмоционально-нравственного развития / Ред. и сост. И. Б. Дерманова. СПб: Речь. 2002. 176 с.

5. *Исаев Д. Н.* Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. СПб.: Речь, 2005. С. 147–150.

6. *Коломиец И. Л., Никольская И. М.* Модель краткосрочной гештальт-терапии матерей детей, больных сахарным диабетом // Мнухинские чтения. Успехи детско-подростковой психиатрии и психотерапии (исторический и междисциплинарный подход): Материалы конференции. СПб. 2007. С. 129–132.

7. *Мотовилин О. Г., Щербачева Л. Н., Андрианова Е. А., Кураева Т. Л.* Детско-родительские отношения в семьях детей, больных сахарным диабетом 1 типа // Сахарный диабет. 2008. № 4(41) С. 50–54.

8. *Никольская И. М.* Биопсихосоциальная модель болезни и здоровья как теоретико-методологическая основа клинической психологии и психотерапии семьи и детства // Семья: межинституциональное взаимодействие в социокультурном пространстве Санкт-Петербурга / Под общ. ред. Е. Н. Барышникова, О. В. Эрлиха. СПб.: Изд-во Политехн. ун-та. 2001. С. 161–167.

9. *Никольская И. М., Коломиец И. Л.* Уровень невротизации и стили совладающего поведения матерей детей, больных сахарным диабетом // Российский семейный врач. 2011. Т. 15. С. 40–45.

10. *Самойлова Ю. Г., Кравец Е. Б., Олейник О. А.* Роль психологических факторов в достижении адекватного гликемического контроля у детей и подростков с сахарным диабетом типа 1 // Бюллетень сибирской медицины. 2010. № 1. С. 97–103.

11. *Сунцов Ю. И., Болотская Л. Л., Маслова О. В., Казаков И. В.* Эпидемиология сахарного диабета и прогноз его распространенности в Российской Федерации // Сахарный диабет. 2011. № 1. С. 15–18.

12. Фрустрационный тест С. Розенцвейга: Методическое руководство / Под ред. Л. А. Ясюковой. СПб.: Иматон, 2002. 122 с.

13. *Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М.* Семейный диагноз и семейная психотерапия: Учебное пособие для врачей и психологов. 2-е изд., испр. и доп. СПб.: Речь, 2006. 352 с.

14. *Antal Holly, Wysocki Tim, Canas J. Atilio* et al. Parent Report and Direct Observation of Injection-Related Coping Behaviors in Youth with Type 1 Diabetes // Journal of Pediatric Psychology. 2011. V. 36(3). P. 308–317.

15. *Borrell-Garrió Fr., Suchman A. L., Epstein R. M.* The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry // Annals of Family Medicine. 2004. Vol. 2. № 6. November/December. P. 84–92.

16. Diabetes atlas. IDF, 2009. P. 11–12.

REFERENCES

1. *Bondarenko S. M., Smirnov V. V., Danilenko O. V., Petrjajkina E. E.* Osobennosti vnutrennej kartiny bolezni u detej i podrostkov, bol'nyh saharnym diabetom 1 tipa // Pediatrija. 2006. № 4. S. 22–27.

2. *Vovnenko K. B*. Diagnostika emotsional'nyh i povedencheskih problem detej mladshego shkol'nogo vozrasta, bol'nyh saharnym diabetom // Elektronnyj zhurnal «Psihologicheskaja nauka i obrazovanie» www.psyedu.ru /ISSN: 2074-5885. 2009. № 4.

3. *Dedov I. I., Shestakova M. V., Suncov Ju. I.* Saharnyj diabet v Rossii: problemy i reshenija. M. 2008. S. 3–6.

4. Diagnostika emotsional'no-nravstvennogo razvitija / Red. i sost. I. B. Dermanova. SPb: Rech', 2002. 176 s.

5. *Isaev D. N*. Emotsional'nyj stress, psihosomaticheskie i somatopsihicheskie rasstrojstva u detej. SPb.: Rech', 2005. S. 147–150.

6. *Kolomiets I. L., Nikol'skaja I. M.* Model' kratkosrochnoj geshtal't-terapii materej detej, bol'nyh saharnym diabetom // Mnuhinskie chtenija. Uspehi detsko-podrostkovoj psihiatrii i psihoterapii (istoricheskij i mezhdisciplinarnyj podhod): Materialy konferencii. SPb. 2007. S. 129–132.

7. *Motovilin O. G., Shcherbacheva L. N., Andrianova E. A., Kuraeva T. L*. Detsko-roditel'skie otnoshenija v sem'jah detej, bol'nyh saharnym diabetom 1 tipa // Saharnyj diabet. 2008. № 4(41). S. 50–54.

8. Nikol'skaja I. M. Biopsihosotsial'naja model' bolezni i zdorov'ja kak teoretiko-metodologicheskaja osnova klinicheskoj psihologii i psihoterapii sem'i i detstva // Sem'ja: mezhinstitutsional'noe vzaimodejstvie v sotsiokul'turnom prostranstve Sankt-Peterburga / Pod obshch. red. E. N. Baryshnikova, O. V. Erliha. SPb.: Izd-vo. Politehn. un-ta, 2001. S. 161–167.

9. *Nikol'skaja I. M., Kolomiets I. L*. Uroven' nevrotizatsii i stili sovladajushchego povedenija materej detej, bol'nyh saharnym diabetom // Rossijskij semejnyj vrach. 2011. T. 15. S. 40–45.

10. *Samojlova Ju. G., Kravets E. B., Olejnik O. A*. Rol' psihologicheskih faktorov v dostizhenii adekvatnogo glikemicheskogo kontrolja u detej i podrostkov s saharnym diabetom tipa 1 // Bjulleten' sibirskoj mediciny. 2010. № 1. S. 97–103.

11. *Suntsov Ju. I., Bolotskaja L. L., Maslova O. V., Kazakots* // Saharnyj diabet. 2011. № 1. S. 15–18.

12. Frustracionnyj test S. Rozentsvejga: Metodicheskoe rukovodstvo / Pod red. L. A. Jasjukovoj. SPb.: Imaton, 2002. 122 s.

13. *Jejdemiller E. G., Dobrjakov I. V., Nikol'skaja I. M*. Semejnyj diagnoz i semejnaja psihoterapija: Uchebnoe posobie dlja vrachej i psihologov. 2-e izd., ispr. i dop. SPb.: Rech', 2006. 352 s.

14. Antal *Holly, Wysocki Tim, Canas J. Atilio* et al. Parent Report and Direct Observation of Injection-Related Coping Behaviors in Youth with Type 1 Diabetes // Journal of Pediatric Psychology. 2011. V. 36(3). P. 308–317.

15. Borrell-*Garrió Fr., Suchman A. L., Epstein R. M.* The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry // Annals of Family Medicine. Vol. 2. № 6. November/December. 2004. P 84–92.

16. Diabetes atlas. IDF, 2009. P. 11–12.

Е. А. Косых

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ УСТАНОВОК К УПОТРЕБЛЕНИЮ АЛКОГОЛЯ У ЖЕНЩИН ДЕТОРОДНОГО ВОЗРАСТА

Освещаются вопросы влияния установок различного уровня на поведение женщин в отношении употребления алкоголя. Статья содержит сравнительный анализ частоты употребления алкоголя и отношения к различным видам алкогольных напитков, в том числе пива и вина.

Ключевые слова: установка, употребление алкоголя, женщины детородного возраста.

E. Kosyh

A PSYCHOLOGICAL ANALYSIS OF WOMEN'S ATTITUDES TO ALKOHOL

The different levels of women's attitudes to drinking alcohol are analyzed. The attitudes of women are inconsistent: the general attitude forbids to drink alcohol, the concrete attitude allows to drink beer and wine. The article presents a comparative analysis of the frequency of alcohol drinking and the attitudes towards different types of alcoholic beverages, including beer and wine.

Keywords: attitude, alcohol, women of childbearing age.

В психологии фактом, влияющим на реальное поведение человека, считается установка. В. А. Ядов разработал диспозиционную концепцию регуляции социального поведения личности. Основная идея, лежащая в основе этой концепции, заключается в том, что человек обладает сложной системой различных диспозиционных образований, которые регулируют его поведение и деятельность. Эти диспозиции организованы иерархически. Первый уровень составляют элементарные фиксированные установки: они формируются на основе витальных потребностей и в простейших ситуациях в условиях семейного окружения, и в самых низших предметных ситуациях. Более сложные диспозиции, которые формируются на основе потребности человека в общении, осуществляемом в малой группе, соответственно — социальные фиксированные установки, или аттитюды, которые регулируют поступки, первичные действия, составляют второй уровень. Третий уровень фиксирует общую направленность интересов личности относительно конкретной сферы социальной активности, или базовые социальные установки. Они формируются в тех сферах деятельности, где личность удовлетворяет свою потребность в активности. Высший уровень диспозиций образует система ценностных ориентаций личности, которые регулируют поведение и деятельность личности в наиболее значимых ситуациях ее социальной активности, в кото-