Детско-родительские отношения в семьях детей, больных сахарным диабетом 1 типа

О.Г. Мотовилин, Л.Н. Щербачева, Е.А. Андрианова, Т.Л. Кураева

ФГУ Эндокринологический научный центр Росмедтехнологий (директор – академик РАН и РАМН И.И. Дедов), Москва

Все более очевидным для современной медицины становится тот факт, что сахарный диабет (СД) является сложным с этиологической точки зрения заболеванием, в развитии которого определенную роль могут играть факторы психологической природы [1, 2 и др.]. Не исключено, что развитие СД, особенно на ранних, доклинических его стадиях, зависит не только от наследственности или влияния внешней биологической среды (например, инфекций), но также и от индивидуальных психологических особенностей человека, его эмоционального состояния [2, 3], эмоционально-мотивационных и др. психических процессов. Уже это не позволяет говорить о СД как о феномене исключительно биологического порядка. Динамика заболевания находится в еще более тесной связи с психологическим миром больного человека. С одной стороны, многие факторы психологического характера непосредственно влияют на течение диабета, а с другой, – болезнь, входящая в жизнь человека, особым образом воспринимается, переживается, осмысливается больным, меняет характер его взаимоотношений с миром, что позволяет рассматривать сахарный диабет как многоплановый феномен, как явление, возникающее и развивающееся одновременно в нескольких сферах – биологической, психологической, социальной.

В силу этого для разработки методов оптимизации терапии СД необходим комплексный подход, учитывающий сложный характер заболевания, позволяющий не только разграничивать влияние на его динамику факторов трех типов (биологического, психологического и социального), но также понимать особенности их взаимодействия и совместного влияния на течение заболевания. Однако создание такого интегрального подхода в настоящее время затруднительно. При наличии большого количества работ, посвященных биологическим механизмам возникновения и развития СД, исследований, направленных на выявление и анализ социальных и психологических механизмов развития диабета, проводится в настоящее время явно недостаточно.

С точки зрения комплексной обусловленности этиологии и патогенеза различных заболеваний особое значение приобретает изучение соматической патологии в детском возрасте. При работе со взрослым больным роль социального фактора не столь очевидна, его влияние на болезнь в существенной степени опосредовано психической сферой (больной имеет возможность в той или иной степени дистанцироваться от прямого социального влияния, особым образом отнестись к нему, осмыслить его), и поэтому мы имеем дело с диадой «больной – болезнь». В детском же возрасте эта диада расширяется до триады «больной ребенок – родители – болезнь». Жизнь ребенка – как биологическая, так и психическая, – в значительно большей степени зависит от его ближайшего социального окружения, прежде всего от родителей. Отношение родителей к ребенку, особенности его воспитания, восприятие родителями болезни ребенка, его будущего в свете болезни, – вот лишь некоторые факторы социального характера, влияние которых на течение сахарного диабета может быть весьма существенным [4]. Подобные факторы изучены пока еще очень слабо.

При анализе взаимодействия между соматически больным ребенком и его родителями можно выделить несколько ключевых аспектов, анализ которых важен для понимания специфики психосоматических связей в детском возрасте:

1) хроническая болезнь практически всегда создает в жизни ребенка целый комплекс преград, ограничений, способных неблагоприятно отразиться на его психическом развитии [4]. Среди них в детском возрасте как наиболее важные можно выделить ограничение познавательной деятельности (по причине частого пребывания в больницах, перехода на домашнее обучение и т.д.) игровой, двигательной активности (к ней может привести прекращение посещения спортивных секций, занятий физкультурой в школе), а также общения со сверстниками. В то же время подобные ограничения, требования могут далеко выходить за пределы действительно необходимых, и само их наличие и степень выраженности в большинстве случаев зависит не столько от объективных обстоятельств, реального состояния больного ребенка, сколько от психических особенностей его родителей, например их мотивации, ценностных ориентаций, тревожности и т.д. Другими словами, *влияние болезни на психическое развитие ребенка опосредуется психическим миром его родителей*;

2) в свою очередь, отношения, складывающиеся между больным ребенком и его родителями, особенности его воспитания определяют становление индивидуально-психологических характеристик ребенка, многие из которых непосредственно отражаются на динамике заболевания. В частности, к подобным качествам можно отнести волевые характеристики человека, его самоконтроль, способность преодолевать препятствия и другие качества, которые можно объединить в рамках понятия «саморегуляция». Высокий уровень развития саморегуляции необходим для выполнения всех необходимых требований, соблюдения различного рода ограничений и в целом для адекватного контроля заболевания. В случае СД саморегуляция приобретает особое значение в силу необходимости постоянного контроля своего поведения, питания, уровня сахара, инъекций инсулина. Дети, воспитываемые в условиях гипо- или гиперопеки, эмоционального принятия или отвержения, повышенных или пониженных требований и т.д. вероятно, будут различаться между собой по особенностям саморегуляции, а в силу этого и по течению болезни. Таким образом, можно предполагать, что *особенности взаимоотношений между детьми и родителями в значительной степени влияют на течение заболевания;*

3) кроме названных выше очевидных связей между заболеванием, психическими особенностями больного ребенка и его родителей можно отметить также наличие и других, не столь явных, но не менее важных взаимодействий трех данных факторов. В частности, одним из феноменов, которые могут в значительной степени повлиять на всю жизнь хронически больного ребенка, в том числе и на психическое развитие, и на динамику заболевания, является субъективное отражение ребенком своего заболевания, включающее ощущения, переживания, представления, ожидания, опасения, связанные с болезнью, т.е. все то, что входит в понятие «внутренняя картина болезни» [4, 5, 6, 7]. Несмотря на то, что данная проблема пока еще изучена в весьма малой степени, можно предполагать, что различные варианты внутренней картины болезни (ВКБ) будут по-разному влиять и на психическое развитие ребенка, и на патогенез заболевания. Так, например, представление о болезни как о непреодолимой

преграде, трагедии, ломающей всю жизнь, способно привести к формированию «инвалидной» жизненной позиции, чувству собственной ущербности и отверженности, депрессивному состоянию, а также к отказу от выполнения необходимых процедур, к так называемой *реакции капитуляции*, отказу от активных действий, от борьбы с болезнью, а следовательно, к дистрессу и снижению сопротивляемости организма, возможно также и к более неблагоприятному течению СД и к ускоренному развитию осложнений. Между тем, *ВКБ, формирующаяся у самого ребенка, вероятнее всего, находится в тесной связи с представлениями о болезни ребенка, складывающимися у его родителей, а также и с психическими особенностями родителей, определяющими их восприятие болезни, и с характеристиками внутрисемейных отношений, стиля воспитания.*

Несомненно, три упомянутых аспекта взаимосвязей биологического, психического и социального факторов не исчерпывают всей сложности психосоматических отношений, однако даже предварительный анализ позволяет говорить о комплексной, многоплановой обусловленности динамики многих заболеваний, в том числе и СД. Если мы хотим разрабатывать эффективные методы его лечения и профилактики, нам необходимо изучать и анализировать психические особенности самих больных и их близких, а также взаимоотношения между ними.

Целью настоящего исследования явилось выявление особенностей детско-родительских отношений в семьях детей, больных СД, и изучения связи этих отношений с компенсацией заболевания.

Материалы и методы исследования

Для изучения особенностей отношений родителей к ребенку применялся опросник «Анализ семейных взаимоотношений» Э.Г. Эйдемиллера [8]. Опросник предъявлялся матерям детей до того, как с ними проводилось психологическое консультирование, для предотвращения его влияния на результаты.

Опросник состоит из 130 вопросов и включает в себя 20 шкал, отражающих различные аспекты этих отношений. Минимальное значение по шкале – 0 баллов, максимальное – 5 баллов (по некоторым шкалам – 10 баллов, которые в целях стандартизации результатов были переведены нами в 5-балльную систему).

Некоторые шкалы являются взаимодополняющими:

- гиперпротекция и гипопротекция (или гипер- и гипоопека) (далее шкалы в таблицах и графиках будут обозначаться сокращенно: Г+ и Г–);
- потворствование (чрезмерное удовлетворение потребностей ребенка) и игнорирование (недостаточное удовлетворение) (У+ и У–);
- чрезмерность и недостаточность требований-обязанностей, предъявляемых к ребенку (Т+ и Т–);
- чрезмерность и недостаточность требований-запретов к ребенку (З+ и З–);
- чрезмерность и недостаточность санкций в отношении ребенка (С+ и С–).

Остальные шкалы не имеют противоположных себе:

- неустойчивость воспитания (Н);
- воспитательная неуверенность (ВН);
- расширение сферы родительских чувств (перенос матерью на мальчика чувств, обычно испытываемых по отношению к супругу) (РРЧ);
- предпочтение в ребенке детских качеств (ПДК);
- неразвитость родительских чувств (НРЧ);
- проекция на ребенка собственных нежелаемых качеств (ПНК);
- фобия утраты ребенка (ФУ);
- вовлечение ребенка во внутрисемейный конфликт (ВК);
- предпочтение в ребенке женских качеств (ПЖК);
- предпочтение в ребенке мужских качеств (ПМК).

Полученные результаты сопоставлялись с уровнем гликированного гемоглобина (Hb_{A1c}).

В исследовании приняли участие 105 детей в возрасте от 6 до 17 лет, болеющих СД 1 не менее 3 месяцев, и их матери. Из исследования исключались дети с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, а также дети, на динамику СД у которых могли повлиять сильные искажающие факторы (индуцированные гипогликемии[1], употребление алкоголя, курение и т.д.).

В ходе обработки результатов была выявлена группа детей (9 человек), существенно отличавшихся от всех остальных по характеру взаимосвязей между особенностями материнского отношения к ним и компенсацией СД. В этой группе средние показатели практически по всем шкалам выше, чем у остальных матерей, при этом статистически достоверно ($p<0,05$ по Т-критерию Стьюдента) более высокие значения отмечаются по шкалам: Гипопротекция, Потворствование, Недостаточность требований-запретов к ребенку, Минимальность санкций в отношении ребенка, Предпочтение в ребенке женских качеств, Предпочтение в ребенке детских качеств, а также практически достигают уровня достоверности различия по шкале Проекция на ребенка собственных нежелаемых качеств. Подобный комплекс качеств является весьма необычным, он может свидетельствовать о неадекватном заполнении теста либо о наличии у матерей собственных выраженных психологических проблем, поэтому в дальнейшем результаты опроса данной группы матерей были исключены из обработки для предотвращения возможных искажений.

Результаты исследования и их обсуждение

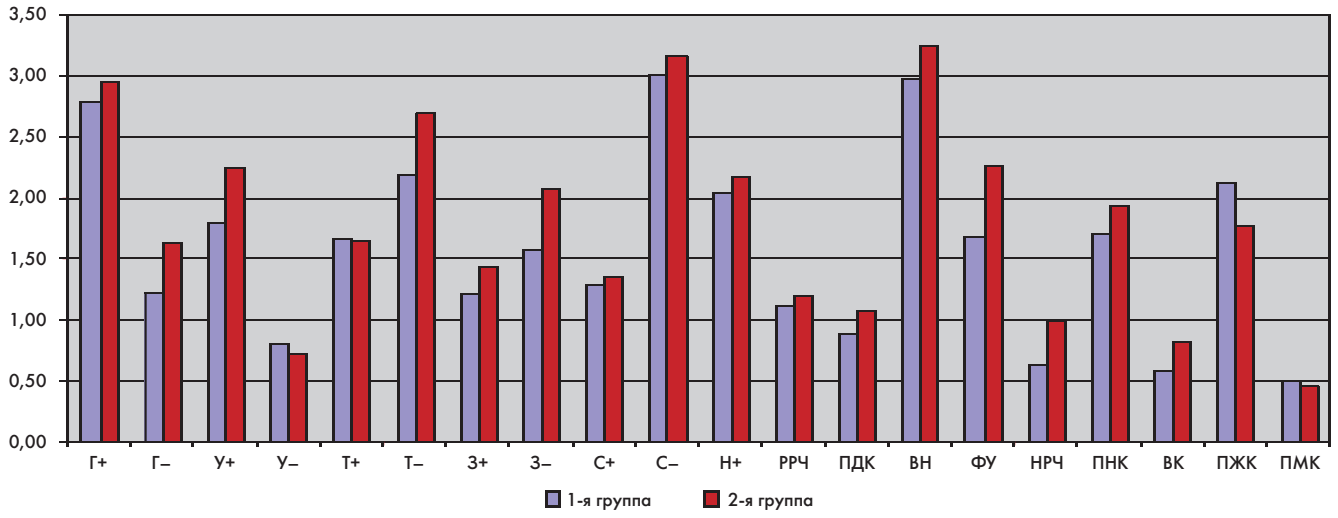
В выборке испытуемых оказалось немного детей с хорошей компенсацией диабета. Поэтому все дети были разбиты на две группы, в первую из которых попали субкомпенсированные дети, а во вторую – дети с выраженной декомпенсацией.

Выделенные группы не равны по возрасту и длительности заболевания. Можно предположить, что эти факторы теснее связаны с особенностями материнского отношения к ребенку, чем уровень декомпенсации. Для проверки данного предположения все матери были разделены на группы по двум указанным параметрам, после чего мы сравнили результаты по особенностям материнского отношения. Было выявлено всего одно значимое различие между матерями младших и старших

Таблица 1

Клинические характеристики исследуемых групп									
Группы	n, чел.	Hb_{A1c}, %	ст. откл., δ	мальч, n	дев, n	возраст, лет	δ	стаж заболев., лет	δ
1-я	48	9,14	1,01	22	26	11,2	2,61	3,55	3,25
2-я	43	13,1	1,86	17	26	13,2	2,32	5,46	4,05

[1] Гипогликемии, возникающие в результате того, что дети тайком от родителей и врачей вводят себе дополнительный инсулин, например для того, чтобы скрыть грубые погрешности в питании.



Группы	Г+	**Г-**	**У+**	У-	Т+	Т-	З+	**З-**	С+	С-	Н	Ррч	Пдк	Вн	**Фу**	**Нрч**	Пнк	Вк	Пжк	Пмк
1-я	2,79	**1,23**	**1,80**	0,81	1,67	2,20	1,21	**1,58**	1,29	3,02	2,05	1,13	0,90	2,99	**1,68**	**0,63**	1,71	0,58	2,13	0,50
2-я	2,96	**1,64**	**2,25**	0,72	1,65	2,70	1,44	**2,08**	1,36	3,16	2,17	1,20	1,08	3,24	**2,26**	**0,99**	1,94	0,83	1,77	0,45

(жирным шрифтом выделены различия, значимые по Т-критерию на уровне не ниже, чем p<0,05)

Рис. 1. Средние значения по шкалам опросника АСВ у матерей 2-х групп

детей (по шкале Г–) и два – между группами с малым и большим стажем заболевания (по шкалам Г+ и РРЧ). Из этого можно сделать вывод о том, что отношение матери к ребенку остается практически неизменным, несмотря на его взросление (в пределах 6–17 лет) или на длительность заболевания. Между тем, как будет показано ниже, отношение матери к ребенку намного теснее связано со степенью его декомпенсации, что позволяет нам говорить о независимости данной связи от факторов возраста и стажа заболевания.

На рис. 1 представлены результаты исследования матерей детей в двух группах.

Во второй группе средние значения по большинству шкал оказались несколько выше, чем в первой. Поскольку повышенные значения по шкалам опросника АСВ свидетельствуют об отклонении от нормальных отношений между матерью и ребенком, можно говорить о том, что худшая компенсация диабета связана с общей неблагополучностью воспитания. Нарушения во взаимоотношениях между матерью и ребенком не могут не отражаться на его состоянии, прежде всего эмоциональном, а через эмоциональное – и на соматическом. Кроме того, неблагоприятные отношения между матерью и ребенком, вероятно, препятствуют формированию у него психических качеств, необходимых для успешной саморегуляции в условиях хронического заболевания.

Для детального анализа связи отношения матери к ребенку и степени компенсации рассмотрим показатели отдельных шкал опросника.

Особое внимание необходимо уделить первым двум шкалам опросника – гипер- и гипопротекции, отражающим уровень опеки, родительского контроля за ребенком. Эти шкалы показывают, насколько активно мать участвует в жизни ребенка, сколько внимания уделяет ему. Гипер- и гипопротекция лежат в основе как многих нарушений детско-родительских отношений, так и патологии психического развития ребенка. Степень компенсации СД также может быть связана с уровнем протекции ребенка его матерью.

Во второй группе значительно выше показатель ***гипопротекции*** (различия значимы по Т-критерию, p<0,05), в то время как уровень гиперпротекции также выше, но не столь существенно. Т.е. недостаточная опека, невнимание к ребенку, пониженный интерес к его жизни оказывают негативное влияние на течение СД, что проявляется в выраженной декомпенсации у детей данной группы. Уровень гипопротекции увеличивается также и с возрастом ребенка (различия значимы по Т-критерию, p<0,05), поскольку, взрослея, он все более выходит из-под родительского контроля.

Важно понять, почему гипоопека приводит к ухудшению компенсации диабета. Невнимание к ребенку в целом негативно влияет на его психическое развитие, препятствует формированию у него таких психических черт, которые необходимы для эффективного контроля своего заболевания, в частности, поведенческого и эмоционального самоконтроля, рефлексии, целенаправленности, волевых качеств и т.д.

Гипоопека негативно влияет не только на психическое, но и на психосоматическое развитие ребенка. Психосоматическое развитие представляет собой процесс перестройки в онтогенезе функциональных связей между соматической и психической сферами. В результате этого развития повышается, с одной стороны, степень управляемости телесных процессов, устанавливается их связь с высшими психическими функциями (речью, мышлением, высшими формами мотивации – смыслом жизни, совестью, чувством долга и т.д.). С другой стороны, телесная сфера начинает испытывать на себе меньшее влияние грубых аффективных состояний (гнева, страха, эйфории и др.), примитивных мотивационных тенденций (сексуальных, пищевых желаний и др.).

Психосоматическое развитие имеет в своей основе становление у ребенка психологических средств телесной саморегуляции, среди которых – разнообразные знания о телесной сфере, отношение к ней, образ своего тела и т.д. Эти средства делают возможным произвольное управление телесными процессами. Они формируются при общении ребенка со взрослыми, прежде всего с матерью.

Если ребенок не получает достаточного внимания со стороны матери, то его психосоматическое развитие протекает неблагоприятно, у него не формируются необходимые психологические средства телесной саморегуляции, в результате чего возможно формирование предпосылок психосоматической патологии. Течение СД у таких детей в значительной степени зависит и от грубых аффектов, и от примитивных влечений (гедонистических желаний – стремления получить удо-

Таблица 2

Уровень гликированного гемоглобина у детей матерей с разной степенью выраженности гиперпротекции

	Группа А*		Группа Б*		Группа В	
	ср. знач.	δ	ср. знач.	δ	ср. знач.	δ
Hb_{A1c}	10,59	2,29	11,79	2,44	10,91	2,58

*Различия между группами А и Б значимы по Т-критерию, p<0,05.

вольствие, например, съесть что-либо вкусное, или избежать неприятных моментов, таких как посещение школы).

Одной из главных причин гипоопеки является неразвитость у матерей родительских чувств, неумение или нежелание отдавать свои силы и время ребенку, что обусловлено, в свою очередь, эгоцентрическими чертами личности матерей и отсутствием любви к ребенку вплоть до его эмоционального отвержения. Вероятно, наличие упомянутых особенностей отношения матери к ребенку должно обусловливать неблагоприятное течение СД у него.

Действительно, матери второй группы отличаются более высоким показателем по шкале НРЧ (***неразвитость родительских чувств***) (различия значимы по Т-критерию, p<0,05). Дети, развивающиеся в условиях не просто гипоопеки, но также и отсутствия материнского тепла, лишены ощущения надежности мира, крепкого «тыла» в лице матери, способной оказать ребенку поддержку в сложных условиях, успокоить и воодушевить его. Не чувствуя себя любимым и защищенным, ребенок будет воспринимать и весь окружающий мир как опасный и угрожающий. Следствием этого может быть повышенная эмоциональная лабильность, постоянное, хотя и не всегда хорошо осознаваемое им чувство тревоги. В результате ребенок часто находится в состоянии психического напряжения, которое может отражаться и на течении СД.

Итак, выраженная декомпенсация диабета тесно связана с такими особенностями материнского отношения к ребенку как гипопротекция и неразвитость родительских чувств.

Особого внимания заслуживает показатель ***гиперпротекции*** (Г+). Исходя из того, что различия между двумя группами матерей по шкале Г+ минимальны, можно было бы предположить, что данный показатель не играет важной роли в компенсации СД. Однако *связь гиперпротекции и компенсации СД может иметь нелинейный характер*. Для проверки этой гипотезы все дети были разделены на три группы в соответствии со степенью выраженности у их матерей гиперпротекции:

- группа А: <3 баллов (нормальный уровень протекции);
- группа Б: ≥3 и <4 баллов (умеренная гиперпротекция);
- группа В: ≥4 баллов (высокая гиперпротекция).

Показатель Hb_{A1c} трех данных групп представлен в табл. 2.

Связь между гиперпротекцией и уровнем гликированного гемоглобина действительно имеет нелинейный характер: худшие показатели Hb_{A1c} обнаруживаются у детей при умеренной гиперпротекции (группа Б), тогда как при нормальной и высокой гиперпротекции (группы А и В) уровень Hb_{A1c} ниже. Подобного рода противоречие может быть объяснено следующим образом.

При нормальной протекции (т.е. при адекватной возрасту опеке) матери позволяют ребенку самостоятельно взаимодействовать с миром, познавать его, управлять собственным поведением, что способствует формированию у детей саморегуляции, позволяющей эффективно контролировать течение заболевания.

При высокой гиперпротекции несколько более низкий уровень Hb_{A1c} связан, вероятно, не с хорошим развитием у детей саморегуляции, но с жестким внешним контролем со стороны родителей. Дети постоянно находятся в поле внимания родителей, регулирующих все стороны их жизнедеятельности, в том числе гликемический контроль и режим питания. Благодаря значительным усилиям родителям удается препятствовать выраженной декомпенсации СД. Однако течение заболевания у детей данной группы, вероятно, станет неблагоприятным тогда, когда они окажутся без поддержки со стороны родителей, поскольку у самих детей самоконтроль практически не сформирован.

При умеренной гиперпротекции дети оказываются в более сложной ситуации. С одной стороны родители не доверяют им, излишне опекают и контролируют, что препятствует формированию у них психологических средств саморегуляции поведения. С другой – давление на детей со стороны родителей по каким-то причинам не носит столь выраженного характера, как при высокой гиперпротекции (например, из-за невозможности постоянно следить за ребенком). В результате сочетания этих факторов – слабого развития самоконтроля и отсутствия тотального внешнего контроля – поведение ребенка становится плохо управляемым, и если он оказывается предоставленным самому себе, то может нарушать медицинские предписания, неправильно выполнять лечебные процедуры, что приводит к ухудшению динамики заболевания.

Таким образом, гиперпротекция связана с компенсацией сахарного диабета, причем наиболее опасна умеренная гиперпротекция, не имеющая тотального характера, поскольку она, с одной стороны препятствует формированию у ребенка самоконтроля, а с другой – не обеспечивает полного внешнего контроля за его поведением. В то же время высока вероятность того, что отдаленные последствия высокой гиперпротекции могут оказаться более неблагоприятными, чем в случае умеренной гиперпротекции.

Следует добавить, что по мере увеличения стажа заболевания уровень гиперпротекции снижается, т.е. обнаруживается линейная связь, в отличие от нелинейной связи гиперпротекции с уровнем декомпенсации, что показывает принципиальную разницу двух данных факторов.

Помимо гипер- и гипопротекции на течение СД могут оказывать влияние и другие характеристики отношения матери к ребенку. Так, во второй группе достоверно выше показатели по шкалам У+ и З–. ***Чрезмерное потакание желаниям ребенка***, удовлетворение всех его запросов (У+), а также ***отсутствие запретов, ограничений*** в его жизни (З–) приводит к тому, что дети не учатся сдерживать свои желания, привыкают к тому, что их просьбы, требования не отсрочиваются во времени. Т.е. у них не формируются механизмы психологической саморегуляции собственного поведения, и если у таких детей возникает какое-либо желание (например, съесть что-либо вкусное), они не имеют средств для его контроля, что негативно сказывается на компенсации СД.

Можно выделить еще одну характеристику отношений матери к ребенку, которая связана с компенсацией СД – ***фобию утраты***, страх потерять ребенка. Данный показатель достоверно выше во второй группе, т.е. чем больше родители беспокоятся за его жизнь, тем хуже компенсация СД. На первый взгляд, здесь прослеживается вполне очевидная связь. Однако можно предполагать связь и обратного характера: повышенная обеспокоенность родителей здоровьем ребенка негативно сказывается на его состоянии – прежде всего психическом, а вслед за ним и на соматическом.

Сильная центрация матери на здоровье ребенка способна приводить к формированию у него некоторых негативных психических особенностей, в частности, ипохондрических мотивов, страха перед собственным заболеванием, к «инвалидной»

жизненной позиции, возможно также и к развитию у него эгоистической мотивации. Данные личностные черты опасны тем, что они могут обусловливать снижение психической резистентности, депрессивные состояния, реакцию капитуляции перед болезнью. Низкая психическая резистентность, повышенная уязвимость по отношению к стрессу способствуют снижению и соматической резистентности, истощению резервных сил организма и, как следствие, могут вести к ухудшению соматического состояния ребенка и декомпенсации СД.

Заключение

Проведенное нами исследование подтверждает предположение о том, что особенности детско-родительских отношений связаны с компенсацией СД1. Среди наиболее важных параметров отношения матери к ребенку и его воспитания можно выделить уровень опеки, протекции ребенка. Невнимание матери к ребенку, отсутствие заботы о нем и, вероятно, недостаток любви к нему негативно сказывается на течении СД, приводя к его декомпенсации. В то же время, повышение уровня опеки не столь однозначно приводит к ухудшению или улучшению состояния ребенка. Наилучшая компенсация достигается в случае нормальной опеки, при которой у ребенка формируются собственные средства контроля своего поведения. При ярко выраженной протекции также удается снизить декомпенсацию, но, вероятно, только за счет постоянного внешнего контроля ребенка со стороны матери. Если же опека является повышенной, но не тотальной, то компенсация СД намного хуже за счет того, что самоконтроль у ребенка сформирован в слабой степени, а внешний контроль не имеет тотального характера.

Отметим также, что потакание ребенку, удовлетворение всех его желаний и отсутствие запретов в его жизни также препятствует формированию у ребенка средств психологической саморегуляции и обусловливает худшее течение СД.

Кроме того, фобия утраты ребенка, чрезмерная центрация родителей на болезни также тесно связана с плохой компенсацией СД, возможно, в силу негативного влияния подобного страха на психическое развитие ребенка.

В свою очередь, допустимо предположение и о том, что течение болезни может влиять на отношение матери к ребенку. Однако несмотря на взросление ребенка и увеличение стажа его заболевания, это отношение трансформируется лишь в малой степени. Это позволяет нам говорить о том, что течение заболевания не меняет, а, вероятно, лишь акцентирует какие-то аспекты материнского отношения, такие например, как фобия утраты или уровень опеки.

Резюмируя результаты исследования, необходимо подчеркнуть следующее: в целях повышения эффективности терапии сахарного диабета, улучшения его компенсации важен учет не только биологических факторов, но и психосоциальных, среди которых наиболее важное место в детском возрасте принадлежит особенностям взаимоотношений больного ребенка и его семьи.

Литература

1. Дедов И.И., Кураева Т.Л., Петеркова В.А., Щербачева Л.Н. Сахарный диабет у детей и подростков. – М., 2002.
2. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврозология и психосоматическая медицина. – М., 2002.
3. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей. – СПб., 2000.
4. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. – М., 1987.
5. Арина Г.А., Тхостов А.Ш. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни // Психодиагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии / ред. М.М.Кабанов, – Л., 1990.
6. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. – М., 1977.
7. Тхостов А.Ш. Психология телесности. – М., 2002.
8. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. – СПб., 1999.