

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ И ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Работа представлена кафедрой клинической психологии Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии. Научный руководитель – кандидат психологических наук, доцент Д. Д. Исаев

Исследование, посвященное изучению психологических проблем и личностных особенностей подростков 13–15 лет с сахарным диабетом, показало наличие социальной гипернормативности и проблем идентификации. У мальчиков при внешнем благополучии наблюдается более высокий уровень стресса, меньшая мобилизованность организма и недостаточная критичность к своему состоянию.

Ключевые слова: сахарный диабет, гипогликемия, гипергликемия, идентификация, социальная гипернормативность.

The research devoted to studying of psychological problems and personal features of 13–15-year-olds with diabetes mellitus has shown presence of social hypernormativity and problems of identification. Boys are characterised by a higher level of stress, less mobilisation of an organism and insufficient criticality to their state of health.

Key words: diabetes mellitus, hypoglycemia, hyperglycemia, identification, social hypernormativity.

В настоящее время сахарный диабет (СД) остается медико-социальной проблемой для большинства стран. Среди больных сахарным диабетом дети и подростки до 16 лет составляют 3–8%¹. Отмечается также тенденция роста заболеваемости сахарным диабетом².

Ситуация реальной угрозы жизни, связанная с наличием хронических заболеваний, обуславливает существенное снижение качества жизни детей как за счет физической, так и психологической составляющей независимо от объектив-

ной тяжести болезни³. У детей с диабетом могут возникать проблемы социализации, которые связаны как с наличием хронического заболевания, так и с личностными чертами больных. Перед учеными стоит задача выявления социально-психологических переменных, способных нивелировать неблагоприятное воздействие заболевания, а также поиска путей активизации этих переменных. Поскольку социальные факторы зачастую связаны с объективными ограничениями, возрастает роль психологических

факторов, многие из которых поддаются коррекции⁴.

Данные последних исследований подтверждают, что у людей, страдающих сахарным диабетом, часто наблюдается ряд психологических проблем и психических расстройств. Такие нарушения не только причиняют страдания, но также влияют на лечение и исход самого сахарного диабета⁵.

Международные исследования психического здоровья детей и подростков с диабетом дают противоречивые результаты. Некоторые исследования свидетельствуют об относительно большом числе психических проблем у больных. Шведские исследования показывают, что по сравнению со здоровыми лишь незначительное число детей с диабетом имеют такие проблемы⁶.

Внутренняя картина болезни у детей, страдающих сахарным диабетом, искажается негативным отношением к заболеванию и его лечению. Она характеризуется изменениями структуры самооценки, приводящими к формированию «комплекса отличия» от здоровых детей⁷.

При возникновении заболевания в позднем подростковом возрасте возникает ряд социально-психологических проблем, таких как переживание шокового состояния самим пациентом и его семьей при постановке диагноза, негативное отношение к инъекциям, тревога за частоту и неожиданное возникновение состояний гипогликемии, ограниченный диапазон в профессиональном выборе, страх открыться другим⁸. СД как хроническое соматическое заболевание создает многочисленные психологические проблемы: неопределенность в отношении будущего, утрата самоконтроля, ощущение, что сахарный диабет «поглотил» жизнь, что ведет либо к чувству беспомощности, либо к чувству гнева, бурной реакции, а также беспокойства в отношении того, как другие люди воспримут их диагноз⁹.

Условия ограничения, накладываемые болезнью, и связанная с этим новая социальная ситуация повышают психическую напряженность у каждого ребенка¹⁰. Вхождение в период полового созревания часто характеризуется ухудшением самоконтроля, хотя именно в это время нужно быть особенно ответственным. Диабет может становиться причиной конфликтов между подростками¹¹. Подростковые реакции эмансипации и протеста приобретают определенную трансформацию и используются ими как средство давления на окружающих через отказ от соблюдения диеты, режима, введения инсулина. У подростков усиливается «комплекс отличия» в связи с болезнью, что влияет на общение со сверстниками.

Некоторые исследования утверждают, что подавляющее большинство детей имеют высокий уровень агрессии и тревожности, который связывают с невозможностью удовлетворения значимых желаний и потребностей, ограниченных болезнью. Нужно подчеркнуть большую неоднородность имеющихся в литературе сообщений о личностных особенностях диабетиков. Ряд авторов предполагают, что они являются результатом фиксации реакций на возникновение болезни. Особенности детей, больных диабетом, во многом объясняются воздействием соматических факторов (астения, гипогликемия и т. п.) на формирующуюся психику¹².

Экспериментально-психологические исследования, посвященные изучению особенностей личности больных детского и юношеского возраста, выявили депрессивные, невротические проявления, высокую тревогу, а также трудности социального приспособления. Некоторые данные свидетельствуют о характерном для детей-диабетиков ограничении нормальной активности, приводящей к отдалению от сверстников, агрессивному к ним отношению или повышенной застенчивости. Подобное поведение способствует

тому, что больные диабетом выше всего ценят дружбу, спокойную обстановку в семье. У детей и особенно у подростков, страдающих сахарным диабетом, самооценка заметно ниже, чем у сверстников¹³.

Таким образом, влияние болезни на психику может быть соматогенным и психогенным. Соматогенное влияние определяется эффектом органически вредных воздействий на нервную систему больного. В случае диабета – это гипо- и гипергликемии, интоксикация организма, биохимические нарушения, астения, различные осложнения. Психогенное влияние болезни выражается в психологической реакции на заболевание, его последствия, в изменении личности в ходе болезни¹⁴. В ситуации болезни изменяется не только соматическое, но и психическое состояние человека. При этом своеобразии реагирования на свое состояние отражается в изменении поведения, которое, в свою очередь, способствует смене характера взаимоотношений с окружающим миром. Поэтому представляется более правильным говорить об изменении не физического и/или психического статуса больного, а всей системы его отношений с миром и к миру¹⁵. В любом случае восприятие им реальности становится искаженным, что отражается на поведении, а значит, и на взаимоотношениях с окружающим миром, т. е. развивается социально-психологическая дезадаптация больного.

С целью изучения личностных особенностей подростков с сахарным диабетом в исследовании приняло участие 30 мальчиков и 38 девочек 13–15 лет, страдающих сахарным диабетом, а также здоровых 27 мальчиков и 34 девочки 13–15 лет. Были использованы следующие экспериментально-психологические методики: Универсальный трехфакторный семантический дифференциал Ч. Осгуда, опросник «Уровень развития субъектности личности» (УРСЛ), метод цветочных выборов Люшера, детский индивидуаль-

но-типологический опросник (ИТДО), личностная методика Big Five.

В группе мальчиков-подростков, страдающих сахарным диабетом, оказались более высокие показатели по шкале «целостности-неинтегративности» ($p < 0,05$), т. е. они стремятся быть более интегрированными в общество, тогда как для здоровых детей в данный возрастной период характерно снижение степени интегрированности в общественные отношения с целью острее прочувствовать свою автономность и выстроить свой новый образ «Я – взрослый», а не «Я – ребенок»¹⁶. Достоверных различий между мальчиками 13–15 лет, страдающими сахарным диабетом, и здоровыми мальчиками по всем остальным методикам обнаружено не было, но можно отметить, что по результатам методики семантический дифференциал на уровне тенденции для мальчиков с сахарным диабетом более значимыми являются отношения со сверстниками и с противоположным полом.

Для девочек 13–15 лет, страдающих сахарным диабетом, по сравнению со здоровыми девочками, также, но уже на уровне достоверных различий, более значимыми являются сверстники своего пола ($p < 0,01$), отношения с ними и с лицами противоположного пола ($p < 0,05$). Достоверно более значимой фигурой является отец, на что указывают более высокие показатели по факторам «Оценка» и «Сила» методики семантический дифференциал ($p < 0,01$; $p < 0,05$ соответственно). У них наблюдается более высокий уровень притязаний ($p < 0,05$), а свое здоровье они воспринимают как ослабленное ($p < 0,01$).

В группе девочек 13–15 лет, страдающих сахарным диабетом, выше, чем у здоровых девочек, уровень опосредованности по методике УРСЛ ($p < 0,01$). Из этого можно заключить, что они быстрее усваивают социальные нормы, которые станут их опорой в будущей взрослой жизни.

По результатам опросника ИТДО девочки с сахарным диабетом в сравнении со здоровыми девочками более чувствительны, впечатлительны, ранимы, чаще занимают ведомую позицию, а также менее пластичны ($p < 0,05$), т. е. они тяжелее входят в различные социальные роли. Данные методики Люшера указывают на более высокий уровень конформности у девочек с сахарным диабетом ($p < 0,05$) в сравнении со здоровыми девочками.

У мальчиков с СД, выше, чем у девочек с СД, показатели эмоциональной устойчивости ($p < 0,001$) и терпимости ($p < 0,05$), что не наблюдается в контрольной выборке. Мальчики также испытывают больший уровень нервно-психической напряженности ($p < 0,05$), тогда как в группе девочек наблюдается более высокий уровень мобилизованности организма ($p < 0,05$) и личностных ресурсов ($p < 0,01$). Также девочки критичнее относятся к состоянию своего здоровья ($p < 0,05$).

Корреляционный анализ позволяет оценить содержательные характеристики личности подростков. Для шкалирования по методике семантический дифференциал испытуемым были предложены следующие понятия:

1. «большинство мальчиков (девочек) моего возраста»;
2. «каким я вижу себя»;
3. «каким мне хотелось бы быть»;
4. «каким я вижу свое тело»;
5. «мое здоровье»;
6. «какими я вижу мои отношения со сверстниками»;
7. «какими я вижу мои отношения с лицами противоположного пола»;
8. «какой я вижу свою мать»;
9. «каким я вижу своего отца»;
10. «какой мне видится моя учеба»;
11. «каким я вижу себя во время гипогликемических состояний»;
12. «каким я вижу себя во время гипергликемических состояний».

В группе мальчиков-подростков 13–15 лет существуют корреляционные связи между «Я-реальное» и образом матери по факторам «Сила» и «Активность» ($r = 0,380$; $p < 0,05$; $r = 0,491$; $p < 0,01$ соответственно) и «Я-идеальное» и образом матери по фактору «Активность» ($r = 0,383$; $p < 0,05$), что позволяет говорить о том, что для мальчиков с сахарным диабетом образ матери является ключевым при построении как «Я-реального», так и «Я-идеального», что может свидетельствовать о некоторой инфантильности подростков. По-другому складывается картина у здоровых подростков, в данной группе выделяются корреляционные связи между «Я-реальное», «Я-идеальное», телесным образом и образом отца по фактору «Активность» ($r = 0,446$; $p < 0,05$; $r = 0,512$; $p < 0,01$; $r = 0,406$; $p < 0,05$ соответственно). Таким образом, здоровые подростки демонстрируют идентификацию с родителем своего пола (отцом).

В группе мальчиков, страдающих сахарным диабетом, помимо корреляционных связей со шкалой «отношения с противоположным полом», существуют корреляционные связи между «Я-реальное» и отношениями со сверстниками своего пола по факторам «Сила» и «Активность» ($r = 0,486$; $p < 0,05$; $r = 0,467$; $p < 0,01$ соответственно) и между образом тела и отношениями с мальчиками по фактору «Сила» ($r = 0,505$; $p < 0,01$). Это указывает на высокую значимость сверстников для мальчиков с сахарным диабетом, тогда как в группе здоровых подростков наблюдаются корреляционные связи между «Я-реальное» и отношениями с противоположным полом по факторам «Сила» и «Активность» ($r = 0,475$; $p < 0,05$; $r = 0,547$; $p < 0,01$ соответственно) и полностью отсутствуют корреляционные связи с понятием «отношения со сверстниками своего пола», т. е. в возрасте 13–15 лет происходит закономерная смена этапа психосексуального развития с гомосоциализации на

гетеросоциализацию, что и подтверждается на выборке здоровых испытуемых¹⁷.

В отличие от здоровых подростков, для которых учеба не является актуальной мотивацией (отсутствуют корреляционные связи с «учебой»), в группе мальчиков с сахарным диабетом, напротив, наблюдается большое количество корреляционных связей между «Я-реальное», «Я-идеальное», «Тело», «Отношениями со сверстниками», «Мать» и «Учеба» по фактору «Оценка» ($r = 0,493$; $p < 0,05$; $r = 0,403$; $p < 0,05$; $r = 0,490$; $p < 0,05$; $r = 0,627$; $p < 0,01$; $r = 0,683$; $p < 0,01$ соответственно), отношениями с противоположным полом и «Учебой» по фактору «Сила» ($r = 0,459$; $p < 0,05$), «Я-идеальное» и «Учебой» по фактору «Активность» ($r = 0,427$; $p < 0,05$). Указанные данные подтверждают наличие некоторой гипернормативности подростков с сахарным диабетом.

Корреляционные связи между образом здоровья и образом себя в гипогликемическом состоянии по факторам «Оценка» и «Сила» ($r = 0,517$; $p < 0,01$; $r = 0,461$; $p < 0,05$ соответственно) указывают на то, что болезненное состояние, связанное с изменением уровня сахара в крови, полностью не осознается, но опосредованно гипогликемия воспринимается негативно, как фактор здоровья/нездоровья. На это указывает то, что именно с гипогликемическим состоянием соотносится здоровье у мальчиков с сахарным диабетом, т. е. они ощущают проблемы со здоровьем сквозь призму себя в гипогликемическом состоянии.

В группе подростков, страдающих сахарным диабетом, существует прямая корреляционная связь между образом других и видением себя в гипогликемическом состоянии по фактору «Сила» ($r = 0,446$; $p < 0,05$), что, возможно, свидетельствует об опосредовании настроженного и даже негативного восприятия к сверстникам тяжестью декомпенсаций.

Корреляционные связи между «Я-реальное», «Я-идеальное», телесным образом и видением себя в гипергликемическом состоянии по фактору «Оценка» ($r = 0,422$; $p < 0,05$; $r = 0,506$; $p < 0,01$; $r = 0,448$; $p < 0,05$ соответственно) позволяют говорить о том, что гипергликемическое состояние подростки воспринимают как позитивное, эмоционально более комфортное, это подтверждает также корреляционная связь между образом матери и видением себя в гипергликемическом состоянии по фактору «Активность» ($r = 0,463$; $p < 0,05$), т. е. бессознательно гипергликемия ощущается как некое состояние со знаком «плюс».

Корреляционные связи между отношениями с противоположным полом и образом отца по факторам «Сила» и «Активность» ($r = 0,657$; $p < 0,01$; $r = 0,396$; $p < 0,05$ соответственно) свидетельствуют о том, что для девочек, страдающих сахарным диабетом, отец является ориентиром во взаимоотношениях с противоположным полом. Отрицательная корреляционная связь между образом сверстниц и образом отца по фактору «Сила» ($r = -0,412$; $p < 0,05$) в группе здоровых девочек 13–15 лет означает противопоставление гендерных образов и склонность к формированию биполярной гендерной модели, в которых отец выступает эталонным маскулинным образом.

Корреляционная связь между «Я-реальное» и образом отца по фактору «Активность» ($r = 0,602$; $p < 0,01$) говорит о том, что девочки с СД1 демонстрируют большую эмоциональную зависимость от отца, тогда как в группе здоровых девочек имеет место преобладающее количество корреляционных связей с образом матери: «Я-реальное» ($r = 0,451$; $p < 0,01$), «Я-идеальное» ($r = 0,466$; $p < 0,01$), телесный образ ($r = 0,502$; $p < 0,01$) по фактору «Оценка», т. е. мать является некой моделью, примером для подражания.

У девочек, страдающих сахарным диабетом, так же как и у мальчиков, имеет место большое количество корреляционных связей с образом учебы: «Я-реальное», телесный образ по фактору «Оценка» ($r = 0,359; p < 0,05; r = 0,419; p < 0,05$ соответственно), отношения со сверстниками, противоположным полом по факторам «Сила» и «Активность» ($r = 0,655; r = 0,537; r = 0,506; r = 0,543; p < 0,01$ соответственно), т. е. учеба является критерием успешности как себя, так и своей сферы межличностных отношений. У здоровых девочек существуют корреляционные связи между образом здоровья и учебой по всем трем факторам методики семантический дифференциал ($r = 0,473; p < 0,01; r = 0,361; p < 0,05; r = 0,383; p < 0,05$ соответственно), т. е. при хорошем здоровье – хорошая учеба, здоровье является предпосылкой для возможности осуществления успешной будущей трудовой деятельности.

Корреляционные связи между отношениями с противоположным полом и видением себя в гипергликемическом состоянии по фактору «Оценка» ($r = 0,369; p < 0,05$), а также между «Я-реальное», «Телом», отношениями со сверстниками и представлением о себе в гипергликемическом состоянии по фактору «Сила» ($r = 0,439; p < 0,01; r = 0,415; p < 0,05; r = 0,370; p < 0,05$ соответственно) указывают на бессознательное предпочтение гипергликемического состояния, как и у мальчиков.

В свою очередь, гипогликемическое состояние менее осознается, критика в таком состоянии снижена, имеет место всего лишь одна корреляционная связь: между образом других девочек и представлением о себе в гипогликемическом состоянии по фактору «Сила» ($r = -0,419; p < 0,05$), что может свидетельствовать об ощущении своей «слабости» при сравне-

нии со сверстницами в состоянии декомпенсации.

Выводы:

1. Девочки с СД являются более чувствительными, ранимыми, конформными, а также нормативными, их поведение является лучше осмысленным, неимпульсивным в сравнении со здоровыми девочками.

2. 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.

3. Для подростков, страдающих сахарным диабетом, как мальчиков, так и девочек, в отличие от здоровых подростков, более значимой является ориентация на межличностные отношения со сверстниками своего и противоположного пола.

4. Ощущение собственного отличия для мальчиков связано со стремлением принижать качества других при недостаточной критичности к себе. Девочки склонны к большей рефлексии и осознанию проблем, связанных с болезнью.

5. У подростков с СД наблюдаются проблемы идентификации: мальчики ориентируются на мать при построении своего образа «Я», а для девочек особо значимой является фигура отца, которая становится эталоном при построении взаимоотношений с противоположным полом.

6. Для подростков с СД характерна социальная гипернормативность, что также проявляется в учебной деятельности, которая становится критерием собственной успешности. Учеба для них становится высшим показателем «Я» в настоящем и проецируется в будущее на эмоционально-поведенческом уровне и на уровне отношений.

7. Именно гипогликемическое состояние подростки воспринимают как болезненное, как главный критерий их здоровья или нездоровья, в то время как гипергликемическое состояние несет для них позитивную окраску, что, возможно, связано с появлением некоторой стеничности в данном состоянии.

ПРИМЕЧАНИЯ

¹ Геккер В. Большой справочник по диабету у детей и подростков. М.: Медицина, 2004. 300 с.

² Астамирова Х., Ахманов М. Настольная книга диабетика. М.: ЭКСМО-Пресс, 2004. 320 с.

³ Петрова Н. Н. Психосоматические и соматопсихические взаимосвязи у детей в условиях соматогенной витальной угрозы с позиции качества жизни // Вестник клинической психологии. 2003. Т. 1. № 2. С. 215–219.

⁴ Трифонова Е. А. Психологические аспекты качества жизни лиц, страдающих сахарным диабетом // Вестник клинической психологии. 2003. Т. 1. № 2. С. 239–247.

⁵ Trigwell P., Peveler R. Psychiatric aspects of diabetes mellitus // Advances in Psychiatric Treatment. 1998. Vol. 4. P. 159–166.

⁶ Психиатрия детского и подросткового возраста / Под ред. К. Гиллберга и Л. Хеллгrena, Рус. изд. под общ. ред. П. И. Сидорова; Пер. со швед. Ю. А. Макковеевой. М.: ГЭОТАР – МЕД, 2004. 544 с.

⁷ Зелинский С. М. Представление о своей болезни у детей, страдающих сахарным диабетом // Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. Л., 1990. С. 55–59.

⁸ Sato E. et al. Socio-psychological problems of patients with late adolescent onset type 1 diabetes – analysis by qualitative research // Nagoya J Med Sci. 2003. Vol. 66 (1-2). P. 21–29.

⁹ Maquire P., Haddad P. Psychological reaction to physical illness // Seminars in Liaison Psychiatry (eds E. Guthrie, F. Creed). London: Gaskell, 1996. P. 157–191.

¹⁰ Вовненко К. Б. Условия социально-психологической адаптации детей младшего школьного возраста, больных сахарным диабетом I типа // Коррекционная педагогика. Теория и практика. 2007. № 6 (24). С. 23–30.

¹¹ Психология семьи и больной ребенок: Учеб. пособие: Хрестоматия. СПб.: Речь, 2007. 400 с.

¹² Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. / Пер с нем. Г. А. Обухова, А. В. Бруенка; Предисл. В. Г. Остроглазова. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. 376 с.

¹³ Швец В. Юность с диабетом. М.: Медицина, 2004. 215 с.

¹⁴ Менделевич В. Д., Соловьева С. Л. Неврология и психосоматическая медицина. М.: МЕДпресс-информ, 2002. 608 с.

¹⁵ Леонтьев Д. А. Личность: человек в мире и мир в человеке // Вопросы психологии. 1989. № 3. С. 11–21.

¹⁶ Щукина М. А. Особенности развития субъектности личности в подростковом возрасте: Автореф. дис. на соис. учен. степени канд. психол. наук. СПб., 2004. С. 20.

¹⁷ Кон И. С. Психология ранней юности: Кн. для учителя. М.: Просвещение, 1989. 255 с.: ил. (Психол. наука – школе).