

УДК 316.6:316.356.2+159.922.76-056.26

DOI 10.37386/2413-4481-2021-3-58-62

А.А. Кислых

Алтайский государственный университет, г. Барнаул, Россия

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СЕМЬИ КАК ОСНОВА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ШКОЛЬНИКА-ПОДРОСТКА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

В статье показаны различия в социально-ролевой адекватности между подростками с сахарным диабетом и подростками, не имеющими хронических заболеваний. Подростки с сахарным диабетом обнаружили высокий уровень социально-ролевой адекватности. Результаты исследования показывают нарушение ролей. Эти данные демонстрируют наличие конфликта между приписанной ролью и личностью. Доминирующие типы отношения к болезни у подростков с диагнозом «сахарный диабет»: эйфорический и анозогнозический тип.

Ключевые слова: личность, подростковый возраст, сахарный диабет, семья, психологическое здоровье, тип отношения к болезни.

A.A. Kislykh

Altai State University, Barnaul, Russia

PSYCHOLOGICAL HEALTH OF FAMILIES AS BASIS FOR PSYCHOEMOTIONAL WELL-BEING OF ADOLESCENT SCHOOLERS WITH DIABETES MELLITUS

The article shows differences in socio-role adequacy between teenagers with diabetes mellitus and the ones without chronic diseases. Teenagers with diabetes mellitus showed high levels of socio-role adequacy. The results of the study show role impairment. These data demonstrate a conflict between the assigned role and personality. Dominant types of attitudes to the disease in adolescents diagnosed with diabetes mellitus: euphoric and anozognosic type.

Key words: personality, adolescence, diabetes mellitus, family, psychological health, type of attitude to illness.

Актуальность проблемы распространения сахарного диабета в мире стоит достаточно остро. Резкий рост заболеваемости встречается во всех возрастных категориях, не исключение и подростки. Подростковый возраст – кризисный период развития человека, в ходе которого происходят серьезные изменения организма, приводящие к сильным эмоциональным реакциям, протестному поведению.

Процесс школьного образования имеет определенные психологические особенности. Социальная ситуация развития в этот период выглядит следующим образом: активное общение со сверстниками как ведущая деятельность этого возрастного периода, изучение себя, своих личностных особенностей, внешнего облика, постоянное сравнение себя с другими. Эти аспекты вносят определенный вклад в формирование личности подростка. Появляется комплекс отличия от других детей, может возникнуть чувство неполноценности, замкнутость. Возможно затруд-

нение социальных контактов и межличностных взаимоотношений.

В процессе школьного образования происходит личностное и психологическое развитие обучающихся. Значимым является то, насколько конструктивно выстроено взаимодействие больного подростка с учащимися в классе, а также с педагогами. Важным критерием предотвращения нежелательных последствий и своевременной компенсации является осведомленность классного руководителя и одноклассников об особенностях и специфике заболевания, а также способах оказания необходимой помощи при гипогликемии.

Важным условием психологической готовности ребенка противостоять внешним обстоятельствам является создание в семье эмоционально комфортной, благоприятной, поддерживающей и одобряющей атмосферы, атмосферы доверия и безопасности. Только в этом случае ребенок способен справиться с трудными жизненными ситуациями. Степень родительской готовности

принимать болезнь ребенка определяет успешность компенсации диабета, а также отношение к болезни самого ребенка.

Любое заболевание ребенка меняет уклад жизни всей семьи. Ставит всю семью в психологически особые жизненные условия, а если данное заболевание у ребенка хроническое, то это ведет к необходимости смены образа жизни всех членов семьи, особенностей взаимодействия, но не по собственному желанию и, как правило, без возможности отказаться от этих перемен. Состояние здоровья ребенка становится центральным событием, запускает переоценку действительной жизни и заставляет адаптироваться в реальном мире. Реакция членов семьи на болезнь сказывается на личностных характеристиках живущих рядом людей, часто меняет их. Болезни, особенно хронические и сложно протекающие, связанные с инвалидизацией, оказывают существенное значение на психическую сферу детей, приводя к глубоким психологическим переживаниям всех членов семьи. Заболевание определяет жизненные перспективы, нарушает планы родителей, определяет внимание на течение болезни ребенка, изменяет взаимоотношения и уклад семьи [1, с. 145].

Центральной психологической характеристикой больных сахарным диабетом, по мнению Б. Любан-Плоцца, В. Пельдингер, Ф. Креггер, является постоянное чувство неуверенности, которое окрашивает всю жизненную стратегию.

Сахарный диабет часто определяется как образ жизни, когда заболевшему человеку и его семье необходимо адаптироваться. Подросток с инвалидностью определяет уклад семьи, страхи, тревогу, требует от членов семьи внимания и постоянного контроля собственного состояния здоровья, иногда всеми членами семьи. Возрастают материальные затраты семьи, и родители испытывают переживания, такие как обида, вина, гнев, отчуждение, а также одиночество и страх, а психологическое состояние матери часто еще отягощается проблемой одинокого материнства [2, с. 120].

Проблема исследования психологического здоровья семьи с подростком, имеющим сахарный диабет, стоит достаточно остро [3, с. 17].

С течением времени каждая семья обращается к изучению своего психологического здоровья. Говоря про изучение психологического здоровья, мы имеем дело с диагностикой семьи, более всесторонним и глубоким познанием социально-психологических процессов и явлений, происходящих в процессе жизнедеятельности семьи как микрогруппы [4, с. 211].

Внутренняя картина болезни подростков, страдающих сахарным диабетом, искажается негативным отношением к своему заболеванию. Она характеризуется изменениями структуры самооценки, приводящими к формированию «комплекса отличия» от других, не болеющих подростков.

Несмотря на остроту проблемы и скорость распространения заболевания, специальных исследований, посвященных изучению психологического здоровья семьи с подростками, у которых установлен диагноз «сахарный диабет», достаточно мало. В основу данного исследования легли работы по изучению психологических особенностей подростков с диагнозом «сахарный диабет» – Е.А. Бибиковой, Л.Б. Павловой, Е.С. Цветковой, Д.А. Якоби, Е.Г. Шукиной, М.В. Шамардиной, Э.Н. Рахматуллиной, О.В. Гурович и др.

Под психологическим здоровьем семьи понимается положительно эмоционально окрашенная и комфортная обстановка, в которой осуществляется жизнедеятельность семьи [5, с. 59]. С позиции Д.Н. Исаева, наличие хронического заболевания отрицательно влияет на жизненную стратегию больного, который часто организует свою жизнь вокруг своего страдания, испытывает чувство незащищенности.

Существует три основных подхода в изучении психологического здоровья семьи: эклектический, проблемный и факторный [6, с. 315].

Для анализа психологического здоровья семьи необходимо учитывать личностную, групповую и деятельностную составляющие, которые определяют показатели: семейные ценности, функционально-ролевая согласованность, социально-ролевая адекватность, внутрисемейная адаптивность, эмоциональная удовлетворенность, устремленность на семейное долголетие [5, с. 31].

Постановка диагноза «сахарный диабет» подростку существенно меняет взаимодействие в семье, часто инвалидность у ребенка – это серьезное потрясение для родителей. Семья оказывается в условиях психотравмирующей ситуации эмоционального напряжения [7, с. 121]. Инвалидность ребенка может стать причиной социальной дезадаптации всей семьи. Как правило, постановка диагноза нарушает весь ход жизни семьи. Разные типы реакций на известие о болезни ребенка, по мнению Л. Пожар, неодинаково воздействуют на ребенка и создают разные условия для его личностного развития. Например, сама по себе реакция отрицания может вызывать серьезные нарушения личности ребенка, поскольку повышает нервное напряжение, и ребенок постоянно живет в состоянии стресса [8, с. 43]. Внутренняя

картина болезни у детей, страдающих диабетом, искажается отрицательным эмоциональным отношением к заболеванию и его лечению. Более 50 % детей имеют страхи: темноты, несчастных случаев с родителями или самими больными, осложнений основного заболевания, комы, смерти, госпитализации и т. д.

Специфика психологического здоровья семьи, воспитывающей подростка с сахарным диабетом, на сегодняшний день мало изучена. Исследование данной проблематики является важным, так как часто заболевание достаточно неожиданно возникает в жизни подростка и может стать событием, трансформирующим всю систему семейных отношений, влияя не только на намеченные планы, но и на профессиональную реализацию родителей.

Цель исследования – определение особенностей психологического здоровья семьи с подростками с сахарным диабетом, имеющими определенные типы отношения к болезни.

Объект – психологическое здоровье семьи.

Предмет – психологическое здоровье семьи с подростками с определенными типами отношения к сахарному диабету.

Методологические основания:

- теория возникновения психосоматических заболеваний (И.Г. Малкина-Пых);
- фундаментальные модели анализа семейных взаимоотношений (С. Минухин, В. Сатир, А.С. Спиваковская, Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкий);
- психосоматические концепции возникновения диабета (В.Д. Менделевич, С.Л. Соловьева);
- возрастная периодизация личности (Л.С. Выготский).

Методы исследования:

1. Методы теоретического анализа: анализ, сравнение, обобщение информации по проблеме исследования психологического здоровья семьи с подростками с определенными типами отношения к болезни «сахарный диабет».

2. Эмпирические методы – анкетирование и тестирование.

3. Математико-статистические методы обработки эмпирических данных: t-критерий Стьюдента, критерий Вилкоксона с использованием программы компьютерной обработки статистических данных «SPSS 17.0».

4. Методика изучения психологического здоровья семьи В.С. Торохтий; личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ); методика «Анализ семейных взаимоотношений», Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис.

Исследование особенностей психологического здоровья было проведено с помощью контроль-

ной группы – 21 семья, где подростки не имеют хронических заболеваний, и эмпирической группы – 21 семья с подростками с диагнозом «сахарный диабет», в которых были дополнительно обследованы 21 подросток со стажем заболевания от 2 до 7 и более лет на тип отношения к болезни.

В ходе исследования были определены ведущие типы отношения к болезни у подростков с диагнозом «сахарный диабет». Выделились типы: эйфорический (среднее значение = 3,71) и анозонозический (среднее значение = 2,94), которые проявляются в необоснованно повышенном настроении, нередко наигранном пренебрежении в отношении болезни, ее лечения, а также активное отбрасывание мыслей о самой болезни, непризнание себя больным.

Исходя из результатов применения t-критерия Стьюдента для независимых выборок, выдвинулось одно различие между девушками и юношами с диагнозом «сахарный диабет». Это различие обнаружилось в таком типе отношения к болезни как обсессивно-фобический (ср. з. девушки = 10,51, ср. з. юноши = 5,11, t-test = 1,81, $p < 0,05$). Для девушек характерна тревожная мнительность, связанная с маловероятными осложнениями болезни, неудачами лечения. Их воображаемые проблемы волнуют больше, чем реальные, начинают доминировать навязчивые мысли. Юноши не склонны верить суевериям, придавать большое значение мелочам.

Психологическое здоровье семьи с подростками, болеющими сахарным диабетом, определено через средние баллы по показателям двух групп семей – эмпирической и контрольной: функционально-ролевая согласованность, социально-ролевая адекватность и адаптивность в микросоциальных отношениях. Проведенное исследование выявило, что данные показатели в семьях с подростками, болеющими сахарным диабетом, выше, чем в семьях с подростками без хронических заболеваний.

Функционально-ролевая согласованность (ФРС) определяется через уровень развития взаимопонимания и взаимопомощи живущих в семье и степень внимательного отношения к эмоциональному состоянию членов семьи. Это значит, что болезнь будет способствовать взаимодействию, заботе и вниманию в связи с заболеванием подростка. Семья через активное взаимодействие приспосабливается к диагнозу подростка. Из-за переживания переломного события (стрессовой ситуации) адаптивность членов семьи будет повышаться.

Социально-ролевая адекватность (СРА) определяет то, что в семьях с подростками с сахарным

диабетом реально существующая ролевая структура семьи выше, чем в семьях со здоровыми подростками. Данные демонстрируют ролевые представления, которые, по результатам исследования, лучше согласуются в семьях с подростками с сахарным диабетом. Но если рассмотреть социально-ролевые позиции жены, мужа и подростка, то просматриваются значимые различия между группами подростков. Социально-ролевая адекватность выявила различия в показателях внутри групп: у подростков с сахарным диабетом более высокий уровень социально-ролевой адекватности, а у их отцов он оказался более низкий, что свидетельствует о наличии рассогласованности ролей.

Адаптивность в микросоциальных отношениях выше у семей с подростками с сахарным диабетом – ведущая интеллектуальная, а семьях контрольной группы – ведущая поведенческая. При ведущей интеллектуальной адаптивности семье приходится прикладывать серьезные усилия для совладания со сложными жизненными ситуациями посредством осмысления.

Критерий Вилкоксона был использован для рассмотрения направленности изменений с целью выявления того, какие члены семьи демонстрируют сдвиг в показателе ролевой адекватности. Он является более выраженным в изменениях эмпирической группы в части социально-ролевой адекватности между подростком и матерью, а также подростком и отцом. Высокие значения в данном показателе между матерью и подростком показывают наиболее сильную вовлеченность в контроль за болезнью именно матери. Возможно, это происходит из-за того, что подростки имеют эйфорический и анозогностический тип отношения к болезни – отрицают болезнь, по факту переживая тревогу (страх реанимации). Отцы же менее вовлечены в домашние ситуации. Деформация ролевых позиций между родителями способствует снижению общего уровня ролевой адекватности в семье – в семье присутствуют регрессивные тенденции.

Проведенное исследование демонстрирует изменения социальных ролей в семье с подростками, болеющими сахарным диабетом, однако в целом это способствует повышению уровня раз-

вития социально-психологических механизмов внутри семьи (взаимодоверия, заботы об эмоциональном состоянии). Повышение взаимопомощи и взаимопонимания способствует принятию социальных ролей, развитию социально-психологических механизмов, что сказывается на адаптации внутри семьи.

Данные проведенного исследования демонстрируют различия в социально-ролевой адекватности между подростками с сахарным диабетом и подростками без хронических заболеваний. В ходе работы было установлено, что имеются различия между показателями социально-ролевой адекватности внутри обследуемых групп. Нарушение ролей сына, отца и матери определяет конфликт между приписанной ролью и личностью, что меняет содержание выполнения отдельных функций в семье. Когда компенсация родительских ролей исходит от подростка, можно судить о том, что это семья с регрессивными тенденциями.

Практически значимым аспектом внедрения полученных в ходе исследования данных, на наш взгляд, является применение в работе специалистов социально-психологического тренинга, который выступает эффективным средством коррекции межличностных отношений в семье, а также способом саморегуляции эмоционального состояния подростков с диагнозом «сахарный диабет».

Эмоциональные реакции часто подкрепляются повышением уровня сахара в крови, что провоцирует психические нарушения, запуская астеническую симптоматику, высокую утомляемость и внутреннюю напряженность. Наблюдаемые состояния в ситуациях тревоги, волнения, страха будут сопровождать повышение уровня сахара в крови, что приводит к ухудшению общего соматического и психологического состояния больного.

Социально-психологический тренинг предполагает совместное участие всей семьи в занятиях и имеет определенную структуру. Одной из главных задач психологического тренинга является помощь подростку в сохранении эмоционального равновесия, поддержании спокойных, стабильных отношений с окружающими (И.В. Вачков) [9, с. 90].

Библиографический список

1. Зеленцова Т. В. Психологическое здоровье личности: многообразие подходов // *Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии*. Новосибирск, 2012. С. 144–149.
2. Wahler R. G., Winkel G. H., Peterson R. F. Mothers as behavior therapists for their own children // *Behavior Research and Therapy*. 1965. V. 3. P. 113–124.
3. Маллер А. Р. Педагог и семья ребенка-инвалида // *Дефектология*. 1995. № 5. С. 15–19.

4. Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М. Семейный диагноз и семейная психотерапия: учеб. пособие для врачей и психологов. СПб.: Речь, 2003. 333 с.
5. Торохтий В. С. Методика оценки психологического здоровья семьи. М.: ЦСП РАО, 1996. 71 с.
6. Ананьев В. А. Основы психологии здоровья. СПб.: Речь, 2006. 384 с.
7. Малкина-Пых И. Г. Семейная терапия: справочник практического психолога. М.: Эксмо, 2008. 992 с.
8. Bowlby J. Family interaction in disturbed and normal families: a methodological and substantive review // *Psychologi Bull.* 1975. № 1. P. 33–65.
9. Кислых А. А., Шамардина М. В. Психологический тренинг как способ саморегуляции эмоционального состояния подростков с диагнозом «сахарный диабет». URL: <http://journal.asu.ru/vfp/article/view/8085> (дата обращения: 27.04.2021).