Автономная некоммерческая организация высшего образования
«Сибирский институт бизнеса, управления и психологии»

ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГИИ

КАФЕДРА ПСИХОЛОГИИ

АБДУЛЛИНА ОЛЬГА ПЕТРОВНА

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

АПРОБАЦИЯ ОНЛАЙН – ПРОГРАММЫ СНИЖЕНИЯ ТРЕВОЖНОСТИ РОДИТЕЛЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ПОДРОСТКОВ С ДИАГНОЗОМ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 1 ТИПА

Направление подготовки 37.03.01 Психология

Направленность (профиль) образовательной программы

Психология управления

Обучающийся _____ (подпись) О.П. Абдуллина (инициалы, фамилия)

Руководитель
доцент каф. психологии, канд. психол. наук, доцент
(должность, ученая степень, ученое звание)
_____ (подпись) А.П. Арышева (инициалы, фамилия)

Нормоконтролер _____ (подпись) А.С. Самарина (инициалы, фамилия)

Допускается к защите

Зав. кафедрой психологии
канд. психол. наук
(ученая степень, ученое звание, инициалы, фамилия)
Е.В. Наконечная
(подпись)

«15» 02 2023 г.

Красноярск 2023

Автономная некоммерческая организация высшего образования
«Сибирский институт бизнеса, управления и психологии»

Факультет психологии
Направление подготовки 37.03.01 Психология
Направленность (профиль) образовательной программы Психология управления
Выпускающая кафедра психологии

ЗАДАНИЕ
на выпускную квалификационную работу

Студенту(ке) Абдуллиной Ольге Петровне группы у259-пу
(Ф.И.О. полностью)

1. Тема выпускной квалификационной работы: Апробация онлайн - программы снижения тревожности родителей, воспитывающих подростков с диагнозом сахарный диабет 1 типа
(полное наименование темы согласно приказу)
утверждена приказом по институту от «22» 11 2022 г. № 148-уо
на основании решения заседания выпускающей кафедры психологии
Протокол от «09» 11 2022 г., № 03

2. Срок сдачи выпускной квалификационной работы «15» 02 2023 г.

3. Содержание выпускной квалификационной работы: Введение; I. Теоретические аспекты особенностей детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих ребенка с диагнозом сахарный диабет 1 типа; II Разработка и апробация онлайн - программы снижения тревожности родителей, воспитывающих подростков с диагнозом сахарный диабет 1 типа; заключение.

4. Консультанты по разделам выпускной квалификационной работы: нет

5. График выполнения выпускной квалификационной работы
25.11.22-30.11.22 – анализ научной литературы по теме исследования.
01.12.22-03.12.22 – формулирование выводов, оформление главы I.
04.12.22-15.01.23 – сбор первичных эмпирических данных.
16.01.23-31.01.23 – анализ результатов исследования.
01.02.23-10.02.23 – формулирование выводов, оформление работы.

Дата выдачи задания «09» 11 2022 г.

Руководитель выпускной квалификационной работы _____ А.П. Арышева
(подпись) (инициалы, фамилия)

РЕФЕРАТ

Выпускная квалификационная работа 77 с., таблиц 5, рисунков 12, источников 36, приложений 4.

АПРОБАЦИЯ, ОНЛАЙН – ПРОГРАММА, ТРЕВОЖНОСТЬ, САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 1 ТИПА.

Цель работы: разработать и апробировать онлайн - программу снижения тревожности родителей воспитывающих подростков с диагнозом сахарный диабет 1 типа.

Проведено эмпирическое исследование, на основании которого разработана и апробирована онлайн – программа снижения тревожности родителей, воспитывающих подростков с диагнозом сахарный диабет 1 типа.

Разработанная и апробированная программа зарекомендовала себе по нескольким параметрам:

Новизна. Онлайн формат позволил расширить географию и охватить отдаленные районы, где нет возможности оказывать психологическую помощь таким семьям.

Удобство работы. Инструменты онлайн платформы позволили преодолеть временные барьеры, участники могли получать информацию и выполнять задания в удобное для них время.

Поставленная цель достигнута, в динамике зафиксирован уровень снижения тревожности родителей, воспитывающих подростков с диагнозом сахарный диабет 1 типа.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ 5
I ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОСОБЕННОСТЕЙ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ В СЕМЬЯХ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ РЕБЕНКА С ДИАГНОЗОМ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 1 ТИПА 7
1.1 Детско-родительские отношения как предмет изучения в психологии 7
1.2 Понятие сахарный диабет 1 типа и особенности данного диагноза 14
1.3 Психологические особенности родителей при постановке диагноза сахарный диабет 1 типа подростку 17
1.4 Влияние болезни на подростка 19
1.5 Влияние болезни на внутрисемейные отношения 21
1.6 Особенности подросткового возраста 24
1.7 Детско-родительские отношения в период пубертата 28
1.8 Понятие тревожности 32
II РАЗРАБОТКА И АПРОБАЦИЯ ОНЛАЙН – ПРОГРАММЫ СНИЖЕНИЯ ТРЕВОЖНОСТИ РОДИТЕЛЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ПОДРОСТКОВ С ДИАГНОЗОМ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 1 ТИПА 36
2.1 Описание хода исследования и методик исследования 36
2.2 Описание и анализ первичного материала первого этапа работы 40
2.3 Описание результатов второго этапа работы 44
2.4 Тематический план коррекционной программы 52
2.5 Оценка эффективности коррекционной программы (третий этап работы) 57
ЗАКЛЮЧЕНИЕ 72
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ 74
Приложение

ВВЕДЕНИЕ

По данным Международной федерации диабета (IDF), Россия занимает 7-е место по количеству новых случаев диагностирования сахарного диабета СД 1 типа среди детей и подростков в год. Сахарный диабет является сложным с этиологической точки зрения заболеванием, в развитии которого определенную роль могут играть психологические факторы. Поскольку данный диагноз является хроническим, а терапия подразумевает регулярный самоконтроль глюкозы крови, своевременного введения инсулина и соблюдения правил питания, жизнь ребенка как с биологической, так и с психической точки зрения зависит от ближайшего окружения и в первую очередь от родителей.

Постановка диагноза сахарный диабет 1 типа является макрострессором как для взрослого, так и для ребенка. Кроме непосредственно пациента, стресс переживают также близкие ему люди. Как детям, так и их родителям приходится активно решать возникающие сложные жизненные ситуации. На родителя возлагается не только дополнительный груз ответственности, но еще появляется большой поток информации, в которой необходимо разбираться, для компенсации СД, что увеличивает нагрузку на нервную систему родителя.

Влияние болезни на психическое развитие ребенка опосредуется психическим миром его родителей. Учитывая тот факт, что родитель регулярно испытывает нервное напряжение изучение взаимосвязи стиля воспитания с преодолевающим поведением становится весьма актуальным [15].

Не смотря на увеличение численности заболевания, далеко не каждый населенный пункт способен обеспечить наличие школ диабета и психологической помощи для таких семей. Экономически целесообразно организовать необходимые службы поддержки в онлайн пространстве.

Таким образом, коррекция детско-родительских отношений в семьях воспитывающих детей с диагнозом сахарный диабет 1 типа, в виртаульном

пространстве, становится весьма актуальной.

Цель: разработать и апробировать онлайн – программу снижения тревожности родителей воспитывающих подростков с диагнозом сахарный диабет 1 типа.

Задачи:

1. Изучить литературу в области детско-родительских отношений.

2. Ознакомиться с понятием сахарный диабет 1 типа и особенностями данного диагноза.

3. Разработать и апробировать онлайн программу снижения тревожности родителей воспитывающих подростков с диагнозом сахарный диабет 1 типа.

4. Проанализировать результаты исследования, сформулировать выводы по работе.

Объект: тревожность родителей, воспитывающих подростков с диагнозом сахарный диабет 1 типа.

Предмет: онлайн – программа снижения тревожности родителей, воспитывающих подростков с диагнозом сахарный диабет 1 типа.

Гипотеза: разработанная нами онлайн – программа позволит снизить тревожность родителей, воспитывающих подростков с диагнозом сахарный диабет 1 типа.

I ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОСОБЕННОСТЕЙ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ В СЕМЬЯХ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ РЕБЕНКА С ДИАГНОЗОМ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 1 ТИПА

1.1 Детско-родительские отношения как предмет изучения в психологии

Вопрос взаимоотношений между родителями и детьми был предметом общественного интереса на протяжении всей долгой истории развития человечества и привлекал внимание как зарубежных, так и отечественных выдающихся ученых, философов, государственных деятелей, интерес к данной теме сохранятся и в наш дни.

Детско-родительские отношения отличаются от всех других видов межличностных отношений. По мнению многих исследователей, во-первых, детско-родительские отношения характеризуются сильной эмоциональной значимостью, как для ребенка, так и для родителя. Во-вторых, имеет место амбивалентность в отношениях между родителя и ребенка. По О. В. Спиваковской, родители должны защитить своих детей от опасности, и в тоже время позволять им испытывать им независимость во взаимодействии с внешним миром. С одной стороны, родитель должны позаботиться о ребенке, а с другой – научить его заботиться о себе самому. В-третьих, характер отношения родителей к своим детям зависит от возраста ребенка [20].

Первой научной теорией, в рамках которой исследовались отношения между ребенком и родителем, был психоанализ. Представители психоанализа (Фрейд З., Адлер А., Юнг К., Фрейд А., Абрахам К., Ранк О., Ференчи Ш. и др.) сосредоточили свое внимания на раннем опыте взаимодействия родителей с детьми.

В развитии личности авторы психоаналитической школы отводили большую роль бессознательному и сексуальной сфере. Согласно психоанализу,

именно родители определяют все этапы духовного развития ребенка. Считалось, что отношения между ребенком и родителями оказывают значительное влияние на развитие ребенка. З. Фрейду и А. Фрейд, утверждали, что мать выступает для ребенка, как первый и самый важный источник удовольствия, как первый объект либидо и как первый источник контроля [21].

Фрейд З. важность чувств и эмоций детей по отношению к родителям противоположного пола, он выделил такие феномены как Эдипов комплекс у мальчиков и комплекс Электры у девочек.

Подчеркивая социальный контекст А. Адлер ввел понятие «равенства» между родителями и детьми, т.е. равенство прав и обязанностей. А. Адлер предлагает, процесс воспитания детей основывать на принципе взаимного уважения. Самосознание ребенка определяется тем, насколько его любят, ценят и уважают в семье. А. Адлер предлагает, родителям с самого рождения воспитывать ребенка в уважении к его индивидуальности и неповторимости.

Фрейд А. в психоаналитической традиции продолжила рассматривать детско-родительские отношения с точки зрения сексуальности в психическом развитии ребенка. Она рассматривала развитие ребенка как процесс его социализации, в котором принцип удовольствия заменяет принципу реальности. Именно внешний мир, то есть мать, исполняет желание ребенка. Настроение матери оказывает решающее влияние на развитие ребенка, подчеркивая тот аспект, что чувство безопасности способствует продуктивному развитию ребенка [29].

Психоаналитическая теория породила несколько современных концепций развития ребенка и разработала новые подходы к проблеме детско-родительских отношений. К ним относятся концепции Э. Эриксона, Э. Фрома, Д. Боулби, К. Роджерса и другие.

Исследования неоаналитиков (Э. Эриксон, Э. Фромм) изучают социокультурные факторы, поскольку на поведение детей и взрослых влияет как среда, в которой они живут в настоящее время, так и среда, которая уже играла роль на предыдущих этапах развития индивида.

Эриксон Э., описывает социальную адаптацию индивидов, с которыми ребенок уже сталкивается в родительской семье, а затем и в других социальных институтах. Именно в социальной среде ребенок учится преодолевать трудности и разрешать конфликты. Согласно Э. Эриксону, каждая культура имеет свой материнский стиль воспитания, который каждая мать признает правильным. Эго ребенка неразрывно связано с социальными требованиями и меняющимися ценностями.

Согласно Э. Фромму, любовь матери безусловна, ребенок любим таким, какой он есть, и ему не нужно искать материнской любви. Только когда мать сама не испытывает тревоги и верит в жизнь, она сможет дать свою ребенку чувство безопасности. По сравнению с материнской любовью, отцовская любовь – это условная любовь, которую нужно и можно получить через успех в работе, порядок в делах, безупречную дисциплину [23, 30].

Теория привязанности подчеркивает важность эмоционального контакта между ребёнком и матерью.

Д. Боулби выделяет три типа привязанности:

1. Надежная привязанность, которая дает ребенку чувство безопасности.

2. Ненадежная привязанность, порождает уязвимость.

3. Тревожно-амбивалентная привязанность, возникает вследствие непредсказуемого поведения матери.

Ребенок узнает о себе через отношение матери к нему, мать воспринимается как источник отношения ребенка к себе. Дети со стабильной привязанностью характеризуются уверенным поведением, у них развивается базовое доверие к миру, что в дальнейшем определяет их отношение к людям и аккумулирует эмоциональный опыт ребенка (Э. Эриксон). Последние исследования, по этому вопросу, показали, что привязанность больше не рассматривается как отношение, а как стратегия поведения с родителями.

Благодаря этой теории исследовательских психологов обогатилось за счет изучения объектного пространства отношений родитель – ребенок. Влияние среды (в том числе, среды детско-родительских отношений) на развитие

психики человека тщательно изучалось представителями бихевиористского направления психологической мысли (Торндайк Э., Уотсон Д., Скиннер Б., Сирс Р., Бандура А. и др.) [4].

Например, гуманистический психолог К. Роджерс подчеркивает, что безусловное внимание родителей к своим детям, независимо от их поведения, ведет к полноценному развитию личности ребенка и тем самым к формированию позитивной Я-концепции.

Так называемая модель взаимодействия родителей и детей широко поддерживается в психологии. Она предполагает равенство влияния от родителя к ребенку и от ребенка к родителю (А. Я. Варга, А. У. Хараш, Е. И. Захарова, Г. Т. Хоментаускас и др.). Наиболее традиционным взглядом на развитие ребенка до 1970-х годов был взгляд о материнском влиянии на развитие ребенка [4, 23].

Хотя эта модель оставалась однонаправленной, признавала влияние матери на ребенка, не принимала во внимание собственный вклад ребенка в процесс социализации и установления социальных отношений, теперь развитие ребенка разделяется на влияние матери на ребенка и процесс установления социальных отношений самим ребенком. Современные данные изменились в сторону рассмотрения психологического взаимодействия между матерью и ребенком как по сути двустороннего процесса, в котором каждый из них является активным партнером в психологическом взаимодействии и построении социальных отношений, и в котором влияние родитель – ребенок и ребенок – родитель предполагается равным [23].

Семейная психология отечественных авторов подчеркивает ведущую роль взрослых в общении и психическом развитии детей, рассказывает о ранней деятельности детей, в том числе о формировании детско-родительских отношений (Л. С. Выготский, А. Н. Запорожец, М. И. Лисина, И. В. Дубровина, Л. И. Божович, Д. Б. Эльконин, современные ученые: Ю. Б. Гиппенрейтер, В. В. Абраменкова, Г. С. Абрамова, В. М. Далинская, В. Н. Дружинин, А. И. Захаров, С. В. Ковалев, Л. В. Куликов, Е. А. Савина, Е. О. Смирнова,

А. С. Спиваковская, А. В. Суворов и др.).

Выготский Л. С. и Лисина М. И. обсуждают и само внутрисемейное общение. Авторы убеждены, что любые недостатки в родительском общении должны влиять на формирование психики и развитие ребенка. Общение между детьми и их родителями привлекает внимание к человеческим связям, которые закладываются с самых первых дней жизни ребенка. Главной задачей в детско-родительских отношениях считается развитие гармоничной личности [3, 6, 27].

По мнению Л. А. Николаевой, отношения в доме, где растет ребенок, влияют на взаимодействие ребенка с близкими ему людьми и на формирование будущих семейных отношений.

Гиппенрейтер Ю. Б. в своей книге «Общаться с ребенком. Как?» говорит о том, что стиль родительского взаимодействия не произвольно отпечатывается в психике ребенка и возникает в дошкольном возрасте. Таким образом, опыт стиля общения между родителями и детьми передается бессознательно.

Под влиянием родителя ребенок приобретает свой собственный опыт, и применяет его на практике. В работах А. Я Варга и Э. Г. Эйдемиллер детско-родительские отношения рассматриваются как интеграция эмоционального отношение к ребенку, восприятие своего ребенка – подростка и того, как они взаимодействуют со своим ребенком. Э. Г. Эйдемиллер и др. Авторы считают, что необходимо создать гармоничные условия в отношениях ребенка с родителями. Любовь и независимость должны быть безусловными и неограниченными [2, 5, 6, 36].

Спиваковская А. С. (1988) ввела понятие «родительская позиция», под которой понимается совокупность родительских установок. Родительские установки, или позиции, – являются одним из наиболее изученных аспектов детско-родительских отношений. Среди отечественных психологов наиболее систематическое экспериментальное исследование в этой области проводили А. Я. Варга, Э. Г. Эйдемиллер, О. А. Карабанова и др. Родительско-детские отношения понимаются как система или совокупность эмоциональных установок по отношения к детям, восприятия родителями своих детей и стиля

поведения с ним. Родительские установки, с другой стороны, относятся к установкам и соответствующему поведению, которые характеризуют общее отношение к детям, независимо от конкретного ребенка. Наиболее важные характеристики родительского отношения были определены как аффективный, когнитивный и активный аспекты [4, 13, 19, 36].

Родительское отношение является наиболее распространенным и указывает на отношения и взаимозависимость между родителями и детьми. Она включает субъективно оцениваемый и сознательно выбранный взгляд на ребенка, который определяет характер восприятия родителя, способы общения с ребенком и влияния на него.

В психологии детско-родительские отношения обычно рассматриваются как система эмоционального отношения родителей к своим детям, с одной стороны, и восприятия родителями своих детей – с другой. Система детско-родительских отношений включает в себя методы и модели поведения родителей и детей, и важным аспектом этого процесса является обратная связь в модели «ребенок – родитель» с различными модальностями. Семейные отношения характеризуются двойственностью и поляризацией. Различные комбинации отношений между родителями и детьми приводят к различным типам и стилям этих отношений.

Столина В. В., Варга А. Я., Соколова Е. Т., Каган Е. В. считают еще одним не мало важным аспектом детско-родительских отношений эмоциональное отвержение. Эмоциональное отвержение может быть, как открытым, так и скрытым, проявляется как глобальное недовольстве ребенком. В. Е. Каган утверждает, что эмоциональное отвержение является результатом тоталитарного мышления родителя и связано с неадекватными родительскими ожиданиями в отношении ребенка. Отвержение часто сочетается с жестким контролем, навязыванием ребенку «правильного» поведения и наказанием [25].

В основе эмоционального отвержения детей лежат неосознанные личные проблемы родителя. Эйдемиллер и Юстицкес выделяют следующие личностные проблемы родителей:

1. Неразвитость родительских чувств

2. Проекцирование своих собственных нежелательных качеств на своих детей.

3. Стремление искоренить унаследованные ребенком черты нелюбимого супруга.

4. Сдвиг в установках родителя к ребенку определенного пола.

Отвержение со стороны родителей приводит к потере самоуважения и попытке соответствовать родительским ожиданиям.

Другой крайностью детско-родительских отношений выделяют симбиотические отношения. Родитель постоянно не уверен в ребенке, что приводит к постоянному контролирующему и чрезмерно корректирующему поведению и ограничениям, связанным с недооценкой реальных способностей ребенка. Матери «привязывают» своих детей к себе и делают их зависимыми от себя [21, 27].

Болдуин А. определил, как стили воспитания влияют на развитие личности детей.

1. Авторитаризм ведет к инфантилизации, снижая самооценку ребенка, делая акцент на внешних стандартах и лишая его практики самостоятельного исследования и принятия решений

2. Демократия – создает высокий уровень общения между родителями и детьми, учитывает мнение детей при решении семейных проблем, верит в независимость детей и поощряет зарождение детского лидерства.

3. Контролирующий стиль – ограничивает поведение детей, делает их внушаемыми и боязливыми.

Таким образом, родители играют важную роль в детско-родительских отношениях. Дети накапливают знания и самовосприятие под влиянием своих родителей. Нарушение детско-родительских отношений может привести к развитию комплексов и психологических проблем, и наоборот. Однако дети растут в любви, заботе и привязанности, более успешны в учебе, менее подвержены заболеваниям, имеют лучшие навыки общения и быстрее

адаптируются к новым ситуациям [13, 27].

1.2 Понятие сахарный диабет 1 типа и особенности данного диагноза

Сахарный диабет (СД) – одно из самых распространенных эндокринных и метаболических нарушений среди детей. За последние годы в несколько раз увеличилось количество зарегистрированных случаев СД 1-го типа среди детского населения.

По данным ВОЗ около 17% населения в России и СНГ больны СД. Специалисты Международной федерации диабета (International Diabetes Federation) подсчитали, что каждые 10 секунд у трех человек развивается СД и каждые 6 секунд один человек умирает от его осложнений (DiabetesAtlas,6th ed.IDF,2015).

Сахарный диабет 1 типа (СД1), считается более тяжелой формой из-за быстрой скорости развития, острых осложнений и необходимости непрерывной инсулинотерапии. Так, если в 2000г. в мире насчитывалось порядка 395 тыс. детей с данным заболеванием, то в 2021 около 652 тыс. детей из них 48,8 тыс. детей с диагнозом СД 1 зарегистрировано в России. По данным Международной федерации диабета (International Diabetes Federation) (IDF), Россия занимает 7-е место по количеству новых случаев диагностирования СД 1 типа у детей в год. СД является сложным с этиологической точки зрения заболеванием. Этиология СД 1 доподлинно не известна [7, 8].

Диагноз сахарный диабет 1 типа является инсулинозависимым, носит характер хронического заболевания. Несмотря на активные исследования, СД 1типа не поддается лечению и подразумевает статус инвалидности, маркировка по международному классификатору болезней МКБ – 10: E10.0 (0-9) в зависимости от выявленных осложнений. Лечение фокусируется на управлении уровнем глюкозы в крови с помощью введения инсулина, соблюдении режима

питания, физических нагрузках и образовании в области компенсации диабета, чтобы минимизировать возникающие сопутствующие осложнения [1, 8]. Инсулинотерапия зависит от множества факторов (физическая активность, состояние здоровья, стресс, возраст), но главным образом определяется количеством и качеством пищи.

Все составляющие лечебного процесса тесно взаимосвязаны. Основная цель терапии заболевания – снижение риска развития как острых (кетоацидоз, гипогликемия), так и хронических осложнений (микро-, макроангиопатия).

Лечение СД 1 типа – это процесс, требующий самоконтроля, способности управлять собственным поведением. Одним из важнейших условий успешной жизни с сахарным диабетом является постоянный контроль уровня глюкозы крови. Врачи утверждают, что производить замеры следует как минимум восемь раз в день (М. И. Балоболкин, 1998), однако подросток может этого не делать из-за страха, что о его заболевании узнают, что уровень сахара окажется слишком высоким или низким, или по другим причинам [10]. По мимо замеров существует необходимость постоянного подкожного введения инсулина, который необходим для стабилизации состояния больного, что вызывает дискомфорт как физическом уровне, так и на психологическом уровне. Это может существенно влиять на качество компенсации заболевания.

Одним из основных побочных эффектов инсулинотерапии является гипогликемия. Особую опасность представляет гипогликемия в ночные часы, которая сопряжена с риском развития синдрома внезапной смерти (dead in bed syndrome) [31]. Гипергликемия не менее опасна для здоровья подростка, высокие показатели глюкозы крови способны спровоцировать кетоацидотическую кому – жизнеугрожающее состояние.

Одним из критериев благополучия детей подросткового возраста с хроническим заболеванием является отношение к лечению, а именно приверженность лечению. Особую роль в формировании данного показателя играет позитивный эмоциональный настрой. Это во многом обеспечивается универсальностью механизмов взаимосвязи между параметрами психического

состояния подростка. Изучение взаимосвязи соматического состояния и психологических характеристик у больных сахарным диабетом 1 типа дает возможность осуществить психотерапевтический контроль СД с целью коррекции поведения, предотвращающего переход в наиболее тяжелую форму течения диабета, что позволит улучшить качество жизни больных, предотвратить осложнения, приводящие к инвалидизации и сокращению продолжительности жизни. Так, V. M. Lancaster и соавторами (2015) было экспериментально доказано, что участие родителей в задачах управления заболеванием при сахарном диабете может значительно улучшить результаты лечения [7, 9, 18].

На сегодняшний день медицина располагает современными высокотехнологичными средствами для компенсации углеводного обмена что не только облегчает жизнь пациента с диагнозом СД 1 типа, но и повышают уровень качества жизни. К ним относятся инсулиновая помпа, непрерывный мониторинг глюкозы и специальные программные обеспечения, устанавливаемые на смартфон.

Непрерывный мониторинг глюкозы (НМГ) – обеспечивает фиксацию уровня глюкозы каждые 5 минут и передачу данных о состоянии ребенка на смартфон, значительно уменьшает количество замеров глюкозы путем прокола пальца, снижая физический и эмоциональный дискомфорт пациента. При этом обеспечивает родителю удаленный контролировать за состоянием ребенка, а это важно для компенсации заболевания.

Лечение инсулиновой помпой в отличии от привычной шприц-ручки обеспечивает непрерывную подкожную инфузию инсулина в режиме 24/7, весьма удобно, но имеется ряд ограничений:

1. Помпу не ставят в первый год после манифестации диагноза, поскольку уровень глюкозы еще не стабилизировался, родитель и ребенок проходят процесс адаптации к новым реалиям, обучаются процессу компенсации.

2. Достаточно дорогостоящее оборудование и расходный материал при эксплуатации.

3. Учитывается готовность пациента к обучению управлением помпой, поскольку есть ряд особенностей в управлении и риск кетоацидоза при несоблюдении мер безопасности.

1.3 Психологические особенности родителей при постановке диагноза сахарный диабет 1 типа подростку

Когда у подростка диагностируют сахарный диабет 1 типа, это означает, что хроническое заболевание влияет на жизнь всех членов семьи. Необходимо приспособиться к новой жизни, которая ставит новые задачи, требует времени, внимания и средств для их решения. Большинство семей при столкновении с кризисом проходят через одинаковые стадии реакции на него.

Фаза шока – отсутствует чёткость мыслей, все кажется нереальным. Получаемая информация не воспринимается. Родитель цепляется за обнадеживающие слова врача, но упускает детали о болезни, возможном ее прогрессировании и лечении, им трудно осознавать, что теперь надо по нескольку раз в день проверять глюкозу крови и вводить инсулин. Сложно принять, что физическое состояние будет зависеть от назначений врача-эндокринолога, от лекарственных препаратов, которые им жизненно необходимы и регулярных лабораторных обследований [3]. Это сложно представить, как самим подросткам, так и их родителям, что придется постоянно соблюдать терапевтический режим и принять, что эта болезнь навсегда.

Фаза реакции – слезы, бессонница, агрессия, чувство горечи. Это естественная скорбь. Разочарование, чувство вины, собственного бессилия и невозможности что-либо изменить в сложившейся ситуации. Данная фаза требует времени для ее принятия. Многие родители на долго застревают на этом этапе терзая себя чувством вины, продолжая отрицать наличие диагноза.

Фаза восстановления – которая подразумевает необходимость знаний и умений своевременно и верно реагировать на гипо и гипергликемию. Человек способен систематично осваивать информацию, начинает выстраивать жизнь заново.

Фаза переориентации – требуется длительное время, прежде чем кризис перейдет в эту фазу и установится другой, но приемлемый образ жизни – такой, где диабет является важной частью жизни, но не в коем случае не всей [31].

Каждая из стадий требует времени на ее прохождение, это время сугубо индивидуальная составляющая, которая зависит от многочисленных факторов начиная от уровня принятия и поддержки членов семьи, заканчивая индивидуальными особенностями психологической гибкости мышления.

После постановки диагноза СД 1 типа жизнь никогда не будет такой, как раньше, но все равно она может обрести яркие краски, новые правила и позитивные эмоции.

Длительное отрицание диагноза и «застывание» на месте со своею скорбью мешают адаптировать свою жизнь и компенсировать диабет.

Больные подростки (и их семьи) с впервые выявленным СД 1 типа нуждаются в индивидуальной психолого-педагогической поддержке [4]. Этому контингенту пациентов показана психотерапевтическая помощь, способствующая созданию отношений партнерства между психологом и больным, для более эффективного и комплексного лечения необходима своевременная психодиагностика и психокоррекция нарушений тревожно-депрессивного и фобического спектра невротического уровня [5].

В связи с появившимся прогрессом в фармакотерапии, как нельзя более актуальными становятся вопросы комплексного подхода к лечению и организации психосоциальной реабилитации, социальной адаптации и коррекции тревожно- фобической и депрессивной симптоматики у подростков и их семей [18].

1.4 Влияние болезни на подростка

В возрасте 10 – 11 лет ребенок первый раз понимает, что иметь диабет – это означает иметь его всю свою оставшуюся жизнь. Возникает вопрос «Почему это случилось со мной?» Требуется время, чтобы принять эту данность.

В период пубертата у подростка начинает развиваться взрослое самосознание, чувство независимости, которое еще очень хрупкое. Поведение подростка колеблется от совсем детского до взрослого.

В этом возрасте подростки склонны к рискованному поведению, что может проявляться в пропускании инъекций инсулина, манипуляции уровнем глюкозы. Подростку нравится гулять со сверстниками и перекусить по дороге, пренебрегая полноценный домашний ужин и при этом забыть ввести инсулин, что чревато гипергликемией. Подросток не всегда может свободно говорить со сверстниками о своем заболевании, что может свидетельствовать о непринятии диабета или о нежелании отличаться от «своей стаи» [11, 12, 18, 34].

Для подростка необходимо принятие его сверстниками. Он пытается наладить социальные контакты не только с такими же, как он, но и со здоровыми детьми. Огромное значение именно в этом возрасте имеет страх стигматизации. Подросток стремится построить идентичность с другими подростками, а заболевание может быть причиной непринятия его обществом и повлечь за собой стресс. Такой страх подростка небезоснователен, так как исследования L. E. Marshak и M. Seligman (1993) показывают, что люди с нарушениями, как правило, воспринимаются в обществе негативно.

Сахарный диабет 1 типа у подростков приводит к ограничениям во всех составляющих (физической, психической, социальной) нормальной жизни человека. Некоторые исследователи утверждают, что подавляющее большинство подростков имеют высокий уровень агрессии и тревожности,

который связывают с невозможностью удовлетворения значимых желаний и потребностей, ограниченных болезнью. Данные особенности больных подростков объясняются такими факторами как астения, гипогликемия, что несомненно влияет на формирующуюся психику [18].

Заболевание является хроническим, а лечение подразумевает сложный и непрерывный характер, что оказывает негативное влияние на повседневную жизнь больного. Огромное влияние на качество жизни подростка с диагнозом СД 1 типа оказывает психоэмоциональные особенности больного, режим инсулинотерапии и его отношение к болезни.

Внутренняя картина болезни у подростков с диагнозом сахарный диабет 1 типа, искажается негативным отношением к заболеванию и его лечению. Она характеризуется изменениями структуры самооценки, приводящей к формированию «комплекса отличия» от здоровых детей. Ограничительные условия, накладываемые на подростка, вызывают дополнительную психологическую нагрузку, что может влиять на общение со сверстниками.

Гипо- и гипергликемия, интоксикация организма, биохимические нарушения, астения, различные осложнения все это оказывает огромное влияние на формирующуюся нервную систему, что может повлечь за собой изменение личности в ходе болезни. По ходу развития болезни изменяются не только соматическое, но и психическое состояние человека, что способствует смене характера взаимоотношений с окружающим миром. Восприятие им реальности становится искаженным, что отражается на поведении, а значит и на взаимоотношениях с окружающим миром, в последующем развивается социально-психологическая дезадаптация больного [31, 34, 35].

Ограничения нормальной активности приводит к отдалению от сверстников, в следствии чего прослеживается агрессивное к ним отношение, невротические проявления, высокая тревога, повышенная застенчивость, высокий уровень алекситимии, неэффективные, малоадаптивные копинг-стратегии, психологической фрустрированности и личностной ситуационной тревожности, что вызывает трудности в социальном приспособлении.

У подростков больных сахарным диабетом 1 типа самооценка значительно ниже, чем у сверстников, поэтому эти дети выше всего ценят дружбу и спокойную обстановку в семье.

Компенсация диабета требует от больного высокого уровня саморегуляции поведения направленного на управление своим эмоциональным состоянием, коммуникацией, поведением и целенаправленной деятельностью.

Подростковые годы являются сложным периодом для развития диабета. Подросток недостаточно зрел, чтобы полностью отвечать за свой диабет, но им сложно позволить родителям делать это. На этом фоне возникает много разногласий между подростком и родителями.

1.5 Влияние болезни на внутрисемейные отношения

Обширный материал современных научных исследований свидетельствует о том, что родители играют одну из ключевых ролей, определяющих уровень качества жизни подростков с хроническими заболеваниями. Авторы исследований акцентируют внимание на том, что уже сама ситуация постановки диагноза тяжелого соматического заболевания с высоким риском витальной угрозы становится шоковой, психотравмирующей, вызывающей страх, фрустрацию и дезорганизацию подростка и его родителей [8, 18].

Семейные привычки, правила и обязанности членов семьи изменяются при появлении тяжелого заболевания у ребенка. Чем хаотичнее проходит этот период семейной жизнедеятельности, тем больше возникает тревоги как у самого подростка, так и у его близких. При этом для ребенка важно не чувствовать себя эпицентром всех происходящих изменений, не быть «виновником событий». Чем больше понимания и уважения подросток будет получать от родственников, тем меньше эта ситуация будет его фрустрировать и не будет вызывать излишнего эмоционального перенапряжения и тревоги.

Влияние болезни на пациента и его взгляд опосредованы психической сферой, в пубертатном периоде мы имеем дело с триадой «больной ребенок – родители – болезнь», так как жизнь подростка определяется его социальным окружением – семьей. Отношение родителей к подростку, специфика его воспитания, реакция на заболевание, видение его будущего в свете болезни – играет огромную роль в компенсации диабета [9, 10].

Хроническая болезнь практически всегда создает комплекс ограничений, что несомненно отражается на психическом здоровье и развитии ребенка, в детском возрасте мишенью является познавательная деятельность, в силу частого пребывания в больницах, игровая и двигательная деятельность по причине отказа от посещения спортивных секций и уроков физической культуры, снижается количество коммуникативных связей со сверстниками, а в подростковом возрасте общение со сверстниками является ведущей деятельностью. В то же время подобного рода ограничения порой выходят за пределы необходимых, и в большинстве случаев зависит не от объективного состояния ребенка, а от психических особенностей его родителей. Иными словами, влияние болезни на психическое развитие подростка опосредуется психическим миром его родителей.

В свою очередь отношения, которые складываются между родителями и ребенком являются определяющими в становлении личности и индивидуально-психологических особенностей подростка, что непосредственно влияет на волевые качества, самоконтроль и саморегуляцию.

Внутренняя картина болезни подростка находится в тесной взаимосвязи с представлением о болезни ребенка у его родителя, которая отражается во внутрисемейных отношениях и стиле воспитания.

Чрезмерное потакание ребенку, отсутствие запретов и санкций, удовлетворение всех его желаний препятствуют формированию у подростка средств психологической саморегуляции ухудшает течение сахарного диабета [8, 9, 11, 18].

В исследовании В. В. Николаевой выявлена роль матери в организации

самоконтроля больных с разным стажем заболевания, где отмечено, что вследствие длительных симбиотических отношений у ребенка не формируется полноценный самоконтроль компенсации сахарного диабета. Пациенты манифестация диагноза которых пришлась на подростковый период также оказываются в ситуации симбиотической зависимости от матери и ее гиперконтроля, но в подростковом возрасте мать выполняет функцию внешнего стимулирования побуждая мотивацию к самоконтролю.

Hannonen R. и соавторы выявили, что матери подростков с сахарным диабетом используют более выраженный психологический контроль, чем матери здоровых детей, что является следствием страха осложнений, стрессом связанным с ухудшением психического и физического состояния ребенка и чувством вины родителя.

Передача ответственности за контроль сахарного диабета от родителя ребенку процесс сложный опосредованный множеством факторов, одним из которых является представление родителя об ответственности и эффективности подростка [17, 18].

Современные методы компенсации сахарного диабета, такие как внедрение инсулиновых помп, создание непрерывного мониторинга для измерения уровня глюкозы крови, программные обеспечения в области контроля и управления диагнозом существенно облегчают жизнь пациента и его близких, но требует от родителя высокого уровня концентрации внимания и способности разбираться в программном обеспечении, позволяющим управлять техническим оснащением, а от подростка повышенного уровня ответственности и готовности взять на себя ответственность за управление уровня глюкозы посредством гаджетов.

Для подростка с диагнозом СД 1 типа особое значение имеет самостоятельность и автономность. От родителей требуется такое отношение к детям, где стиль их воспитания, в максимальной степени будут способствовать развитию в подростке данных качеств [10, 35]. Наилучшая компенсация достигается в случае нормальной опеки, при которой у подростка формируются

собственные средства контроля поведения. Однако в реальности ситуация нередко складывается иначе. Компенсация диабета может осложняться конфликтами в отношениях ребенка и родителей, характерными для пубертатного периода. Стремление подростка сепарироваться от родителей и остаться в кругу своих сверстников, может повлечь за собой нежелание выполнять режим и рекомендации врачей и даже отказ их посещать. С одной стороны, это является проявлением отрицания заболевания и стигматизированностью подростка из-за СД 1 типа, который мешает ему «быть как все» и подтверждает их отличие от сверстников. С другой стороны – это влечет за собой не только ухудшение его физического состояния, но и конфликты с родителями, ухудшение психологического климата в семье, что, в конечном итоге, приводит к еще большей гипергликемии у подростка, образуя так называемый «замкнутый круг». В связи с этим, психологический контроль в семьях подростков с сахарным диабетом 1 типа требует внимания специалистов, поскольку связан со снижением эффективности лечения. Изучение детско-родительских отношений в семьях подростков с СД 1типа, является важным как в теоретическом, так и практическом плане [17, 27, 35].

1.6 Особенности подросткового возраста

Вопросы возрастной периодизации развития психики подробно рассматривались в работах А. Н. Леонтьева, Л. И. Божович, В. В. Давыдова, М. И. Лисиной, А. В. Петровского, Д. И. Фельдштейна и других.

В отечественной психологии для описания стадии детского развития принята периодизация Д. Б. Эльконина. Л. С. Выготский рассматривает этап отрочества как начало стабильного подросткового периода, Л. И. Божович – частью критического подросткового возраста, З. Фрейд окончанием детского возраста, латентной стадией. В периодизации Д. Б. Эльконина этот период

рассматривается как кризис между стабильным младшим школьным возрастом и подростковым возрастом. Первая стадия подросткового возраста, начало – кризиса 11 – 12 лет. Вторая – стадия ранней юности, начинается кризисом 15 лет [3, 34].

Эльконин Д. Б. считал, что кризисы 3 и 11 лет – это кризисы отношений, после которых формируются новые ориентации в человеческих отношениях. Кризисы 1-го года, 7 и 15 лет – это кризисы мировоззрения, меняющие ориентацию в мире вещей.

Подростковый период – переход от детства к взрослости обычно соотносится с хронологическим возрастом с 10 – 11 до 14 – 15 лет. Подросток начинает чувствовать себя взрослым и хочет, чтобы и окружение признавали его самостоятельность и значимость.

В психологических периодизациях А. Н. Леонтьева и Д. Б. Эльконина акцент делается на смене ведущего типа деятельности. В младшем подростковом возрасте возникает кризис учебной деятельности, одновременно растут тенденции к стремлению стать взрослым, возрастает ценность взаимоотношений со сверстниками. Основной психологической потребностью в подростковый период 11 – 15 лет является стремление к общению со сверстниками, стремление к самостоятельности и независимости, «эмансипации» от взрослых, к признанию своих прав со стороны других людей [3, 23, 34].

Чувство взрослости – психологический симптом начала подросткового возраста. Подросток сравнивает себя со взрослыми, выстраивает отношения с другими людьми, ведущая деятельность этого периода – общение со сверстниками. С одной стороны, подростки всячески стремятся отстранится от взрослых, добиваются независимости, проявляя негативизм к общепринятым нормам. С другой стороны, подросток ищет свое место в жизни, стремясь сознательно строить отношения в мире взрослых, подчиняясь тем или иным нормам [15].

Динамика мотивов общения со сверстниками на протяжении

подросткового возраста по Д. Б. Эльконину:

– желание быть в среде сверстников, что-то делать вместе (10 – 11 лет);

– мотив занять определённое место в коллективе сверстников (12 – 13 лет), оторваться от родителей, поэтому он враждебен, склонен к ссорам. при этом он испытывает внутреннее беспокойство, склонность к самоизоляции;

– стремление к автономии и поиск признания ценности собственной личности (14 – 15 лет). 14 лет считается пиковым суицидальным периодом, хотя в большинстве – это демонстративное поведение с целью «повоспитывать» родителей.

Объективная взрослость по Д. Б. Эльконину проявляется:

– в интеллектуальной сфере – самостоятельности в усвоении знаний, стремлении к самообразованию;

– в социально-моральной сфере – в помощи взрослым их поддержке, в отстаивании собственной точки зрения, соответствии морально-этических представлений реальному поведению подростка;

– в романтических отношениях со сверстниками противоположного пола;

– во внешнем облике – в следовании моде в одежде, в поведении, в речи.

Субъективная взрослость, или чувство взрослости, по Д. Б. Эльконину, характеризуется появлением у подростка отношения к себе не как к маленькому, а как к взрослому. Основными показателями чувства взрослости служат:

– проявления потребности в уважении, доверии, признании самостоятельности;

– желание оградить некоторые сферы своей жизни от вмешательства взрослых;

– наличие собственной линии поведения несмотря на несогласие взрослых или сверстников [3, 6, 21, 25, 27, 34].

Божович Л. И. определяет данный возраст в соответствии с развитием мотивационной сферы: юношество она связывает с определением своего места в жизни и внутренней позиции, с формированием мировоззрения, моральным

сознанием и самосознанием

В отечественной психологии возникновение и развитие самосознания рассматривают как центральное психологическое новообразование подросткового возраста. Перед подростками встают вопросы: «Что я за человек? Что во мне хорошего, что плохого?» Так начинается самоопределение человека. Выстраивается механизм саморегуляции в виде цепочки взаимосвязанных фактов:

– самосознание;

– самооценка;

– самовоспитание.

Происходит качественная перестройка физического, умственного, нравственного и социального развития ребенка.

Божович Л. И. считала кризис подросткового возраста самым острым и затяжным, к основным характеристикам этого периода она относила: перестройку отношения к самому себе и окружающему миру, развитие самосознания и самоопределения до уровня той позиции, с которой школьник начинает самостоятельную жизнь и опирается в период юности 15 – 17 лет.

Причиной кризисного протекания Л.И. Божович выделяет запреты, накладываемые подростком на самого себя, которые мешают подростку в достижении желаемого. Развивающаяся способность познавать самого себя как личность с уникальным набором качеств порождает у подростка стремление к самоутверждению, самовыражению наиболее ценных для него качеств. Депривация этих потребностей является основой подросткового кризиса [23, 34].

Подростковый возраст, по словам Л. С. Выготского, не может быть охвачен одной формулой. Для этого должны быть изучены внутренние движущие силы и противоречия, присущие данному этапу психического развития, и проанализировано то центральное системное новообразование, которое позволяет понять весь симптомокомплекс подросткового возраста, природу происходящего кризиса и его феноменологию.

В этот период большинство подростков начинают демонстрировать зависимость от своего окружения, подчиненность требованиям референтной группы, что вступает в противоречие с подчинением авторитету значимых взрослых, в первую очередь, – родителей. Таким образом, переход от младшего школьного возраста к подростковому характеризуется сменой социальной ситуации развития ребенка, подразумевающей, прежде всего, изменение детского переживания своего социального окружения (возникновение психологического новообразования «чувства взрослости») [10, 23, 25, 32].

1.7 Детско-родительские отношения в период пубертата

Особенности взаимодействия ребенка с родителями, степень их отзывчивости, наличие эмоциональных связей и привязанности оказывают свое влияние на протяжении всей жизни человека, а в период пуберта особенно.

В это время подросток интенсивно осваивает различные социальные роли в том числе и взрослые. Все это сопровождается физиологическими, психологическим и социальными переменами. Зависимость подростка от семьи велика, ведь именно в семье удовлетворяется значительная часть потребностей. Если потребности не удовлетворяются в семье, это порождает семейную неудовлетворенность, напряжение и тревогу.

Характер детско-родительских отношений и тип семейного воспитания обусловлены многими факторами, одним из которых является возраст ребенка. Любой возраст, и подростковый, в частности, характеризуется особыми взаимоотношениями между родителями и детьми. Они изменяются вследствие того, что для подростка ведущей деятельностью становится интимно-личностное общение со сверстниками и, по мнению Е. Т. Соколовой, именно они «становятся референтной группой, чьи мнения и оценки приобретают наибольшую субъективную значимость».

Качество внутрисемейных отношений моделирует поведение подростка в обществе, формирует его самоотношение, но к периоду пубертата он приходит не вполне подготовленным [4, 5, 23, 32].

Пубертатный период 10 – 17 лет, считается критическим в детско-родительских отношениях. Характер и особенности детско-родительских отношений являются важнейшим фактором, способствующим или препятствующим решению задач развития подростка на данном этапе взросления. Происходит трансформация отношения ребенка к значимым взрослым, что вызывает ответные, как позитивные, так и негативные реакции [3, 14, 23].

Причины конфликтов подростков с родителями имеют возрастную динамику, отражающую становление ведущих потребностей подросткового возраста: у младших подростков преобладают конфликты, связанные с учёбой (снижение успеваемости и падение интереса к учению), у старших наиболее распространённой причиной конфликтов с родителями становится «несовпадение взглядов на жизнь», нежелание принимать точку зрения родителей. Почувствовав себя взрослым, подросток стремится занять равную с взрослыми социальную позицию. Он ожидает от родителей отношения, основанного на уважении и равноправии. Родители, не желая видеть в ребёнке самостоятельную личность, ведут себя авторитарно, требуя от него безоговорочного послушания, выполнения установленных ими обязанностей.

По мнению Э. Г. Эйдемиллера, негармоничное воспитание подростка можно оценить по следующим критериям: уровень протекции в воспитании ребенка, который может быть низким (гипопротекция) или высоким (гиперпротекция); степень удовлетворения потребностей ребенка (потворствование или игнорирование); уровень требований к ребенку (чрезмерные требования-обязанности или недостаточные требования-обязанности); количество запретов, которое определяет уровень самостоятельности ребенка (чрезмерый или недостаточный); строгость санкций (чрезмерная или минимальная), наказания [36].

Причины негармоничного воспитания могут быть различными, как определенные обстоятельства в жизни, так и личностные особенности родителей. В формировании семейного благополучия принимают участие не только родители, но и подростки тоже.

Отношение родителей к подростку продолжает строиться на тех же принципах, что и на более ранних этапах онтогенетического развития, обеспечивающих возможность контролировать, запрещать, наказывать. Непонимание родителями мотивов поведения подростка приводит к тому, что он начинает отрицательно реагировать на полезные для него требования взрослых (Л. И. Божович, Л. С. Славина и др.) [3, 4].

Подросток стремится оградить от взрослых некоторые аспекты своей жизни, такие как отношения со сверстниками, увлечения, внешний вид. Большинство конфликтов вытекает, таким образом, из напряжённости, создаваемой потребностью подростков в самостоятельности и сознанием родителями своей ответственности. Подлинные причины конфликта иногда трудно обнаружить из-за различных психологических моментов. Во-первых, в любом конфликте рациональное начало, как правило, скрыто за эмоциями. Во-вторых, подлинные причины конфликта могут быть надёжно скрыты и психологически защищены в глубине подсознания и проявляться на поверхности только в виде приемлемых для Я-концепции мотивировок. В-третьих, причины конфликтов могут быть неуловимыми из-за так называемого закона круговой каузальности (причинности) отношений [4].

Парадоксальность детско-родительских отношений в подростковом возрасте не является серьезным барьером на пути личностного развития подростка. Она лишь означает, что за внешней простотой, ясностью причин и следствий поведения подростка находятся более глубокие основания, связывающие между собой обе фигуры – родителя и ребенка. Может даже случиться так, что проблема сепарации ребенка является проблемой сепарации родителя, который, будучи зависим от своего сына или дочери, боится разрыва с ним и потери чувства собственного «Я», потери себя. Так или иначе,

трудности подросткового периода следует рассматривать как совместный продукт детско-родительских отношений [3, 4, 5].

Не мало важным фактором в формировании личности подростка играет отец, именно он способствует отделению подростка от матери.

«Пубертат» представляет собой своеобразную точку отсчета в развитии так называемого конфликта «отцов и детей». Бурные выяснения отношений, непонимание взрослым ребенка, а ребенком – взрослого, подростковые побеги из дома, суицидальные мысли и попытки суицида – все это и многое другое является проявлением высокой дезадаптивности подростка.

В конфликте, бесспорно, есть риск разрушения отношений, опасность не преодоления кризиса, но есть также и благоприятная возможность выхода на новый уровень отношений, конструктивного преодоления кризиса и обретения новых жизненных возможностей.

Последовательность родителей в отношениях с подростками, умеренная требовательность, строгость и эмоциональная близость создают позитивные условия как для преодоления конфликтных ситуаций, так и для личностного развития подростка [4,10, 20, 34].

Все родители сталкиваются со сложными ситуациями в воспитании ребенка. Возникновение таких ситуаций связано с его возрастными особенностями. Поведение подростка не только оказывает влияние на детско-родительские отношения, но и зависит от поведения его родителей и определенными стилями семейного воспитания.

Такие формы детско-родительских отношений, как враждебность, непоследовательность, директивность, недоверие приводят к повышению у детей подросткового возраста уровня конфликтности, агрессивности, недоверия к окружающим, снижают уровень адаптивность личности, уровень принятия себя.

Взрослому поколению стоит учитывать то, что прохождение ребенком подросткового возраста предполагает реализацию таких психологических потребностей, как потребности в уважении, общении, признании, творческой

самореализации, самовыражении.

Детско-родительские отношения являются важным фактором развития у подростка эмоционально-волевой сферы, выработки стилей совладающего поведения, формирования разных компонентов самосознания, самооценки, личностной автономии [2, 5].

1.8 Понятие тревожности

Концепт тревоги в работах Э. Фромма полное собрание сочинений, изданное в Германии, насчитывает десять томов. Понятие тревоги встречается только в одном произведении Э. Фромма – это «Бегство от свободы». Тревога вызвана межличностными отношениями, индивида тревожат не персонифицированные объектные фигуры его близких, а безличные фигуры-символы, воплощающие макросоциальные отношения той социальной системы, в которой индивид существует. Э. Фромм считает, что все люди ощущают тревогу в связи с одиночеством, с которым каждое человеческое существо сталкивается, неизбежно отрываясь от природных корней [30].

В отличие от взглядов на тревогу Э. Фромма [5], Г. С. Салливан говорит о том, что происхождение тревоги вызвано не социальной средой вообще, а конкретными паттернами межличностных отношений. Тревога, по Г. С. Салливану, в процессе развития личности вызывается неодобрением со стороны других. Так или иначе это неодобрение говорит об угрозе интересам и потребностям индивида и поэтому воспринимается последним в форме тревоги. На этапе младенчества тревога исходит от неодобрения матери и передается младенцу эмпатийно. На этапе юношества и последующих этапах развития, тревога исходит от неодобрения окружающих, угрожающего самооценке. Люди вызывают в других тревогу в качестве агрессивного воздействия, направленного на снижение самоуважения. Такое агрессивное воздействие может переадресовываться, и человек с пониженной самооценкой стремится

понизить ее у окружающих, вызвав в них тревогу [23].

Сапольски Р. рассматривает тревогу как стресс. Для большинства животных на нашей планете стресс – это краткосрочный физиологический кризис, после которого они или живут дальше, или умирают. «С точки зрения эволюции животного мира постоянный психологический стресс – это недавнее изобретение, и он характерен главным образом для людей и других социальных приматов. Мы можем испытывать очень сильные эмоции исключительно на основании своих мыслей». Когда человек на протяжении длительного времени прокручивает в голове тревожные мысли по поводу эмоциональной проблемы он автоматически запускает физиологическую систему, предназначенную для реакции на острые чрезвычайные ситуации, что вредит общему состоянию здоровья и снижает качество жизни [24].

Разум постоянно изобретает новые поводы для тревоги, процесс руминации может быть бесконечен, мыслительный процесс не остановить.

Тревога – это интенсивные эмоции, влияющие на поведение. Их сложно контролировать, с ними сложно справиться. Тревога является частью нашей жизни и от нее невозможно избавить полностью, так как она неотъемлемая частью нашего биологического наследия – механизм выживания. В основе тревоги, которую мы испытываем сегодня, лежит инстинктивное осторожное поведение запрограммированных в нас историей эволюции.

Роберт Лихи характеризуют тревогу как недуг современности, который затрагивает разные сферы жизни и способен приобретать клинический характер, перерастая в тревожное расстройство, панические атаки или клиническую депрессию. Что в свою очередь снижает работоспособность и продуктивность [14].

Тревога – эмоция, ориентированная на будущее (Джон П. Форсайт, Георг Х. Эйферт). Когда человек находится под властью тревоги, ему не важно насколько хорошо идут дела, не важно, что сегодня произошло хорошего и ценного в течении дня – он слишком занят тревогами о прошлом и будущем, чтобы оценить настоящее. Именно из-за тревоги поведение человека может

меняться, нарушается сон, возникают конфликты, сужается спектр возможностей в жизни, будущее кажется мрачным, все это вызывает фрустрацию и доставляет страдание [28].

Прихожан, например, считает, что тревожность представляет собой переживание эмоционального дискомфорта, связанное с ожиданием неблагополучия, предчувствием грозящей опасности. Е. И. Рогов же понимал тревожность как «постоянно или ситуативно проявляемое свойство человека приходить в состояние повышенного беспокойства», также под тревожностью этот автор понимал свойство личности «испытывать страх и тревогу» в тех или иных ситуациях [6, 23].

Особенно остро данная проблема стоит в психологии подросткового возраста. В силу специфики процессов формирования личности на данном этапе, тревожность, возникнув, с определённой вероятностью может со временем трансформироваться в личностную особенность [2, 3, 11]. Известно, например, что высокая тревожность с большой степенью вероятности может приобрести устойчивость в случае наличия перманентного недовольства.

В условиях компенсации сахарного диабета 1 типа, подросток и его семья ежедневно находятся под властью стресса и тревоги. Особенно остро это вопрос стоит в первые три года после манифестации диагноза. В это время семья проходит процесс адаптации к новым условиям жизни, вырабатываются новые правила. Подросток совместно с родителями проходят этап проб и ошибок в компенсации углеводного обмена, обучается техникам инъекции, контролем глюкозы, подборке индивидуальной дозировки инсулина с учетом выстроенного образа жизни. Семья обучается планировать рацион питания, вписывать в повседневную жизнь социальные контакты (школа, дополнительное образование, общение со сверстниками) физические нагрузки, совместные застолья, преодолевать дни болезни. Даже школьный экзамен способен вызвать у подростка тревогу, которая сопровождается повышением глюкозы крови.

Родительская реакция на все изменения в текущей жизни подростка очень

важна для психологического приспособления подростка к диабету. Ребенку важно иметь возможность эмоциональной опоры на здравомыслящего взрослого. Когда родитель находится под властью тревоги, его действия и поведение становится весьма неэффективным для принятия ответственных, а порой жизненно важных для подростка решений.

Регулярное общение с врачами, прохождение медицинских и психолого-педагогический комиссий, общение с педагогами, которые не понимают специфики заболевания подростка и боятся ответственности, когда ребенок находится на территории образовательного учреждения, требования документального подтверждения на разрешение ношения помпы во время экзаменов, родственники, которые норовят вкусно накормить подростка или дать совет по поводу альтернативного лечения, поведение подростка, который в силу пубертата ведет себя эмоционально, не понимание причин внезапных перепадов глюкозы, ночные гипогликимии, перебои с поставкой необходимых расходных материалов и жизненно важных препаратов, введение санкций на сервера обслуживающие непрерывный мониторинг глюкозы, все это ежедневная жизнь родителя, который воспитывает подростка с диагнозом сахарный диабет 1 типа. На фоне выше перечисленного родительская тревога крайне высока и вполне объяснима. Родитель тревожится по поводу социализации подростка, его здоровья, его будущего и всю сою тревогу он транслирует подростку, формирующаяся психика получает информацию, о том, что значимый взрослый не всегда эмоционально устойчив, а порой не готов оказывать необходимо подростку поддержку в сложных для него ситуациях. Тем самым порождая тревогу подростка, что приводит к повышению уровня глюкозы - формируется своеобразный замкнутый цикл.

Резюмируя все выше сказанное, очевидно, что особенности семейного воспитания, детско-родительские отношения и эмоциональное состояние родителей оказывают влияние на тревожность подростка и формированию негативного образа внутренней картины болезни. Исходя из этого целесообразно проводить психологическую работу по снижению тревожности

родителей. На основании изученной нами литературы, в области детско-родительских отношений, литературы в области компенсации сахарного диабета 1 типа и полученных эмпирических данных, нами разработана онлайн – программа снижения тревожности родителей, воспитывающих подростков с диагнозом сахарный диабет 1 типа.

II РАЗРАБОТКА И АПРОБАЦИЯ ОНЛАЙН – ПРОГРАММЫ СНИЖЕНИЯ ТРЕВОЖНОСТИ РОДИТЕЛЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ПОДРОСТКОВ С ДИАГНОЗОМ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 1 ТИПА

2.1 Описание хода исследования и методик исследования

Наша работа проводилась в несколько этапов.

На первом этапе нами было проведено исследование особенностей детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих ребенка с диагнозом диабет I типа.

На втором этапе мы работали только с семьями, воспитывающие ребенка с диагнозом диабет I типа. Нами было проведено анкетирование родителей, с целью определения факторов тревожности родителя, и его (родителя) актуального состояния.

На третьем этапе, на основании эмпирического результата первого этапа нами была разработана и апробирована программа коррекции детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей с диагнозом сахарный диабет 1 типа, посредством снижения тревожности родителя. Описание программы находится в пункте 2.3.

На первом этапе работы нами были использованы следующие методики:

1. Индивидуально типологический опросник ИТО Л. Н. Собчик [20].

2. Методика диагностики отношения к болезни ребенка (В. Е. Каган, И. П. Журавлева) [33].

3. Опросник для родителей «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ) (Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкис) [36].

Методика ИТО Л. Н. Собчик – инструмент исследования, позволяющий дать количественные оценки выраженности индивидуально-типологических свойств личности.

Индивидуальный личностный опросник изучает основные свойства личности человека, таких как экстраверсия (коммуникабельность, активность), интроверсия (закрытость, пассивность), ригидность (соревновательные качества, упорство), эмотивность (демонстративность, неустойчивость), тревожность (осторожность, повышенное чувство ответственности), сенситивность (вдумчивость, чувствительность), спонтанность (предприимчиовсть, раскрепощённость) и агрессивность (наступательность, стеничность).

Кроме того, посредством ИТО выявляется также стиль общения человека и его деловые качества, которых в опроснике представлено восемь – это зависимость, лидерство, нонконформизм, конформность, компромиссность, конфликтность, индивидуалистичность и коммуникабельность.

Данный опросник позволит проследить наличие, либо отсутствие связей между личностными особенностями родителя и применяемыми им стилями воспитания [13].

Методика диагностики отношения к болезни ребенка (В. Е. Каган, И. П. Журавлева). Опросник состоит из 40 утверждений, степень согласия с которыми испытуемый оценивает по шестибалльной шкале. В опросник включены утверждения как прямые, так и обратные [19]. Включает в себя следующие шкалы:

1. Шкала интернальности (И). Испытуемые с высокими показателями по данной шкале считают себя мало причастными к заболеванию ребенка, испытуемые с низкими показателями – ответственными за заболевание.

2. Шкала тревоги (Т). Данная шкала описывает тревогу, испытываемую родителями по отношению к болезни ребенка. Чем выше показатель по данной шкале, тем выше тревожность.

3. Шкала нозогнозии (Н). Испытуемые с высокими показателями по данной шкале обычно преувеличивают тяжесть заболевания ребенка, а с низкими – преуменьшают.

4. Шкала контроля активности (А). Респонденты с высоким показателем по

данной шкале имеют обыкновение излишне ограничивать активность ребенка, а респонденты с низким показателем – часто недооценивают необходимость ограничения активности.

5. Шкала общей напряженности (О). Чем выше показатель по данной шкале, тем напряженнее отношение родителя к болезни ребенка.

Опросник используется для диагностики отношения взрослых членов семьи (матери, отца, дедушек, бабушек и т.д.) к заболеванию ребенка [33].

Опросник для родителей «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ) (Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкис).

Опросник АСВ разработан Э. Г. Эйдемиллером для диагностики нарушений семейного воспитания и их причин. Состоит из 130 вопросов, содержит 20 шкал, где рассматриваются уровни протекции в процессе воспитания, степень удовлетворения потребностей ребенка, количество и качество требований, предъявляемых к ребенку в семье, устойчивость (не устойчивость) стиля воспитания, а также психологические (личностные) проблемы родителей, решаемые за счет ребенка [36]:

1. Уровне протекции в процессе воспитания.

Речь идет о том, сколько сил, внимания, времени уделяют родители при воспитании ребенка. Наблюдаются два уровня протекции:

Чрезмерная гиперпротекция, (шкала Г+), недостаточная гипопротекция (шкала Г-).

2. Степень удовлетворения потребностей ребенка

Речь идет о том, в какой мере деятельность родителей нацелена на удовлетворение потребностей ребенка как материально-бытовых, так и духовных - прежде всего в общении с родителями, в их любви и внимании.

Потворствование (шкала У+), Игнорирование потребностей ребенка (шкала У-).

3. Количество и качество требований к ребенку в семье.

Они предъявляются, во-первых, в виде обязанностей ребенка, т.е. в тех заданиях, которые он выполняет – учеба, уход за собой, участие в организации

быта, помощь другим членам семьи. Во-вторых, это требования-запреты, устанавливающие, чего ребенок не должен делать. Наконец, невыполнение требований ребенком, может повлечь применение санкций со стороны родителей.

Чрезмерность требований-обязанностей (шкала Т+), недостаточность требований-обязанностей ребенка (шкала Т-), чрезмерность требований-запретов (шкала З+), недостаточность требований-запретов к ребенку (шкала З-), строгость санкций (наказаний) за нарушение требований ребенком (шкала С+), минимальность санкций (шкала С-).

4. Неустойчивость стиля воспитания (шкала Н).

Под таким воспитанием понимают резкую смену стиля приемов, представляющих собой переход от очень строгого к либеральному и затем, наоборот, переход от значительного внимания к ребенку к эмоциональному отвержению его родителями.

5. Психологические (личностные) проблемы родителей, решаемые за счет ребенка:

Расширение сферы родительских чувств (шкала РРЧ), предпочтение в подростке детских качеств (шкала ПДК), воспитательная неуверенность родителя (шкала ВН), фобия утраты ребенка (шкала ФУ), неразвитость родительских чувств (шкала НРЧ), проекция на ребенка (подростка) собственных не желаемых качеств (шкала ПНК), вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания (шкала ВК), шкала предпочтения мужских качеств – ПМК, шкала предпочтения женских качеств – ПЖК.

Устойчивое сочетание различных черт воспитания представляет собой негармоничный тип воспитания [36].

Для оценки эффективности программы (второй и третий этапы работы) нами были использованы следующие методики:

Анкета №1, методика барашек в бутылке анкета №2, анкета №3.

Анкета №1 подразумевает сбор анамнеза и направлена на выявление индивидуальных коммуникативных особенностей между родителем и ребенком

в области компенсации сахарного диабета.

Проективная методика «Барашек в бутылке» в адаптации Е. Тарариной – диагностика психологического ощущения родителя и восприятия им ребенка в детско-родительских отношениях.

Анкета №2 направлена на выявление актуального эмоционального состояния родителя.

Анкета №3 направлена на сбор обратной связи о программе глазами участников.

На первом этапе работы выборку составили две группы родителей. Первая группа – родители, воспитывающие детей в возрасте от 10 до 18 лет, имеющих диагноз СД 1 типа, со стажем заболевания 2 и более года, вторая группа родителей воспитывающих детей в возрасте от 10 до 18 лет не имеющих хронических заболеваний.

На втором и третьем этапе выборку составили 8 родителей, воспитывающих детей с диагнозом СД 1 типа, в возрасте от 11 – 15 лет.

2.2 Описание и анализ первичного материала первого этапа работы

Первичный анализ данных первого этапа исследования подробно представлен в нашей курсовой работе «Особенности детско-родительских отношений в семьях воспитывающих подростков с диагнозом сахарный диабет 1 типа». В связи с чем мы решили в данной работе его не представлять.

Корреляционный анализ двух групп родителей помог проследить особенности стилей воспитания детей в каждой из опрашиваемых групп. Наибольшее количество корреляционных связей прослеживается по шкале гиперпротекция для семей воспитывающих детей с диагнозом СД 1 типа (рис. 2.1) и игнорирование потребностей ребенка в группе родителей обычных детей (рис. 2.2).

Проанализировав полученные в ходе исследования материалы, можно сделать следующие выводы:

В семьях воспитывающих детей с диагнозом СД 1 типа преобладает гиперопека, родитель стремится занять доминирующие позиции и игнорировать любые самостоятельные проявления подростка. Рассматривая подростка как «еще маленького», родители снижают уровень требований к нему, тем самым стимулируя развитие психического инфантилизма.

При этом к ребенку предъявляется огромное количество требований, ограничивающих его свободу и самостоятельность, что способствует развитию оппозиции, эмансипации и черт сензитивной и тревожно-мнительной акцентуации подростка.

В высказываниях родителя сквозит неверие в ребенка, нередки инквизиторские интонации, характерным стремлением является выявить в любом поступке «истинную», причину. Родитель чрезмерно реагирует даже на незначительные нарушения поведения, резко преувеличивая последствия. Возникает страх перед самостоятельностью подростка. Появляется стремление удержать его с помощью, доминирующей гиперпротекции.

Ригидность, которую транслирует родитель в своем стиле воспитания подкрепляется круговоротом обусловленным общим уровнем напряжения и тревогой по поводу болезни ребенка. Учитывая тот факт, что диагноз подростка имеет характер хронического заболевания наблюдается «замкнутый круг», чем больше тревога, тем больше опекаемость родителем, чем больше опеки, тем больше напряжения, чем больше напряжения, тем больше желания удержать все на привычных и понятных для себя позициях.

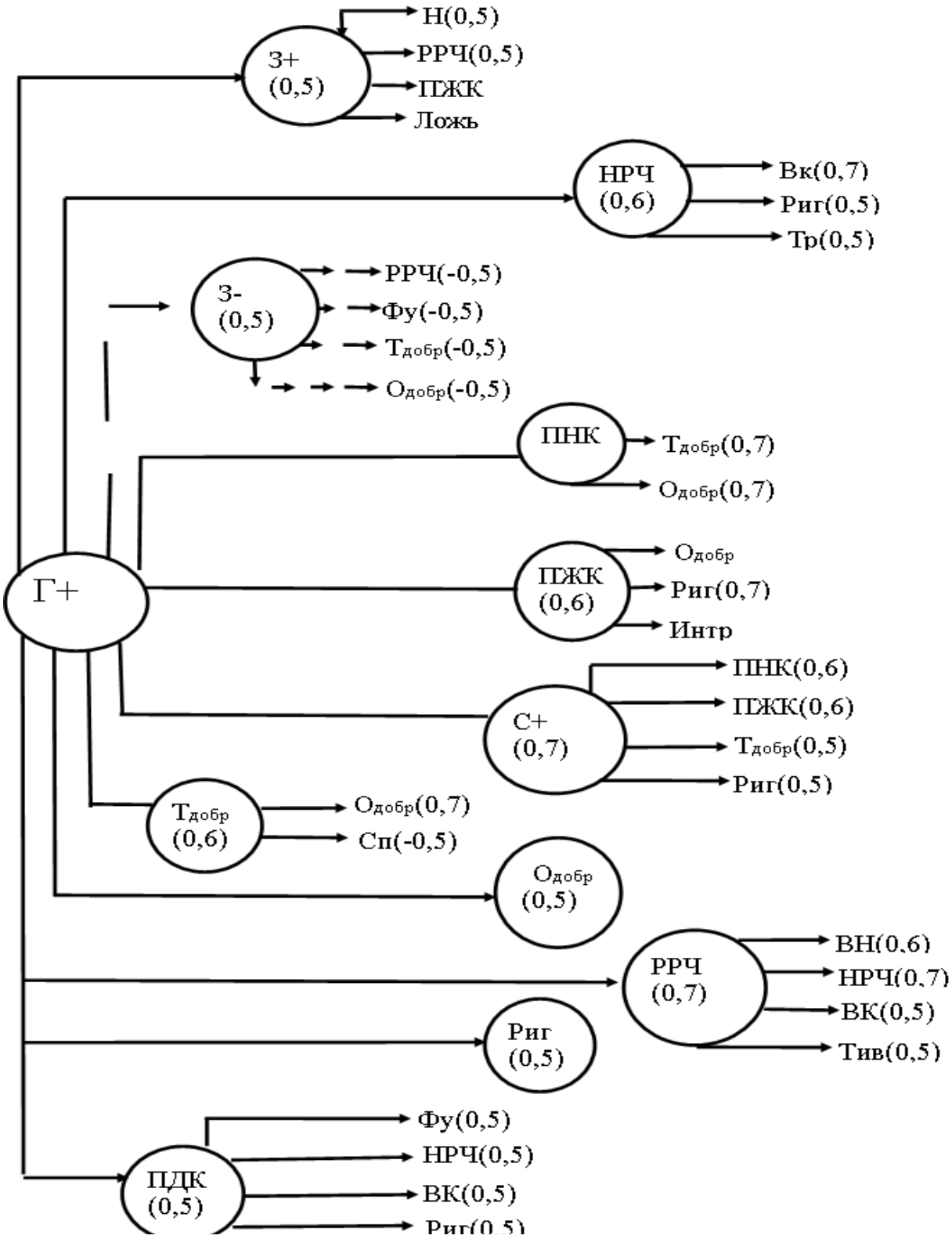


Рис. 2.1 Корреляционные плеяды по шкале гиперпротекция для родителей детей с СД 1тип

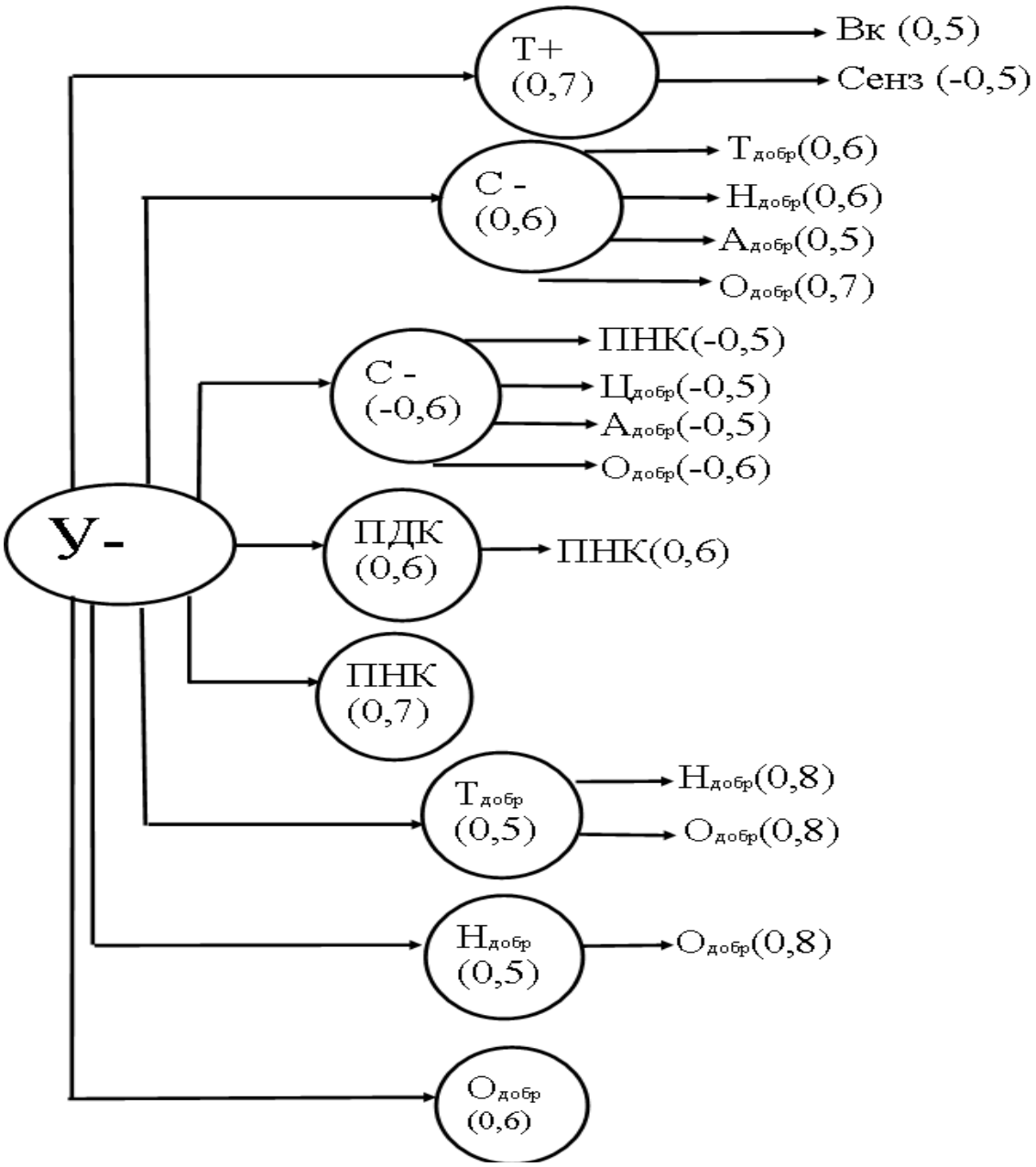


Рис. 2.2 Корреляционные плеяды по шкале игнорирования потребностей ребенка родителей воспитывающих детей без хронических заболеваний

Игнорируя удовлетворение эмоциональных потребностей подростка, родитель призывает его к повышенной моральной ответственности с применением строгих санкций. Тем самым перекладывая часть ответственности на подростка. При этом родитель стремится игнорировать взросление ребенка, воспринимая его «все еще маленьким» старается сохранить непосредственность, наивность, игривость. Также эмоциональное отвержение проявляется в том, что родитель ведет борьбу с нежелательными для себя

качествами ребенка, которые проецирует на него.

Во время болезни подростка родителю свойственно преувеличение последствий в связи с чем возрастает тревога и тогда уровень применяемых санкций достигает предела – «все нельзя», что увеличивает общий уровень напряженности как самого родителя, так и взаимодействия в детско-родительской системе.

Эмпирический анализ показал, что семьи, воспитывающие детей с диагнозом, обладают отличительной особенностью от референтной группы, что подтверждает заявленную гипотезу о том, что наличие диагноза сахарный диабет 1 типа оказывает влияние на развитие особенностей детско-родительских отношений.

В семьях воспитывающих детей с диагнозом СД 1 типа преобладает гиперопека, и доминирование родителя, что значительно препятствует развитию у подростка самостоятельности и автономности, которая так необходима для компенсации диабета. Родительская ригидность и тревога по поводу болезни ребенка порождают страх за его жизнь появляется стремление удержать подростка с помощью, доминирующей гиперпротекции, что в свою очередь способствует развитию у подростка оппозиции, эмансипации, черт сензитивной и тревожно-мнительной акцентуации подростка. Проявление таких черт подростком влечет за собой не только ухудшение его физического состояния, но и конфликты с родителями, ухудшение психологического климата в семье, что, в конечном итоге, приводит к еще большей гипергликемии у подростка, образуя так называемый «замкнутый круг».

2.3 Описание результатов второго этапа работы

В ходе обработке первичных анкет выявлено, возраст детей, родители которых приняли участие в программе составил от 11 до 15 лет. Стаж диабета

ребенка от 4 х месяцев до 3,5 лет. Что уже свидетельствует о высоком уровне тревожности в данной группе родителей, поскольку именно на первоначальных этапах родитель испытывает шок, а затем проживает все стадии принятия диагноза и обучается жить в новых условиях. Огромный поток информации, с которым родителю приходится ежедневно разбираться в первые два года вызывает дополнительный стресс, как из-за ответственности за жизнь и здоровье своего чада, так из-за страха совершить ошибку неверно рассчитав углеводные коэффициенты и чувствительность ребенка к инсулину.

Непрерывный мониторинг (НМГ), который используют родители данной группы в 100% случаев, с одной стороны облегчает жизнь пациенту в компенсации глюкозы, с другой способствует концентрации внимания родителя как на одном из самых важных аспектов диагноза. Что способствует тотальному контролю за ребенком и как следствие, повышению уровня стресса родителя.

В 50% случаев, компенсация диабета осуществляется с помощью инъекций шприц ручкой и в 50% эту функцию выполняет помпа. Инъекции шприц ручкой вызывают не малый дискомфорт, а порой и страх у пациентов, что становится поводом для отказов от введения инсулина и бунтов со стороны ребенка, как следствие наступление гипергликемии которая сопровождается агрессивным поведением ребенка. И снова родитель вынужден прибегать к дополнительному контролю, который сопровождается гиперопекой. В случае с помпой на плечи родителя и ребенка совместно, ложится еще один большой пласт новой информации – обучению работы устройства и мерам безопасности эксплуатации.

Таблица 2.1

Сводные данные по анкете №1

Участник	Пол ребенка	Возраст ребенка	Стаж диабета	Уровень гликированного гемоглабина HbA	Вид инсулиновой терапии	Вид мониторинга глюкозы:	Если вы используете НМГ, на чьем телефоне отображаются данные мониторинга глюкозы?	Кто считает углеводы	Ваши ожидания от данной программы
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Галина	Ж	11лет	1год 3 мес	6,5	помпа	НМГ	У ребенка и у меня дублируются данные	Я	Не определилась
Алсу	Ж	11 лет	2 года	6,7	шприц ручка	НМГ	У ребенка и у меня дублируются данные	Я	Окончательный этап принятия сд,
Анна	М	13лет	3 года	7,9	шприц ручка	НМГ	Только у ребенка	Я	Как пережить пубертат
Юлия	М	11 лет	4 месяца	7,3	шприц ручка	НМГ	Только у ребенка	Я	Научиться компенсировать диабет

Окончание таблицы 2.1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ирина	Ж	12 лет	3,5 года	6,2	помпа	НМГ	У ребенка, у меня и других членов семьи	Я	Определённых ожиданий у меня нет.
Ольга	М	11 лет	8 месяцев	7.0	помпа	НМГ	У ребенка, у меня и других членов семьи	Я	Стать спокойнее
Гузель	М	15 лет	6 месяцев	5,3	шприц ручка	НМГ	У ребенка, у меня и других членов семьи	Я	Расширить знания, помочь себе и ребенку
Тома	Ж	14лет	2 года	5,6	помпа	НМГ	У ребенка, у меня и других членов семьи	Я	Справиться с постояннрй тревогой

Следующие два вопроса №7 и №8 анкеты №1 показывают насколько рационально распределены ресурсы родительского внимания, направленные на компенсацию диагноза. В данной группе в 100% случаев подсчетом углеводов занимается мать, при этом в 25% доступ к мониторингу глюкозы имеет только ребенок, что может приводить к не согласованному механизму компенсации, если ребенок не умеет считать углеводы самостоятельно. А это уже повод для разногласий между ребенком и родителем.

В конце анкеты участники обозначили свои ожидания от программы, которые заключались в большей степени в желании снизить уровень тревоги, стать спокойнее, помочь ребенку адаптироваться к новым условия и сохранить с ним доверительные отношения.

Результаты проективной методики «Барашек в бутылке» в адаптации Е. Тарариной и ответы на сопровождающие вопросы показали, что:

Бутылку родитель ассоциирует с неодушевленным предметом, которому все рано, и у бутылки не может быть чувств. А если она и способна думать, то в первую очередь о барашке. При этом ей хочется, чтобы вместо барашка в нее поместили что-то другое. Ее тревожит, что про нее забыли, ощущает себя переполненной и ненужной. Боится, что скоро разобьётся. Мечтает опустеть, ей очень дискомфортно, и она боится, что барашек останется там навсегда.

Барашку в бутылке тесно и очень одиноко. Он грустит и не понимает, как оказался в бутылке. Боится, что всегда будет жить в бутылке и сможет смотреть на жизнь через стекла бутылки, а не участвовать в ней. Мечтает о том, как вырваться на свободу.

Таким образом из ответов родителей следует, что ребенок занимает центральное место в жизни родителя и при этом он ощущает одиночество и гиперопеку из которой хочется вырваться. Родитель же с одной стороны лишен каких-либо чувств и желаний, но в тоже время испытывает дискомфорт, переполненность и переживает, что про него забыли т.е. он сам, забыл про себя, в заботах о ребенке. Это говорит о том, что между родителем и ребенком нет близких эмоциональных отношений и каждый по-своему справляется с

внутренними напряжением и переживаниями.

Анализ анкеты № 2 на первоначальном этапе работы.

Участникам было предложено проанализировать свой прошлый месяц и оценить его по таким параметрам как уровень контроля подростка в течении дня, применяемость санкций, тревожность родителя, качество сна, уровень энергии, раздражительность, напряженность, способность приключать свое внимание и уровень доверия ребенку.

Исходя из полученных результатов видно, что родитель довольно часто в течении дня напоминает ребенку о необходимости проверять уровень глюкозы, несмотря на то, что все дети используют непрерывный мониторинг. Часто напоминают о необходимости инъекций инсулина. Никогда не применяют санкций за несоблюдение оговоренных правил. Часто переживают за будущее ребенка. Прослеживается плохое качество сна и хроническое недосыпание, низкий уровень энергии. Раздражительность участников распределилась равномерно в процентном соотношении, но разнопланово в эмоциональном эквиваленте, со склонностью к раздражительности выше среднего уровня. Стресс присутствует в жизни каждого участника достаточно часто. Доверие к ребенку на достаточно высоком уровне. А вот способность быстро переключать свое внимание с одной деятельности на другую на среднем уровне.

Резюмируя итоги двух анкет и проективной методики на начальном этапе работы можно сказать следующее, за родительской гиперопекой и заботой скрывается высокий уровень тревоги, при этом и ребенку, и родителю дискомфортно. Не смотря на повышенный уровень внимания, ребенок ощущает себя одиноко и не понимает, как он оказался в центре такого «внимания». Родитель испытывает страх, беспомощность, одиночество, чувство несправедливости и вину. Исходя из выше перечисленных чувств, родитель выстраивает деструктивную модель коммуникации с ребенком и идет на поводу у своего чада, тем самым поощряя и закрепляя манипулятивные действия со стороны ребенка. Что погружает его еще в больший стресс, бессонницу, вину и тревогу, образуя «замкнутый круг».

Таблица 2.2

Сводные данные по анкете №2 до начала программы

Участник	Как часто в течении дня Вы напоминаете подростку о необходимости проверить уровень глюкозы?	Как часто в течении дня Вы напоминаете подростку о необходимости инъекций инсулина?	Применяете ли Вы к подростку санкции за несоблюдение оговоренных правил поведения?	Как часто Вы переживаете за будущее своего ребенка?	Оцените по 5 бальной шкале качество вашего сна	Оцените свой уровень энергии за последний месяц по 5 бальной шкале.	Оцените уровень свой раздражительности за последний месяц по 5 бальной шкале.	Оцените уровень стресса (напряженности) за последний месяц по 5 бальной шкале	Оцените уровень Вашего доверия ребенку за последний месяц по 5 бальной шкале	Оцените уровень Вашей способности быстро переключать свое внимание с одной деятельности на другие по 5 бальной шкале
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Галина	Иногда	Иногда	Никогда	Довольно часто	0	1	4	5	4	4
Алсу	Довольно часто	Довольно часто	Иногда	Часто	3	3	4	3	3	5

Окончание таблицы 2.2

Анна	Довольно часто	Довольно часто	Никогда	Часто	2	2	3	3	1	3
Юлия	Довольно часто	Довольно часто	Иногда	Довольно часто	0	1	1	4	4	3
Ирина	Довольно часто	Часто	Никогда	Иногда	2	2	3	3	4	5
Ольга	Часто	Часто	Никогда	Довольно часто	0	2	5	4	5	5
Гузель	Почти никогда	Часто	Никогда	Часто	3	3	1	5	5	5
Тома	Никогда	Никогда	Иногда	Часто	1	0	4	5	2	2

2.4 Тематический план коррекционной программы

На основании данных полученных эмпирическим путем целесообразно разработать программу, направленную на коррекцию детско-родительских отношений в семьях воспитывающих детей с диагнозом СД 1 типа.

Коррекционная программа подразумевает групповой формат работы в онлайн режиме с численностью 15 – 20 человек, рассчитана на 10 занятий продолжительность 90 – 120 минут, частота онлайн встреч ежедневно.

Программа проходила на платформе телеграмм, было создано два чата, один из которых был закрыт от комментариев, в нем располагалась основная информация с заданиями. Инструменты площадки позволяют сделать отложенный пост, то есть в назначенное время участники получали доступ к видео уроку, его текстовому описанию и домашним заданиям. Второй чат подразумевал обратную связь с участниками, где каждый мог задать интересующие его вопросы и получить ответ. Также были проведены 4 прямых эфира, где осуществлялось живое взаимодействие с участниками, инструменты площадки позволяют осуществлять видео и аудио запись прямых эфиров с последующей их публикацией в основном чате. Участники, которые не смогли присутствовать на эфире имели возможность пересмотра его в записи, в последствии задавать интересующие их вопросы.

Занятия выстроены таким образом, чтобы родитель учился снижать уровень опекаемости подростка через снижение собственной тревоги и научался доверять своему ребенку.

Разработанная программа реализовывалась в онлайн пространстве на платформе телеграмм канала в течении 10 дней. В программе приняли участие 20 человек, первоначальное анкетирование прошли 12 участников, но полная обратная связь, включая заключительный этап получена от 8 участников.

Таблица 2.3

Тематический план коррекционной программы

№	Тема и\или цель занятия	Содержание занятия	Примечание (например, название упражнений)
1	2	3	4
1	Тема: Знакомство. Цель: Диагностика детско-родительских отношений и актуального эмоционального состояния родителя.	Знакомство с программой, диагностика участников с помощью анкетирования.	Сбор анамнеза. Анкета 1; Проективная методика «Барашек в бутылке»; Анкета №2.
2	Тема: Знакомство родителя с особенностями возрастного периода с учетом существующего диагноза. Цель: Обучить родителя как коммуницировать с диаподростком.	Знакомим родителя с особенностями подросткового возраста, с тем как диагноз влияет на физиологические, психические и поведенческие особенности подростка. Зачем нужны правила и как их предъявлять подростку. Какие правила	Домашнее задание: Родитель самостоятельно составляет приемлемый для себя список правил, находит работающие и не работающие правила, наблюдает за своей стратегией поведения, пробует корректировать правила, и способы их введения при необходимости получает обратную связь от специалиста.

Продолжение таблицы 2.3

1	2	3	4
		работают и почему? Какие правила не работают и почему?	
3	Тема: Осознание собственных мыслей, переживаний, которые порождают не эффективное поведение. Цель: Заметить и скорректировать не эффективное поведение родителя.	С помощью упражнения обучаем родителя переставать реактивно реагировать на негативные мысли. Упражнение помогает заметить и скорректировать не эффективное поведение, которое отдаляет родителя от ребенка.	Упражнение «Монстр и Веревка».
4	Тема: Поиск ценностей. Цель: Расширить фокус внимания родителя.	Расширяем фокус внимания родителя, с помощью упражнения. проводим Инвентаризацию различных сфер жизни и обучаем родителя вписывать диагноз в	Упражнение «как бы сложилась жизнь, если бы у ребенка не было диабета».

Продолжение таблицы 2.3

1	2	3	4
		повседневную жизнь, так чтобы было комфортно всем участникам семейной системы.	
5	Тема: Когнитивное разделение. Цель: Научиться доверять своему ребенку.	Обучаем родителя дистанцироваться от тревожных мыслей, научаться доверять своему ребенку, и снижать уровень тревоги.	Упражнение «Распутывание с мыслями».
6	Тема: Изучаем самого себя. Цель: Сформировать «Я-концепцию» родителя.	Формируем «Я-концепцию» родителя, поскольку это является фундаментом представления ребенка о самом себе и его отношения к болезни, обучаем родителя отделять фактическую информацию от субъективной оценки.	Запишите столько утверждений о себе, сколько сможете. Попробуйте отделить фактическую информацию от субъективной оценки.
7	Тема:	Родитель на практике	Упражнение «Колба

Продолжение таблицы 2.3

	Исследовать свой обычный будний день. Цель: Научиться управлять фокусом внимания и перераспределять нагрузку.	в повседневной обстановке исследует, куда уходят силы и энергия, учится перераспределять нагрузку равномерно, так, чтобы справляться с полученной информацией.	внимания».
8	Тема: Саморегуляция. Цель: Обучить родителей способам саморегуляции.	С помощью упражнений, направленных на саморегуляцию родитель практикует снижение уровня тревожности, улучшение сна и гибкости своего мышления.	Упражнения: 4-7-8; Фокус 5 чувств.
9	Тема: Подводим итоги работы. Цель: Закрепить полученный опыт.	Обучаем придавать значимость позитивным моментам. Что является не мало важным	Упражнение «Скромные достижения».

Окончание таблицы 2.3

1	2	3	4
		закрепляющим этапом в коммуникации с ребенком, при выработке эффективной модели поведения.	
10	Тема: Обратная связь от участников. Цель: Посмотреть динамику состояния участников поле прохождения программы.	Контрольный срез данных путем анкетирования участников.	Анкета №2; Анкета №3.

2.5 Оценка эффективности коррекционной программы (третий этап работы)

После проведения онлайн – программы, участникам было предложено пройти повторный опрос согласно анкете №2 и №3 с целью получить обратную связь о пользе данной программы глазами участников.

Результаты сравнения между двумя замерами нами представлены в рисунках 2.3 – 2.10.

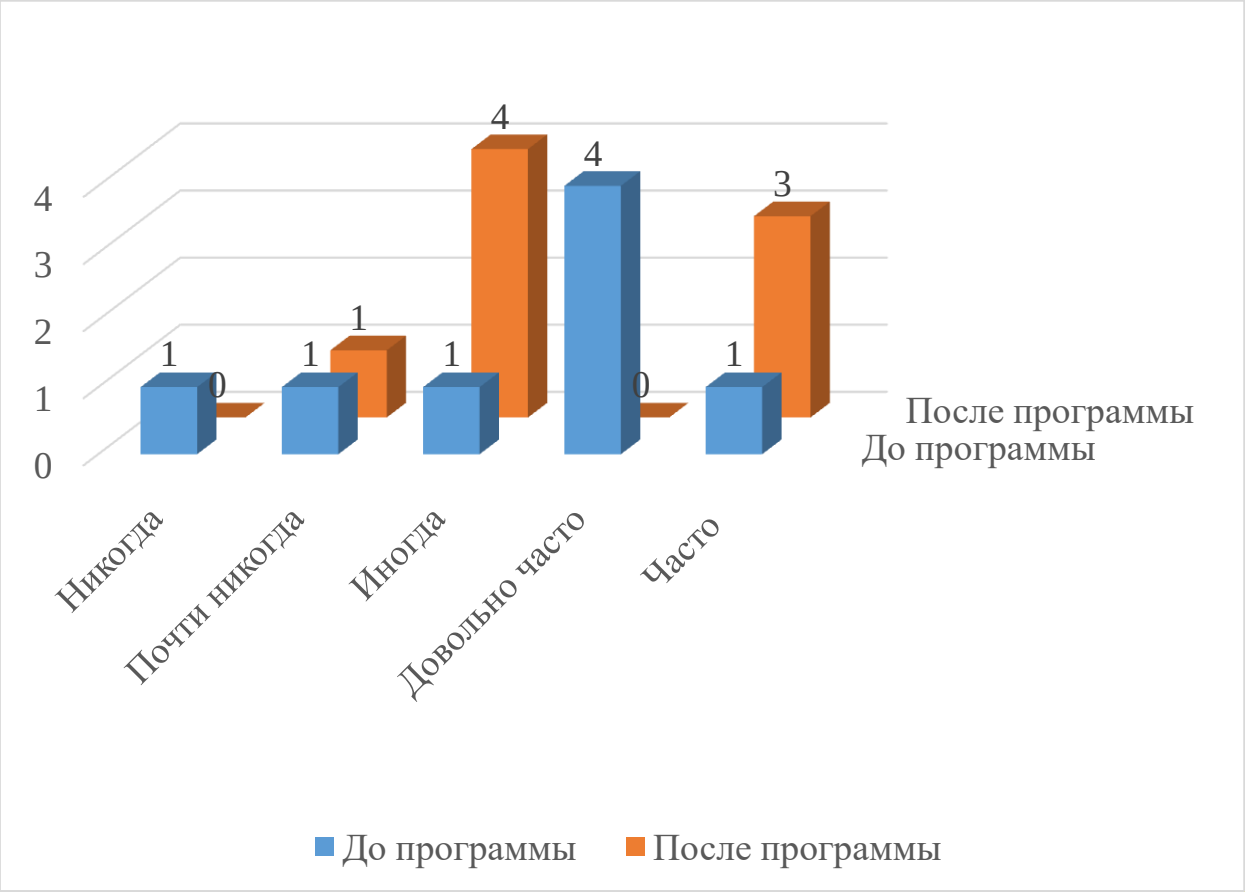


Рис. 2. 3 Динамика изменений мониторинга глюкозы

Сравнительный анализ данных свидетельствует о том, что родительский контроль в области мониторинга глюкозы, который встречался ««довольно часто» в 52%, никогда» – 12%, почти никогда в 12%, иногда – 12% и часто – 12% в начале курса, то после программы перераспределился на позиции иногда – 50%, часто 38% и почти никогда –12%. Это говорит о том, что часть участников снизила уровень контроля, а часть усилила его.

Таблица 2.4

Сводные данные по анкете №2 после прохождения программы

Участник	Как часто в течении дня Вы напоминаете подростку о необходимости проверить уровень глюкозы?	Как часто в течении дня Вы напоминаете подростку о необходимости инъекций инсулина?	Применяете ли Вы к подростку санкции за несоблюдение оговоренных правил поведения?	Как часто Вы переживаете за будущее своего ребенка?	Оцените по 5 бальной шкале качество вашего сна	Оцените свой уровень энергии за последний месяц по 5 бальной шкале.	Оцените уровень свой раздражительности за последний месяц по 5 бальной шкале.	Оцените уровень стресса (напряженности) за последний месяц по 5 бальной шкале	Оцените уровень Вашего доверия ребенку за последний месяц по 5 бальной шкале	Оцените уровень Вашей способности быстро переключать свое внимание с одной деятельности на другие по 5 бальной шкале
Галина	Иногда	Иногда	Почти никогда	Довольно часто	2	1	4	4	3	3
Алсу	Часто	Часто	Иногда	Часто	4	3	3	3	4	3
Анна	Иногда	Иногда	Иногда	Иногда	4	4	2	1	4	4
Юлия	Иногда	Почти никогда	Довольно часто	Довольно часто	1	2	2	4	4	2
Ирина	Часто	Часто	Иногда	Иногда	3	3	3	3	4	3
Ольга	Часто	Часто	Никогда	Часто	0	0	5	5	5	4
Гузель	Почти никогда	Часто	Никогда	Часто	4	4	0	0	3	4
Тома	Иногда	Довольно часто	Иногда	Довольно часто	2	2	3	3	3	1

Таблица 2.5

Сводные данные по анкете №3 после прохождения программы

Участники	Была ли полезной вам данная программа?	Если да, то чем?	Чего вам не хватало в процессе работы?	Сложно или легко было воспринимать информацию?	Удобно ли вам было работать в таком формате (видео, слайды, обратная связь, эфиры?)	Что бы вы изменили в курсе, в форме подачи и т.д.?	Достаточно ли для вас было времени, чтобы понимать и выполнять задания?	Что вы заметили за собой в ходе этого курса?	Как вы считаете, нужны такие программы для родителей?
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Галина	Да	начала более осознанно подходить к проблемам	времени на осознание	Сложно	Да	подача хорошая	Да	Появились новые мысли	Да
Алсу	Да	Индивидуальный подход автора	Можно подобрать еще другие методики, совместное с реб практика	Легко	Да	Монотонность		Появились новые мысли	Да
Анна	Да	С другой стороны, стала смотреть на свою семью и на себя	Как всегда, "свободного времени"	Легко	Да	Ничего.	Нет	Появились новые мысли	Да

Продолжение таблицы 2.5

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Юлия	Да	Программа открыла глаза мне на многие непонятные для меня вещи, показала какие у меня ошибки мышления, дала долю успокоения и веры в лучшее!	Наверное, эфира с ответами на волнующие вопросы	Легко	Да	Увеличила бы временные рамки программы, не хватало немного времени для упражнений	Нет	Стало проще понимать ребенка	Да
Ирина	Да	1. Поняла, что нет границ 2. Ребёнок мной манипулирует 3. Над собой нужно проводить очень	Всего хватало. Только очень быстро. Лично мне нужно больше времени на каждое занятие.	Легко	Да	-	Нет	Появились новые мысли	Да

Окончание таблицы 2.5

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		большую работу.							
Ольга	Да	Снизилась тревожность	Проверки заданий	Легко	Да	Добавила проверку заданий	Нет	Появились новые мысли	Да
Гузель	Да	1 слышать подростка. 2. Начать уделять время и себе	Выстраивание отношений с подростками	Легко	Да		Да	Стало проще понимать ребенка	Да
Тома	Да	Научилась лучше понимать своего ребёнка его чувства	Фантазии (своей)	Легко	Да	Мало времени	Нет	Заметила за собой неэффективную модель поведения	Да

Напоминание об инъекциях инсулина перераспределилось следующим образом: до программы, никогда 12%, иногда – 12%, довольно часто – 38%, часто – 38%, после программы, почти никогда – 12%, иногда – 25%, довольно часто – 12%, часто – 51%, что свидетельствует о небольшой тенденции к снижению уровня контроля.

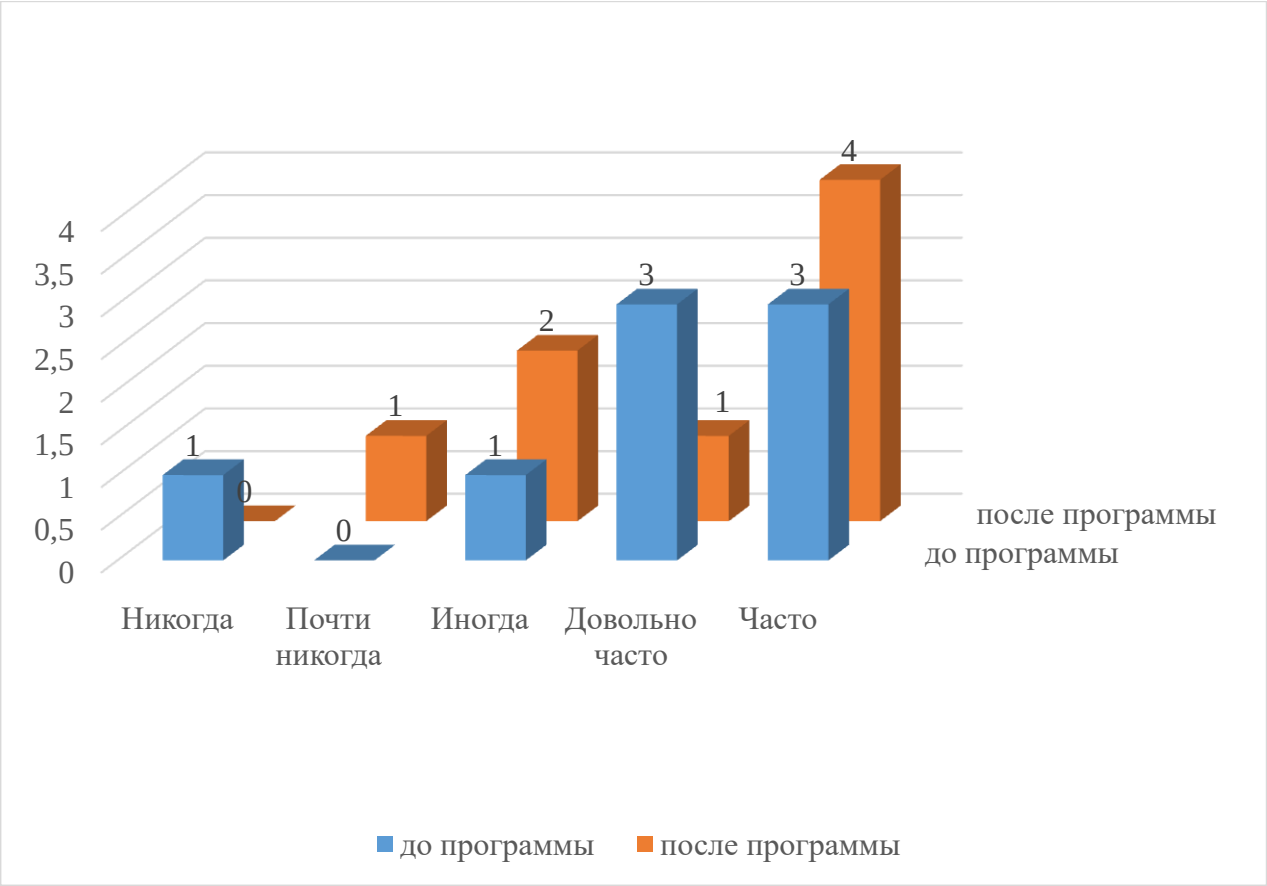


Рис. 2.4 Динамика изменений контроля подростка в области инъекций

В сфере санкций наблюдается изменения в сторону увеличения требовательности родителя, если на старте санкции не применялись в 62% и иногда в 38%, то после курса, никогда – 25%, почти никогда – 12 %, иногда – 51%, довольно часто – 12%. Динамика свидетельствует о том, что родители начали проявлять больше требовательности к ребенку.

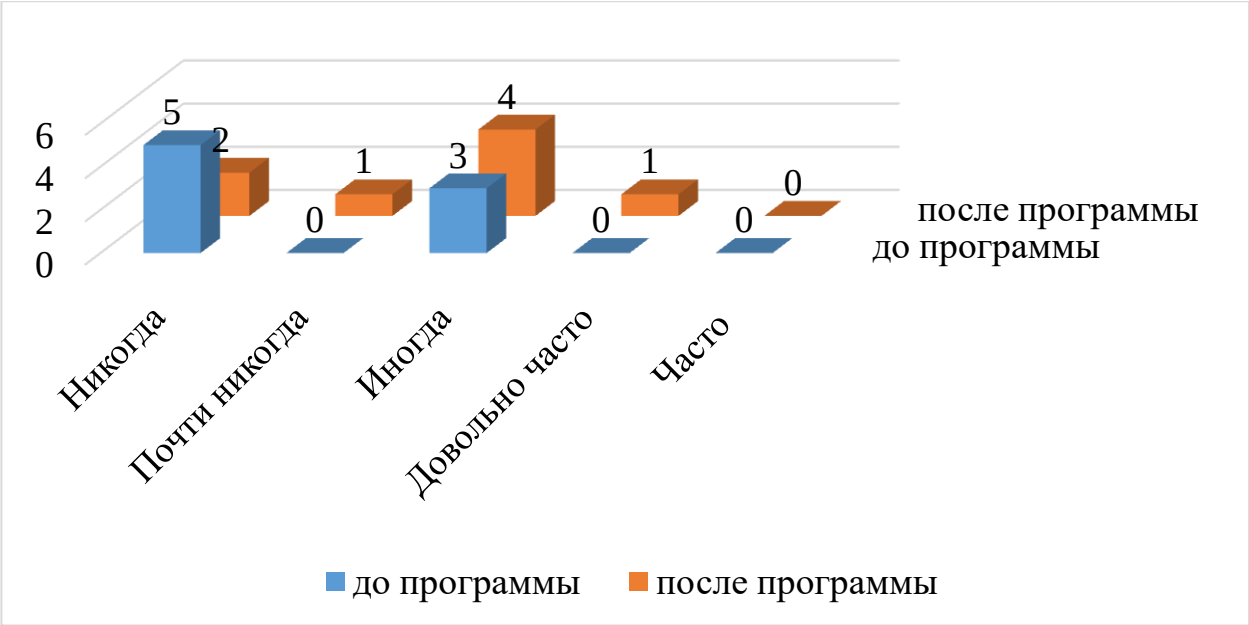


Рис. 2.5 Динамика изменений родительской позиции к санкциям

Вектор тревоги за будущее ребенка направлен на спад, поскольку до программы, ответы были распределены следующим образом, часто – 50%, довольно часто – 38%, иногда 12%, а после программы часто – 38%, довольно часто – 38%, иногда – 26%.

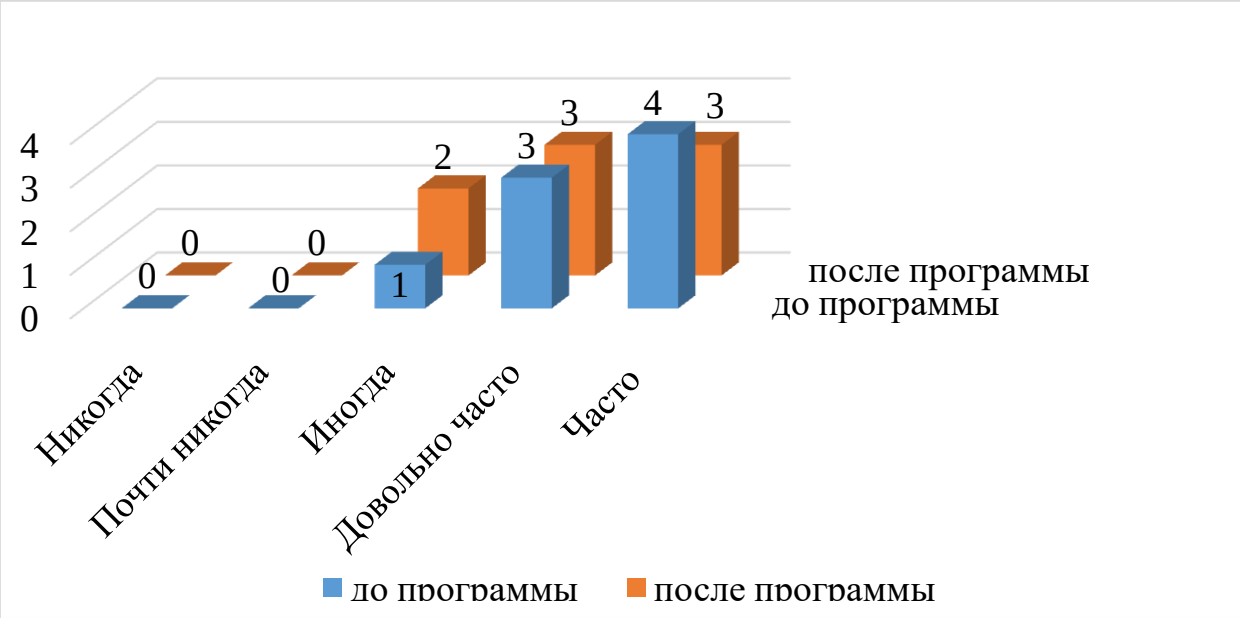


Рис. 2.6 Динамика изменений тревоги родителя за будущее ребенка

Качество сна до начала программы у 38% участников прослеживалось хроническое недосыпание, плохой сон – 12%, неудовлетворительное качество сна в 25% и удовлетворительный сон у 25%. После программы 38,5% участников отметили свой сон отметкой хорошо, 12% – удовлетворительно, 25,5% – неудовлетворительно, 12% – плохо сплю и еще 12% – хроническое недосыпание. Произошло значительное смещение данных в положительной динамике.

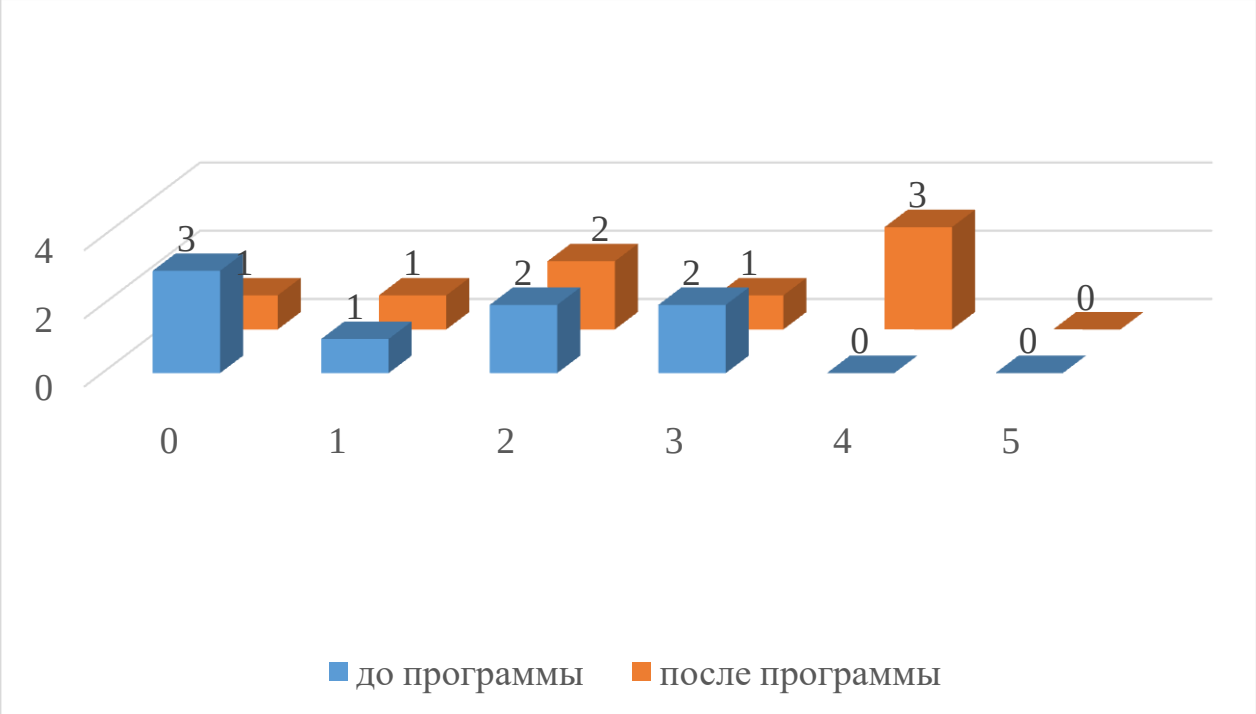


Рис. 2.7 Динамика изменений качества сна родителя

Примечание: 0 – хроническое недосыпание; 1 – плохо сплю; 2 – неудовлетворительно; 3 – удовлетворительно; 4 – хороший сон; 5 – отлично сплю, просыпаюсь всегда выспавшейся

29% участников отметили повышение уровня энергии до отметки – хорошо, еще 29% – удовлетворительно, 29% –неудовлетворительно и 12% – мало энергии. При том, что до программы 25% были удовлетворены количеством энергии, 38% оценивали ее на низком уровне и 25% – мало

энергии и 12% полное ее отсутствие.

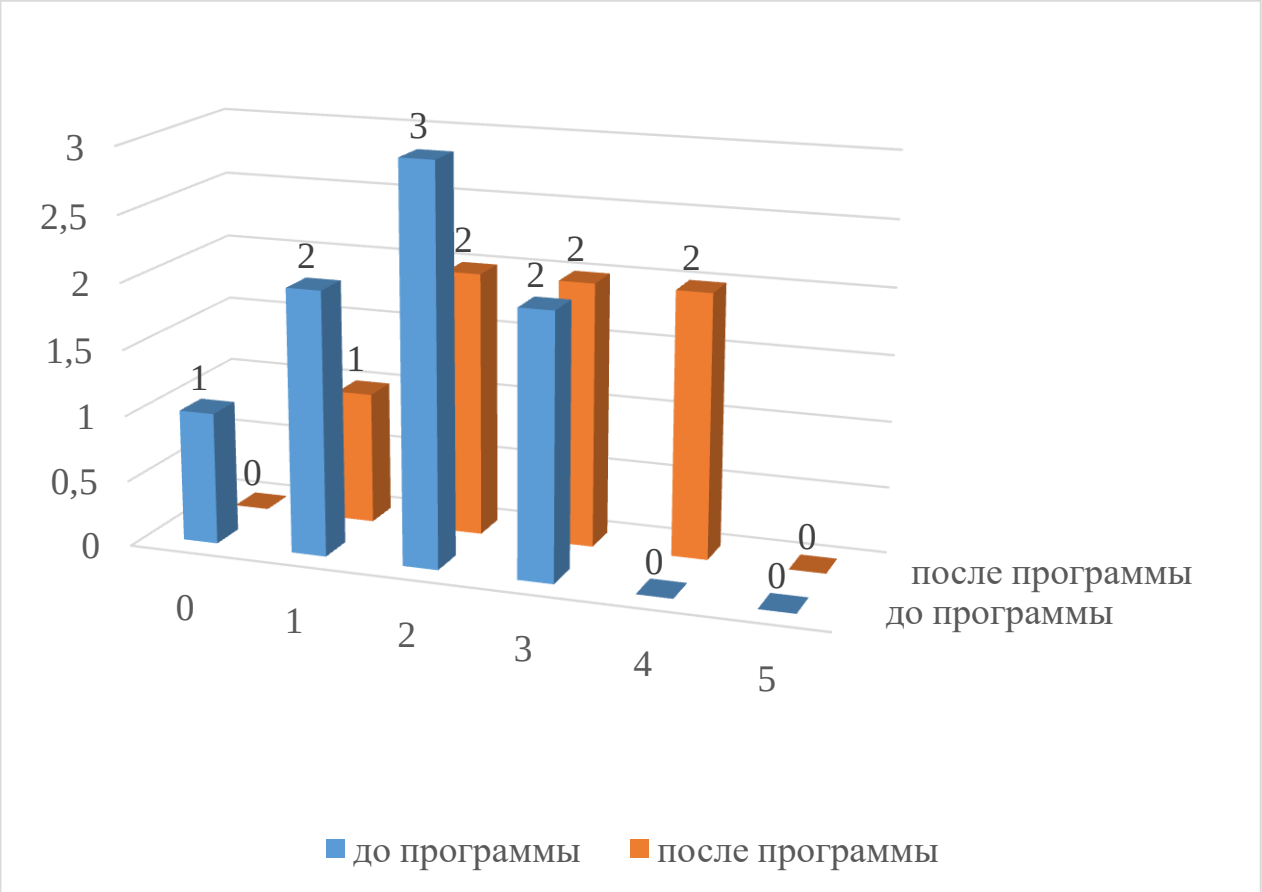


Рис. 2.8 Динамика изменений уровня энергии родителя

Примечание: 0 – энергии нет ни на что; 1 – энергии не хватает; 2 – энергии мало; 3 – удовлетворительное состояние энергии; 4 – энергия на уровне «хорошо»; 5 –полна энергии меня хватает на все дела и заботы

Раздражительность в начале программы распределилась следующим образом 25% – не злюсь, 25% – иногда раздражаюсь, 38% – раздражена 12% участников переполняет от злости. После работы с упражнениями наблюдается общая тенденция к снижению раздражительности, 12% отметили, что всегда и везде совершенно спокойно себя ощущают, 25% ощущают себя достаточно спокойно, 39% удовлетворены своим уровнем раздражительности, 12% ощущают повышенную раздражительность и еще 12% переполняет от злости. Отмечается значительное снижение раздражительности.

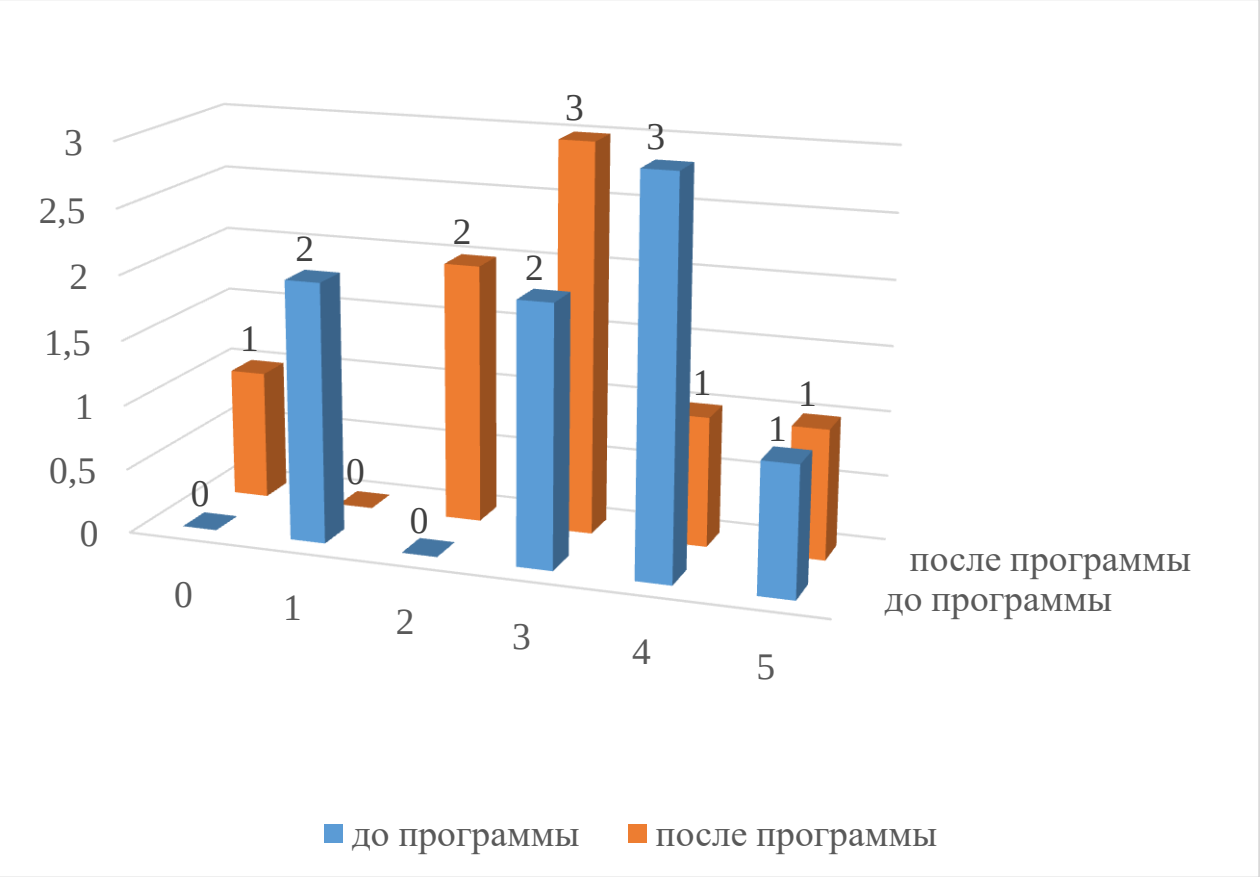


Рис. 2.9 Динамика изменений раздражительности родителя

Примечание: 0 – я спокойна всегда и везде, ни смотря на что; 1 – не злюсь; 2 – редко испытываю злость; 3 – иногда злюсь; 4 – раздражена; 5 – меня переполняет от злости

Изначально участники достаточно высоко оценивали уровень стресса, 38% – выше среднего уровня, 24% – повышенный уровень и 38% – регулярные ежедневные эмоциональные перегрузки. По окончанию курса 12% оценили, как максимальный предел, 25% – повышенные нагрузки, 38% – на среднем уровне, 12% – практически нет эмоциональных нагрузок и 12% – отметили полное отсутствие стресса. Что свидетельствует о снижении уровня стресса в жизни участников.

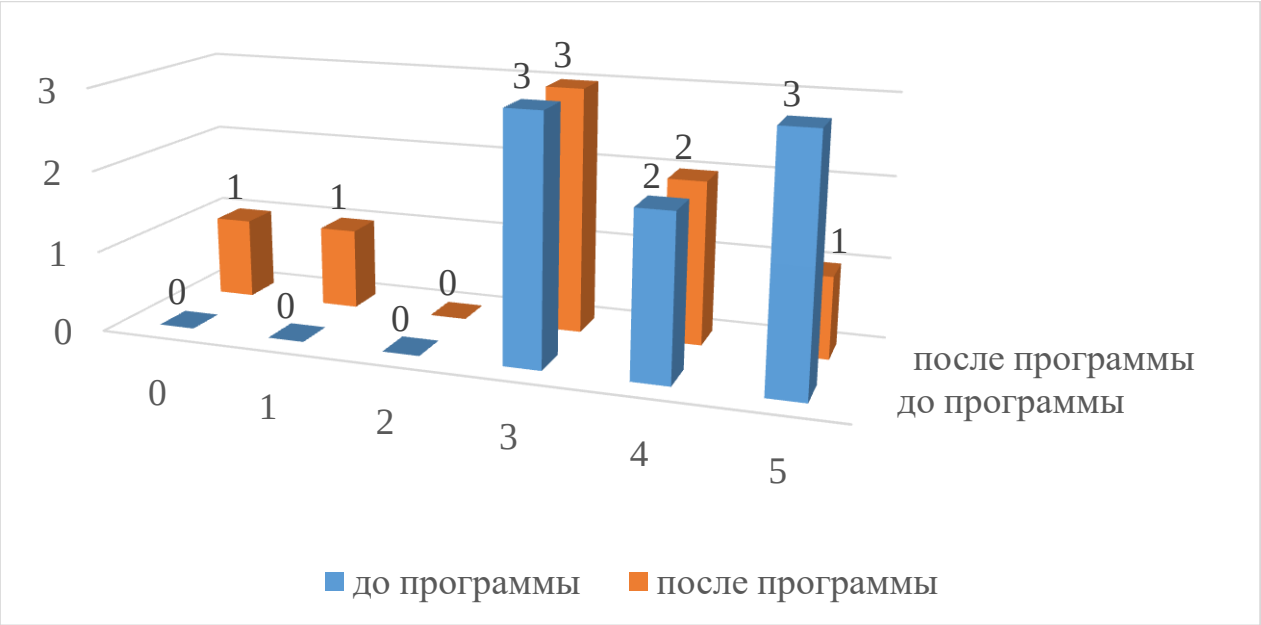


Рис. 2.10 Динамика изменений уровня стресса родителя

Примечание: 0 – в моей жизни нет стресса; 1 – почти никогда; 2 – редко; 3 – иногда; 4 – часто; 5 – ежедневно испытываю стресс

Произошло перераспределение акцентов в сторону увеличения уровня доверия к ребенку

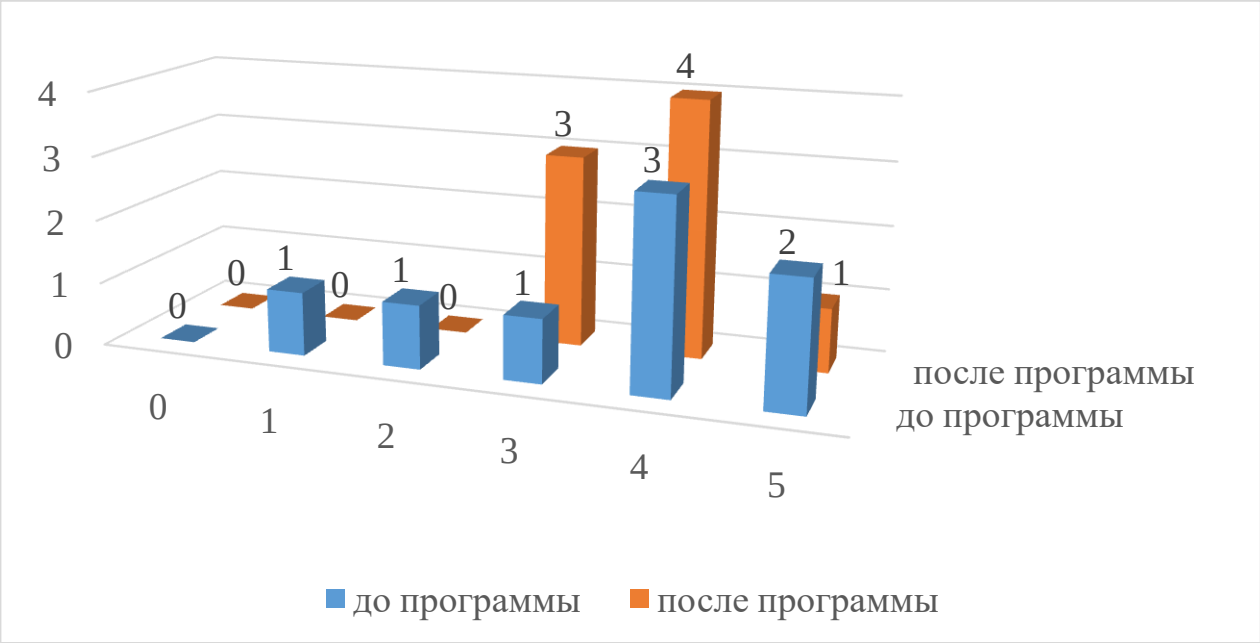


Рис. 2.11 Динамика изменений уровня доверия к ребенку родителя

Примечание: 0 – не доверяю вообще ни в чем; 1 – не доверяю; 2 – редко доверяю; 3 – иногда доверяю; 4 – доверяю во многом; 5 – я полностью доверяю своему ребенку

Повысилась родительская способность переключать свое внимание. Появилась положительная динамика в гибкости мышления родителя, переключательская способность возросла.

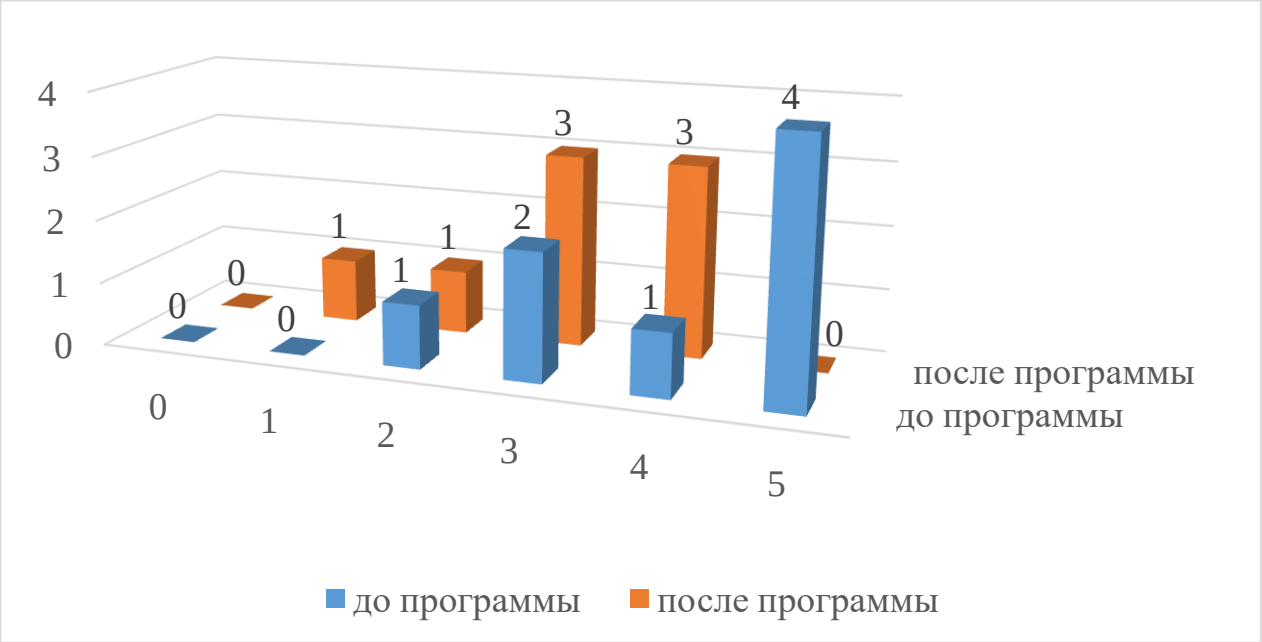


Рис. 2.12 Динамика изменений в способности родителя переключать свое внимание

Примечание: 0 – не умею переключаться; 1 – тяжело переключаюсь; 2 – сложно переключаться; 3 – удовлетворительно; 4 – хорошо переключаюсь; 5 – легко переключаюсь

В процессе работы от участников была получена обратная связь, которая выявила следующие достоинства и недостатки программы:

К достоинствам следует отнести, что программа показала свою

эффективность даже в сжатые сроки работы. Участники отмечали, что появились новые мысли, открылся иной угол зрения на себя и свою семью, появилось больше понимания ребенка и его поведения, отметили более осознанный подход к проблемам. Стали замечать где и как ребенок манипулирует диагнозом, начали пробовать делегировать ответственность как другим членам семьи, так и самому ребёнку, находить время для себя. Родители отметили, что замечают необходимость работы над собой, собственным мышлением и поведенческими реакциями. Заметили за собой не эффективные модели поведения с ребёнком. Также участники отметили снижение уровня тревожности, улучшение качество сна, увеличение уровня энергии.

Одним из важных результатов программы мы можем отметить, изменение родительской позиции к санкциям как к мере родительского воздействия.

Из недостатков программы нами выделено: обобщённость программы, отсутствие индивидуального подхода к частным проблемам участников. Отсутствие возможности вмешиваться в выполнение домашних заданий.

Анализ достоинств и недостатков программы позволил сформулировать возможность развития данной программы.

Исходя из запросов и ожиданий аудитории следует отметить, что при реализации программы необходимо увеличить временные рамки, делить курс на этапы учитывая стаж диагноза и возрастную категорию детей.

1 – этап необходим семьям, в которых с момента манифестация диагноза прошло не более 6 месяцев. Это этап принятия диагноза, на котором требуется сопровождение и поддержка родителя или семьи в целом, чтобы научиться жить в новых условиях. Родитель или семья может столкнуться с такими явлениями, как шок, отрицание, агрессия, депрессия, «сговор с судьбой», что может значительно влиять на компенсацию диагноза.

2 – этап, когда принятие новой действительности улеглось в сознании родителя, появилось понимание как жить дальше, но уровень стресса и тревоги еще высоки. Это в период от 1 – 2,5 лет стажа.

3 – этап выстраивание коммуникации между родителем и ребенком, поиск

компромиссов, выработка эффективной модели взаимодействия в системе родитель – ребенок, ребенок – родитель.

4 – этап – Пубертат, когда подросток начинает сепарироваться от родителя. Как прожить этот период с наименьшими потерями и конфликтами в области компенсации диагноза, сохранить отношения и передавать ответственность за компенсацию диабета в руки подростка.

Все этапы, кроме 4 актуальны в период до 3-х лет стажа диагноза.

В ходе программы и выполнений домашних заданий у участников возникает множество частных вопросов, которые касаются их личной ситуации как внутренних переживаний, так и взаимодействий с ребенком. По возможности нами были даны краткие консультации, но в большей степени такие запросы относятся к личной терапии. В связи с чем при дальнейшей реализации программы необходимо разрабатывать трех ступенчатый доступ к программе. Первый уровень доступа к программе подразумевает возможность только просмотра видео урока без обратной связи ведущего. Второй уровень доступа предусматривает возможность просмотра видео уроков, участие в прямых эфирах, получение обратной связи от тренера по выполнению домашних заданий. Третий уровень доступа, предоставляет возможность просмотра видео уроков, участие в прямых эфирах и индивидуальное время работы с тренером. Уровень доступа влияет на стоимость участия в программе.

Оптимизация программы может происходить за счет расширения ее тем. Например, включение тем касающихся отработки навыков непосредственного взаимодействия с ребенком, в зависимости от его возраста.

Онлайн формат показал свою эффективность в проведении подобной программы: возможность применения разных обучающих технологий, возможность проводить занятия для участников из разных регионов одновременно (увеличивая географию реализации программы). Это важно, так как в большинстве регионов и отдаленных районах РФ не существует программ по психологической поддержке и просвещению родителей, воспитывающих ребенка с диагнозом сахарный диабет.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Теоретический анализ литературы показал, что родители, воспитывающие подростков с диагнозом сахарный диабет 1 типа, сталкиваются с дополнительными трудностями в воспитании подростка, обусловленными особенностями диагноза. При этом большую роль в компенсации диабета родитель берет на собственные плечи, подразумевая, что со временем подросток научится справляться с этим самостоятельно.

Контроль осуществляемый родителем в пубертатном периоде воспринимается весьма агрессивно самим подростком, а наличие диабета обостряет агрессивное и протестующее поведение характерное данному возрастному периоду. Исходя из этого внутрисемейные отношения обретают специфический характер, что становится очевидным в эмпирической части нашей работы. В семьях воспитывающих подростков с диагнозом СД 1 типа преобладает гиперопека, доминирование родителя, что значительно препятствует развитию у подростка самостоятельности и автономности. Родительская ригидность и тревога по поводу болезни ребенка порождают страх за его жизнь и стремление удержать подростка с помощью, доминирующей гиперпротекции, что способствует развитию у подростка оппозиции, эмансипации, черт сензитивной и тревожно-мнительной акцентуации подростка. Проявление таких черт подростком влечет за собой ухудшение его физического состояния, конфликты с родителями, ухудшение психологического климата в семье.

В условиях компенсации сахарного диабета 1 типа, подросток и его семья ежедневно находятся под властью стресса и тревоги. Особенно остро это вопрос стоит в первые три года после манифестации диагноза. В это время семья проходит процесс адаптации к новым условиям жизни, вырабатываются новые правила.

Родительская реакция на все изменения в текущей жизни подростка очень

важна для психологического приспособления подростка к диабету. Подростку важно опираться на эмоционально устойчивого взрослого.

Исходя из выше сказанного очевидно, что особенности семейного воспитания, детско-родительские отношения и эмоциональное состояние родителей оказывают влияние на тревожность подростка и формированию негативного образа внутренней картины болезни.

Рамках данной дипломной работы нами была разработана и апробирована онлайн – программа снижения тревожности родителей воспитывающих подростков с диагнозом сахарный диабет 1 типа.

Программа показала свою эффективность по следующим показателям:

1. Новизна. Онлайн формат позволил расширить географию и охватить отдаленные районы, где нет возможности оказывать психологическую помощь таким семьям.

2. Инструменты площадки, на которой реализовывалась программа, позволяют преодолеть временные барьеры, участники могли получать информацию и выполнять задания в удобное для них время.

3. Снижение уровня тревожности. Анализ анкет, проведенный нами в динамике, зафиксировал снижение уровня тревожности, улучшение качество сна, увеличение уровня энергии. Одним из важных результатов программы – изменение родительской позиции к санкциям как к мере родительского воздействия. Родители, принявшие участие в онлайн проекте, заметили необходимость работы над собой, собственным мышлением и поведенческими реакциями. Также участниками было отмечено, что появилось больше понимания ребенка и его поведения, открылся иной угол зрения на себя и свою семью, появился более осознанный подход к проблемам.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бебчук, М. А. Системный подход в детской психиатрии: взгляд на этиопатогенез и организацию помощи / М. А. Бебчук // Российский медико-биологический вестник им. Академика И.П. Павлова. – 2019. – Т.27. – №4. – С.475 – 486.
2. Боулби, Д. Привязанность / Д. Боулби. // Общ. ред. и вступ. ст. Г. В. Бурменской ; Пер. с англ. Н. Г. Григорьевой и Г. В. Бурменской. – Москва : Гардарики, 2003. – 447 с.
3. Бурменская, Г. В. Возрастно-психологический подход в консультировании детей и подростков : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Г. В. Бурменская, Е. И. Захарова, О. А. Карабанова [и др.]. – Москва : Академия, 2002. – 356 с.
4. Бутина-Гречаная, С. В. Теоретические подходы к анализу детско-родительских отношений / С. В. Бутина-Гречаная // Учебные записки ЗабГГПУ Забайкальский государственный гуманитарно-педагогического университета им. Н. Г. Чернышевского, Чита. – 2020. – №5 (34). – С. 244 – 247.
5. Варга, А. Я. Структура и типы родительского отношения : автореф. дисс. канд. псих. наук. / А. Я. Варга. – Москва , 1986. – 351 с.
6. Гордон, А. Популярная педагогика / А. Гордон – Москва : Лига, 2004. – 406 с.
7. Дедов, И. И. Сахарный диабет в Российской Федерации: распространенность, заболеваемость, смертность, параметры углеводного обмена и структура сахароснижающей терапии по данным Федерального регистра сахарного диабета, статус 2017 г. / И. И. Дедов, М. В. Шестакова, О. К. Викулова, А. В. Железнякова, М. А. Исаков // Сахарный диабет. – 2018. – № 21 (3). – С. 144 – 159.
8. Дедов, И. И. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / И. И. Дедов, М. В. Шестакова, А. Ю. Майоров,

О. К. Викулова, Г. Р. Галстян. – 8-й вып. – Москва : УП ПРИН; 2017. – 121 с.

9. Дольто, Ф. На стороне подростка / Пер. с фр. А. К. Борисовой. – Екатеринбург : У-Фактория, 2006. – 368 с.

10. Киреева, Т. И. Детско-родительские отношения в семьях подростков, страдающих сахарным диабетом 1-го типа, как фактор формирования отношения к болезни / Т. И. Киреева, О. С. Ковшова // Неврологический вестник. – 2019. – № 3. – С. 51 – 56.

11. Коваленко, Е. А. Особенности течения сахарного диабета 1 типа у детей и подростков в Тверской области / Е.А. Коваленко, О.А. Дианов, А. Ф. Виноградов, М. А. Горшкова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2018. – № 5. – С. 77 – 82.

12. Ксенофонтов, В. А. Поведенческие особенности подростков с диагнозом сахарный диабет / В. А. Ксенофонтов // Изв. Сарат. Ун-та. Нов. Сер. Философия. Психология. Педагогика. – 2020. – Т. 20. – Вып.1 – С. 76 – 78.

13. Лазарус, А. Мультимодальная психотерапия / А. Лазарус, Д. К. Зейг, В. М. Мьюнион // Психотерапия – что это? – Москва : Класс, 2000. – С. 228 – 232.

14. Лихи, Р. Свобода от тревоги. Справься с тревогой, пока она не расправилась с тобой / Р. Лихи. – Санкт-Петербург : Питер, 2018. – 368 с.

15. Лукашева, Е. А. Человек, право, цивилизации. Нормативно-ценностные измерение/ Е. А. Лукашева. – Москва : Норма, 2009. – 384с.

16. Маккей, М. Терапия эмоциональной эффективности. Интеграция АСТ и диалектической поведенческой терапии для лечения эмоциональной дисрегуляции методом экспозиции / М. Маккей, А Вест, пер. с англ. Т. А. Иссмаил. – Киев : «Диалектика», 2021. – 336 с.

17. Мотовилин, О. Г. Детско-родительские отношения в семьях детей, больных сахарным диабетом 1 типа / О. Г. Мотовилин, Л. Н. Щербачев, Е. А. Андрианова, Т. Л. Кураева // Сахарный диабет. – 2018. – № 4. – С. 50 – 54.

18. Павлова, Л. Б. Психологические проблемы и личностные особенности

подростков с сахарным диабетом / Л. Б. Павлова // Известия Российского педагогического университета им. А.И. Герцена. – Санкт-Петербург, 2018. – №35 (76). – С.191 – 197.

19. Петрусинский, В. В. Игры-обучение, тренинг, досуг / Под ред. В. В. Петрусинского, Е. Г. Розанова. – Москва : Новая школа, 1994. – 368с.

20. Посохова, С. Т. Справочник практического психолога. Психодиагностика / под общ. ред. С. Т. Посоховой. – Москва : АСТ; Санкт-Петребург: Сова, 2006. – 671 с.

21. Райгородский, Д. Я. Энциклопедия психодиагностики. Психодиагностика детей / Д. Я. Райгородский. – Самара : Издательский Дом «Бахрах-М», 2014. – 624 с.

22. Рудакова, Д. А. Исследование нарушений внутрисемейных взаимоотношений в семьях с детьми страдающих сахарным диабетом / Д. А. Рудакова, Б. Ю. Володин, Д. С. Петров, В. В. Новиков // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – № 29(3). – С. 437 – 441.

23. Савина, Е. А. Родители и дети: Психология взаимоотношений / под ред. Е. А. Савиной, Е. О. Смирновой. – Москва : «Когито – Центр» 2003. – 230 с.

24. Сапольски, Р. Почему у зебры не бывает инфаркта. Психология стресса / Р. Сапольски. – Санкт-Петербург : Питер, 2021. – 480 с.

25. Спиваковская, А. С. Психотерапия: игра, детство, семья / А. С. Спиваковская. – Т 2. – Москва : ООО Апрель Пресс ; ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. – 464 с.

26. Тарарина, Е. Шкатулка мастера. Практикум по арт-терапии / (Библиотека Арт-терапевта) / Е. Тарарина – Москва : ООО «Вариант» при участии ИП Шиманского А.Г., 2017. – 208с.

27. Фельдштейн, Д. И. Мир детства в современном мире :(проблемы и задачи исследования) / Д. И. Фельдштейн ; Российская акад. образования, Московский психолого-социальный ун-т. – Москва : Изд-во Московского психолого-социального ун-та ; Воронеж : МОДЭК, 2013. – 335 с.

28. Форсайт, Дж. Рабочая тетрадь по осознанности и принятию при тревоге. Избавление от фобий и беспокойства / Дж. Форсайт, Г. Эйферт – Санкт-Петербург : ИГ «Весь», 2020. – 416 с.

29. Фрейд, А. Детский психоанализ / А. Фрейд. – Санкт-Петербург : Питер, 2004. – 77 с.

30. Фромм, Э. Гуманистический психоанализ / Э. Фромм. – Санкт-Петербург : Питер, 2002. – 543 с.

31. Ханас, Р. Диабет 1 типа у детей, подростков и молодых людей / Р. Ханас, пер. с англ. Е. Вайнилович. – Москва : «Арт-Бизнес-Центр», 2013 – 470 с.

32. Хоментаускас, Г. Т. Семья глазами ребенка / Г. Т. Хоментаускас. – Москва : Академия, 1999. – 175 с.

33. Шапарь, В. Б. Практическая психология: тесты, методики, диагностика / В. Б. Шапарь. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2010. – 661с.

34. Шаповаленко, И. В. Возрастная психология (Психология развития и возрастная психология). – Москва : Гардерики, 2005. – 349 с.

35. Шишкова, Ю. А. Гликимический контроль, качество жизни и психологические характеристики больных сахарным диабетом 1 типа / Ю. А. Шишкова, О. Г. Мотовилин, Е. В. Суркова, А. Ю. Майоров // Сахарный диабет. – 2013. – № 4. – С. 58 – 65.

36. Эйдемиллер, Э. Г. Психология и психотерапия семьи / Э. Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис. – Санкт-Петербург : Питер. 2010. – 656 с.

Приложение 1

Табл. 1, п. 1

Сводные первичные данные группы родителей детей с диагнозом СД 1 типа по опроснику Эйдемиллера

	Опросник АСВ Эйдемиллера																			
	Г+	Г-	У+	У-	Т+	Т-	-0	З-	С+	С-	Н	РРЧ	ПДК	ВН	ФУ	НРЧ	ПНК	ВК	ПЖК	ПМК
1д	1	2	3	0	1	-0	0	3	0	3	1	0	0	1	0	0	0	0	2	2
2д	0	4	4	1	1	1	1	3	0	4	1	1	1	2	3	2	0	1	1	0
3д	6	5	4	4	1	3	2	2	1	4	4	4	1	5	2	5	4	2	2	0
4д	9	1	6	2	1	3	2	2	4	2	2	4	1	4	2	3	4	0	4	0
5д	0	1	4	1	2	1	1	2	0	2	0	2	1	0	2	1	0	0	0	0
6д	2	1	5	0	3	1	2	3	2	4	1	0	0	2	0	0	2	1	1	2
7д	7	5	4	1	2	0	3	2	2	5	3	3	1	2	3	3	1	1	5	2
8д	6	1	3	0	2	3	2	2	1	1	2	2	3	0	4	1	3	2	3	1
9д	8	5	7	1	2	2	3	2	2	4	4	6	2	5	5	7	2	4	3	2
10д	3	8	6	2	4	0	2	2	2	4	4	2	0	2	3	1	2	0	1	1
11д	3	1	7	0	0	1	2	2	0	5	1	4	0	3	1	0	0	0	0	0
12д	5	1	5	0	2	2	0	2	2	2	1	1	1	1	5	2	3	1	0	0
13д	1	8	2	2	3	0	2	2	1	2	1	0	0	3	3	1	3	0	2	0
14д	5	1	2	2	1	3	2	2	3	1	0	2	2	0	2	3	3	0	5	0

Продолжение приложения 1

Табл. 2, п. 1

Сводные первичные данные группы родителей детей с диагнозом СД 1 типа по опроснику Диагностика отношения к болезни ребенка

	ДОБР				
	И	Т	Н	А	О
1д	11	2	11	1	6,25
2д	12	2	8	0	5,5
3д	9	20	10	4	10,75
4д	7	20	14	4	11,25
5д	11	2	13	1	6,75
6д	4	5	4	4	4,25
7д	11	9	8	3	7,75
8д	10	8	16	2	9
9д	12	8	7	4	7,75
10д	17	10	11	-20	4,5
11д	7	14	8	0	7,25
12д	7	11	13	1	8
13д	12	13	11	4	10
14д	11	12	15	5	10,75

Продолжение приложения 1

Табл. 3, п. 1

Сводные первичные данные группы родителей детей с диагнозом СД 1 типа по опроснику ИТО Собчик

	ИТО Собчик									
	экс	сп	агр	риг	интр	сенз	тр	лаб	ложь	агровация
1д	5	7	6	5	6	7	5	5	2	2
2д	6	7	6	7	6	3	6	5	3	2
3д	4	4	4	4	7	7	8	4	2	0
4д	7	5	5	7	6	6	6	7	2	1
5д	6	7	6	3	2	3	4	5	2	1
6д	7	4	3	4	6	7	4	5	5	1
7д	7	3	2	7	7	1	2	2	8	0
8д	6	6	3	5	5	5	5	4	3	0
9д	5	8	8	7	5	7	8	7	3	4
10д	7	5	7	4	8	5	4	6	2	0
11д	2	1	3	2	4	6	6	4	5	0
12д	8	5	3	5	4	7	7	5	2	0
13д	3	5	4	4	6	6	3	2	2	1
14д	7	6	7	7	8	7	6	7	4	2

Продолжение приложения 1

Табл. 4, п. 1

Сводные первичные данные группы родителей детей не имеющих хронических заболеваний типа по опроснику Эйдемиллера

	Г+	Г-	У+	У-	Т+	Т-	З+	З-	С+	С-	Н	РРЧ	ПДК	ВН	ФУ	НРЧ	ПНК	ВК	ПЖК	ПМК
1	0	4	2	0	1	3	0	2	0	3	2	3	0	1	1	3	1	2	1	0
2	3	6	4	1	1	3	1	4	2	2	4	4	3	4	1	2	1	0	4	1
3	3	6	5	1	3	1	0	3	0	3	1	2	4	2	0	2	2	0	0	0
4	0	3	6	0	0	1	0	3	0	5	2	4	0	3	2	2	0	1	3	0
5	0	7	4	2	3	3	2	4	2	3	4	3	3	5	2	2	3	2	0	0
6	6	1	6	0	1	2	1	2	0	3	2	0	1	2	2	1	0	0	0	0
7	9	0	5	0	2	2	3	3	0	4	1	1	3	4	1	3	2	1	2	0
8	2	5	3	2	4	0	2	0	4	2	0	2	3	2	3	1	2	0	1	1
9	0	1	3	0	1	1	0	3	2	3	1	1	0	2	1	0	0	0	1	0
10	2	6	3	1	1	0	2	2	2	3	0	1	0	0	0	3	2	0	2	1
11	1	0	3	1	2	0	0	1	0	3	1	3	1	2	0	2	1	0	0	0
12	3	2	6	0	0	3	0	3	0	5	1	3	1	2	2	1	0	0	4	3
13	1	4	3	0	1	0	1	4	0	5	1	4	1	1	1	1	0	0	0	0
14	0	4	2	0	2	0	2	3	1	4	3	1	0	3	0	2	0	0	3	2
15	2	3	4	0	1	2	1	2	0	3	0	4	0	3	0	2	1	1	3	0

Продолжение приложения 1

Табл. 5, п. 1

Сводные первичные данные группы родителей детей не имеющих хронических заболеваний типа по опроснику Диагностика отношения к болезни ребенка

1	6		3	4	6,5
2	4		1	10	7,75
3	0		2	1	4,25
4	8		5	2	5,25
5	1		6	2	6,5
6	9		4	4	5,75
7	6		4	0	2,75
8	6	0	19	1	13
9	0		2	6	4,75
10	2	4	12	12	12,5
11	9		7	6	5,75
12	8		3	2	2
13	9		3	4	5,5
14	9		2	2	4,25
15	8		3	2	6,25

Продолжение приложения 1

Табл. 6, п. 1

Сводные первичные данные группы родителей детей не имеющих хронических заболеваний типа по опроснику ИТО Собчик

	экс	сп	агр	риг	интр	сенз	тр	лаб	ЛОЖЬ	агровация
1	6	6	6	5	3	3	4	3	1	2
2	8	5	6	7	5	3	3	3	4	3
3	7	5	7	4	5	4	7	4	2	1
4	3	1	3	6	4	7	5	6	4	2
5	4	5	5	3	5	6	6	5	1	2
6	7	7	5	5	5	5	4	4	4	0
7	3	1	5	3	8	5	6	5	2	6
8	5	5	4	6	4	7	4	5	3	1
9	6	5	5	5	5	5	3	4	1	0
10	2	5	3	2	9	5	3	1	3	1
11	8	6	4	4	4	4	3	6	3	1
12	5	6	8	9	9	1	4	4	3	2
13	8	2	2	4	4	7	6	7	2	0
14	7	5	3	5	4	5	3	5	1	1
15	8	6	5	1	4	6	6	7	0	0

Продолжение приложения 1

Табл. 7, п. 1

Результат корреляционного анализа в группе родителей воспитывающих детей с диагнозом СД 1 типа

	Опросник АСВ Эйдемиллера родители детей с диагнозом СД 1 типа																	
	Г+	Г-	У+	У-	Т+	Т-	З+	З-	С+	С-	Н	РРЧ	ПДК	ВН	ФУ	НРЧ	ПНК	ПЖК
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
У-		0,5	-0,5															
Т+		0,5																
Т-		-0,5																
З+	0,5																	
З-	-0,5																	
С+	0,7																	
С-			0,5															
Н	0,5	0,5					0,5											
РРЧ	0,7		0,6				0,5	-0,5			0,5							
ПДК	0,5					0,7												
ВН			0,5							0,5	0,6	0,6						
ФУ								-0,5					0,5					
НРЧ	0,6			0,5							0,5	0,7	0,5	0,6	0,5			
ПНК	0,6			0,5		0,6			0,6									
ВК											0,5	0,5	0,5		0,5	0,7		

Продолжение приложения 1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
ПЖК	0,6						0,5		0,6									
И		0,6																
Т	0,6			0,6		0,5		-0,6	0,5								0,7	
А					-0,5													
О	0,5							-0,5									0,6	0,5
Экс									0,5									
Риг	0,5								0,5				0,5			0,5		0,7
Интр				0,5														0,5
Тр					-0,5							0,5				0,5		
Ложь							0,5											

Продолжение табл. 7, п. 1

Продолжение табл. 7, п. 1

Результат корреляционного анализа в группе родителей воспитывающих детей с диагнозом СД 1 типа

	ДОБР родители детей с диагнозом СД 1 типа			
	И	Т	Н	А
О		0,7	-0,5	0,5
Экс				
Сп		-0,5		
Агр	0,5			

Окончание табл. 7, п. 1

Результат корреляционного анализа в группе родителей воспитывающих детей с диагнозом СД 1 типа

	ИТО Собчик родители детей с диагнозом СД 1 типа						
	экс.	сп.	агр.	риг.	сенз.	тр.	лаб.
Агр		0,7					
Риг	0,5						
Тр					0,5		
Лаб			0,7			0,5	
Ложь		-0,5					
Агровация		0,7	0,7	0,5			0,5

Продолжение приложения 1

Табл. 8, п. 1

Результат коррекционного анализа в группе родителей воспитывающих детей без диагноза

	Опросник АСВ Эйдемиллера родители детей не имеющих хронических заболеваний

	Г+	Г-	У-	Т+	Т-	З+	З-	С+	С-	Н	ПДК	ФУ	НРЧ	ПЖК	ПМК
У+	0,5														
У-		0,5													
Т+			0,7												
С+			0,6												
С-			-0,6												
Н							0,5								
ПДК			0,6												
ВН										0,6					
ПНК			0,7			0,5			-0,5		0,6				
ВК					0,5										
ПМК														0,6	
И									-0,5						
Т		0,5	0,5					0,6							
Н			0,6				-0,7	0,6							
А								0,5	-0,5						
О		0,5	0,6				-0,5	0,7	-0,6						
Сп	-0,5														
Риг												0,5			0,5
Интр	0,5			0,5											
Сенз	-0,6				-0,5										-0,5
Агровация	0,5			0,5									0,5		

Окончание приложения 1

Табл. 8, п. 1

Результат корреляционного анализа в группе родителей воспитывающих детей без диагноза

	ДОБР родители детей не имеющих хронических заболеваний			
	И	Т	Н	А
Н		0,8		
О		0,8	0,8	0,7
Интр				
Сенз		0,5		
Тр				-0,6
Лаб	-0,5			-0,6
Ложь				

Окончание табл. 8, п. 1

Результат корреляционного анализа в группе родителей воспитывающих детей без диагноза

	ИТО СОБЧИК родители детей не имеющих хронических заболеваний		
	экс	риг	сенз
Интр	-0,5		
Лаб			0,5
Ложь		0,5	

Приложение 2

АНКЕТА №1

1. Пол вашего ребенка М__/Ж__
2. Возраст вашего ребенка _____
3. Стаж диабета_____
4. Уровень гликированного гемоглабина HbA_____
5. Вид инсулиновой терапии:

✓ шприц ручка_____

✓ помпа_____

6. Вид мониторинга глюкозы:

✓ Тест полоски_____

✓ Непрерывный мониторинг глюкозы НМГ_____

7. Если вы используете НМГ, на чьем телефоне отображаются данные мониторинга глюкозы?

✓ У ребенка и у меня дублируются данные_____

✓ Только у ребенка_____

✓ Только у меня_____

✓ У ребенка, у меня и других членов семьи_____

8. Кто считает углеводы или ХЕ при приеме пищи?

✓ Я считаю_____

✓ Ребенок самостоятельно разбирается в подсчётах_____

9. Ваши ожидания от данной программы. _____

Продолжение приложения 2

АНКЕТА №2

1. Как часто в течении дня Вы напоминаете подростку о необходимости проверить уровень глюкозы?

- ✓ Никогда
- ✓ Почти никогда
- ✓ Иногда
- ✓ Довольно часто
- ✓ Часто

2. Как часто в течении дня Вы напоминаете подростку о необходимости инъекций инсулина?

- ✓ Никогда
- ✓ Почти никогда
- ✓ Иногда
- ✓ Довольно часто
- ✓ Часто

3. Применяете ли Вы к подростку санкции за несоблюдение оговоренных правил поведения?

- ✓ Никогда
- ✓ Почти никогда
- ✓ Иногда
- ✓ Довольно часто
- ✓ Часто

4. Как часто Вы переживаете за будущее своего ребенка?

- ✓ Никогда
- ✓ Почти никогда
- ✓ Иногда
- ✓ Довольно часто
- ✓ Часто

5. Оцените по 5 бальной шкале качество вашего сна.

- ✓ 0 – хронический недосып-это мое второе имя
- ✓ 5 – отлично сплю и всегда просыпаюсь выспавшейся

6. Оцените свой уровень энергии за последний месяц по 5 бальной шкале.

- ✓ 0 баллов – энергии нет ни на что,
- ✓ 5 баллов – я полна энергии и меня хватает на все дела и заботы

7. Оцените уровень свой раздражительности за последний месяц по 5 бальной шкале.

- ✓ 0 баллов – я спокойна всегда и везде ни смотря ни на что,
- ✓ 5 баллов – меня переполняет от злости

8. Оцените уровень стресса (напряженности) за последний месяц по 5 бальной шкале.

- ✓ 0 баллов – в моей жизни нет эмоциональных нагрузок и качель,
- ✓ 5 баллов – мне ежедневно приходится выдерживать большие эмоциональные перегрузки.

9. Оцените уровень Вашего доверия ребенку за последний месяц по 5 бальной шкале.

- ✓ 0 баллов – не доверяю вообще не ни в чем,
- ✓ 5 баллов – я полностью доверяю своему ребенку

10. Оцените уровень Вашей способности быстро переключать свое внимание с одной деятельности на другие по 5 бальной шкале.

- ✓ 0 баллов – мне очень сложно переключаться с одной деятельности на другую,
- ✓ 5 баллов – легко переключаюсь.

Окончание приложения 2

АНКЕТА №3

1. Была ли полезной вам данная программа

да/нет

2. Если да, то чем? _____

3. Чего вам не хватало в процессе работы? _____

4. Что по вашему мнению было лишним или не уместным? _____

5. Сложно или легко было воспринимать информацию? _____

6. Удобно ли вам было работать в таком формате (видео, слайды, обратная связь, эфиры?) _____

7. Что бы вы изменили \, в курсе, в форме подачи и т.д…? _____

8. Достаточно ли для вас было времени, чтобы понимать и выполнять задания? Да/нет.

9. В каком ритме вам было бы удобнее работать с такой программой?

1 раз в 2 дня;

1 раз в неделю;

Свой вариант _____

10. Что вы заметили за собой в ходе этого курса?

Появились новые мысли

Заметила за собой не эффективную модель поведения

Стола проще понимать ребенка

Стало меняться мое эмоциональное состояние

Вся информация была новой

Ничего не поняла вообще

Ничего не заметила, все без изменений

Не хватило обратной связи

Другое_____

11. Как вы считаете, нужны такие программы для родителей _____да/нет

12. Какие темы вы бы хотели еще узнать для себя? _____

Приложение 3

БАРАШЕК В БУТЫЛКЕ

Детско-родительским отношениям отводится особая роль в развитии ребенка, становлении его эмоциональной и личностной сферы. В процессе взаимодействия родителя и ребенка у ребенка формируется представление о самом себе и об окружающем мире. Чтобы понять, как выстроен контакт у родителя с подростком проведем проективно – диагностическую методику «Барашек в бутылке». Методика позволит проследить как родитель воспринимает свое чадо, как выстроена коммуникативная сфера и другие индивидуальные особенности взаимодействия между родителем и подростком.

Основная цель техники – это диагностика психологического самоощущения во взаимодействии со своим подростком.

Техника позволяет работать как индивидуально, так и в групповом формате, начиная с детей 6 лет, подростками и взрослыми.

Материалы:

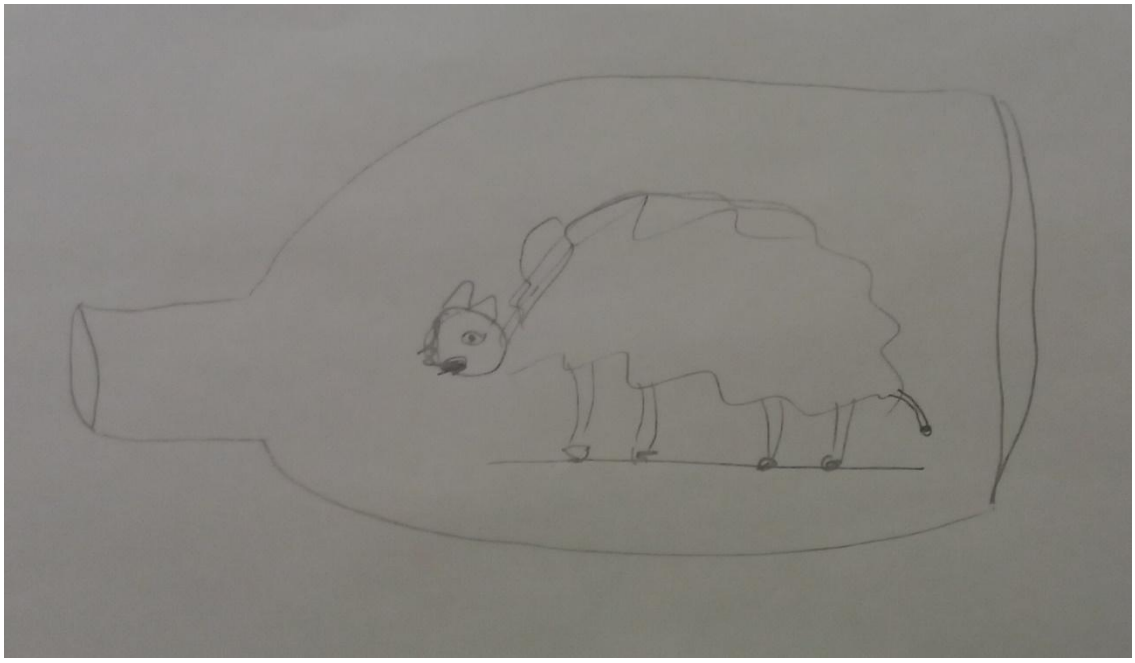
1. Два листа бумаги формата А4
2. Простой карандаш.

Инструкция:

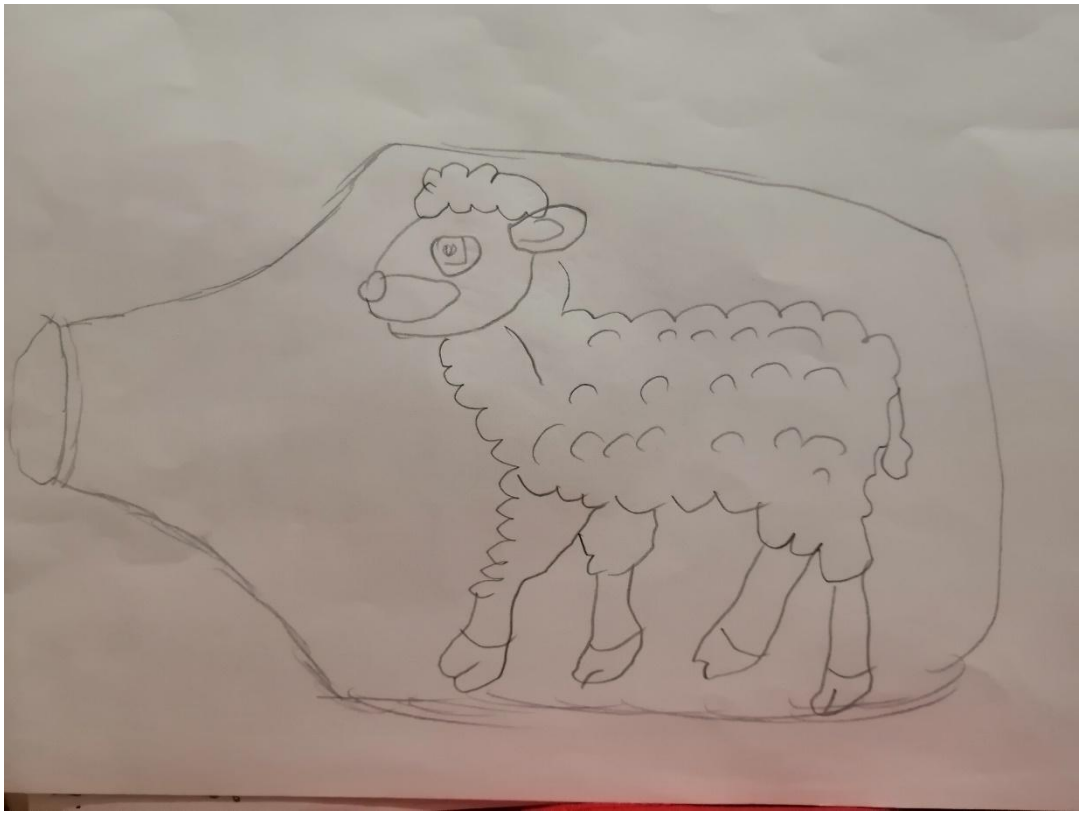
Клиенту предлагается нарисовать барашка в бутылке. После того как рисунок готов, на втором листе необходимо ответить на вопросы.

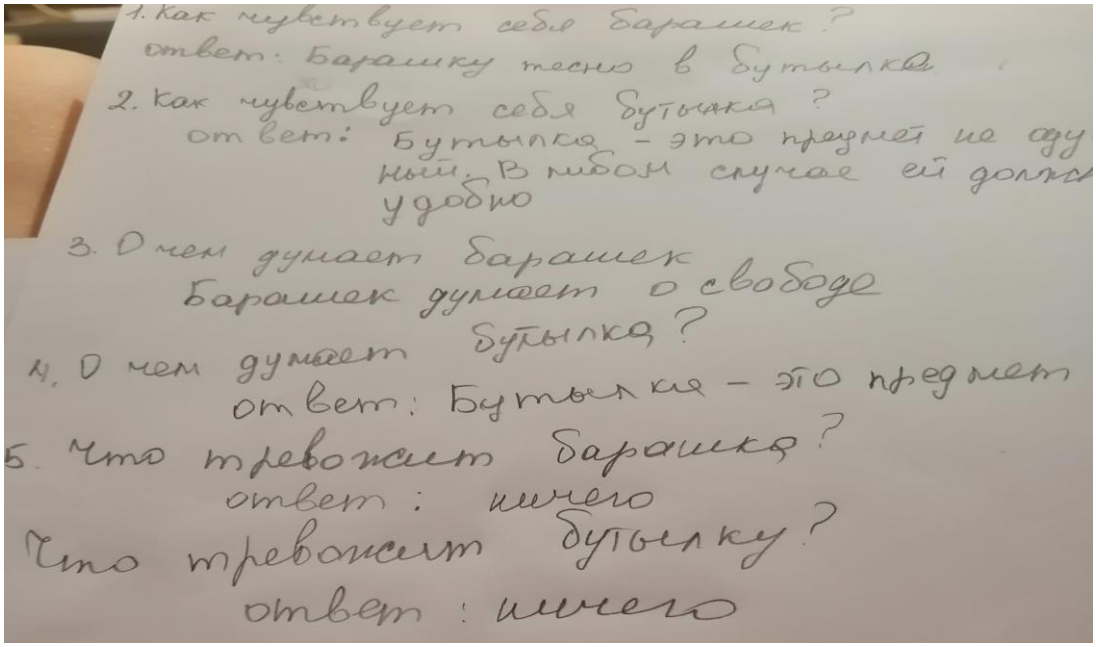
1. Как чувствует себя барашек?
2. Как чувствует себя бутылка?
3. О чем мечтает барашек?
4. О чем мечтает бутылка?
5. Что тревожит барашка?
6. Что может тревожить бутылку?

На рисование отводится пять-семь минут плюс пять-семь минут на ответы на вопросы.

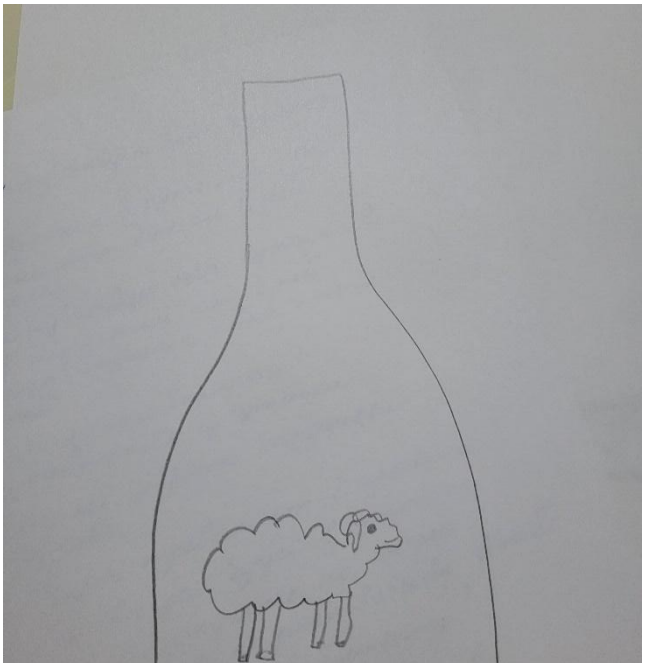


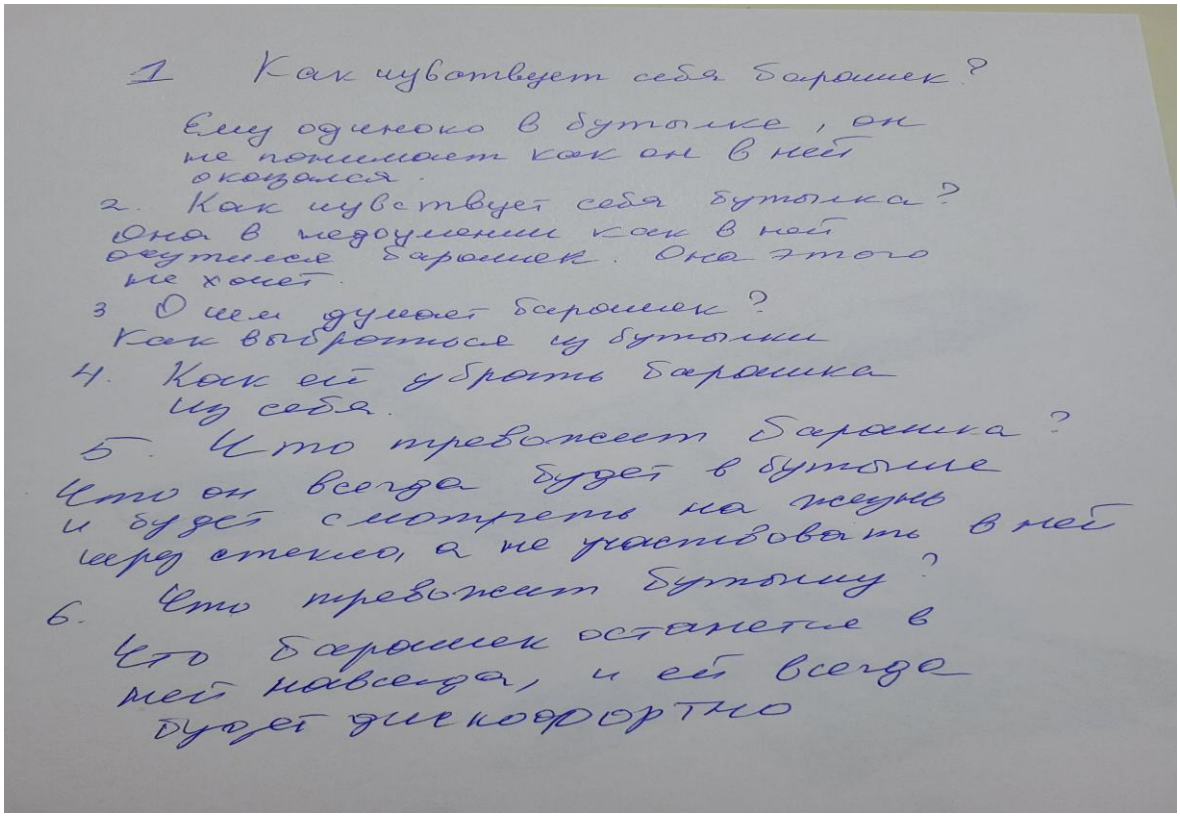
1 Как чувствует себя барашек в бут-к
Отв. Аишу я рисовала, первое что приходит в голову. Барашек чувствует себя уверенно есть опора под ногами, но смотрит в горлышко, ждет когда выпустят.
2. Как чувствует себя бутылка?
Отв. Бутылка неодушевленный предмет, ей все равно...
3. О чем думает барашек?
Отв. О том, что мир вокруг видет через эту прозрачную бутылку...
4. О чем думает бутылка?
Отв. О том, чтобы камни вино или что-то другое...
5. Что тревожит барашка?
Отв. Можем чтобы не разбилась бутылка.
6. Что тревожит бутылку?
Отв. Чтобы про нее не забыли.



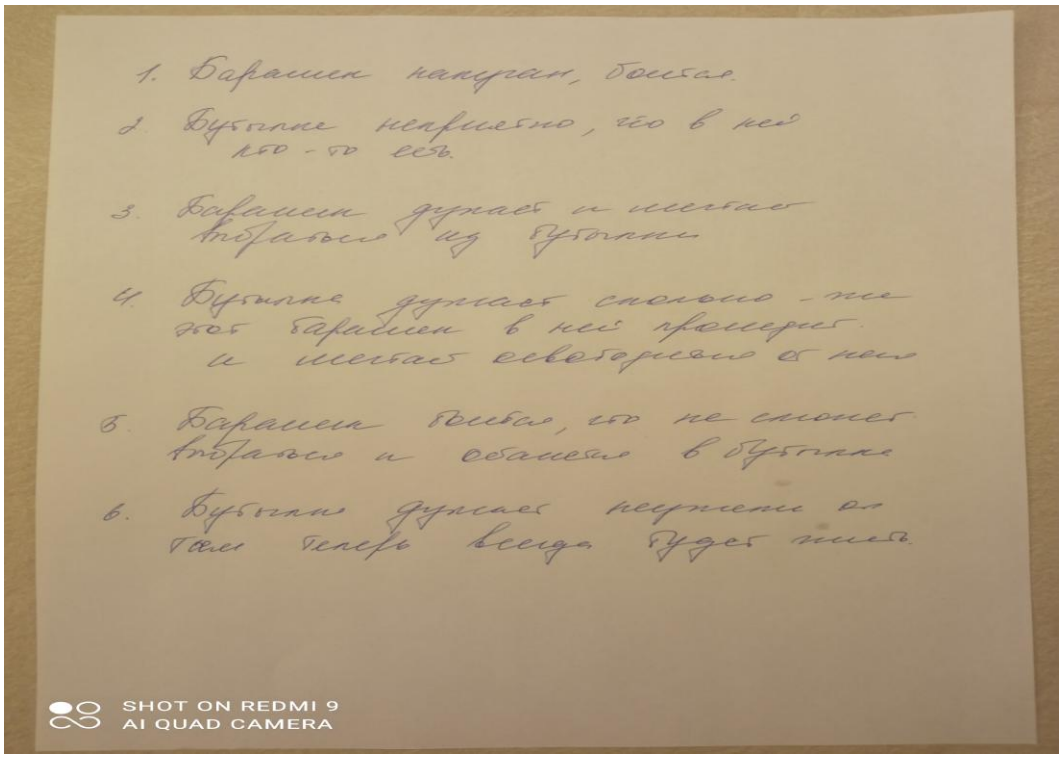


1. Как чувствует себя барашек?
ответ: Барашку тесно в бутылке
2. Как чувствует себя бутылка?
ответ: Бутылка - это предмет не одушевлённый. В любом случае ей должно удобно
3. О чем думает барашек
Барашек думает о свободе
4. О чем думает бутылка?
ответ: Бутылка - это предмет
5. Что тревожит барашка?
ответ: ничего
Что тревожит бутылку?
ответ: ничего





1 Как чувствует себя барашек?
Ему одиноко в бутылке, он не понимает как он в ней оказался.
2. Как чувствует себя бутылка?
Она в недоумении как в ней оказался барашек. Она этого не хочет.
3 О чем думает барашек?
Как выбраться из бутылки
4. Как ей убрать барашка из себя.
5. Что тревожит барашка?
Что он всегда будет в бутылке и будет смотреть на жизнь сквозь стекло, а не участвовать в ней
6. Что тревожит бутылку?
Что барашек останется в ней навсегда, и ей всегда будет дискомфортно



1. Баранчик капризничает, боится.
2. Бутылке неприятно, что в ней кто-то есть.
3. Баранчик думает и пытается выбраться из бутылки
4. Бутылка думает сколько-же этот баранчик в ней пробудет. и пытается освободиться от него
5. Баранчик боится, что не сможет выбраться и останется в бутылке
6. Бутылка думает подумает он там теперь всегда будет жить.

SHOT ON REDMI 9
AI QUAD CAMERA

Приложение 4

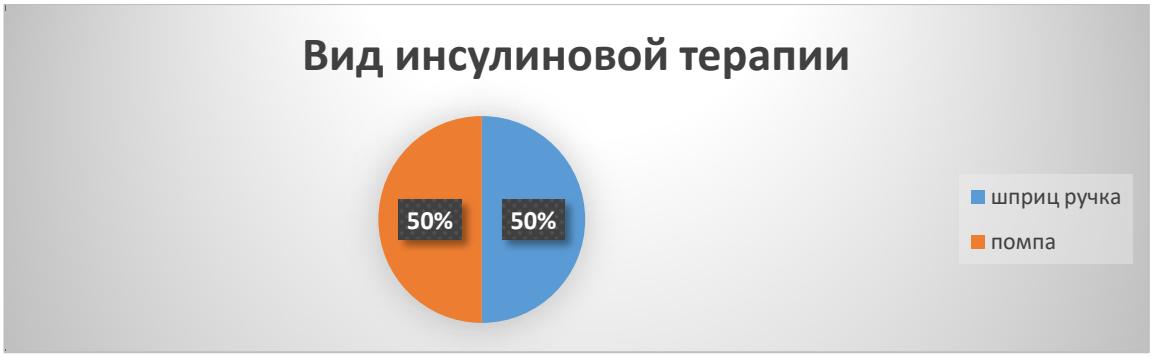


Рис. 1, п. 4 Ответ на вопрос №5 анкеты №1

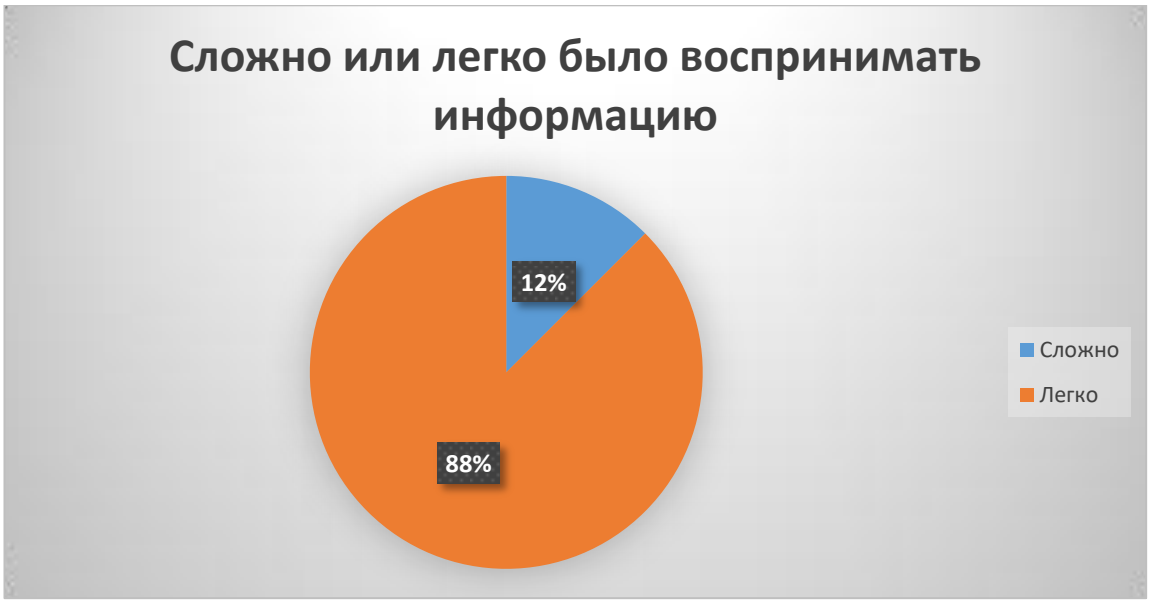


Рис. 2, п. 4 Ответ на вопрос №5 анкеты №3

Рис. 3, п. 4 Ответ на вопрос №10 анкеты №3

Автономная некоммерческая организация высшего образования
«Сибирский институт бизнеса, управления и психологии»

Факультет психологии
Направление подготовки 37.03.01 Психология
Направленность (профиль) образовательной программы Психология управления
Выпускающая кафедра психологии

РЕЦЕНЗИЯ

на выпускную квалификационную работу

Студента(ки) Абдуллиной Ольги Петровны группы у259-пу
(Ф.И.О. полностью)

на тему «Апробация онлайн - программы снижения тревожности родителей, воспитывающих подростков с диагнозом сахарный диабет 1 типа»
(полное наименование темы согласно приказу)

Выпускная квалификационная работа бакалавра выполнена на 77 страницах, содержит приложение(ия) на 20 страницах.

1. Актуальность, новизна и практическая значимость темы высокая. В настоящий момент наблюдается нехватка разработанных программ сопровождения семей, воспитывающих ребенка с диагнозом. Сахарный диабет – заболевание требующего постоянного мониторинга, только в этом случае течение заболевания проходит в более легкой форме и не угрожает жизни пациента. Дети, в частности подростки, еще не сформировали сове собственное представление о заболевании и ограничениях, которое они накладывают. В связи с этим часто проявляют безответственное поведение, не задумываясь о последствиях. Функция мониторинга ложится на плечи родителей, что не может не сказаться на их психологическом состоянии и взаимодействии с ребенком. В практике мы часто видим негативную тенденцию: ухудшение детско-родительских отношений, деформацию личности родителя. Все выше описанное обуславливает высокую актуальность представленной для рецензии работы.

2. Логическая последовательность Материал в выпускной квалификационной работе изложен с соблюдением внутренней логики повествования, между разделами прослеживается логическая взаимосвязь.

3. Аргументированность и конкретность выводов и предложений Выводы, представленные в работе аргументированы в полном объёме и логично проистекают из тезисов, изложенных в тексте дипломной работы.

4. Полнота проработки литературных источников Автор выпускной квалификационной работы показал отличный уровень владения теоретическими положениями по выбранной теме исследования, показал способность формулировать собственную точку зрения (теоретическую позицию) на основе анализа мнений разных ученых в этой области.

5. Качество общего оформления работы, таблиц, иллюстраций, приложений, графиков Работа оформлена согласно предъявляемым требованиям, иллюстрационные материал и приложения выполнены в полном объеме.

6. Положительные стороны работы: 1. Предпринята попытка описать психологические последствия диагноза сахарный диабет 1 типа, как для самого подростка, так и для детско-родительских отношений. 2. Проведено многоэтапное исследование особенностей детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих подростка с диагнозом сахарный диабет 1 типа. 3. Разработана онлайн - программа работы с родителями, которая направлена на снижение тревожности родителей, как основного фактора искажения детско-родительских отношений. 4. Автор подробно описывает как саму программу, так и особенности формы проведения, в конце анализируя ее плюсы и минусы.

7. Недостатки работы 1. Автор недостаточно описывает механизмы влияния предложенной программы на оптимизацию детско-родительских отношений. 2. Не описаны механизмы дальнейшей реализации программы.

8. Оценка сформированности компетенций ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-6, ОК-7, ОК-8, ОК-9, ОПК-1, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, отработанных обучающимся при работе над темой выпускной квалификационной работы: все компетенции отработаны в полном объеме и сформированы на высоком уровне.

9. Какие предложения целесообразно внедрить в практику: разработанная онлайн программа - может быть реализована как самостоятельный продукт, так и включена в деятельность медицинских и образовательный учреждений.

10. Выпускная квалификационная работа соответствует (не соответствует) всем установленным требованиям к выпускным квалификационным работам и может быть (не может быть) рекомендована к защите на заседании Государственной экзаменационной комиссии.
Работа заслуживает оценки «отлично», а ее автор заслуживает
(оценка прописью)
присвоения квалификации[1] бакалавр

Рецензент выпускной квалификационной работы Эберхардт Марина Валериевна психолог медицинского центра Доктор Вера
(Ф.И.О (полностью), должность, ученая степень, ученое звание, место работы)

«09» 02 2023 г.

(подпись рецензента)

[1] Прописывается при условии положительной оценки

С рецензией ознакомлена Абдуллина О.П 09.02.2023

Автономная некоммерческая организация высшего образования
«Сибирский институт бизнеса, управления и психологии»

Факультет психологии
Направление подготовки 37.03.01 Психология
Направленность (профиль) образовательной программы Психология управления
Выпускающая кафедра психологии

ОТЗЫВ

на выпускную квалификационную работу

Студента(ки) Абуллиной Ольге Петровны группы у 259-пу
(Ф.И.О. полностью)

на тему: Апробация онлайн - программы снижения тревожности родителей, воспитывающих подростков с диагнозом сахарный диабет 1 типа
(наименование темы согласно приказу)

Выпускная квалификационная работа бакалавра выполнена на 77 страницах, содержит приложение(ия) на 20 страницах.

1. Актуальность и значимость темы: тема затронутая дипломаткой является очень актуальной. До сих пор нет разработанных программ психологической помощи родителям, ребенку которых был выставлен диагноз. Это касается не только диагноза сахарный диабет, это общий практический дефицит в области прикладной психологии.

2. Логическая последовательность текста сохранена.

3. Аргументированность и конкретность выводов и предложений: высокая. Все выводы логично проистекают из теоретического анализа литературных источников, или же из эмпирических данных исследования.

4. Полнота проработки литературных источников полная. В списке литературы представлены как классические монографии, так и статьи и аналитические документы.

5. Качество общего оформления работы, таблиц, иллюстраций, приложений, графиков хорошее.

6.Положительные стороны работы: 1. Проведено многоэтапное исследование, включающее в себя как выявление психологических особенностей детско-родительских отношений, так и апробация программы работы с этими особенностями у родителя. 2 Разработанная онлайн - программа полностью учитывает результаты эмпирического исследования особенностей детско-

родительских отношений. 3. Получен положительный результат при апробации программы, который доказан как на уровне родительских откликов, так и на уровне экспериментального исследования.

7. Уровень самостоятельности при работе над темой выпускной квалификационной работы: дипломница продемонстрировала высокий уровень самостоятельности, инициативности и высокий уровень научной хватки.

8. Недостатки работы: недостаточно прописаны механизмы дальнейшей реализации разработанной онлайн - программы.

9. Оценка сформированности компетенций ОК-1, ОК-2, ОК-3, ОК-4, ОК-5, ОК-6, ОК-7, ОК-8, ОК-9, ОПК-1, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13, ПК-14, отработанных обучающимся при работе над темой выпускной квалификационной работы: в ходе работы продемонстрировано высокое владение профессиональными и общекультурными компетенциями.

10. Выпускная квалификационная работа соответствует (не соответствует) установленным требованиям к выпускным квалификационным работам и может быть (не может быть) рекомендована к защите на заседании Государственной экзаменационной комиссии. Работа заслуживает оценки отлично
(оценка прописью).

Руководитель выпускной квалификационной работы Арышева Александра Петровна, к.психол.н., доцент.
(Ф.И.О. должность, ученая степень, ученое звание)

«10» 02 2023 г.
(подпись руководителя)

С отзывом ознакомлена Абдуллина О.П. 10.02.2023

DISCOVERY
znanium.com

Интеллектуальный поиск и анализ научных публикаций ИНФРА-М

Обработан файл:**Абдуллина О.П. ВКР Апробация онлайн - программы снижения тревожности родителей, воспитывающих подростков с диагнозом сахарный диабет 1 типа.pdf.**

Год публикации: 2023.

Оценка оригинальности документа - 89.73%

15.02.2023 Абдуллина О.П.

Автономная некоммерческая организация высшего образования
«Сибирский институт бизнеса, управления и психологии»

Согласие

выпускника на размещение выпускной квалификационной работы в электронно-библиотечной системе АНО ВО СИБУП

1. Я, Абдуллина Ольга Петровна

(фамилия, имя, отчество полностью)

студент (ка) группы у 259-пу факультета психологии Автономной некоммерческой организации высшего образования «Сибирский институт бизнеса, управления и психологии» (далее – АНО ВО СИБУП), разрешаю АНО ВО СИБУП воспроизводить и размещать (доводить до всеобщего сведения) в полном объеме написанную мною в рамках выполнения образовательной программы выпускную квалификационную работу бакалавра на тему

Апробация онлайн-программы снижения тревожности родителей, воспитывающих подростков с диагнозом сахарный диабет 1 типа

(наименование работы)

в открытом доступе в электронно-библиотечной системе, таким образом, чтобы любой пользователь данного портала мог получить доступ к выпускной квалификационной работе из любого места и в любое время по собственному выбору, в течение всего срока действия исключительного права на выпускную квалификационную работу.

2. Я подтверждаю, что выпускная квалификационная работа написана мною лично, в соответствии с правилами академической этики и не нарушает авторских прав иных лиц.

«15» 02 2023 г.

(подпись)

ООО «Психологический центр развития,
консультирования и коррекции «ПереСвеТ»
Юридический адрес:660125, г. Красноярск,
ул. Водопьянова 7а-211,
Фактический адрес: ул.Взлетная 26 оф. 70

ЗАЯВКА

ООО «Психологический центр развития, консультирования и коррекции «ПереСвеТ» просит направить студентку Абдуллину Ольгу Петровну, группы у 259-пу для проведения исследования, на тему «Апробация онлайн – программы снижения тревожности родителей, воспитывающих подростков с диагнозом сахарный диабет 1 типа»

«22» ноября 2022г.

Директор ООО «ПереСвеТ»

Е.Г. Дудоладова

М.П.

ООО «Психологический центр развития,
консультирования и коррекции «ПереСвеТ»
Юридический адрес:660125, г. Красноярск,
ул. Водопьянова 7а-211,
Фактический адрес: ул.Взлетная 26 оф. 70

АКТ ВНЕДРЕНИЯ

Результаты выпускной квалификационной работы студентки группы у 259-пу Абдуллиной Ольги Петровны по теме: «Апробация онлайн – программы снижения тревожности родителей, воспитывающих подростков с диагнозом сахарный диабет 1 типа» внедрены в деятельность ООО «Психологический центр развития, консультирования и коррекции «ПереСвеТ». Материалы будут использованы психологом организации для проведения мероприятий направленных на снижение тревожности родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ).

«09» февраля 2023г.

Директор ООО «ПереСвеТ»

Е.Г. Дудоладова