

УДК 159.942.5-053.2:616.379-008.64

ЭМОЦИОНАЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА И ЦЕЛИАКИЕЙ И ИХ МАТЕРЕЙ

И.Л. Коломиец

Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И.Мечникова, г. Санкт-Петербург

У детей исследованы тревожность, реакции на фрустрацию, переживание ребенком семейной ситуации, у матерей – уровень невротизации и копинг-стили. Проанализированы взаимосвязи этих показателей с воспитательной практикой. Выявлены общие и специфические особенности детей с сахарным диабетом 1-го типа и целиакией, и их матерей.

***Ключевые слова:** сахарный диабет 1-го типа, целиакия, тревожность, реакции на фрустрацию, уровень невротизации, копинг-стили, воспитание.*

Исследование психологических характеристик детей с хроническими соматическими заболеваниями – важная проблема клинической психологии семьи и детства [8, с. 7–11; 9, с. 161–167]. Такие заболевания, с учетом их специфики могут оказывать определенное влияние на психику, поведение и систему взаимоотношений больных детей. В свою очередь длительная психотравмирующая ситуация, в которой находится семья с соматически больным ребенком, также может негативно воздействовать на состояние самого ребенка и других членов его семьи (прежде всего родителей).

Это диктует необходимость разработки специализированных моделей оказания психологической помощи семьям с соматически больными детьми. При этом, базируясь на биопсихосоциальной модели, следует учитывать роль биологических, психологических и социальных факторов в течении и лечении данных болезней, т. е. определять, какой из них играет большую роль в ее проявлениях и воздействие на какой фактор может иметь наибольший лечебный эффект [9, с. 161–167].

Цель настоящего исследования – изучить и сравнить эмоциональные и поведенческие характеристики детей с сахарным диабетом 1-го типа и целиакией, и их матерей.

Сахарный диабет 1-го типа (СД) – это заболевание, возникновение которого связано с недостаточностью инсулина, гормона поджелудочной железы. 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. При отсутствии инсулинотерапии больной сахарным диабетом 1-го типа неизбежно погибает от кетоацидотической комы.

Целиакия (глютеновая энтеропатия) – болезнь пищеварительного тракта, при которой повреждается тонкая кишка и развивается гиперрегенераторная атрофия из-за употребления в пищу глютена – растительного белка, найденного в зернах пшеницы, ржи, ячменя и овса. Для того чтобы быть здоровым человеком, больной целиакией должен всю жизнь соблюдать безглютеновую диету. При постановке диагноза «целиакия» нередко возникают трудности, так как не имеется ни одного симптома, который бы встречался у 100 % детей с данным заболеванием. Показано, что при длительном течении нераспознанной целиакии повышается риск возникновения опухолей желудочно-кишечного тракта и другой локализации, а также ассоциированных с целиакией аутоиммунных заболеваний, в том числе сахарного диабета 1-го типа [12, с. 64–70].

Необходимость соблюдать диету, проходить постоянные медицинские процедуры, наличие хронических осложнений – все это заставляет рассматривать СД и целиакию как сходные модели хронических соматических заболеваний у детей.

В литературе представлены различные аспекты изучения клинико-психологических особенностей детей с СД 1-го типа [1, с. 22–27; 2]. Показано, что для них характерны изменения настроения с преобладанием депрессии, молчаливости, апатии, мнительности, подозрительности, несдержанности, а также недостаточная мотивация поступков и конфликты с окружением [2; 4, с. 147–150]. Внутреннюю картину болезни у таких детей отличает высокий уровень тревожности. При этом наибольшую тревожность вызывают ситуации общения со сверстниками [2]. Тревога является основным фактором, препятствующим достижению адекватного гликемического контроля у детей и подростков с СД [14, с. 97–103].

В изучении семьи, имеющей ребенка с СД, акцент делают на характере семейных взаимоотношений и их влиянии на течение заболевания [1, с. 22–27; 6, с. 50–54]. 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, отсутствие запретов также препятствуют формированию у детей средств психологической саморегуляции и обуславливают худшее течение СД. Выявлены типы родительского воспитания, затрудняющие нормальную адаптацию 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, с. 22–27; 6, с. 50–54; 10, с. 40–45; 18, с. 308–317].

Таким образом, в литературе акцентируется, что наличие личностных и поведенческих проблем у детей с СД в большей степени обусловлено не самой болезнью, а отношением родителей к ребенку и типом семейного воспитания [2]. При этом наиболее часто среди психологических причин, приведших к ухудшению соматического состояния такого ребенка, называются конфликты и проблемы в семье [11, с. 191–197].

Психологические характеристики детей, больных целиакией, и их матерей остаются практически не изученными [13, с. 107–109]. Отмечено, что у большинства детей с целиакией происходит поражение нервной системы. На этом фоне серьезной проблемой оказывается медико-социальная адаптация больных целиакией, в том числе проблема приверженности лечению. Анализ анкет детей с целиакией, показал, что основная причина осознанного несоблюдения ими диеты – мнение взрослых о ее ненужности (77 % – мнение родных, 14 % – мнение друзей и подруг, 7 % – врач амбулаторного звена выразил сомнение в правильности диагноза стационара, 2 % – ребенок сам решил, что диета не нужна). Опасное положение создается в семьях, которые не могут обеспечить ребенку дорогостоящую безглютеновую диету по причине нехватки средств. Тогда возникают две серьезные проблемы: 1) в 15 % семей не хватает денег на соблюдение диеты, т. е. каждый шестой ребенок не может соблюдать диету по причине нехватки денег у родителей; 2) некоторые родители детей с целиакией, специально прекращают диету и вызывают возвращение симптомов, чтобы ребенок получил статус «инвалида» и имел социальную поддержку [12, с. 64–70].

Таким образом, если для родителей детей, больных сахарным диабетом, соблюдение диеты и инсулинотерапия – это важнейшее условие поддержания оптимального психофизического состояния ребенка и сохранения его жизни, то для родителей детей с целиакией, выполнение медицинского предписания (безглютеиновой диеты) в ряде случаев либо невыполнимо либо «условно невыгодно», тем более что эта болезнь имеет не непосредственные, а отдаленные угрожающие последствия для жизни больных детей.

С учетом того, что матерям принадлежит большая роль в управлении болезнью ребенка [4, с. 147–150; 14, с. 97–103], были конкретизированы задачи исследования: 1) изучить и сравнить уровень тревожности, реакции на фрустрацию и переживание семейной

ситуации у детей с сахарным диабетом и целиакией; 2) оценить и сравнить уровень невротизации, копинг-стили и воспитательную практику их матерей. Полученные данные будут положены в основу разработки модели психологической коррекции материнско-детских взаимоотношений в данных семьях, основанной на теории и практике гештальт-терапии.

Материалы и методы исследования. Всего обследовано 120 жителей Санкт-Петербурга и Ленинградской области. **Первую группу** составили дети в возрасте 8–11 лет, больные инсулинозависимым сахарным диабетом, учащиеся общеобразовательных школ (n=35) и их матери (n=35). Средний возраст детей основной группы – 9 лет, средний возраст матерей – 36 лет. На момент исследования дети основной группы находились на лечении в стационаре. Цель – компенсация углеводного обмена путем введения в организм инсулина и соблюдения режима приема пищи.

Вторую группу составили дети в возрасте от 8 до 11 лет, больные целиакией, учащиеся общеобразовательных школ (n=20) и их матери (n=20). Средний возраст детей контрольной группы – 10 лет, средний возраст матерей – 34 года. На момент исследования, со слов матерей, все дети соблюдали безглютеновую диету.

Исследование детей осуществлялось с помощью шкалы явной тревожности СМАС [3, с. 60–64], Фрустрационного теста С. Розенцвейга [15] и проективной методики «Рисунок семьи» [5, с. 44–49]. Для обследования матерей использовались шкала для психологической экспресс-диагностики уровня невротизации [16], методика многомерного исследования копинга «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» Н.С. Эндлера, Д.А. Паркера в адаптации Т.Л. Крюковой [5, с. 69–73], опросник для родителей «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ) Э.Г. Эйдемиллера, В. Юстицкиса [17, с. 76–90].

Статистическая обработка данных проведена при помощи программы SPSS. Для сравнения выборок использовался многофакторный дисперсионный анализ.

Результаты исследования

Исследование тревожности показало, что у детей с целиакией на уровне тенденции уровень тревожности несколько выше, чем у детей с СД ($p < 0,066$). Среднее значение тревожности детей с целиакией равно **8,15**, что говорит о ее явно повышенном уровне. Среднее значение тревожности детей с СД равно **7**, что соответствует ее несколько повышенному уровню.

Было установлено, что 25 % детей с СД имеют явно повышенный и очень высокий уровень тревожности, которая обычно носит «разлитой», генерализованный характер. У детей с целиакией

тревожность таких уровней зафиксирована почти в два раза чаще – в 45 % наблюдений. Несколько повышенная тревожность, обычно связанная с ограниченным кругом ситуаций, определена у 40 % детей с СД и у 45 % с целиакией. В 34 % случаев у детей с СД отмечен нормальный уровень тревожности, который необходим для адаптации и продуктивной деятельности. У детей с целиакией нормальный уровень определен в три раза реже – в 10 % наблюдений.

При исследовании реакций на фрустрацию с использованием многофакторного дисперсионного анализа обнаружено, что в первой группе детей выраженность значения экстрапунитивных реакций достоверно ниже, чем во второй ($p < 0,05$), интропунитивных реакций достоверно выше, чем во второй группе ($p < 0,05$). Выраженность импунитивных реакций, реакций с фиксацией на препятствии, реакций с фиксацией на самозащите, реакций на разрешении ситуации и стандартности реакций достоверно не различается.

Для более углубленного понимания поведения детей с СД и целиакией в ситуации фрустрации проведено сопоставление их отличительных характеристик с нормативными значениями [15, с. 68–69]. Обнаружено, что среднее значение выраженности экстрапунитивных реакций у детей с целиакией выше как данных у детей первой группы, так и нормативных данных. Дети с целиакией в ситуации фрустрации открыто проявляют недовольство, раздражение, гнев, вовлекают в свои переживания окружающих, их критикуют, оценивают как «виноватых». Они ожидают помощь советом или решение проблемы.

Среднее значение выраженности интропунитивных реакций у детей первой группы выше данных у детей второй группы и нормативных значений. Это показывает, что дети с СД уверены, что сами являются причиной своих неудач и неприятностей. Они считают себя виноватыми, даже если не имели никакого отношения к случившемуся и никак не могли повлиять на произошедшие события. При этом вызванные неприятностями глубокие внутренние переживания детей с СД могут быть незаметны окружающим. Интересно, что такие дети стараются как-то исправить ситуацию, оказать помощь тем, кто пострадал вместе с ними.

При исследовании переживаний семейной ситуации детьми установлено, что выраженность значений шкал симптомокомплексов «благоприятная семейная обстановка», «тревожность, конфликтность, враждебность, чувство неполноценности в семейной ситуации» достоверно ниже у детей первой группы, чем второй ($p < 0,05$). Это указывает, что по сравнению с детьми, больными целиакией, дети с СД реже оценивают свою семейную ситуацию как благоприятную и

одновременно реже переживают в семейной ситуации чувства тревожности, конфликтности, враждебности и неполноценности.

Исследование невротизации матерей больных детей показало, что в первой группе матерей среднее значение ее уровня ($M=3,06$) достоверно выше, чем во второй ($M=35,6$) группе ($p<0,05$). Более чем у 30 % матерей первой группы выявлены повышенный, высокий и очень высокий уровни невротизации, тогда как во второй группе повышенный уровень отмечен только в 5 % случаев. В то же время 60 % матерей второй группы имели низкий уровень невротизации, тогда как в первой группе это обнаружено только в 17 % наблюдений. Таким образом, у матерей детей, больных СД, наблюдалось отклонение в сторону высоких значений уровня невротизации, а у матерей детей, больных целиакией, – в сторону низких значений.

Исследование копинг-стилей матерей показало, что в структуре стилей совладания как личностных переменных у всех матерей ведущим является проблемно-ориентированный копинг. У матерей детей с СД на втором месте по частоте использования находится эмоционально-ориентированный копинг, реже всего они прибегают к копингу, ориентированному на избегание. У матерей детей с целиакией частота использования эмоционально-ориентированного копинга и копинга избегания примерно одинакова. При этом матери больных девочек достоверно чаще используют эмоционально-ориентированный копинг, чем матери больных мальчиков ($p<0,05$). Также обращает на себя внимание одинаковое использование субстилей социального отвлечения обеими группами матерей.

Вычисление достоверности различий в показателях копинг-стилей обнаружило, что в группе матерей больных СД детей показатели копинга, ориентированного на избегание, и показатели субшкалы «отвлечение» достоверно ниже, чем в группе матерей детей с целиакией ($p<0,05$). Это указывает, что матери детей с СД менее, чем матери детей с целиакией, склонны использовать стратегии отвлечения от проблемы для снятия тревоги, дискомфорта и восстановления сил, избегать проблем на уровне мышления или поведения.

Анализ воспитательной практики матерей больных детей показал, что общей характеристикой воспитания матерей обеих групп оказалась гиперпротекция, общей личностной проблемой, решаемой за счет воспитания, – фобия утраты ребенка.

В то же время проведенный дисперсионный анализ выявил, что гиперпротекция в первой группе матерей прослеживается достоверно чаще, чем во второй. Также статистически установлено, что воспитательную практику матерей детей с СД, по сравнению с воспитанием матерей детей с целиакией, отличают гипопротекция, чрезмерность удовлетворения потребностей ребенка и их

игнорирование, чрезмерность требований-обязанностей, чрезмерность требований-запретов, чрезмерность санкций ($p < 0,05$).

40 % матерей предъявляют ребенку с СД чрезмерные требования-обязанности, которые не соответствуют его возможностям и представляют риск психической травматизации. В группе матерей детей с целиакией такое воспитание не установлено.

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

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

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. Во второй группе такой особенности воспитания не обнаружено.

Для матерей детей первой группы по сравнению с матерями детей второй группы, также чаще характерны личностные проблемы, решаемые за счет воспитания: расширение сферы родительских чувств, предпочтение в ребенке детских качеств, неразвитость родительских чувств, проекции нежелательных качеств на ребенка, сдвиги в установках по отношению к ребенку в зависимости от его пола ($p < 0,05$).

Обращает на себя внимание тот факт, что фобия утраты ребенка чаще прослеживается у матерей детей с целиакией (30 %), чем у матерей детей с СД (17 %), хотя достоверных различий по данному показателю не обнаружено.

Результаты корреляционного анализа исследованных психологических показателей испытуемых первой группы показали, что характерная для детей с сахарным диабетом высокая выраженность интропунитивных реакций на фрустрацию прямо связана с чрезмерностью санкций со стороны матери, а низкая выраженность экстрапунитивных реакций – с чрезмерностью материнских санкций и требований-обязанностей. Это позволяет предположить, что поведение таких детей в ситуации фрустрации может быть обусловлено особенностями материнского воспитания.

Переживание ребенком с СД семейной ситуации имеет взаимосвязи с его собственным уровнем тревожности и поведением в

ситуации фрустрации, а также с особенностями психического состояния и воспитания со стороны матери. Так, чем выше у ребенка уровень тревожности, тем чаще он переживает чувства тревожности, враждебности, конфликтности и неполноценности в семейной ситуации. Переживание ребенком неполноценности в семейной ситуации коррелирует с проявлением им экстрапунитивных реакций, переживание враждебности – с высоким уровнем невротизации матери, а оценка семейной ситуации как благоприятной – с низкой выраженностью у матери копинг-стиля избегания.

Результаты корреляционного анализа исследованных психологических показателей испытуемых второй группы показали, что два из них – выраженность экстрапунитивных реакций у ребенка с целиакией и выраженность копинг-стиля, ориентированного на избегание, у его матери – могут рассматриваться как наиболее значимые. Они имеют наибольшее число взаимосвязей с другими показателями, прямо взаимосвязаны между собой и также имеют ряд общих корреляций.

Анализ этих взаимосвязей обнаруживает, что чем выше выраженность экстрапунитивных реакций у ребенка, тем больше для его матери характерен копинг-стиль избегания. На этом фоне у матери прослеживается противоречие между стремлением к гиперпротекции и фобией утраты ребенка, с одной стороны, и воспитательской неуверенностью и неустойчивостью стиля воспитания, – с другой. С этим прямо взаимосвязано переживание ребенком тревожности в семейной ситуации.

Выраженность у ребенка экстрапунитивных реакций положительно коррелирует с другим противоречием материнского воспитания – чрезмерным удовлетворением потребностей ребенка и чрезмерностью предъявляемых ему санкций.

Отметим также, что характерное для матери ребенка с целиакией частое использование копинга, ориентированного на избегание, прямо взаимосвязано с неразвитостью у нее родительских чувств, проекцией на ребенка детских качеств, повышенным уровнем невротизации, переживанием ребенком тревожности и враждебности в семейной ситуации.

Таким образом, в исследовании было обнаружено, что для детей с хроническими соматическими заболеваниями характерен повышенный уровень тревожности. При этом явно повышенная и очень высокая тревожность в два раза чаще выявлена у детей с целиакией, чем у детей с СД.

В ситуации фрустрации у детей обеих групп выраженность импунитивных реакций с фиксацией на препятствии, с фиксацией на самозащите, разрешения ситуации, а также стандартность реакций

достоверно не различается. Отличительные особенности состоят в том, что у детей с СД в ситуации фрустрации достоверно больше выражены интропунитивные реакции, а у детей с целиакией – экстрапунитивные. Если дети с СД чаще считают себя источником различных неприятностей, признают свою вину за происшедшее, не ищут помощи со стороны, то дети с целиакией, напротив, активно выражают отрицательные эмоции, считают других виноватыми и требуют поддержки.

Реже оценивая свою семейную ситуацию как благоприятную, дети с СД, по сравнению с детьми, больными целиакией, одновременно реже переживают в семейной ситуации чувства тревожности, конфликтности, враждебности и неполноценности. Можно предположить, что и в семье ребенок с СД склонен брать ответственность за ситуацию на себя, а ребенок с целиакией – открыто выражать свои эмоции по поводу трудной ситуации и даже перекладывать на других за нее ответственность.

Результаты психологического исследования матерей детей с хроническими соматическими заболеваниями обнаружили, что матери детей с СД имеют достоверно более высокий уровень невротизации, чем матери детей с целиакией. Более чем у 30 % матерей детей первой группы выявлены повышенный, высокий и очень высокий уровни невротизации, тогда как во второй группе повышенный уровень отмечен только в 5 % случаев.

Исследование копинг-стилей показало, что в структуре стилей совладания как личностных переменных у матерей детей обеих групп ведущим является проблемно-ориентированный копинг. Они также с одинаковой частотой склонны использовать социальное отвлечение (искать и принимать социальную поддержку). Различие между группами состоит в том, что матери детей с СД достоверно реже используют копинг, ориентированный на избегание, чем матери детей с целиакией. Это показывает, что для них менее характерно использовать стратегии отвлечения от проблемы для снятия тревоги, дискомфорта и восстановления сил, избегать проблем на уровне мышления или поведения.

Общей характеристикой воспитательной практики матерей обеих групп оказалась гиперпротекция, склонность уделять ребенку много времени и сил, считать воспитание центральным делом своей жизни. В то же время статистически установлено наличие большего числа отклонений в воспитательной практике у матерей детей с СД. У них показатели протекции, степени удовлетворения потребностей ребенка, чрезмерности требований-обязанностей, чрезмерности требований-запретов, чрезмерности санкций более выражены, чем в воспитательной практике матерей детей с целиакией. Это позволяет предположить, что

для матерей детей с СД более характерны трудности в гармоничном проявлении заботы о своем ребенке, понимании оптимальной (необходимой для него) степени удовлетворения потребностей, соответствия предъявляемых требований возрасту и состоянию здоровья ребенка, а также в определении рамок его поведения и предъявлении наказаний.

У матерей детей с СД также выявлено больше личностных проблем, решаемых за счет воспитания ребенка: расширение сферы родительских чувств, предпочтение в ребенке детских качеств, неразвитость родительских чувств, сдвиги в установках матери по отношению к ребенку в зависимости от его пола. Обращает на себя внимание, что у обеих групп матерей выражена фобия утраты ребенка, что, по-видимому, обусловлено его хронической соматической болезнью, когда от матери требуется постоянный контроль за ситуацией и выполнением медицинских процедур.

Выявленные в исследовании общие и специфические особенности детей с хроническими соматическими заболеваниями могут быть обусловлены действием как биологических, так и социальных факторов. Важным результатом работы оказался вывод о том, что для матерей детей с СД характерна большая выраженность эмоциональных и поведенческих проблем, чем для матерей детей с целиакией. Это касается более высокого уровня невротизации, меньшей частоты использования копинг-стиля избегания и субстиля отвлечения, большей выраженности отклонений воспитательной практики и большего числа личностных проблем, решаемых за счет воспитания ребенка.

Можно предположить, что данные психологические особенности матерей прямо взаимосвязаны с наличием у ребенка заболевания сахарным диабетом, требующего постоянного контроля и имеющего высокий риск летального исхода. Вместе с тем, как указано в литературе [2] и показано в результате проведенного нами корреляционного анализа, такие особенности родительского состояния и воспитания могут провоцировать и усиливать эмоциональные и личностные проблемы у детей с СД, что подтверждает необходимость разработки специализированных моделей психологической коррекции матерей и материнско-детских отношений.

Еще один важный результат касается обнаруженного у детей с целиакией большого числа эмоциональных и поведенческих проблем. К ним относятся явно повышенная тревожность, выраженная экстрапунитивная реакция на фрустрацию в виде открытого проявления раздражения, гнева, критики в адрес окружающих, поиска виноватого, переживания ребенком тревожности, конфликтности, враждебности и неполноценности в семейной ситуации на фоне противоречия между низким уровнем невротизации матери и одновременно высокой фобии

утраты ребенка. С одной стороны, установленные особенности детей могут быть прямо связаны с течением заболевания (целиакия) и характерной для него энцефалопатией, следствием которой являются синдромы агрессии и раздражительности [13, с. 107–109]. С другой стороны, результаты проведенного нами корреляционного анализа обнаружили, что только этим трудно объяснить выраженные отрицательные переживания ребенка с целиакией в семейной ситуации, которые также могут быть взаимосвязаны с особенностями избегающего совладающего поведения его матери и ее противоречивой воспитательной практикой. Данный вопрос диктует необходимость проведения дальнейших углубленных исследований детей, больных целиакией и их матерей и разработки специализированных программ психологической коррекции и для данного контингента семей.

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. 2009. № 4.
3. Диагностика эмоционально-нравственного развития / ред. и сост. И.Б. Дерманова. СПб: Речь, 2002. 176 с.
4. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. СПб.: Речь, 2005. С. 147–150.
5. Крюкова Т.Л. Психология совладающего поведения. Кострома: Студия оперативной полиграфии «Авантитул», 2004. 344 с.
6. 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.
7. Лидерс А.Г. Психологическое обследование семьи. М.: Академия, 2007. 432 с.
8. Никольская И.М. Клиническая психология семьи // Вопросы психического здоровья детей и подростков: науч.-практ. журн. 2005. № 2. 2005. С. 7–11.
9. 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.
10. Никольская И.М., Коломиец И.Л. Уровень невротизации и стили совладающего поведения матерей детей, больных сахарным диабетом // *Российский семейный врач*. 02.2011. Т. 15. С. 40–45.
 11. Павлова Л.Б. Психологические проблемы и личностные особенности подростков с сахарным диабетом // *Известия Российского педагогического университета им. А.И. Герцена*. № 35 (76): (Педагогика, психология, теория и методика обучения): Научный журнал. СПб., 2008. С. 191–197.
 12. Ревна М.О. Целиакия – старый взгляд на новую проблему // *Рус. мед. журнал. Мать и дитя. Педиатрия. Спец. номер*. 2008. 13 августа. Т. 16, № 18. С. 64–70.
 13. Ревна О.М., Лайл Х.Б. Клинические аспекты целиакии у детей // *Педиатрия*. 2000. № 5. С.107–109.
 14. 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.
 15. Фрустрационный тест С.Розенцвейга: метод. руководство / под ред. Л.А. Ясюковой. СПб.: Иматон, 2002. 122 с.
 16. Шкала для психологической экспресс-диагностики невротизации: пособие для врачей и психологов. СПб, 1999. 35 с.
 17. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия: учеб. пособие для врачей и психологов. 2-е изд., испр. и доп. СПб.: Речь, 2006. 352 с.
 18. 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. April. V. 36(3). P. 308–317.

**EMOTIVE BEHAVIOR CHARACTERISTICS OF CHILDREN WITH
TYPE 1 DIABETES AND OF CHILDREN WITH CELIAC DISEASE
AND THEIR MOTHERS**

I. Kolomic

Northwestern State Medical University n.a. I.I. Mechnikov, St. Petersburg

We researched anxiety and frustration responses of children and their experience of a family situation, also mother's neurotic level and coping styles. Relations of mother's educational practice with anxiety and frustration responses of children with type 1 diabetes are analyzed. Common and specific features of children with type 1 diabetes and of children with celiac disease are elicited.

Key words: *type 1 diabetes, celiac disease, anxiety, responses to frustration, neurotic level, coping style, education.*

Об авторах:

КОЛОМИЕЦ Ирина Леонидовна – соискатель кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова» (Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41), e-mail: kolirina2006@yandex.ru